

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Promover o autocuidado
em pessoas portadoras de diabetes**

Maria Natividade Dinis de Sousa

Relatório de Estágio

orientado por:

Enf^a Fátima Moreira

Enf^a Graziela Pires

2011

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized smile or a series of flowing lines.

“podes revelar uma grande coragem mesmo que os teus passos sejam pequenos e prudentes. Não precisas de fazer tudo ao mesmo tempo. Dá um passo de cada vez.”(Mundy, 2005, p. 33)

RESUMO

Um estudo sobre a diabetes efectuado em Portugal em 2009, refere que a prevalência da Diabetes Mellitus verificada entre a população portuguesa atinge valores preocupantes. Por esse motivo este projecto de intervenção comunitária tem como objectivo: promover o autocuidado das pessoas portadoras de Diabetes. Este percurso será guiado pelo referencial teórico de Dorothea Orem e pela metodologia do processo de planeamento em saúde. A amostra foi de 28 pessoas com média de 69 anos. Realizaram-se entrevistas semi estruturadas e aplicou-se o questionário de autocuidado com a diabetes de Bastos e Lopes (2004). O diagnóstico prioritário para intervir foi o deficit de autocuidado com a prática de actividade física regular. Elaborou-se um plano de intervenção tendo em consideração as capacidades dos participantes. No resultado da intervenção verificou-se que estes são capazes de autocuidar-se quando motivados.

Palavras-chave: diabéticos, autocuidado, actividade física regular.

Summary

A study on diabetes effectuated in Portugal in 2009 indicates that the prevalence of Diabetes Mellitus among the portuguese population reaches worrying values. For this reason this project due communitarian intervention aims to: promote the self - care of people with diabetes. This study will be guided by the theoretical reference of Dorothea Orem and by the methodology of planning process in healthy. The sample included 28 people with an average of 69 years. Structuralized half interviews had been become fulfilled and it was applied the questionnaire of self-care diabetes from Bastos and Lopes (2004). The priority diagnosis to act was the self- care in deficit and the regular practice of physical activity. Was drawn up an action plan taking into account the capacities of participants. As result, the elderly are able to take care of themselves when motivated.

Keywords: diabetic, self - care, regular physical activity.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. Problemática e pertinência.....	9
1.1. Enquadramento teórico.....	10
1.2. Tratamento da diabetes.....	11
1.3. Referencial teórico de Dorothea Orem.....	13
1.4. Modelo transteórico para a mudança.....	14
2. METODOLOGIA	15
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	17
3.1. Factores condicionantes básicos.....	17
3.2. Factores do sistema de cuidado de saúde.....	24
3.3. Outros recursos.....	24
3.4. Experiências relevantes da comunidade.....	26
4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	28
4.1. Identificação das exigências de autocuidado.....	28
4.2. Diagnósticos identificados.....	29
4.3. Determinação de prioridades.....	32
4.4. Aplicabilidade da evidência.....	32
5. FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS.....	34
6. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	35
7. ELABORAÇÃO DO PROJECTO.....	37
8. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.....	39
8.1. Considerações finais.....	43
10. CONCLUSÃO.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47
Anexos.....	51
Anexo I: Cronograma	
Anexo II: Escala de Autocuidado com a diabetes	
Anexo III: Questionário de avaliação do estado de mudança	
Anexo IV: Autorização para uso da Escala do Autocuidado	
Anexo V: Convite para o Programa Reencontro com o Concelho	

Apêndices.....63

Apêndice I: Pedido de autorização para uso de Escala de Autocuidado

Apêndice II: Pedido para efectuar entrevistas

Apêndice III: Consentimento informado para informador chave

Apêndice IV: Guião de entrevista informador chave

Apêndice V: Relatório de entrevista

Apêndice VI: Consentimento informado utente

Apêndice VII: Guião de entrevista utente

Apêndice VIII: Pedido de autorização para uso do Programa PACE

Apêndice IX: Indicadores de Caracterização da População

Apêndice X: Folheto convite

Apêndice XI: Cartaz Promocional

Apêndice XII: Consentimento informado para participar no projecto

Apêndice XIII: Ficha de registos do projecto

Apêndice XIV: Ficha de registos da actividade fisica

Apêndice XV: Manual do Projecto Autocuidar é Vencer

Apêndice XVI: Plano das sessões de educação para a saúde

Apêndice XVII: Avaliação das sessões de educação para a saúde

Apêndice XVIII: Resultados das avaliações das sessões

Apêndice XIX: Plano de intervenção de Enfermagem

Apêndice XX: Plano de intervenção com modelo transteórico

Apêndice XXI: Quadros da avaliação final do projecto

Apêndice XXII: Jogo da flor e da borboleta

Apêndice XXIII: Diploma de participação no projecto

Lista de Gráficos

Gráfico nº 1. Número de diabéticos identificados no ACES - Oeiras.....	7
Gráfico nº 2. Distribuição da amostra segundo as emoções e sentimentos com a notícia do diagnóstico diabetes.....	26
Gráfico nº 3. Distribuição da amostra segundo as vivências	26
Gráfico nº 4. Razões para não aderirem às recomendações.....	27
Gráfico nº 5. Prioridades para efectuarem mudanças em prol da saúde.....	27
Gráfico nº 6. Distribuição dos resultados do questionário	42

Lista de Quadros

Quadro 1. Recomendações internacionais para a prática de exercício físico na diabetes tipo 2.....	12
Quadro 2. Adesão às actividades de autocuidado com a alimentação em geral.....	18
Quadro 3. Adesão às actividades de autocuidado com alimentação específica.....	18
Quadro 4. Distribuição da amostra segundo as actividades de autocuidado com a diabetes.....	21
Quadro 5. Diagnósticos de enfermagem segundo modelo de Orem.....	29
Quadro 6. Exigência autocuidado e deficit de autocuidado.....	30
Quadro 7. Equivalência entre o numero de pessoas com o problema e o valor atribuído.....	31
Quadro 8. Priorização diagnósticos de enfermagem por comparação de pares.....	32
Quadro 9. Estratégias e as intervenções do Projecto Autocuidar é Vencer	36

Lista de siglas

ACES - Oeiras - Agrupamento de Centros de Saúde
APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
C.U - Cartão de Utente
D.N.- Data de Nascimento
D. P. – Desvio Padrão
EXCEL - Programa informático
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

P.A. - Perímetro Abdominal

PACE - Physican-based Assessment and Counseling for Exercise

PSCO - Perfil Saúde Concelho Oeiras

SMAS - Serviços Municipalizados de Água e Saneamento

SAPE - Sistema de Apoio Prática de Enfermagem

T.A. - Tensão arterial

Telef - Telefone

T.M. - Telemóvel

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

“cuidar é ajudar a viver”
(COLLIÉRE, 1999, p. 227)

INTRODUÇÃO

No âmbito do Programa do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Sr^a. Professora Fátima Moreira e da Sr^a. Enfermeira Graziela Pires, foi solicitado pela equipa pedagógica a elaboração de um projecto de intervenção comunitária. Projecto cuja finalidade foi desenvolver competências para a intervenção comunitária, dirigida a grupos com necessidades de autocuidado na diabetes. Na prática implementámos o projecto no (ACES IV) Agrupamento dos Centros de Saúde de Oeiras, mais precisamente na UCSP - Oeiras no período de 30/09/2010 a 12/02/2011. Nesta escolha tivemos em consideração as necessidades da população, os objectivos do plano de Acção da UCSP - Oeiras, os recursos humanos, os recursos materiais existentes e o (PSCO) Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras (2010).

O objectivo geral deste projecto é:

- ✓ Promover o autocuidado das pessoas portadoras de diabetes que frequentam a consulta de diabetes na UCSP - Oeiras e UCC Saúdar.

Objectivos específicos:

- ✓ Identificar os défices de autocuidado nas pessoas com diabetes.
- ✓ Priorizar os diagnósticos de enfermagem.
- ✓ Seleccionar e planear as estratégias.
- ✓ Implementar as estratégias e mobilizar os recursos adequados com base na evidência.
- ✓ Definir os indicadores de avaliação e avaliar os resultados.
- ✓ Comunicar os resultados, no final do projecto aos utentes, orientadoras e pares.

A identificação dos problemas de saúde, de uma determinada comunidade, requer um conhecimento profundo da realidade, análise de indicadores de saúde, identificação do problema, mobilização de recursos, envolvimento comunitário e dos parceiros sociais. Só unindo esforços se consegue uma melhoria na qualidade de vida e ganhos em saúde. Segundo Imperatori e Giraldes “um projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.” (IMPERATORI e GIRALDES, 1986, p. 86)

Os enfermeiros de saúde comunitária, são os profissionais de primeira linha na detecção, referenciação e resolução de situações problemáticas de saúde da comunidade.

Por esse motivo a Ordem dos Enfermeiros preconiza que

“estabeleça com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Contribua para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Integre a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitária e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

Realize e coopere na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

(NUNES, 2010, p. 27)

Os cuidados prestados às pessoas com diabetes a nível da comunidade são um desafio para a equipa de saúde, porque envolve um conjunto de profissionais, e os próprios utentes. De acordo com Orem “o autocuidado é uma actividade efectuada pelo indivíduo com o intuito de manter a sua vida saúde e bem-estar.” (OREM, 1980, p. 35).

A Teoria de Orem, visa possibilitar aos indivíduos, famílias e comunidades tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades bem como empenharem-se no desenvolvimento de seu próprio caminho em direcção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. De acordo com Orem “um ambiente propício conduz ao desenvolvimento de oportunidades para pessoas que estão a ser ajudadas a estar com outros ou para se tornarem membros de um grupo.” (OREM, 1980, p. 66)

Assim sendo, está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Envolve o poder de decisão, a liberdade e responsabilidade da pessoa na melhoria da sua qualidade de vida. Tendo em conta a teoria de Orem “o respeito, a crença e a confiança são dados a outros e o seu potencial desenvolvimento é reconhecido e fomentado.” (OREM, 1980, p. 66)

Este relatório está estruturado em três partes: A primeira parte, aborda a problemática em estudo, o enquadramento teórico e o diagnóstico de situação de saúde. A segunda parte, as estratégias, o plano de intervenção e a avaliação. A terceira parte, inclui os apêndices e anexos utilizados durante todas as etapas do processo de planeamento em saúde.

“colocar o doente na melhor condição para que a natureza passa agir sobre ele” (NIGTTINGALE, 2005, p.178)

1. PROBLEMÁTICA E PERTINÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (2002), descreve como doença crónica as doenças de duração prolongada e progressão lenta. Entre elas encontram-se as não transmissíveis, doenças cardiovasculares, diabetes, asma, perturbações mentais, doenças genéticas, alguns tipos de cancro. Geralmente, a problemática da doença crónica afecta a população e é um grande desafio aos sistemas de saúde. A Assembleia Geral das Nações Unidas, reconheceu que “a Diabetes é uma doença crónica, debilitante e dispendiosa, associada a complicações graves, o que representa grandes riscos para as famílias, e para o mundo inteiro.” (DGS, 2008, p. 6) e ainda alertou para a necessidade urgente do empreendimento de esforços multilaterais para promover e melhorar a saúde humana e providenciar acesso ao tratamento e à educação para os cuidados de saúde. Os dados do Inquérito Nacional de Saúde, publicados em 2009, evidenciam uma prevalência de diabetes de 6,5% no entanto dados mais recentes já ultrapassaram esse valor.

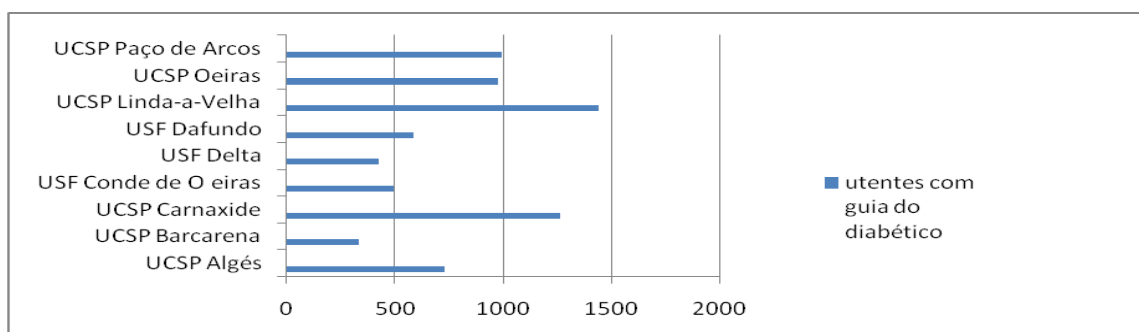
Segundo Correia in Nunes

“o estudo da prevalência da diabetes efectuado em Portugal 2009 refere que a prevalência da diabetes verificada para a população portuguesa foi de 11,7%. E com pré-diabetes foi encontrada uma percentagem de 23,2% entre os 20 e os 79 anos.” (CORREIA, 2010, p. 5)

A diabetes continua a ser um problema de Saúde Pública de considerável importância, tanto nos países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento.

De acordo com Plano de Acção do ACES - Oeiras (2010) o número de pessoas portadoras de diabetes, tem vindo a aumentar, são cerca de oito mil indivíduos, o que justifica implementar estratégias redutoras da incidência da doença e das consequentes complicações tardias. Estes utentes são grandes consumidores de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes aos seus problemas físicos, emocionais e sociais. Para as pessoas com diabetes é fundamental uma boa resposta dos serviços de saúde, e também é necessário que os familiares e toda a comunidade se envolvam e contribuam para minorar esta problemática.

Gráfico nº 1 - Número de pessoas com diabetes identificado no ACES - Oeiras.



Fonte: Plano de Acção do ACES – Oeiras, 2010

Analisando as expressões macro e micro da diabetes, exige-se aos profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham na comunidade, que aceitem o desafio que lhes foi lançado respondam a esta problemática de modo inovador e inspirados nas abordagens multidisciplinares da comunidade.

1.1. Enquadramento teórico

A Diabetes Mellitus tipo 2

“é uma doença que resulta de uma deficiente capacidade de utilização pelo organismo da principal fonte de energia, a glicose. Nesta situação o pâncreas ainda é capaz de produzir insulina. Contudo, uma alimentação inadequada, vida sedentária e excesso de peso tornam o organismo resistente à acção da insulina, obrigando o pâncreas a funcionar mais, até que a insulina que produz deixa de ser suficiente.” (APDP, 2004, p. 25)

A Diabetes tipo 1

“é quando as células beta do pâncreas deixam de produzir insulina, e existe uma destruição maciça dessas células por parte do sistema imunitário. Os utentes passam a necessitar de terapêutica com insulina para toda a vida.” (APDP, 2004, p. 27)

Na pré-diabetes a “Organização Mundial de Saúde preconiza que os valores acima 110 mg/dl já são uma anomalia de glicemia de jejum.” (APDP, 2004, p. 31)

Nas últimas décadas a investigação tem-se dedicado à fisiopatologia da diabetes e sua relação com a genética, obesidade e meio ambiental. No entanto os números ainda continuam a aumentar e a surgirem em idades cada vez mais jovens. Um estudo efectuado por Guedes (2010) “evidenciou que existe uma elevada prevalência no estilo de vida sedentário associado com idade e a presença de diabetes.” (GUEDES, 2010).

A faixa etária mais avançada, é a mais atingida o que dificulta ainda mais porque existem as co-morbilidades associadas, as limitações sensoriais e até a iliteracia em saúde.

O contexto sociocultural e as vivências dos utentes são outros dos factores a considerar na adesão ao autocuidado com a diabetes. A optimização do controlo metabólico é um desafio para os profissionais de saúde que sem ajuda dos utentes e suas famílias torna uma missão quase impossível.

1.2. Tratamento da diabetes

Sendo considerada uma patologia crónica, o seu tratamento não visa uma cura, mas apenas, controlar a glicemia para níveis aceitáveis de forma a reduzir o risco de complicações tardias. Para tal, é fundamental o diabético siga um estilo de vida saudável, que implica uma abordagem a nível da alimentação, exercício físico, terapêutica farmacológica e deixar de fumar. Por esse motivo o diabético deve ser enquadrado em programas educacionais onde é acompanhado por técnicos multidisciplinares.

O plano de tratamento deve ser sempre individualizado e de acordo com as capacidades da pessoa com diabetes. A avaliação da glicemia é uma das actividades que faz parte do plano educacional na diabetes porque permite o seu autocontrolo e ajustar a alimentação, exercício físico e medicação.

Referindo César in Nunes

”a actividade física é um dos aspectos fundamentais do tratamento da diabetes, uma vez que: ajuda a melhorar o controlo da glicemia, aumenta a sensibilidade a insulina, diminui a massa gorda, aumenta a massa muscular, diminui o risco de eventos cardiovasculares.” (CÉSAR, 2010, p. 50)

Na alimentação é fundamental o seguir um plano alimentar personalizado, de acordo com as preferências gastronómicas, aspectos culturais e económicos. O plano alimentar tem como objectivo normalizar a glicemia, a tensão arterial, o perfil lipídico e a prevenção das complicações tardias.

De acordo com Palmeira e Barata

”o exercício regular é qualquer actividade física planeada (por exemplo, caminhada, aeróbica, jogging, andar de bicicleta, nadar, remar, etc.) realizada com o objectivo de melhorar a aptidão física. Essa actividade deve ser realizada 3 a 5 vezes por semana com a duração de 20 a 60 minutos por sessão. O exercício não tem de ser doloroso para

ser eficaz, mas deve ser feito a uma intensidade que aumente a sua frequência respiratória e provoque suor.” (PALMEIRA e BARATA, 2007, p. 61)

Focar a intervenção de enfermagem num grupo de indivíduos, que apresenta uma diversidade de crenças e potenciais a desenvolver é um grande desafio para a enfermagem comunitária.

De acordo com César in Nunes

”outros dos aspectos altamente benéfico do exercício físico regular tem a ver com a esfera emocional, psíquica e social. No caso específico das pessoas com diabetes, de qualquer idade, sejam jovens adultos ou idosos, tipo 1 ou tipo 2, tal prática, sobretudo em grupo, pode ser uma estratégia importante contra a solidão e a própria auto – exclusão.” (CÉSAR, 2010, p. 50)

A actividade física pode variar desde actividades recreativas, jardinagem, hidroginástica, hidrodep e andar. Há, porém, que ter sempre em conta as preferências da pessoa com diabetes e a sua condição física para não agravar o seu estado de saúde.

Segundo Hasse in Barreiros

“as pessoas mais velhas devem ter acesso a cuidados de saúde para ajudar a conservar ou a recuperar o nível físico, mental e emocional óptimo, o bem estar e a prevenir ou retardar a manifestação de doença.” (HASSE, 2006, p. 26)

E a actividade física desde que seja em intensidade moderada e de acordo com as capacidades dos utentes é um meio eficaz de prevenir complicações de saúde.

Quadro nº1 - Recomendações internacionais para a prática de exercício físico na diabetes tipo 2

Organização	Tipo	Modo	Duração	Intensidade	Frequência
American diabetes association (2006)	Aeróbico	Ex. Marcha Rápida	150 Minutos por semana	Moderada (55-69% da FC max)	Mínimo de 3 dias por semana
	Resistido	Grandes grupos musculares 3 Series de 8 a 10 repetições		8 a 10 RM	3 Dias por semana
American Heart Association (2009)	Aeróbico	Ex. Marcha	150 Minutos por semana	Moderada	3 a 7 dias por semana
	Resistido	Grandes grupos musculares Exercícios multiarticulações (1 a 2 minutos de repouso entre series)		8 a 10 RM	3 dias por semana

Nota: FC Max - Frequência cardíaca máxima; RM – Repetições máximas

Fonte: Adaptado de Feliciano et al, 2010, p. 7

1.3. Referencial teórico de Dorothea Orem

A Teoria de Orem é composta por conceitos que representam fenômenos globais e complexos. Os conceitos resultam da reflexão ponderada acerca da prática de enfermagem e do conhecimento dos diversos contextos da enfermagem ao longo dos tempos. Esta teoria descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado das pessoas, para que estas mantenham, a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença.

De acordo com Orem (1980) existem três requisitos para o autocuidado: universais, desenvolvimento, e de desvio da saúde. A teoria dos sistemas de enfermagem é, segundo Orem, a teoria unificadora, que abrange a teoria do deficit do autocuidado, que por sua vez abrange a teoria do autocuidado. É uma teoria centralizada na pessoa e em que, para satisfazer a necessidade de autocuidado, Orem (1980) "identificou três sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação." (OREM, 1980, p. 41)

O sistema de apoio e educação verifica-se quando a pessoa pode executar ou pode e deve aprender a executar essas tarefas do auto-cuidado.

Segundo Orem (1980) "quando existe um desvio de saúde normalmente está associado uma exigência de autocuidado." (OREM, 1980, p. 49) no sentido de recuperar ou controlar a saúde e bem-estar. De acordo com a autora existem cinco métodos de assistência para ajudar o outro.

"esses métodos são aplicáveis em variadas situações:

- Agir ou fazer para outra pessoa;
- Guiar e orientar;
- Proporcionar apoio físico e psicológico;
- Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
- Ensinar o outro." (OREM, 1980, p. 61)

Neste sentido os enfermeiros nas suas consultas negociam, clarificam e promovem, estilos de vida saudáveis, nas pessoas portadoras de diabetes. Com o intuito de prevenir as complicações tardias, reorganizarem a sua vida e aumentarem o seu potencial de saúde e bem-estar. Seguindo o modelo de Dorothea Orem, podemos estruturar uma intervenção para um grupo de pessoas com diabetes, a tornarem-se autónomas e aumentar o seu bem-estar físico, mental e social.

1.4 . Modelo transteórico para a mudança

A promoção do auto cuidado com a actividade física regular a nível dos cuidados na comunidade representa uma mais valia para os utentes e os cuidados de saúde em geral.

Segundo Sardinha

“para intervir na modificação de comportamentos quanto à adopção de um estilo de vida que inclua a prática de actividades físicas, é necessária:

- I) Compreender a história do comportamento visado (prática de actividades físicas);
- II) Identificar as determinantes sociais, situacionais, cognitivos, emocionais e comportamentais abertos modificáveis;
- III) Desenvolver estratégias para mudar os comportamentos através de mudanças no individuo e no envolvimento.” (SARDINHA et al, 1999, p.164)

Neste sentido a evidência científica recomenda a aplicação do modelo transteórico de mudança para a estratificação das pessoas por fases de mudança em que se encontram.

Segundo Prochaska e Di Clemente (1983) citado por Sardinha

“as pessoas têm diferentes necessidades em termos do aconselhamento, consoante a fase de mudança em que se situam: Pré – contemplação; Contemplação; Preparação; Acção; Manutenção.” (SARDINHA et al, 1999, p.188)

Deste modo é possível os técnicos de saúde dirigirem a suas intervenções de acordo com o estado motivacional da pessoa em causa. Neste contexto, optámos por adaptar o Programa (PACE) Physician-based Assessment and Counseling for Exercise (apêndice XIX) que preconiza atendimentos individuais e follow-up de vários meses através de contactos telefónicos.

De acordo com Matos in Sardinha

”os vários programas PACE continuam a contar com a experiência de vários peritos nomeadamente, Psicólogos, Médicos, Dietistas e Cientistas do Exercício, cujos objectivos continuam a ser utilizar a informação científica mais adequada para melhorar a oferta de programas preventivos eficazes a nível dos cuidados de saúde primários.” (MATOS et al, 1999, p.192)

A consciência de si e do valor do seu corpo por vezes é negligenciado por parte dos idosos porque durante a infância e idade adulta também não lhe atribuíam o devido valor e respeito. É benéfico para todos nós a mudança de atitude frente as capacidades do nosso corpo e mente.

“sobre o princípio positivo, saúde, e o negativo, patologia, nada sabemos, excepto o que aprendemos pela observação e pela experiência”.
(NIGHTINGALE, 2005, p. 178)

2. METODOLOGIA

Neste projecto de intervenção comunitária dirigido a um grupo de pessoas com diabetes utilizou-se como referencial teórico o modelo de Dorothea Orem e como metodologia de trabalho, o processo de planeamento em saúde.

Considerou-se também, as competências do enfermeiro na prevenção e gestão da doença crónica e a capacidade da comunidade para adoptar estilos de vida saudáveis. A escolha do método de recolha de informação, teve em conta o facto literatura consultada referir que devemos adequar os métodos de recolha de informação aos participantes. Por isso optámos por realização da entrevista semi estruturada ao informador chave e aos participantes no estudo.

Definimos alguns objectivos para esta etapa:

- ✓ Caracterizar o grupo quanto às variáveis sócio-demográfica:, idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, e tipo de família;
- ✓ Efectuar a caracterização clínica: anos de diabetes, tipo de tratamento, complicações da diabetes, doenças associadas dados de monitorização (peso, altura, índice de massa corporal e tensão arterial);
- ✓ Identificar aspectos relacionados com a autonomia para as actividades de auto-cuidado: auto-vigilância da glicemia, toma de medicamentos, cuidados aos pés, alimentação e actividade física regular;
- ✓ Identificar a disponibilidade das pessoas com diabetes para efectuarem mudanças na sua vida em prol da sua saúde;

Para alcançar os nossos objectivos traçámos um cronograma do estágio (anexo I). Como estávamos perante uma instituição com registos em fichas clínicas e em suporte informático, optámos por fazer uma pesquisa para recolher alguma informação. Elaborámos os instrumentos de colheita de dados (anexo II) , solicitamos a respectiva autorização ao seu autor (anexo IV) e fizemos o pedido de autorização à UCSP - Oeiras (apêndice II).

- a) Entrevistou-se o informador chave. (apêndice III e IV) que foi realizada de acordo com a disponibilidade da enfermeira de família.

b) A população alvo são setenta e oito indivíduos inscritos na consulta de enfermagem.

c) Realizou-se a consulta de enfermagem e durante a qual foi pedido o consentimento para participar no estudo de forma voluntária e anónima (apêndice VI).

d) Utilizou-se os instrumentos de recolha de informação sócio demográfica, (apêndice VII) obteve-se também informação pelas fichas da consulta, dos guias e diários de registos dos utentes.

e) Para avaliação das actividades de auto-cuidado com a diabetes foi utilizado o “*Questionário de Avaliação das Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes*”, versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e Lopes (2004) da escala “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA*” de Glasgow, Toobert, Hampson (2000).

f) Foram avaliados os parâmetros antropométricos e avaliação de T.A. sempre com os mesmos instrumentos e aparelhos previamente calibrados.

O registo das respostas às questões abertas, foi efectuado por escrito directamente pelo investigador aquando da realização das entrevistas, escrevendo exactamente as palavras que eram proferidas pelos participantes.

g) A amostra foi de 28 participantes.

h) Durante as entrevistas respeitámos a privacidade e os silêncios.

O tratamento estatístico foi efectuado no programa Excel e após análise dos dados foram formulados os diagnósticos de enfermagem que serão apresentados de acordo com o modelo teórico de enfermagem de Orem.

“coloque o seu dedo onde lhe dói”
(NIGHTINGALE, 2005, p. 151)

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

A identificação dos problemas de saúde, de uma determinada comunidade, requer um conhecimento profundo da realidade, análise de indicadores de saúde, identificação do problema, mobilização de recursos, envolvimento comunitário e dos parceiros sociais. Por isso nesta fase é importante conhecer o grupo e os recursos antes de planejar as intervenções de enfermagem. Os dados obtidos são apresentados em quadros e gráficos, dos quais se omite a fonte porque resultam deste estudo.

3.1. Factores condicionantes básicos

Participaram no estudo 28 pessoas e o grupo etário predominante, foi o de 60 a 79 anos, a média foi de 69 anos, a moda 67 anos, a mediana 69,5 anos, o desvio padrão de 9,09 anos e amplitude de variação de 52 a 86 anos. De acordo com Correia in Nunes “a prevalência encontrada, por grupos etários, foi de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6 % entre os 40 e os 59 anos e 26,3 entre os 60 e os 79 anos de idade.” (CORREIA, 2010, p. 6)

Estes dados evidenciam uma amostra de idade avançada, o que está de acordo com Correia in Nunes

“a incidência e a prevalência aumentam com a idade. Para além do factor idade estão também implicados factores genéticos e ambientais. O moderno estilo de vida com excessos alimentares e a utilização de alimentos de elevado valor calórico ricos em açúcares e gorduras, a redução da ingestão de fibras, o stress constante da vida moderna e o sedentarismo explicam muito desta explosão mundial da diabetes.” (CORREIA, 2010, p. 3)

Na população em estudo existiu uma predominância de 61% do sexo feminino em relação 39% do sexo masculino o que não está de acordo com Correia in Nunes “na população mundial existe uma diferença pouco significativa entre os dois sexos.” (CORREIA, 2010, p. 2)

O conceito de alimentação saudável naturalmente não é igual em todas as pessoas, porque depende do contexto sócio cultural. No entanto é do senso comum, que comer

é fundamental para manter a vida e comer correctamente é imprescindível para manter a saúde.

Segundo Correia in Nunes

”o moderno estilo de vida com excessos alimentares e a utilização de alimentos de elevado valor calórico ricos em açúcares e gorduras, a redução da ingestão de fibras, o stress constante da vida moderna e o sedentarismo explicam muito desta explosão mundial da diabetes.” (CORREIA, 2010, p. 3)

Para a manutenção da saúde as pessoas com diabetes têm de adoptar um estilo de alimentação estritamente saudável, de acordo com Barros in Nunes “a instituição de um regime alimentar adequado constitui um dos pilares fundamentais no tratamento da diabetes.” (BARROS, 2010, p. 41)

Quadro nº 2 - Adesão às actividades de autocuidado com a alimentação geral

Actividades de autocuidado dos últimos sete dias	n	fi	PD
1) Itens de avaliação em escala ascendente			
Alimentação saudável	28	4,46	2,5
Seguir plano alimentar recomendado	24	4,64	2,54
Consumo de 5 peças fruta/vegetais	28	4,69	2,43

Ao serem questionados sobre em quantos dos últimos sete dias praticaram uma alimentação saudável, a média de dias foi de 4,46 dias semana e (DP = 2,5). Quanto ao seguirem um plano alimentar recomendado a média foi de 4,54 dias nos últimos sete dias. Foram excluídos 4 participantes porque referiram ser a primeira consulta de enfermagem.

Quadro nº 3 - Adesão às actividades de autocuidado com a alimentação específica.

Actividades de autocuidado dos últimos sete dias	n	fi	DP
1) Itens de avaliação em escala descendente			
Consumo de carnes vermelhas	28	5,04	2,44
Consumo de pão às refeições principais	28	4,10	2,03
Mistura de hidratos de carbono na refeição	28	5,33	2,40
Consumo de álcool às refeições	28	5,64	2,29
Consumo de álcool fora das refeições	28	6,72	2,55
Consumo de doces, bolos, chocolates, etc.	28	5,50	1,19
Consumo de açúcar nas bebidas	28	2,71	1,16

Em relação ao consumo de frutas e vegetais, o valor médio foi de 4,46 dias nos últimos sete dias e (DP = 1,79). Na alimentação específica consumo de carnes vermelhas, o valor médio de não adesão 5,04 dias dos últimos sete dias e (DP = 2,44) Em relação ao consumo de hidratos de carbono valor médio de 4,10 dias dos últimos sete dias. Outra das questões relacionadas com a mistura de hidratos de carbono na mesma refeição, em média 5,14 dias os indivíduos não misturaram hidratos de carbono, nos últimos sete dias.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, referiram que não tomaram bebidas alcoólicas às refeições durante 5,64 dias dos últimos sete dias. E em média 6,75 dias não tomaram bebidas alcoólicas fora das refeições, nos últimos sete dias.

Em relação ao autocuidado com o consumo de alimentos doces, referiram que em média 5,35 dias não comeram doces nos últimos sete dias. Em relação ao uso de açúcar para adoçar as bebidas em media 5,72 dias os indivíduos não adoçou as suas bebidas com açúcar, nos últimos sete dias.

De acordo com Feliciano “na alimentação diária de um diabético poderão ser utilizados adoçantes ou edulcorantes em substituição do açúcar, mas sempre em pequenas quantidades.” (FELICIANO et al, 2010, p. 51)

Uma das características das sociedades ocidentais dos finais do século XX foi a evolução demográfica no sentido de um envelhecimento global da população. Os avanços da medicina, a generalização dos hábitos de vida mais saudáveis e o controlo das doenças infecciosas, vieram aumentar a esperança média de vida. De acordo com o PSCO (2010), o número pessoas com mais de 55 anos no Concelho no período de 2004 a 2008 tem-se mantido entre 26% e 27,7%. Neste estadio de desenvolvimento as pessoas normalmente começam a ter problemas de saúde. No processo de envelhecimento devem ser dados reforços para promover a saúde e prevenir as complicações das comorbilidades, de modo a evitar a deterioração física e psíquica da pessoa idosa, favorecendo a autonomia pessoal e a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória. De acordo com Castro in Nunes “à medida que a prevalência de diabetes aumenta, as morbilidades e mortalidade associadas tornam-se problemas de saúde pública importantes”. (CASTRO, 2010, p. 31)

Em relação ao nível de habilitações literárias verificou-se que na amostra o nível analfabeto foi referido por 14%, 1º ciclo 71%, 3º ciclo 7%, ensino secundário 4%, ensino superior 4%. O que denota um nível de escolaridade baixo, estando de acordo com o

PSCO (2010) que refere que 71,8% dos residentes do Concelho de Oeiras possuem a escolaridade mínima obrigatória, e 28,6% ensino superior completo.

Este dado é fundamental na abordagem a este grupo populacional porque segundo Nunes

”quanto mais alto for o nível educacional bem como a formação adicional, mais e melhores competências terão os homens e as mulheres para enfrentarem os desafios de uma sociedade cada vez mais global e competitiva.” (NUNES, 2005, p.17)

Na situação sócio profissional os resultados foram de 11% de população é activa sendo 33% sexo masculino e 67% do sexo feminino. População não activa com 89%, dos quais 11% são domésticas e 78% reformados. De acordo com o PSCO (2010) na faixa etária com mais de 65 anos 2,6 % dos homens são activos e 1,8 % das mulheres são activa.

Em relação às condições em que os idosos vivem 89%, são reformados e não frequentam centros de dia nem associações recreativas.

O que não está de acordo com Nunes

“o principal desafio do envelhecimento é viver com a máxima autonomia e independência possíveis, sendo para isso essencial a promoção do envelhecimento activo, ou seja, otimizar as condições favoráveis de saúde, bem como de participação ou intervenção, da pessoa idosa no contexto em que vive.” (NUNES, 2005, p. 85)

Quanto ao tipo de famílias a mais referida foi a família unipessoal com 39% seguido da alargada com 29 %. A família constitui um sistema no qual o comportamento de cada um dos membros é influenciado pelos outros. Pode ser um factor facilitador quando a família é um ponto de referência, incentivando a pessoa com diabetes no cumprimento do seu auto cuidado. Por outro lado pode ser um factor destabilizador quando prejudica o auto cuidado da pessoa com diabetes, por negligência ou excesso de cuidados.

Foi referido por 3,67%, que pedem ajuda para realizar as actividades instrumentais de vida diária, mais precisamente, no transporte às consultas, apoio nos exames complementares de diagnóstico e ir às compras. Uma das participantes referiu pedir ajuda para a avaliação da glicemia por dificuldades visuais e outra por não saber ler nem escrever, pede para lhe registarem os resultados da avaliação da glicemia.

A sociedade está a enfrentar um aumento significativo das complicações resultantes de hábitos de vida pouco saudáveis nomeadamente, estilo de vida sedentário, excesso de alimentos calóricos, redução da ingestão de fibras e o stress constante da vida moderna. Ao viver durante mais tempo surgem as oportunidades para se manifestarem

as complicações associadas com a idade. Nomeadamente as perdas sociais, a reforma, a perda de capacidades físicas e cognitivas.

Salienta-se que 89% da amostra não pratica exercício físico de forma regular, 39% são famílias unipessoais e 89% estão reformados. Estes factores predispõem ao aparecimento de baixa auto estima nos idosos. Em relação ao auto cuidado com a actividade física verifica-se que a média nos últimos sete dias foi de 2,03 dias e (DP = 2,51) e a prática de sessões de exercício físico teve a média de 0,34 dias por semana (DP = 1,34).

Segundo Mendes in Feliciano

“os principais organismos internacionais recomendam a acumulação semanal de 150 minutos de exercício físico aeróbico com intensidade moderada (...) distribuídos por um mínimo de três dias por semana e não mais de dois dias consecutivos sem exercício.” (MENDES, et al, 2010, p. 7)

Quadro nº4 - Distribuição da amostra segundo o nº médio de dias de adesão nas actividades do auto cuidado com a diabetes.

Actividade de autocuidado	n	fi	D.P.
Actividade física durante 30 minutos	28	2,03	2,51
Sessão de exercício físico	28	0,34	1,34
Avaliação da glicemia Capilar	28	2,76	2,9
Nº de Avaliações recomendadas	24	5,4	2,5
Examinar os pés	28	1,9	2,54
Lavar os pés	28	6,69	0,8
Secar entre os dedos	28	6,66	1,04
Toma de antidiabeticos orais	28	6,21	1,95
Toma de Insulina	1	7	0
Nº de medicamentos recomendado	28	4,76	3,26
Não fumador	28	0	0

Em relação a avaliação da glicemia teve uma adesão média de 2,76 dias e o número médio de recomendação para a avaliação da glicemia foi de 5,4 dias por semana. Salientamos que para 4 utentes foi a primeira consulta de enfermagem. O item examinar os pés teve uma adesão de 1,9 dias, contrastando com 6,69 dias de lavar e secar os pés.

Em relação à toma dos antidiabéticos orais a adesão foi de 6,21 dias e a toma do número de medicamentos prescritos foi de 4,76 dias o que revela deficit no cumprimento da terapêutica. O nível de adesão à toma de insulina foi de 7 dias na semana, porque só um utente era insulino tratado e adesão nesse utente foi de 7 dias na semana.

Relativamente ao tempo de evolução da doença, os indivíduos com diagnóstico há menos de um ano são 14% e com mais de 12 anos de evolução, são 21%.

Verificamos que 29% dos indivíduos referiram efectuar dieta mais antidiabéticos orais para o controlo da diabetes, enquanto 14% dos referiram só efectuar dieta e 25 % dos indivíduos só referiram tomar antidiabéticos orais. Referiram efectuar exercício físico acompanhado de antidiabéticos orais e dieta 21 % dos indivíduos

De acordo com César in Nunes "a educação em diabetes é o centro de um triângulo, cujos vértices são ocupados pelo exercício físico, pela alimentação e pela terapêutica farmacológica." (CÉSAR, 2010, p. 49)

Em relação à presença de complicações tardias da diabetes 43% dos indivíduos referiram que não tem complicações da diabetes e 14% dos indivíduos referiram possuir retinopatia mais doença vascular periférica.

De acordo com Souto in Nunes

"a prevalência da retinopatia diabética aumenta com a duração da doença (...) e cerca de 60% dos diabéticos tipo 2, desenvolvem algum grau de retinopatia aos 20 anos de evolução da diabetes mellitus. (...) o glaucoma e a formação de cataratas são mais frequentes e mais cedo nas pessoas com diabetes mellitus." (SOUTO, 2010, p.192)

A complicação disfunção sexual foi referida por 7% dos indivíduos dos quais 67% do sexo masculino e 33% do sexo feminino.

De acordo com Dias in Nunes

"a disfunção sexual é muito prevalente na população diabética, embora seja, provavelmente, a complicação mais negligenciada. Tanto pelos profissionais de saúde com pelos próprios doentes (...) especificamente na população portuguesa, a prevalência da disfunção sexual erétil em diabéticos é de 66%." (DIAS, 2010, p. 285)

Em relação às doenças associadas à diabetes todos os participantes têm uma ou mais doenças associadas, distribuídas do seguinte modo: 42% referiram doença cardiovascular e doença osteoarticular; 7% referiram obesidade e outros 7% referiram, para além da obesidade, também doença cardiovascular.

Nos dados resultantes das avaliações antropométricas nota-se uma discrepância entre os dados obtidos e os percebidos pelos participantes.

O excesso ponderal é um dos factores agravantes da insulino resistência, tão característica na diabetes tipo 2, como na hipertensão. No entanto quando questionados sobre que áreas os participantes estavam motivados para mudar algo em prol da melhoria da sua saúde, 4,16 % dos indivíduos referiram a vontade de perder peso.

De acordo com Correia in Nunes "os homens diabéticos têm um IMC médio de 29,3% enquanto nas mulheres o valor médio é de 31%." (CORREIA, 2010, p. 8)

Outro factor de risco associado a diabetes é a hipertensão, pelo que avaliamos os valores da pressão arterial. Verificamos que havia utentes com valores acima da média recomendada ($\leq 120 / 80$ mm Hg). 75% das pessoas apresentaram um valor tensional superior ao recomendado. Além disso 11% das pessoas foram medicadas em SOS pelo médico de família durante a consulta de enfermagem. O que demonstra estar de acordo com Correia in Nunes "quando apresenta (T.A. $\geq 130/80$ mmHg) em 75,9% dos homens e 66,4% nas mulheres." (CORREIA, 2010, p. 8)

Compreender as representações individuais da doença é essencial, uma vez que o comportamento e as respostas dos indivíduos relativamente à procura de cuidados de saúde, a adesão aos tratamentos e a execução de tarefas de autocuidado são determinados pelas representações sociais.

Em relação ao IMC e perímetro abdominal são dados que evidenciam um desequilíbrio energético entre o que é ingerido e o que é consumido pelo organismo. Dos 39,2 % participantes obtiveram um IMC entre 25 a 29,99 Kg/m², outros 25% entre 30 a 34,99 Kg/m² e ainda 21,4 % entre 35 a 39,99 Kg/m². O que está de acordo com Nunes quando refere que "um estudo de prevalência efectuado nos anos 2003-2005, evidenciavam que mais de metade, 53,6 % da população nacional adulta apresentava excesso ponderal." (NUNES, 2010, p. 273)

Outro dos parâmetros avaliados foi o perímetro abdominal que 41,7 % dos homens apresentou valores superiores a 102 cm e as mulheres 93,6 % valores superiores a 88 cm. De acordo com Nunes "quase metade da população portuguesa tem uma distribuição centrípeta da gordura 45,6 %." (NUNES, 2010, p. 273). Estes dois parâmetros associados aumentam o risco de problemas associados a diabetes.

3.2. Factores do sistema de cuidados de saúde

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Oeiras está situada do 1º piso do edifício principal. Na entrada principal encontram-se duas máquinas para serem utilizadas pelos clientes a fim de se inscreverem e serem atendidos de acordo com a unidade onde estão inscritos. No 1º Andar existe outra máquina para a efectivação dos contactos dos clientes da UCSP - Oeiras. Existem vários plasmas nas salas de espera, onde é anunciado a chamada dos clientes para as consultas, no sistema medsoft.

Quanto à acessibilidade esta pode ser por elevador ou escadas, havendo duas entradas e saídas do edifício.

Todos os gabinetes possuem o equipamento indispensável (telefone, computador) para o bom funcionamento das consultas. As instalações são adequadas e higienizadas.

Acesso aos serviços de saúde por via telefónica e presencial é das 8h às 20h.

Na assistência às pessoas com diabetes está implementada uma consulta de enfermagem, que funciona todos os dias, de acordo com os médicos e enfermeiros que lhe estão atribuídos.

Existem os seguintes recursos humanos partilhados: psicólogos, técnicos de análise, técnico de imagiologia, assistente social, assistentes operacionais e o estafeta. Os seguranças estão sempre presentes e pertencem a uma empresa privada.

A UCC Saúdar é uma equipa de enfermeiras especialistas nas diversas áreas que actuam junto das comunidades em diversos programas. Entre eles temos a salientar: “Férias em saúde”, “Envelhecer Melhor com Saúde” e “ Viver mais e Melhor”.

3.3. Outros recursos

A população inscrita na UCSP - Oeiras e residente no Concelho de Oeiras tem ao seu dispor todos os recursos necessários para poder viver com qualidade e autocuidar-se.

Em termos de segurança, no Concelho de Oeiras estão sediadas algumas das organizações que contribuem para a segurança da população: tribunal, câmara municipal com policia municipal, cadeia prisional de Caxias, posto policial perto da estação de comboios e sede da Nato.

Em relação aos transportes e comunicações os moradores têm acesso a todos os meios de transporte (rodoviários, comboio e barco), para além de transporte próprio. As vias de comunicação estão em razoável estado de conservação e possuem sinalização adequada. Todos os participantes possuem telefone ou telemóvel.

Em relação ao lazer e recreação o Concelho de Oeiras disponibiliza actividades desportivas que promovem um contacto com a natureza e com locais históricos como por exemplo caminhadas, passeios de bicicleta, canoagem, orientação e vela. O Programa Actividade Física Sénior 55+, é um programa comunitário dirigido à população sénior do Concelho de Oeiras. Realizam-se aulas de hidroginástica, natação, Step, ginástica de manutenção, musculação e chikung / Tai chi chun, com acompanhamento de técnicos especializados da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa. “Medida Mais”, tem por objectivo avaliar e aconselhar para a actividade física. “Roteiro Mexa-se Mais”, tem por objectivo identificação e marcação de percursos em espaços públicos de Oeiras. O “Ginásio Mais” pretende incentivar a realização de exercícios de força e flexibilidade em casa.

Para integrar este tipo de actividades é necessário uma inscrição prévia nas juntas de freguesia, sendo posteriormente convocados para avaliação do estado de saúde. As actividades físicas são adaptadas às capacidades físicas e tendo sempre em conta a optimização do estado de saúde. Estas actividades funcionam em instalações das paróquias, pavilhões gimnodesportivos e em instalações privadas. Estão em curso alguns programas de actividade física ao ar livre, “Mexa-se pela sua saúde”, decorre todos os sábados às 10h com actividades diferentes e o acesso é gratuito (em frente a piscina do Jamor). Outro dos projectos é o “Reencontro com o Concelho” que tem como objectivo rever e apreciar o património histórico.

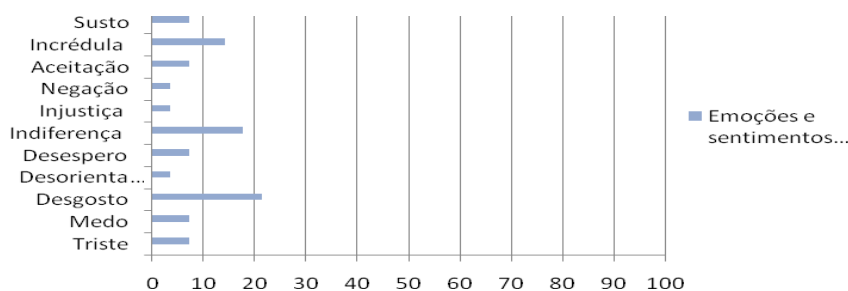
Como recurso de saúde o Concelho possui 44 farmácias e várias parafarmácias onde os clientes podem adquirir os medicamentos e produtos para a higiene pessoal e auto cuidado aos pés.

A protecção do ambiente, constitui um dos maiores desafios porque o ambiente tem efeitos importantes no estado de saúde. É notória a riqueza paisagística e a forma como os recursos têm sido adaptados as necessidades da população. Como exemplo o Parque dos Poetas e o Passeio Marítimo. O “abastecimento no domicílio de água potável é efectuado pelo SMAS, sendo de boa qualidade e abrange 99,9% da população do concelho.” (PSCO, 2010, p. 41)

3.4. Experiências de vida relevantes da comunidade

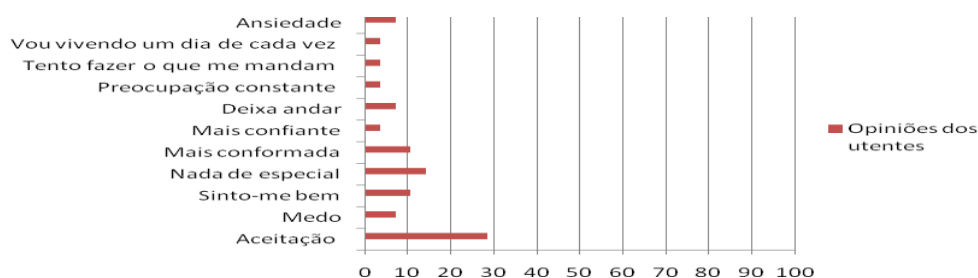
A população em estudo enfrentou de forma diferente à confirmação do diagnóstico de diabetes, segundo os dados obtidos o desgosto e a indiferença são os mais vivenciados.

Gráfico nº2 - Distribuição da amostra segundo emoções e sentimentos com à confirmação do diagnóstico de diabetes, n = 28



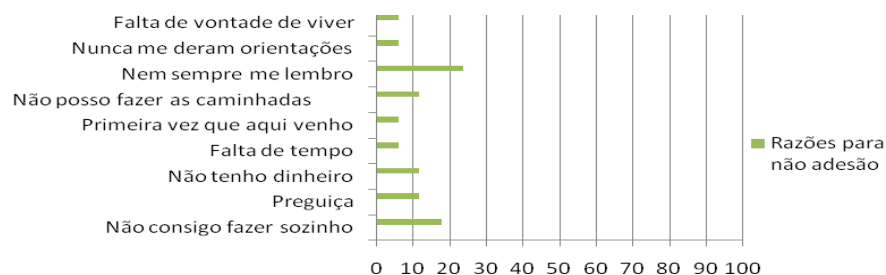
Existem alguns projectos na comunidade para ajudarem as pessoas a ultrapassar os momentos difíceis e as dificuldades. São projectos que desenvolvem intervenções territoriais de proximidade, designadamente serviços à comunidade. Esta estratégia de intervenção visa diagnosticar com maior facilidade e rapidez as necessidades da população. E ajustar as estratégias de intervenção às problemáticas que vão emergindo. Para prestarmos um serviço de acordo com as necessidades da população é fundamental conhecer os seus hábitos e vivências. Por isso fomos saber as suas vivências em relação à diabetes.

Gráfico nº 3 - Distribuição da amostra segundo as vivências em relação à diabetes, n = 28



As vivências do grupo populacional são características dos idosos que são menos flexíveis nas atitudes, por isso estabelecem-se comportamentos padrão deixando de interessar-se por novas experiências na vida. Em relação à amostra verificou-se que as vivências referidas pelas pessoas, “vou vivendo um dia de cada vez”, “deixa andar” e “nada de especial”, são expressas por 24,9% dos utentes.

Gráfico nº 4 - Razões para não aderirem às recomendações n = 17

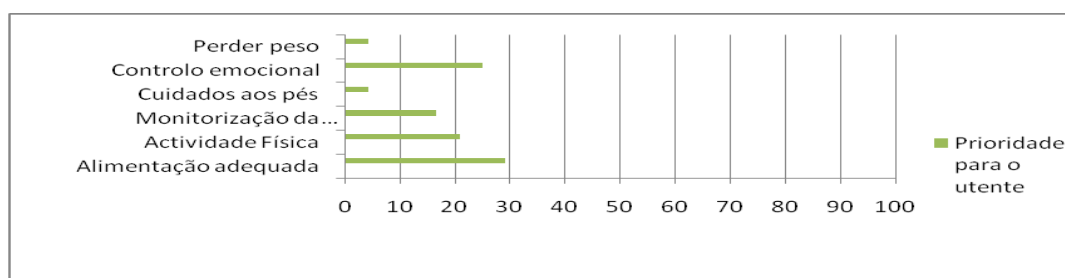


Verificou-se outras vivências opostas, “medo”, “ansiedade”, e “preocupação constante”, em 17,9% dos utentes. Outro item referido por 23,6% dos participantes foi “nem sempre me lembro das orientações.”

A falta de objectivos e de treino intelectual provoca perda de concentração e memória. A mente torna-se mais lenta e deste modo mais difícil atingir os objectivos. Viver uma velhice mentalmente activa é um processo que deve ocupar toda a vida e que exige que se cultive constantemente o potencial intelectual e emocional.

Avaliamos a motivação para mudar algo em prol da sua saúde, o que se verificou em 85% dos utentes. Foram excluídos 15% por referirem não estarem dispostos a efectuar mudanças na sua vida para melhorar a sua saúde.

Gráfico nº 5 - Prioridades para efectuar mudanças em prol da saúde n = 24



Verificou-se que tendo em consideração as motivações das pessoas e a existência de programas implementados para essas necessidades. Restou-nos juntar as peças e interligar o que está desligado. Ou seja contribuir para a promoção do autocuidado das pessoas portadoras de diabetes.

“tudo aquilo que buscas, encontra;
aquilo em que te esforças, floresce.”
Louise Hart in (NETO, 2009, p. 29)

4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

De acordo com Imperatori e Giraldes “a selecção da estratégia é um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo.” (IMPERATORI e GIRALDES, 1986, p.11)

De acordo com Orem

“o sistema dos cuidados de preventivos está organizado em três níveis de prevenção:

Prevenção primária é apropriada antes do inicio da doença, e é dirigida à manutenção e promoção da saúde.

Prevenção secundária é apropriada depois do inicio da doença e é dirigida á prevenção de complicações e de sequelas que advêm de um ataque ou doença.

Prevenção terciária é apropriada quando há uma incapacidade provocada por uma doença e é o esforço de a reinserir na sociedade.” (OREM, 1980, p.132)

4.1. Identificação das exigências de auto-cuidado

Deste modo vou situar a minha intervenção nomeadamente a nível da prevenção secundária. Como refere Orem “promover um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal em relação a tornar-se capaz de auto cuidar-se no futuro exige acção no presente.” (OREM, 1980, p. 49)

Terei em conta as fases de evolução da doença crónica, e as suas características que requerem diferentes competências e atitudes. Para a manutenção da sua saúde as pessoas com diabetes têm que adoptar estilos de vida saudáveis, como alimentação adequada às suas necessidades, exercício físico regular, controle do stress emocional, toma da medicação correcta, monitorização das glicemias capilares, exames complementares de diagnóstico de acordo com as necessidades e análises clínicas. Os resultados obtidos evidenciaram problemas de adesão ao autocuidado com a diabetes.

4.2. Diagnósticos identificados

Os diagnósticos de enfermagem segundo o modelo conceptual de Orem foram identificados numa amostra de 28 participantes que voluntariamente responderam ao questionário de actividades de autocuidado com a diabetes.

Os participantes são utentes da UCSP - Oeiras e frequentam a consulta de enfermagem de doença crónica, a etapa de diagnóstico de situação de saúde decorreu de 11-10-2010 a 11-11-2010.

De acordo com o referencial teórico de Orem elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem tendo em consideração os requisitos de autocuidado para as pessoas com diabetes e o que as pessoas referiram ou que manifestaram. A essa discrepância surgem o diagnóstico de deficit de autocuidado.

Quadro nº 5- Diagnósticos formulados segundo o Modelo de Orem

Requisitos	Diagnósticos de enfermagem	n	%
Universais	Deficit no autocuidado para com a alimentação	23	85,6
	Deficit na função neurovascular	6	21,4
	Deficit de mobilidade	12	42,2
	Deficit de visão	4	14
Desenvolvimento	Processo de memória perturbado	4	23,6
	Processos de pensamento perturbado	6	21,4
	Deficit de auto estima	7	24,9
	Deficit de agilidade e flexibilidade	8	28
Desvio de saúde	Controle ineficaz do regime terapêutico	3	11
	Deficit no autocuidado examinar os pés	12	42,8
	Deficit no autocuidado com o controlo emocional	6	21,4
	Deficit no autocuidado com o prática de actividade física regular	25	89

De acordo com Orem “o ambiente em que os membros do grupo trabalham ou vivem afecta a natureza do requisito de auto cuidado, bem como os métodos para alcançá-los.” (OREM, 1980, p. 62) Por isso além das capacidades e exigências para a autocuidado foi tido em consideração os recursos existentes nesta comunidade.

4.3. Determinação das prioridades

Segundo Imperatori e Giraldes “selecciona-se os problemas de saúde que serão resolvidos e com este fim utilizam-se critérios de diversa ordem, como por exemplo a dimensão do problema.” (IMPERATORI e GIRALDES, 1986, p.11)

Quadro nº 6 – Exigência de autocuidado e deficit de autocuidado.

	Exigência de autocuidado	Factores relacionados do grupo	Características definidoras do grupo	Diagnóstico Enfermagem
O autocuidado universais	Alimentação adequada as necessidades individuais	Ingestão excessiva de alimentos em relação as necessidades pessoais Mecanismos reguladores comprometidos pela falta de insulina ou insulino resistência	Valor de IMC 39,2% -25 A 29,99 Kg/m2 25% - 30 – 34,99 Kg/m2 21,4% - 35-39,99 Kg/m2 Valor do perímetro abdominal 41,7 – Homens ≥ 102cm 94,1 – Mulheres ≥ 88cm	Diagnostico 1 Defict no autocuidado para a alimentação adequada
Desenvolvimento	Adaptação à velhice	Falta de motivação para mudar comportamentos Presença de patologias associadas	75% pessoas com afastamento dos recursos sociais. 100% pessoas com debilidade física ou emocional	Diagnóstico 2 Defict de adaptação à velhice
Desvio de saúde	Exigência aumentada no examinar os pés	Dificuldades de agilidade e mobilidade Dificuldades visuais	Nos últimos sete dias examinaram os pés em média 1,9 dias (menos de dois dias semanal)	Diagnóstico 3 Defict no autocuidado no examinar os pés
	Exigência de prática de actividade física regular	Dificuldades físicas provocadas por patologia osteo articular Falta de companhia Falta de motivação para mudar comportamentos	Nos últimos sete dias praticaram sessões de exercício físico em média 0,34 dias (menos de um dia semanal)	Diagnóstico 4 Defict no autocuidado para a actividade física regular

Para a priorização dos diagnósticos de enfermagem utilizamos o método de comparação por pares, com a participação da Sr^a Enfermeira Graziela.

Foram estabelecidos quatro critérios de selecção para uma amostra de 28 utentes.

- ✓ Impacto na Saúde – Consideramos: Sim = 1 ou Não = 0
- ✓ Exequibilidade no tempo – Considerou-se prioritário o diagnóstico cuja intervenção fosse possível durante o tempo de 4 semanas de estágio.
Curto prazo = 4 semanas = 3
Médio prazo = 6 meses = 2
Longo prazo > 6 meses = 1
- ✓ Necessidade demonstrada pela de população.

Quadro nº 7 – Equivalência entre o número de pessoas com o problema de saúde e o valor atribuído

Nº de pessoas	Valor atribuído
1 a 3	1
4 a 6	2
7 a 9	3
10 a 12	4
13 a 15	5
16 a 18	6
19 a 21	7
22 a 24	8
24 a 28	10

- ✓ Recursos da Comunidade para a resolução do problema. Antes de decidir o diagnóstico prioritário teremos de ter em conta os recursos financeiros técnicos humanos para o projecto de intervenção ser implementado. Avaliamos de forma dicotómica. Sim = 1 e Não = 0

Escolheu-se o método de comparação por pares por ser uma técnica facilmente aplicável quando o número de problemas não é muito extenso. Nesta técnica um problema é sistematicamente comparado com um outro. O mais importante vai-se salientando em relação ao considerado menos importante, através de pontuação.

Quadro nº 8 - Priorização dos diagnósticos de enfermagem por comparação de pares

Diagnósticos de enfermagem	Comparação por pares				Valor total	Ordem final
	Impacto na saúde	Exequível no tempo	Necessidade da comunidade	Recursos da Comunidade		
D1	D1 - D2 D1 - D3 D1 - D4	D1 - D2 D1 - D3 D1 - D4	D1 - D2 D1 - D3 D1 - D4	D1 - D2 D1 - D3 D1 - D4	D1=15	2º
D2	D2 - D1 D2 - D3 D2 - D4	D2 - D1 D2 - D3 D2 - D4	D2 - D1 D2 - D3 D2 - D4	D2 - D1 D2 - D3 D2 - D4	D2=5	4º
D3	D3 - D1 D3 - D2 D3 - D4	D3 - D1 D3 - D2 D3 - D4	D3 - D1 D3 - D2 D3 - D4	D3 - D1 D3 - D2 D3 - D4	D3=8	3º
D4	D4 - D1 D4 - D2 D4 - D3	D4 - D1 D4 - D2 D4 - D3	D4 - D1 D4 - D2 D4 - D3	D4 - D1 D4 - D2 D4 - D3	D4=19	1º

Seleccionou-se o diagnóstico prioritário de saúde para intervir:

- ✓ “Deficit no autocuidado com a actividade fisica regular”.

Antes de iniciar esta etapa procurou-se a evidência científica que melhores resultados apresenta nesta área e contexto.

4.4. Aplicabilidade da evidência

De acordo com Gallegos (2006) efectuou-se um estudo cujo objectivo foi testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem controlada, centrada na educação e no aconselhamento, para melhorar o controlo metabólico em adultos. Os participantes foram 45 adultos com diabetes e no contexto de Cuidados de Saúde Primários. As intervenções realizadas foram 6 sessões educativas e uma média de 20 sessões de aconselhamento individual em casa dos participantes ou por telefone, duração de 50 semanas. Os resultados obtidos foram que as actividades em grupo e individuais podem aumentar a adesão ao tratamento e melhorar a controlo metabólico para níveis aceitáveis e desejáveis em adultos. As sessões de aconselhamento em casa

permitiram aos facilitadores guiar os participantes no seu contexto, e com os seus recursos, tornando a mudança mais eficaz (GALLEGOS, 2006).

Alpirez (2006) realizou um estudo descritivo cujo objectivo foi conhecer a influência do apoio educativo de enfermagem no autocuidado das pessoas com diabetes. Os participantes foram 20 adultos com diabetes tipo 2. As intervenções realizadas foram de apoio educativo em 5 sessões com a duração total de 8 h. Os resultados foram mudanças importantes quanto à capacidade de autocuidado, nos participantes estudados, reflectindo assim o potencial impacto das intervenções de enfermagem do tipo apoio educativo (ALPIREZ, 2006).

Por outro lado Navarro e Castro (2010) realizaram um estudo cujo objectivo foi dar a conhecer a experiência da aplicação do modelo de Orem num grupo comunitário de pessoas hipertensas. Os participantes foram adultos portadores de hipertensão, diabetes e dislipidemias. A metodologia seguiu as etapas do processo de enfermagem e o referencial teórico de Orem. Verificou-se que o modelo de Orem, com as suas três teorias e o processo de enfermagem são ferramentas para utilizar quando pretendemos promover o autocuidado de pessoas hipertensas. Esta experiência foi um desafio na busca de novas estratégias para guiar os utilizadores na tomada de decisões mais eficazes.

As pessoas quando recebem conhecimentos e reconhecem a sua importância mais facilmente alteram o seu comportamento. Este é o grande desafio da enfermagem atingir a mudança de comportamento, para que exerçam um adequado autocuidado como é proposto por Orem e deste modo contribuir para a manutenção da saúde e da melhoria da qualidade de vida.

“ninguém pode imaginar o alívio que o trabalho manual oferece, e como a falta de actividade manual aumenta a irritabilidade da qual muitos doentes sofrem.”(NIGHTINGALE, 2005, p. 89)

5. FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

De acordo com o modelo de Orem, estabeleceu-se uma meta, e definiram-se os objectivos. E é com base nos objectivos que as estratégias são seleccionadas e posteriormente feita a avaliação do projecto.

Meta do programa – Aumentar para 20%, no número de pessoas do grupo com diabetes que pratica actividade física regular, através da promoção do autocuidado.

Objectivo Geral

- ✓ Aumentar para 20% o número de pessoas com diabetes inscritas no projecto “Autocuidar é Vencer” que pratica actividade física regular, após as 4 semanas.

Objectivos Específicos

- ✓ Conhecer os benefícios da prática de actividade física regular.
- ✓ Iniciar a prática de actividade física regular.
- ✓ Registrar a evolução no seu diário de actividade física.
- ✓ Cumprir algumas recomendações prévias (alimentação e hidratação, antes de iniciar a actividade física).
- ✓ Convidar um familiar/amigo para as caminhadas.
- ✓ Decidir pela inscrição num programa de exercício à sua escolha.
- ✓ Referir o seu estado motivacional em relação à prática de actividade física regular.

“lembra de lhe falar sobre o que lhe dará tanto prazer ou pelo menos uma hora de distracção.” (NIGHTINGALE, 2005, p.143)

6. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

As estratégias seleccionadas têm em conta a população alvo e os recursos materiais e humanos existentes.

De acordo com Russel

“o critério mais importante é a sua aceitação pela população alvo (...) recomenda-se que se seleccione uma variedade de estratégias, pois os programas mais efectivos associam uma combinação de métodos e de actividades.” (RUSSEL, 1996, p. 45)

Após identificação dos recursos e tendo em conta o limite de tempo, o projecto não pode ser muito exaustivo tendo em conta as condições de vida e saúde da população alvo. Para implementar estas estratégias adaptou-se o modelo teórico de Orem e o Programa (PACE) Physician - based Assessment and Counseling for Exercise. Porque de acordo com Sardinha “o Programa PACE foi desenvolvido com o objectivo de aumentar o aconselhamento da actividade física pelos prestadores de cuidados de Saúde Primários.” (SARDINHA,1999, p.183)

O modelo teórico de Orem e o processo de planeamento em saúde orientam a implementação de técnicas de intervenção, nomeadamente na promoção do autocuidado na actividade física em indivíduos grupos ou comunidades.

Tendo em conta uma intervenção num grupo cujas características pessoais são diferentes, optámos por seleccionar várias estratégias de modo a responder as diversas situações que poderão estar presentes no grupo.

Com a introdução de atendimentos individuais pretende-se dar um apoio educativo mais personalizado. A estratégia de sessões educativas de grupo é para promover a interacção social. Os exercícios de autocuidado serão efectuados pelos participantes em casa com apoio de familiares ou sozinhos. Foram seleccionados tendo em conta as capacidades físicas da população essencialmente idosa. Além disso foi considerado o factor condições climatéricas nesta época do ano.

Seleccionamos algumas estratégias de acordo com as condicionantes atrás descritas.

Quadro nº 10- Estratégias seleccionadas e Intervenções do “Projecto Auto-cuidar é Vencer”

Estratégias educacionais/comunicacionais	Enfermeiro	Grupo
Sessão de educação para a saúde	x	
Consultas de avaliação do pé	x	
Telefonemas	x	
Apresentação de perguntas		x
Apresentação de sugestões	x	x
Jogo flor e borboleta		X
Estratégias promocionais/documentais	Enfermeiro	Grupo
Divulgação do evento por panfletos	X	
Fixação de cartaz na UCSP - Oeiras	x	
Registo da actividade fisica de um dia	X	x
Elaboração do manual do utente e ficha de registos.	x	
Elaboração dum diploma	X	
Estratégias de treino de competências	Enfermeiro	Grupo
Aprendizagem na auto motivação com o modelo transteórico da mudança.	x	x
Uso de calçado adequado	X	
Alimentação e hidratação	x	X
Acompanhamento nas caminhadas	x	X
Inscrição nos programas de actividade física existentes no concelho		x
Estratégias organizativas	Enfermeiro	Grupo
Envolvimento de outros profissionais	X	
Envolvimento dos utentes	x	
Gestão do tempo	X	x
Gestão dos recursos	X	
Visita de estudo aos locais de actividade física sénior 55+	x	x

Fonte: Adaptado de RUSSEL, 1996, p. 46

“a confiança, como a arte, nunca advém de ter as respostas; vem de estar aberto a todas as perguntas.” Earl Gray Stevens in (NETO, 2009, p. 36)

7. ELABORAÇÃO DO PROJECTO

Perante o deficit de autocuidado em relação a actividade física regular, a enfermeira deve abordar este assunto com o sistema de enfermeira com o apoio educativo tendo em consideração as capacidades das pessoas e a sua decisão de autocuidar-se para melhorar a saúde e o bem estar.

O que é o projecto “Autocuidar é Vencer”?

O projecto foi concebido para dar resposta às necessidades do grupo de pessoas com diabetes que frequenta as consultas no UCSP - Oeiras. Visa essencialmente no contexto de consulta de diabetes, promover o autocuidado com a actividade física regular.

Porquê o projecto?

A qualidade de vida das pessoas com diabetes está dependente de um bom controlo metabólico. O controlo metabólico é melhorado quando são efectuados, os três níveis de autocuidado, com alimentação, exercício físico e terapêutica farmacológica.

As evidências tem demonstrado que existem efeitos benéficos na saúde das pessoas, com a prática actividade física regular.

Onde se realiza?

O programa decorre na UCSP - Oeiras. As sessões individuais são no gabinete da consulta de diabetes.

As sessões de educação para a saúde são no ginásio da UCC Saúdar.

As caminhadas ou passeios ao ar livre serão no Parque dos Poetas ou Passeio Marítimo de Oeiras.

Como está organizado?

- ✓ Sessão de educação para a saúde à 5ª Feira às 10h no ginásio.
- ✓ Convite para inscrição no programa e preenchimento de consentimento informado para participar no programa (apêndice XI).

- ✓ Marcação de consultas onde serão avaliados alguns itens antes de iniciarem ao programa (apêndice XII).
- ✓ Consultas de seguimento à 2ª feira consoante a fase de motivação em que se encontram (apêndice XX).
- ✓ Caminhada aos sábados às 10h na praia da Torre (junto à baleia).

Materiais a utilizar:

Computador, data show, colunas de som

Papel, lápis de cera, água, bolachas, fruta, frutos secos, açúcar e glucómetro.

Velas aromáticas e arranjo de Natal.

Material para os cuidados aos pés (exposição).

Material de observação dos pés e fichas de registos.

Quem é a equipa?

Enfermeira Natividade

Enfermeira Graziela

Enfermeira de Família

Médico de Família

Psicóloga (eventualmente)

Os planos de intervenção de acordo com o modelo teórico de Orem encontram-se em (apêndice XVIII) e os planos de intervenção de acordo com o modelo transteórico para a mudança (apêndice XX).

“as práticas do cuidar não podem ser subvalorizadas.”
(BENNER, 2005, p.16)

8. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

O propósito deste projecto consiste na promoção do autocuidado com a prática de actividade física regular de pessoas portadoras de diabetes. No requisito desvio de saúde Orem (1980) preconiza que o utente utilize as suas capacidades funcionais para autocuidar-se. Durante esta fase existiu sempre uma avaliação continua que foi-se notando na participação e interacção com o grupo. A partilha de experiências e a participação nas actividades foram indicadores valorizados.

No dia 14/12/2010 foram afixados os cartazes (apêndice X) e iniciou-se a distribuição dos panfletos nas consultas diabetes (apêndice IX).

No dia 03/01/2011 na UCSP - Oeiras, iniciou-se o projecto intitulado “Autocuidar é Vencer”. Estavam inscritos 16 utentes, após contacto telefónico para confirmar o inicio do programa 12 demonstraram motivação para começar. No dia 06/01/2011 teve inicio a sessão de educação para a saúde às 10 horas na sala de formação. Estiveram presentes 12 utentes, a sessão decorreu como previsto. As restantes sessões de educação para a saúde foram sempre às 5ª feiras às 10h mas no ginásio. E as caminhadas foram sempre aos sábados às 10h no Passeio Marítimo de Oeiras. Para uma avaliação dos resultados a curto prazo reportamo-nos às metas e objectivos definidos (apêndice XXI). No entanto estamos conscientes que mudar comportamentos exige mais do que estes indicadores.

Meta: Que 100% dos utentes conheçam os benefícios da actividade física regular.

Objectivo: Salientar os benefícios da actividade física regular.

A participação foi de 100% e 25% fizeram perguntas. Nesta sessão deu-se ênfase aos benefícios da actividade física. Este objectivo foi atingido em 100% porque na avaliação todos identificaram pelo menos quatro benefícios da actividade física regular.

No final foi oferecido um mini lanche em ambiente festivo por ser dia de reis e para fomentar a interacção entre os participantes.

Meta: Que 100% dos utentes sejam avaliados no item motivação para a prática de actividade física regular.

Objectivo: Avaliar a motivação para a prática de actividade física regular.

Utentes que praticam actividade física há mais de 6 meses 41,6%.

Utentes que praticam actividade física há menos de 6 meses, 8,3 %. Utentes que não praticam actividade física, mas pretendem iniciar nos próximos 30 dias, 33,5%. Utentes que não praticam actividade física regular mas pretendem iniciar nos próximos 6 meses 16,6%. É de salientar que deparámo-nos com um grupo já com alguma prática de actividade física. Nesta fase adoptámos as intervenções adequadas a cada estado motivacional. Houve necessidade de recorrer a contactos telefónicos com um casal, devido a dificuldades horárias para participar em todos os eventos. Voltaríamos a utilizar este objectivo porque permite aos profissionais serem mais directos nas suas intervenções. Este objectivo foi atingido em 100%.

Meta: Que 100% dos utentes sejam avaliados nos itens contra indicações para a prática de actividade física regular e observações dos pés.

Objectivo: Detectar contra indicações à prática da actividade física regular.

Efectuou-se uma sessão de educação para a saúde sobre autocuidado aos pés e exercícios físicos aos pés. Existiu uma menor participação dos utentes 50% nesta sessão. Fez-se uma exposição do material a utilizar nos cuidados aos pés. No final foram feitas observações aos pés por duas enfermeiras e respectivos registos no SAPE.

Utentes com os pés observados foram 50% e nenhum apresentou contra indicação para a prática de actividade física regular. Utentes com lesões nas unhas dos pés, 25%, estes foram encaminhados para marcação de consulta médica. Salienta-se que as lesões detectadas nas unhas não contra indicaram a prática de actividade física regular. Este objectivo ficou muito aquém do que previsto, e não tivemos oportunidade de melhorar este indicador. Recomendamos marcação de consultas individuais para observação dos pés.

Meta: Que 50% dos utentes tragam companhia para a caminhada.

Objectivo: Promover a interacção social.

Utentes que trouxeram companhia para as caminhadas, 75%. É de salientar que três dos utentes levaram sempre os seus netos proporcionando momentos de interacção intergeracional aos outros participantes. Sentíamos grande satisfação quando no dia e hora marcada os participantes aproximavam-se com as suas caras sorridentes e apresentavam a sua companhia. Em próximas intervenções é um item a integrar porque de facto o envolvimento de amigos ou familiares nas actividades físicas é um

bom prognóstico de adesão e continuidade no autocuidado com a actividade física regular.

Meta: Que 20% utentes anotem e tragam os seus registos da actividade física regular.

Objectivo: Caracterizar a adesão à prática de actividade física regular.

Utentes que trouxeram o seu registo de actividade física um dia semanal, 25%. Este objectivo foi atingido no entanto os utentes não especificaram os sentimentos que tiveram durante a prática dos exercícios físicos de auto cuidado. Próxima intervenção incluíamos este item de descrever os sentimentos associados à prática da actividade física porque é através dele que se detecta o nível de envolvimento ou de resistência que os utentes têm em relação ao aspecto que pretendem mudar no seu comportamento.

Meta: Que 50% utentes levem água para beber durante as caminhadas.

Objectivo: Prevenir complicações com a desidratação.

Este objectivo foi atingido em 66,6% dos participantes, que levaram água para beber nas caminhadas. E não houve necessidade de intervir em nenhum utente com sintomas de mal estar. Como consideramos fundamental, prevenir a desidratação dos idosos voltaríamos a colocar no plano de intervenção este objectivo.

Meta: Que 100% dos utentes comam antes das actividades física regular.

Objectivo: Prevenir complicações como a hipoglicemia.

Este objectivo foi atingido 100% porque não houve nenhuma complicação relacionada com hipoglicemia. Só no dia que estava muito vento uma utente preferiu voltar para trás devido a condições climatéricas. Objectivo atingido em 100%.

Meta: Que 20% dos utentes integre-se em programas de actividade física regular.

Objectivo: Promover a inscrição de utentes nos programas de actividade física regular existentes. Não houve utentes a manifestar intenção em inscrever-se em programas já existentes na comunidade. Para além de já os conhecerem não estão abertas as inscrições. Foi oferecido aos utentes o convite (anexo V) da Câmara Municipal de Oeiras, "Reencontro com o Concelho e à descoberta de outros Concelhos". Este objectivo não foi atingido e não o recomendamos para próximas intervenções.

Na última sessão incluiu-se um jogo interactivo para incentivar a socialização e a expressão de sentimentos e emoções. Foi muito interessante vê-los a conviver e interagir uns com os outros, "já há muitos anos não me divertia assim tanto" sic.

comentava uma utente. Em futuras intervenções incluiríamos mais jogos interactivos adaptados ao grupo etário.

Meta: Que 100% dos utentes refiram qual o seu estado motivacional.

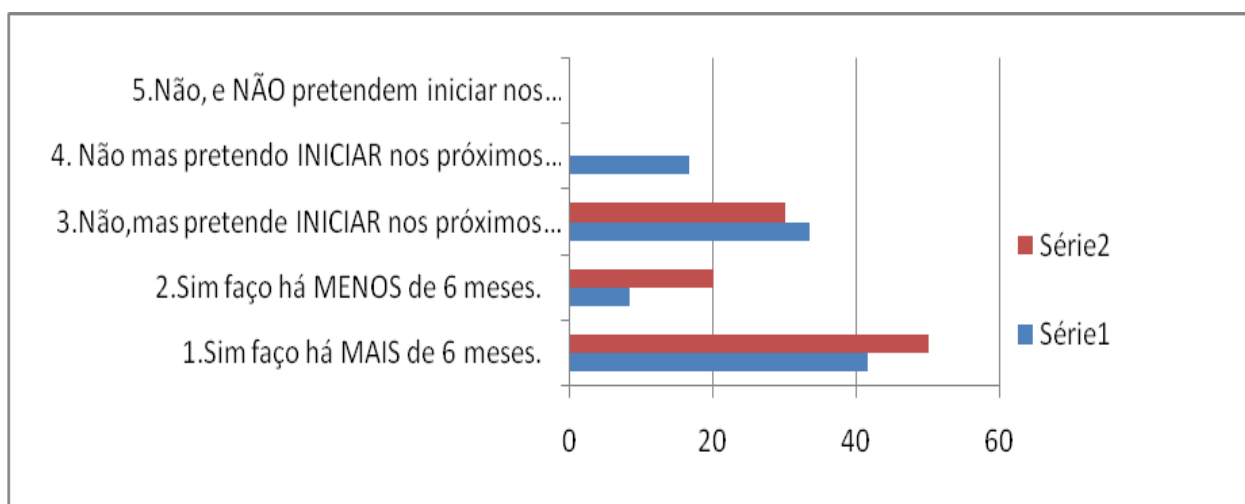
Objectivo: Avaliar se houve alterações no estado motivacional.

Utentes que não compareceram para a última avaliação motivacional 16,6%.

Os restantes utentes situaram-se: na fase activa 70%; na fase contemplativa 30%; ninguém referiu estado motivacional na fase pré - contemplativa.

De acordo com o gráfico houve alterações significativas, nas respostas 1, 2 e 4. No entanto não podemos fazer comparações exactas porque na primeira avaliação estiveram presentes 100% participantes (12) e na última 83,3% dos participantes(10). Objectivo atingido em 83,3 %.

Gráfico nº 6 - Distribuição dos resultados do questionário de estado de mudança 1ª e 2ª séries



Atendendo aos resultados dos indicadores considerou-se que o projecto foi positivo, tendo em conta que mudar comportamentos exige muito mais tempo, ainda não se pode afirmar que este comportamento adquirido se mantenha por longo prazo. Tendo em conta as condições climatéricas, durante o mês de Janeiro considerou-se que a participação dos utentes foi notável, de 50% a 100%, nas diferentes sessões educativas. Nas caminhadas, foi de 50% a 83,3%. O jogo interactivo (apêndice XXII) foi um momento em que todos manifestaram a sua satisfação. Foi também de muito agrado o momento de receber o diploma de participante (apêndice XXIII) como exemplo cito algumas expressões “vou mostrar ao meu neto” e “vou colocá-lo numa moldura”.

“a vida não examinada não vale a pena ser vivida.”
Shakespeare in (NETO, 2009, p. 86)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que iniciámos a nossa carreira em enfermagem, sentimos que algo mudou e que já não corremos apenas para agir e curar alguém.

Hoje sentimos, a importância de escutar a pessoa com doença crónica e de envolvê-la no seu plano de recuperação ou manutenção de saúde.

De acordo com Benner

“já é preciso ser muito competente para educar alguém quando as condições são boas, torna-se muito mais delicado quando se trata de um doente que tem medo, as enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim são obrigadas a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente.” (BENNER, 2001, p. 103)

A competência comunicacional foi desenvolvida e facilitada com o recurso ao modelo de Orem e ao modelo transteórico para a mudança de comportamentos.

A maneira como comunicamos transmite de forma inequívoca o modo como compreendemos o outro. Por isso, desenvolveremos ainda mais esta competência com grupos, usando e aprimorando as técnicas comunicacionais.

De acordo com Collière

“o processo de cuidados de enfermagem não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas vivem (...) é um processo de descoberta elucidação acção entre parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio.” (COLLIÉRE, 1999, p. 293)

O processo de planeamento em saúde promoveu o desenvolvimento de competências ao nível da pesquisa de literatura, da procura de instrumentos, da recolha de informação, da análise de resultados, da definição de objectivos, da elaboração dos indicadores, da selecção de estratégias, da implementação do projecto e da avaliação de resultados. Também foram respeitados os valores e crenças dos participantes, assim como, os princípios éticos que envolvem este tipo de intervenção comunitária.

Esta metodologia permiti-nos elaborar um projecto por etapas e ir reformulando e ajustando os objectivos ao longo do processo.

Outra das competências desenvolvida foi conhecer as comunidades e os seus recursos, de modo a planear em conjunto as estratégias de intervenção comunitária de acordo com as necessidades, o envolvimento comunitário e os parceiros sociais.

Também permitiu desenvolver a competência de sermos criativos na nossa intervenção e articular com outros profissionais de saúde, de modo a envolver o grupo no seu autocuidado em relação a uma das necessidades detectada na etapa de diagnóstico de situação de saúde.

O modelo de Orem também foi muito facilitador já que segue uma linha de pensamento com um objectivo muito claro, promover o autocuidado a indivíduos, grupos ou comunidades. Deste modo desenvolvemos a competência de utilizar um modelo teórico de enfermagem subjacente à nossa prática. Foi um desafio adaptá-lo ao contexto comunitário, mas ao mesmo tempo enriquecedor e orientador.

A nível organizacional também desenvolvemos competência de coordenação de projectos porque tudo esteve pronto no tempo planeado. Os recursos materiais e humanos utilizados foram os mais adequados ao projecto.

Também aprofundamos os nossos conhecimentos e habilidades ao nível dos sistemas de informação e registos informáticos.

Outra competências desenvolvida foi a utilização dos meios áudio visuais nas actividades de educação para a saúde.

Consideramos que este projecto foi muito gratificante porque permitiu-nos adaptar, inovar e desenvolver a criatividade. Diversificar e inovar no modo como intervir em diferentes contextos, foi e será sempre um desafio para a prática de enfermagem, que queremos acompanhar de acordo com a evolução da ciência. Por isso é nosso objectivo continuar a utilizar os conhecimentos com base na evidência e a mobilizar a metodologia do processo de planeamento em saúde aplicada a novas situações em contextos mais alargados e numa abordagem multidisciplinar.

A autonomia foi outra das competências desenvolvida através do processo de planeamento em saúde pois aplicámos a metodologia a nível comunitário com êxito. Utilizamos e optimizamos os recursos da comunidade dando especial ênfase aos parceiros sociais como por exemplo a Câmara Municipal de Oeiras. Desenvolvermos uma prática reflexiva tendo por base os valores ético-sociais dos grupos e da

comunidade. E deste modo contribuímos para a capacitação da comunidade e proporcionamos mudanças em prol da melhoria do estado de saúde.

Também desenvolvemos a competência de monitorizar e avaliar os projectos de intervenção comunitária a fim de ir ajustando as estratégias e os recursos humanos e materiais.

Esta foi apenas uma etapa da nossa formação e com as competências adquiridas certamente que o desempenho das nossas actividades profissionais vai reflectir mais dinâmica e criatividade.

Com o desenrolar do processo de planeamento em saúde em que estivemos envolvidos, o cansaço e falta de criatividade não se fizeram notar, antes pelo contrário, no final sentimo-nos mais enérgicas, mais activas, mais criativas, mais concentradas e motivadas para praticar o que aprendemos.

A nossa profissão é feita de pequenos gestos que se foram agrupando e dando um colorido diferente à nossa vida.

Este projecto foi vital e motivador para nós, fez-nos sentir com o coração do nosso ser e ficará para sempre na nossa identidade.

De acordo com Marujo

“só tem futuro quem tem passado, e ter passado é ter história, identidade, sentido de continuidade e de pertença. Avançar para o futuro faz-se melhor se o que levamos do passado nos satisfaz. Mas não existe futuro sem a experiência do presente - aquela que nós dá acesso à vivência momentânea da felicidade.” (MARUJO, 2011, p. 231)

No decorrer do nosso projecto abrimos o nosso pára-quedas e sentimos que a vida pessoal e profissional teve outra visão:

- ✓ Passamos a aceitar melhor o passado;
- ✓ Passamos a viver intensamente o presente;
- ✓ Passamos a acreditar mais no futuro.

“Autocuidar é vencer” foi e será o nosso slogan para a vida.

“Não é o fim, é só um princípio”
(BENNER, 2005, p. 25)

9. CONCLUSÃO

No nosso pensamento inicial dissemos que, não precisas de fazer tudo ao mesmo tempo. Dá um passo de cada vez. Foi o que aconteceu com este projecto. O nosso objectivo geral foi promover o autocuidado das pessoas portadoras de diabetes que frequentam a consulta de enfermagem de diabetes na UCSP - Oeiras e UCC Saúdar. Para tal mobilizamos o modelo teórico de Orem e o processo de planeamento em saúde.

A amostra utilizada foi de 28 pessoas portadoras de diabetes com idades entre 53 anos e 85 anos. Os diagnósticos enfermagem mais evidentes foram: Deficit no autocuidado com alimentação adequada, deficit de adaptação à velhice, deficit de autocuidado no examinar os pés, e deficit de autocuidado para a prática de actividade física regular. Após a priorização dos diagnósticos de enfermagem com a comparação por pares, foi seleccionado o diagnóstico de deficit de autocuidado para a prática de actividade física regular. Efectuamos pesquisa de literatura e em bases de dados internacionais, sobre como intervir, baseada na evidência científica. E estabelecemos objectivos, indicadores e estratégias para fazer face a esta problemática comunitária.

Foi elaborado um projecto cuja meta foi aumentar em 20% as pessoas portadoras de diabetes da UCSP – Oeiras que praticam actividade física regular, após as 4 semanas. Foi um objectivo alcançado em mais de 20%, e consideramos que houve uma boa mobilização dos recursos para atingir as metas propostas. Não foram sentidas dificuldade nem obstáculos intransponíveis.

Atendendo aos resultados dos indicadores salientamos que o projecto foi positivo, tendo em conta que mudar comportamentos exige muito mais tempo, ainda não se pode afirmar que este comportamento adquirido se mantenha por longo prazo. No entanto como estes utentes irão continuar com as suas consultas de enfermagem há a possibilidade de receberem sempre reforços positivos, por parte das enfermeiras de família. Sugerimos que a referenciação dos utentes para a UCC em breve passe a ser uma realidade de todas as unidades de saúde do ACES - Oeiras. Salientamos que houve boa colaboração e receptividade por parte da equipa de enfermagem com este projecto. Agradecemos a todos os que se empenharam e contribuíram para esta missão.

BIBLIOGRAFIA

ABBOTT Laboratórios (s.d.) [vídeo] - **Complicações do Pé Diabético** - Centro Hospitalar de Torres Vedras: Abbott Diabetes Care, [s.n] 16 minutos.

ABREU, Silvestre (2010) - Papel da monitorização da glicemia capilar - in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice Edições Médicas, 2010 ISBN 978-972-8749-84-2. p. 155 -161.

ALPIREZ, Ávila; [et al] (2006) - **Nursing intervention within self-care with the educational support to people with type 2 diabetes mellitus** 141-146. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. Acedido em: 10/02/2010

BOAVIDA, José; [et al.] (2004) - **Viver com a Diabetes**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-108-8

BARROS, Luísa (2010) - Papel da orientação alimentar no tratamento da diabetes mellitus. in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice Edições Médicas,2010. ISBN 978-972-8749-84-2. p. 41-47.

BASTOS, F; SEVERO, Milton; LOPES, Carla (2007) - Propriedades psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes - in: **Acta Médica Portuguesa** [em linha] nº20 p.11-20. Acedido em: 16/02/2010. Disponível em:

<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf>

CARVALHO, Rui; VAZ, Daniel (2010) - O pé no doente com diabetes mellitus - in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice, Edições Médicas, 2010. ISBN 978-972-8749-84-2. p. 225-233

CARVALHO, Noeme (2009) - **Dinâmicas para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptadas**. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes. ISBN 978-85-326-3825-0

CASTRO, João; MARCELINO, Mafalda (2010) - Pré-diabetes - in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice, Edições Médicas.2010 ISBN 978-972-8749-84-2. p. 31-39.

CESAR, Rui (2010) - Papel do exercício físico na terapêutica da Diabetes Mellitus. in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice, Edições Médicas, 2010. ISBN 978-972-8749-84-2. p. 49-54

CORREIA, Luís (2010) - Epidemiologia da Diabetes Mellitus. in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice Edições Médicas, 2010 ISBN 978-972-8749-84-2. p.1-10.

DIAS, Teresa; CARVALHO, Maria (2010) - Diabetes Mellitus e Disfunção Sexual - in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice, Edições Médicas, 2010 p. ISBN 978-972-8749-84-2. p. 285-295.

HASSE Manuela (2006) - O Envelhecimento e a Anatomia. in: BARREIROS, J; [et al] - **Actividade física e Envelhecimento**. Cruz Quebrada: Edições FMH, ISBN 972-735-133-6. p.17-28.

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

CÂMARA MUNICIPAL DE OEIRAS (2010) - **Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras**. Oeiras: CMO, 2010. ISBN 978-989-608-109-6

COLLIÈRE, M. Françoise (1999) - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3;

Escala da Percepção do esforço. Acedido em 02/01/2011. Disponível em: http://www.google.pt/images?um=1&hl=ptpt&biw=763&bih=400&tbs=isch%3A1&sa=1&q=escala+da+percep%C3%A7%C3%A3o+esfor%C3%A7o+fisico&btnG=Pesquisar&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=

FELICIANO, Elsa (201?) - Alimentação na Diabetes. In: Feliciano, Elsa; [et al.] - **Programas de Exercício e de Alimentação na Diabetes Tipo 2: Abordagem Prática**. Lisboa: Grupo Tecnifar, ISBN [s.n]. p.33-54.

FREITAS, Rodrigo [vídeo motivacional] - **O carpinteiro** - [s.n]:28/10/2008. Duração de 3 minutos. http://www.youtube.com/watch?v=nGMM_2RXIdA . Acedido em 16/12/2010.

GALLEGOS, Ovalle; [et al.] - **Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling** in: *Journal of Nursing Scholarship*, (2006), 344-351. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. Acedido em:10/02/2010

GODRI, Daniel - [vídeo motivacional] - **Auto Motivação, mantendo sempre o seu balão cheio** - [s.n] 16/04/2007. Duração 9 minutos. Acedido em 16/12/2010.

Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=WHIYkOU8Ikc> .

GUEDES [et al] - **Estudo sobre sedentarismo e prevalência de tensão alta** .

Acedido em 20/07/2010. Disponível em:

<https://vpn.esel.pt/http/0/web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=119&sid=45b93e0a-b2d1-420b-b7c5-86cf61d0578e%40sessionmgr104>.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1986) - **Metodologia do Planeamento da Saúde**. 2ª Edição, Lisboa: Edições de saúde. IBSN [s.n.]

MARUJO, Helena; RIVERO, Catarina (2010) - **POSITIVA - MENTE**. Lisboa: A Esfera dos Livros. IBSN 978-989-626-263-1

MARUJO, Helena; NETO, Luís; PERLOIRO, Maria (2009) - **Educar para o Optimismo**. 18ª ed. Lisboa: Editorial Presença. IBSN 978-972-23-2516-5

MATOS, Margarida; [et al.] (1999) - Aconselhamento para a actividade física: O Projecto PACE in: SARDINHA, Luís; MATOS, Margarida; LOUREIRO, Isabel; - **Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo**. Cruz Quebrada: FMH Edições, IBSN 972-735-060-7.p.183-203.

MENDES, Romeu;. [et al.] (201?) - Actividade física na diabetes tipo 2: proposta de um programa de exercício In: Feliciano, Elsa; [et al] - **Programas de Exercício e de Alimentação na Diabetes Tipo 2: Abordagem Prática**. Lisboa: Grupo Tecnifar. IBSN [s.n.]. p. 33-54.

MUNDY- Linus (2005) - **Ser decidido** - 3ª ed. Lisboa. Inst. Miss. Filhas de São Paulo. IBSN: 972-751-217-8

NAVARRO, Peña; CASTRO Salas,M (2010) - Modelo de Dorothea Orem Aplicado a um grupo Comunitário através do Processo de Enfermagem. In: **Enfermaria Global**. Múrcia. ISSN 1695-6141.Nº 19 (Junho 2010) p.1-14.

NIGHTINGALE, Florense (2005) - **Notas Sobre Enfermagem**. Lisboa: Lusociência. IBSN 972-8383-92- 4

NUNES, Lucília; NABAIS António (2010) - **Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: IBSN [s.n]

NUNES, José Silva (2010) - **Diabetes Uma Abordagem Global**. Lisboa: Edições Médicas. IBSN 978-972-8749-84-2

NUNES, M. Paula (2005) - **O envelhecimento no feminino: um desafio para o próximo milénio**. Lisboa, Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres. IBSN 972-597-272-4

OBSERVATÓRIO DA DIABETES (2010) - Acedido em: 24- 07-2010. Disponível em:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf> .

- OREM, E. Dorothea (1980) - **Nursing: concepts of practice**. 2ª Edição, United States of América: Library of Congress Cataloging in Publication. ISBN 0-07-047718-3
- ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2010) - **Servir a Comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-96021-9-9
- PALMEIRA António; BARATA Themudo (2007) - O PROGRAMA PACE: uma Aplicação do Modelo Transteórico de Promoção do Exercício em Cenários de Cuidados Primários. In: **Factores de Risco**. Lisboa. ISSN1646-4834. nº 5 (Abr - Jun2007). p. 58-63.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2003) - **Saúde na Comunidade: Guia orientador para Elaboração de indicadores**. Lisboa: DGS. ISBN 675-087-3
- PORTUGAL. Direcção Geral da saúde (2008) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Lisboa, DGS. ISBN 978-972-675-180-9
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2001) - Divisão de Saúde das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátrica - **Autocuidados na saúde e na doença. Quem? Eu? Exercício?** Lisboa, DGS. ISSN 0872-2455
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2000) - **Educação terapêutica na diabetes mellitus**. Circular Normativa nº 14/DGCG de 12/12/2000.
- PÓVOA, Fernanda [vídeo motivacional] - **O que é importante não muda**. [s.n] 09/09/2007. Duração 4 minutos. Acedido em: 24- 07-2010. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=RaP7qIe0sHw>
- RUSSEL, Nancy (1986) - **Manuel de Educação para a Saúde**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 972-9425-25-5
- SARDINHA, Luís; MATOS, Margarida; LOUREIRO, Isabel (1999) - **Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo**. Cruz Quebrada: FMH Edições. ISBN 972-735-060-7
- SOUTO, Selma (2010) - Retinopatia diabética - in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice Edições Médicas, (2010). ISBN 978-972-8749-84-2. p.191-199.
- STANHOFE, M.; LANCASTER, J (1999) - **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3
- TOMEY, Ann Marriner (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**: Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6

ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

3º Semestre

ANOS	2010													2011							
	Set		Outubro			Novembro					Dezembro			Janeiro				Fevereiro			
MESES	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	3	10	17	24	1	7	14	21
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	31	7	14	21	28	4	11	18	25
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	18	19	20
ESTÁGIO													N								
1ª semana na ESEL													A								
Diagnostico de Saude													T								
Planeamento e intervenções								*1º ESEL					A								
Avaliação dos resultados													L					*2º ESEL			
Redacção do trabalho																					

Nota : Entrega do relatório final até 4 de Março

* semana de Seminários na ESEL

A coordenadora
Adriana Henriques

ANEXO II: ESCALA DE AUTOCUIDADO COM DIABETES

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO CUIDADO COM A DIABETE

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).

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente. Assinale com um círculo a resposta que considerar correcta.

14. 1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias								
14.1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.1.2. Em média durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.1.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/doses de vegetais. (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2. ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA									
14.2.1. Em Quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2.3.Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou no acompanhamento da refeição dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2.4.Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às refeições principais?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2.5. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida, fora das refeições principais?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2.6. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada, ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.2.7.Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.3. ACTIVIDADE FÍSICA									
14.3.1.Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade continua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.3.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício 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	
14.4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA	Nº de dias								
14.4.1.Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7	
14.4.2.Quantos DIAS POR SEMANA lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico,	0	1	2	3	4	5	6	7	

enfermeiro ou farmacêutico?											
14.5. CUIDADOS COM OS PÉS											
14.5.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7			
14.5.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7			
14.5.3. 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			
14.6. MEDICAMENTOS											
14.6.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7			
14.6.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7			
14.6.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7			
14.7. HÁBITOS TABÁGICOS											
14.7.1. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?								sim	não		
14.7.2. Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros.....											
14.7.3. Quando fumou o seu último cigarro?											
<input type="checkbox"/> Nunca fumou											
<input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás											
<input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás											
<input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás											
<input type="checkbox"/> Um a três meses atrás											
<input type="checkbox"/> No último mês											
<input type="checkbox"/> Hoje											

Nota: As questões 17. 2.1. a 17.2.7. devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0

ANEXO III: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE MUDANÇA

Nome _____ Código _____

Questionário de avaliação da etapa comportamental para a prática de actividade física (PROCHSKA, & MARCUS 1982)

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE MUDANÇA

(Os estados de mudança na sua forma colapsada estão entre parêntesis)

O Exercício regular é qualquer actividade física planeada(por exemplo, caminhada, aeróbica, jogging, andar de bicicleta, nadar, remar, etc.) realizada com o objectivo de melhorar a aptidão física. Essa actividade deve ser realizada 3 a 5 vezes por semana com a duração de 20 a 60 minutos por sessão. O exercício não tem de ser doloroso para ser eficaz, mas deve ser feito a uma intensidade que aumente a sua frequência respiratória e provoque suor.

De acordo com esta definição, faz exercício físico regular	Fases
(Assinale com um x no quadrado a sua situação)	
1.Sim faço há MAIS de 6 meses.	<input type="checkbox"/> (Activo)
2.Sim faço há MENOS de 6 meses.	<input type="checkbox"/> (Activo)
3.Não,mas pretende INICIAR nos próximos 30 dias.	<input type="checkbox"/> (Contemplativo)
4. Não mas pretendo INICIAR nos próximos 6 meses.	<input type="checkbox"/> (Contemplativo)
5.Não, e NÃO pretendem iniciar nos próximos 6 meses.	<input type="checkbox"/> (Pré-contemplativo)

Se deseja pode alterar a definição de exercício físico regular para incluir a actividade física inserida no estilo de vida (i.e., lifestyle), alterando a definição introdutória ao questionário.

Fonte: Factores de Risco. Lisboa. ISSN1646-4834. nº 5 (Abr – Jun 2007). p. 58-63.

**ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA DO
AUTOCUIDADO COM A DIABETES**

Natividade de Sousa



Acta Médica Portuguesa

Ex.ma. Senhora
Enf.ª Maria Natividade Dinis de Sousa
Praceta Pinheiro Chagas, 2
2795-154 Linda-a-Velha

Lisboa, 23 de Setembro de 2010

Ex.ma. Senhora Enfermeira,

O Centro Editor Livreiro da **Ordem dos Médicos**, proprietário da Revista Científica da Ordem dos Médicos, **ACTA MÉDICA PORTUGUESA**, vem por este meio acusar a recepção da sua amável carta, a solicitar a utilização do artigo intitulado *Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada*, cujos autores são Fernanda Bastos, Milton Severo, Carla Lopes, publicado nesta prestigiosa Revista [Acta Med Port 2007;20(1):11-20].

Em resposta ao seu pedido, a Direcção da **ACTA MÉDICA PORTUGUESA**, concede a utilização do artigo acima mencionado na elaboração do trabalho que está a desenvolver.


Entanto chamamos a atenção que ao reproduzir os excertos necessários deve sempre mencionar a origem da sua publicação, cumprindo assim, as **Normas para publicação das Revistas Biomédicas do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Tratado de Vancouver)**

Agracecemos desde já a sua atenção e o interesse manifestado pela preferência em relação à revista científica da **Ordem dos Médicos, ACTA MÉDICA PORTUGUESA**.

Com os mais respeitosos cumprimentos, subscrevemo-nos com a mais elevada consideração

Pelo Centro Editor Livreiro da **Ordem dos Médicos**

ACTA MÉDICA PORTUGUESA


Miguel Reis
D.ºp. Editorial

D.O. 318

Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1749 084 LISBOA
Telf. 218 437 750 - Fax 218 437 751

Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda - NIPC: 081 607 540
Reg.º Cons. Reg.º Com. De Lisboa sub.ª nº. 0214/2008 - Dep.º Fiscal (res.º) nº. 5000 Euros

**ANEXO V: CONVITE PARA PARTICIPAR NO PROGRAMA
REENCONTRO COM O CONCELHO**

Natividade de Sousa

Foi em 1992 que a Divisão de Assuntos Sociais da Câmara Municipal de Oeiras iniciou uma viagem muito especial:

*O Reencontro com o Concelho
À Descoberta de outros Concelhos*

Um programa dirigido a todos os munícipes com mais de 55 anos, e que consiste na organização de viagens totalmente gratuitas.

Criado com o objectivo de proporcionar momentos de lazer e cultura, a iniciativa contempla visitas dentro e fora do Concelho de Oeiras, proporcionando um tempo acrescido para descobrir ou recordar lugares.



De Norte a Sul temos vindo a percorrer museus, cidades e um conjunto de locais de grande interesse paisagístico e histórico.

Este ano, as viagens continuam. Por isso, inscreva-se para participar na próxima*. Nós, ficaremos reconhecidos por testemunhar a sua energia, saber e experiência. Mas, acima de tudo, pela sua determinação em aceitar o sabor destes pequenos grandes momentos da vida.



* As inscrições decorrem no início dos meses de Março e Setembro nas Freguesias do Concelho.

APÊNDICES

**APÊNDICE I: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE
ESCALA DE AUTOCUIDADO**

Natividade de Sousa

Maria Natividade Dinis de Sousa
Praceta Pinheiro Chagas, 2
2795-154 Linda-a-Velha
ty-sousa@hotmail.com
TM - 912214624

Cédula Profissional Ordem dos Enfermeiros nº 5-E-21378
Estudante nº 3065 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Exmo. Senhor
Dr. Pedro Nunes
Presidente do Conselho Executivo da Ordem
dos Médicos
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749 - 084 Lisboa

Assunto: Permissão para uso da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

Exmo. Senhor,

Enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem área de Especialização Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me neste momento a desenvolver um trabalho sob o tema “Promover para o autocuidado um grupo de pessoas com diabetes”. Pretendo fazer o diagnóstico de situação deste grupo de pessoas para identificar quais as necessidades reais.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a sua permissão para usar a “Escala de Actividades do Autocuidado com Pessoas com Diabetes” – tendo tido conhecimento deste instrumento de trabalho através do artigo publicado na Acta Med Port, 2007; 20: 11-20 – traduzido e adaptado pela Sr^a Enf^a Fernanda Bastos et al.

Sendo tudo de momento, apresento os meus cumprimentos.

Linda-a-Velha, 21.09.2010

Atenciosamente

Maria Natividade Dinis de Sousa

**APENDICE II: PEDIDO PARA EFECTUAR AS ENTREVISTAS
DURANTE AS CONSULTAS**

Natividade de Sousa

Maria Natividade Dinis de Sousa
Praceta Pinheiro Chagas, 2
2795-154 Linda-a-Velha
ty-sousa@hotmail.com
TM - 912214624

*Aprovado
é de interesse para a enfer-
e para toda a equipa
do ACES.
A enfs Conselho Clínico
Lectury*

Cédula Profissional Ordem dos Enfermeiros nº 5-E-21378
Estudante nº 3065 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Exma. Direcção de Enfermagem do ACES - Oeiras

Assunto: Permissão para Entrevistar utentes que frequentam a consulta de Enfermagem de Diabetes da UCSP- Oeiras

Exma. SR^a Enfermeira.

Enquanto estudante de Pós-Licenciatura de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me neste momento a desenvolver um trabalho sob o tema "Promover para o autocuidado um grupo de pessoas com diabetes". Pretendo fazer o diagnóstico de situação deste grupo de pessoas para identificar quais as necessidades reais.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a sua permissão para entrevistar alguns utentes que frequentam a consulta de Enfermagem da UCSP-Oeiras. Está actividade decorrerá durante o mês de Outubro, nas instalações do UCSP-Oeiras nos dias que estão marcadas as consultas. Estou disponível para quaisquer esclarecimentos.

Junto envio um guião da entrevista a realizar aos utentes.

Comprometo-me a respeitar todos os requisitos ético legais que este tipo de intervenção exige.

Sendo tudo de momento, apresento os meus cumprimentos.

Linda-a-Velha, 05.10.2010

Atenciosamente

Maria Natividade Dinis de Sousa



**APÊNDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
ENTREVISTA AO INFORMADOR CHAVE**

Natividade de Sousa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso de Mestrado em Enfermagem área de
Especialização Enfermagem Comunitária**

De acordo com a “Declaração de Helsínquia, 1964” da Associação Médica Mundial.

Eu, abaixo assinado, _____

Compreendi a explicação que me foi dada acerca do Estágio de Enfermagem, os seus objectivos, os métodos a utilizar, e os benefícios para o grupo de diabéticos. Foi-me solicitada a minha participação de forma voluntária e tive oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Também fui informada que os resultados do estudo serão - me comunicados. Além disso permito a gravação do conteúdo da entrevista para utilizar no estudo anónimo.

Lisboa, ____/____/____

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Entrevistador _____

APÊNDICE IV: GUIÃO DE ENTREVISTA AO INFORMADOR CHAVE

Natividade de Sousa

ENTREVISTA À ENFERMEIRA DE FAMILIA

- 1- Como é que os utentes têm acesso à consulta de Enfermagem de Diabetes?
- 2- Qual a periodicidade das consultas?
- 3- Qual tem sido a adesão a estas consultas?
- 4- Quais as principais necessidades detectadas?
- 5- Já projectou algum tipo de programa para colmatar essas necessidades?
- 6- Qual foi o tipo de adesão?
- 7- Que resultados obteve?
- 8- Tem recursos humanos e materiais necessários para algum tipo de intervenção?
- 9- Gostaria de inovar algo na sua consulta?
- 10- Dê algumas sugestões!

APÊNDICE V: RELATÓRIO DA ENTREVISTA

Natividade de Sousa

RELATÓRIO DA ENTREVISTA AO INFORMADOR CHAVE

1 - Acesso às consultas

- Os utentes têm acesso à consulta vindo directamente do Médico.
- Enviados pelas colegas do serviço .
- Por iniciativa dos utentes, indicação dum familiar ou amigo.

2 - Periodicidade das consultas

- Alternadas com as consultas médicas .Aproximadamente de 3 em 3 meses.

3 - Adesão as consultas.

- Muito boa.

4 - Necessidades detectadas.

- Falta de motivação para a prática de exercício físico.

5 - Programas implementados.

- Já foi efectuado um programa que só foi executado uma vez por falta de tempo.

6 - Adesão a esse programa.

- Foi boa.

7 - Resultados obtidos.

Baixaram os níveis de glicemia e T.A.(Alguns utentes pedem para repetir).

8 - Recursos humanos e materiais.

- Faltam recursos humanos.

9 - Disposta a inovações nesta consulta.

- Sessões de educação para a saúde.

10 - Sugestões:

- Mais tempo para as consultas.
- Realização de sessões educação para a saúde de vários temas.

APÊNDICE VI: CONSENTIMENTO INFORMADO DO UTENTE

Natividade de Sousa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso de Mestrado em Enfermagem área de
Especialização Enfermagem Comunitária**

De acordo com a “Declaração de Helsínquia, 1964” da Associação Médica Mundial.

Eu, abaixo assinado, _____

Compreendi a explicação que me foi dada acerca do Estágio de Enfermagem, os seus objectivos, os métodos a utilizar, e os benefícios para o grupo de diabéticos. Foi-me solicitada a minha participação de forma voluntária e tive oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Também fui informado acerca de algum desconforto que possa sentir em efectuar o teste da glicemia, mostrar os pés, pesar e medir o perímetro abdominal. Além disso permito também o uso dos meus dados para utilizar no estudo anónimo.

Lisboa, ____/____/____

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Entrevistador _____

APÊNDICE VII: GUIÃO DA ENTREVISTA AO UTENTE

Natividade de Sousa

GUIÃO DA ENTREVISTA

Código.....

Sou, Enf^a Natividade Sousa e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste estágio estou a realizar um trabalho que tem como objectivo: Promover o auto cuidado das pessoas com diabetes que frequentam a consulta de Enfermagem da UCSP- Oeiras.

Solicito a sua colaboração voluntária e peço que responda o mais correctamente possível. Os seus dados são confidenciais e anónimos.

Agradeço a sua colaboração

...../...../.....

Natividade de Sousa

IDENTIFICAÇÃO

Nome.....

Morada.....

Telef..... TM...../.....

DN...../...../.....

Médico Família Enf^a Família.....

Nop..... CU.....

PARTE - ICARACTERÍSTICAS SÓCIO - DEMOGRÁFICAS E ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Idade Anos 2.1. Sexo masculino 2.2. Sexo feminino
3. Habilitações literárias?
4. Situação sócio profissional?
5. Quantas pessoas tem o seu agregado familiar?.....
6. Há quanto tempo tem diabetes?.....
7. Tipo de tratamento que efectua para a diabetes? (*pode referir mais que um*)
- Dieta.....
- Exercício físico.....
- Terapêutica:
- Comprimidos... (Só os antidiabeticos orais)
- Insulina.....
- Insulina+comprimidos.....
- Não faz nada /Não refere.....
8. Tem alguma complicação tardia da diabetes?
- | | |
|--|---|
| Retinopatia..... <input type="checkbox"/> | Infecções oportunistas..... <input type="checkbox"/> |
| Nefropatia..... <input type="checkbox"/> | Doença vascular periférica.... <input type="checkbox"/> |
| Neuropatia..... <input type="checkbox"/> | Não refere..... <input type="checkbox"/> |
| Pé diabético..... <input type="checkbox"/> | Desconhece..... <input type="checkbox"/> |
| Disfunção sexual..... <input type="checkbox"/> | |
9. Para além da diabetes tem outras doenças associadas?
- | | |
|---|--|
| Doença cardio vascular..... <input type="checkbox"/> | Dislipidemias..... <input type="checkbox"/> |
| Doença cérebro vascular..... <input type="checkbox"/> | Doenças respiratórias.... <input type="checkbox"/> |
| Doença osteo articular..... <input type="checkbox"/> | Doenças alérgicas..... <input type="checkbox"/> |
| Doença mental <input type="checkbox"/> | Doença cancerígena..... <input type="checkbox"/> |
| Obesidade..... <input type="checkbox"/> | Outras..... <input type="checkbox"/> |

PARTE - II AVALIAÇÃO ESTADO PONDERAL E DE SINAIS VITAIS

10. P.A.....cm

11.a. Peso.....kg .11. b. Altura.....cm 11. c. IMC.....

12.T.A...../..... mmHg

13.glicemias

13.a. Glicemia capilar ocasional.....mg/dl

13.b. Glicemia capilar pré - prandial mg/dl

13.c. Glicemia capilar pós - prandialmg/dl

PARTE IV - CARACTERIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS EM RELAÇÃO AO AUTO CUIDADO COM A DIABETES

15 - Quando soube que tinha diabetes como reagiu?

16 - E agora com se sente?

17 - Acha que o autocuidado com a diabetes interfere com o seu dia a dia?

Sim Não

18 - Se sim, de que forma?

19 - Acha que cumpre todas as orientações que lhe são dados pelos profissionais de saúde?

Sim Não

20 - Se não, porquê?

21 - Tem necessidade de pedir ajuda para o seu autocuidado com a diabetes?

Sim Não

22 - Se sim, em que situação precisa de ajuda?

23 - Sente neste momento motivação para efectuar alguma mudança na sua vida, que contribua para melhorar a sua saúde?

Sim Não

24 - Se Sim, qual a mudança que considera prioritária para melhorar o controlo da diabetes?

Alimentação adequada..... Controlo da glicemia.....

Actividade física..... Cuidados aos pés.....

Medicação..... Controlo emocional.....

Cessaçãotabagica..... Abtençãotalcólica.....

25 - Que tipo de ajuda espera dos profissionais de saúde para melhorar a sua saúde?

Obrigado pela colaboração

**APENDICE VIII: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO
PROGRAMA PACE**

Maria Natividade Dinis de Sousa
Praceta Pinheiro Chagas, 2
2795-154 Linda-a-Velha
ty-sousa@hotmail.com
TM - 912214624

Cédula Profissional Ordem dos Enfermeiros nº 5-E-21378
Estudante nº 3065 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Exmo. Senhor Professor
Dr. Luís Bettencourt Sardinha
Membro do Núcleo de Exercício E Saúde da
Faculdade de Motricidade Humana -
Universidade Técnica de Lisboa
Cruz Quebrada

Assunto: Permissão para adaptação do PROGRAMA PACE, uma aplicação do modelo Transteórico de promoção do exercício em cenários de cuidados primários.

Exmo. Senhor,

Enquanto estudante de Pós-Licenciatura de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a estagiar no Centro de Saúde de Oeiras e encontro-me neste momento a desenvolver um trabalho sob o tema “Promover para o autocuidado um grupo de pessoas com diabetes”. Após diagnóstico de situação deste grupo de pessoas identifiquei um deficit de autocuidado na actividade fisica regular. Por isso pretendo promover a prática de actividade fisica regular.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a sua permissão para usar o “Programa Pace” tive conhecimento deste Programa através do artigo publicado na Revista Factores de Risco 2007,nº 5 (Abr - Jun), 59-63.

Sendo tudo de momento, apresento os meus cumprimentos.

Linda-a-Velha, 04.01.2011

Atenciosamente

Maria Natividade Dinis de Sousa

Para Maria natividade sousa

De: **Luis Bettencourt Sardinha** (lsardinha@idesporto.pt)

Enviada: terça-feira, 25 de Janeiro de 2011 18:04:29

Para: Maria natividade sousa (ty-sousa@hotmail.com)

Natividade de Sousa,

Foi para este e outros fins que o programa PACE foi desenvolvido e depois traduzido para português. Por isso, obviamente que está autorizada. Aproveito esta oportunidade para desejar bom trabalho.

Cumprimentos.

Luís Bettencourt Sardinha

De: Maria natividade sousa [mailto:ty-sousa@hotmail.com]

Enviada: terça-feira, 25 de Janeiro de 2011 17:33

Para: lsardinha@fmh.utl.pt

Assunto: Pedido de autorização

Boa tarde!

Sou uma Enfermeira a estagiar no Centro de Saúde de Oeiras.

Estou a desenvolver o meu projecto na promoção do autocuidado com a actividade física em idosos com diabetes.

Gostaria de utilizar /adaptar o Programa Pace.

Gostaria de obter a respectiva autorização, sim concordar é claro.

Fica desde já o meu profundo agradecimento.

Atenciosamente

Natividade de Sousa

**APÊNDICE IX: INDICADORES DE CARACTERIZAÇÃO
DA POPULAÇÃO**

Natividade de Sousa

Quadro nº10- Parte I - Aspectos sócio demográficos e historial clínico	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	% Indivíduos por grupos etários	Entrevista ao individuo	De acordo com o Estudo da Prevalência da Diabetes total e por grupos etários "a Diabetes verificada foi de 11,7% em pessoas entre os 20 anos e os 79 anos, sendo de 14,2% no sexo masculino e de 9,5 % no sexo feminino. A prevalência encontrada, por grupos etários, foi de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6% entre os 40 e os 59 anos e 26,3 % entre os 60 e os 79 anos de idade." (CORREIA, 2010, p. 6)	Foram considerados os seguintes grupos etários: 20- 39 Anos 40-59 Anos 60-79 Anos
	% de indivíduos por sexo	Entrevista ao individuo	Considerando a opinião de Nunes "as identidades masculino e feminino são ao mesmo tempo fonte de atitudes e de comportamentos diferenciados e de expectativas organizadas em face dos papéis que os homens e as mulheres têm na sociedade." (NUNES, 2005, p.71)	Foram considerados os seguintes sexos: Sexo feminino Sexo masculino
	% Indivíduos em vida activa	Entrevista ao individuo	A população activa é um conjunto de indivíduos com a idade superior a 15 anos, que no período de referência, constituem a mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico. Compreende: empregados e desempregados (INE, 2009)	População activa (empregados e desempregados) População não activa (reformados, domésticas e estudantes)

Quadro 11- Parte I - Aspectos sócio demográficos e historial clínico	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	% de indivíduos reformados	Entrevista ao individuo	Segundo Nunes “os resultados do INE em 2001, revelaram que a maioria da população idosa era inactiva (81%) situando-se a taxa de inactividade na população masculina em cerca de 74% e da feminina em cerca de 86%.” (NUNES, 2005, p.16)	De acordo com os cálculos
	% Indivíduos por nível de escolaridade completo	Entrevista ao individuo	De acordo com Lei de bases do Sistema Educativo “a educação escolar compreende os ensinios básico, secundário e superior, integra modalidades especiais e inclui actividades de tempos livres.” (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro)	Foram considerados: Analfabeto Ensino Básico 1º Ciclo 4 anos 2º Ciclo 2 anos 3º Ciclo 3 anos Ensino secundário 3 Anos Ensino superior Sem limite
	% Indivíduos por tipo de família	Entrevista ao individuo	Referindo Nunes ”a família nos dias de hoje é um projecto de felicidade. Quando falha, desmorona - se, quebram-se os elos entre os seus elementos e constrói-se outro modelo, é por isso que na actualidade surgem cada vez mais famílias recompostas, monoparentais ou, no extremo oposto, a família unitária onde a solidão poderá ser uma constante.” (NUNES, 2005, p. 20)	Foram consideradas os seguintes tipos de famílias: Nuclear Reconstituídas Unipessoal Alargada

Tabela nº12 - Parte I – Aspectos sócio demográficos e historial	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	<p>% Indivíduos por tempo de evolução da doença</p>	<p>Entrevista ao indivíduo</p>	<p>De acordo com Correia in Nunes “a diabetes tipo 1 é relativamente fácil saber a prevalência, uma vez que o diagnóstico, pela presença de sintomatologia muito exuberante, é feito muito rapidamente, na diabetes tipo 2 só muitos anos depois do seu início se faz o diagnóstico porque, habitualmente, evolui as sintomaticamente durante anos.” (CORREIA, 2010, p.1)</p>	<p>Foram consideradas cinco categorias:</p> <p>< 1 ano 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos >12 anos</p>
<p>% Indivíduos por tipo de tratamento</p>	<p>Entrevista ao indivíduo</p>	<p>De acordo com Boavida in Nunes “a percentagem de pessoas com diabetes que seguem a terapia proposta pelos profissionais de saúde é bastante baixa. Por exemplo, 25-30% de diabéticos tipo 1, admitem esquecer-se das injeções de insulina e só uma pequena parte atinge uma óptima compensação. Os planos de actividade de aumento de actividade física ou a adesão a um programa de nutrição têm uma percentagem ainda menor de seguidores.” (BOAVIDA, 2010, p.173)</p>	<p>Foram considerados as seguintes categorias:</p> <p>Dieta Comprimidos Insulina Exercício físico</p> <p>Está prevista a associação de dois ou mais tratamentos no mesmo indivíduo.</p>	

Quadro 13 - Parte I- Aspectos sócio demográficos e historial clínico	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	% Indivíduos que tem complicações da diabetes	Entrevista ao individuo	De acordo com Correia in Nunes "a diabetes está associada a uma elevada morbilidade e mortalidade relacionadas com o risco de complicações ao nível cardio e cerebrovascular, renal, oftalmológico e vascular periférico." (CORREIA, 2010, p.1)	Alterações visuais Alterações renais Diminuição da sensibilidade nos pés Infecções Oportunistas
	% Indivíduos com doenças associadas.	Entrevista ao individuo	Segundo Vilaverde "os indivíduos com diabetes mellitus têm um risco de doença coronária duas a três vezes superior ao da população geral."(VILAVERDE, 2010, p.235)	Doenças associadas: Doença cardio vascular Doença osteo articular Doença mental Doenças respiratórias Doenças cancerígenas

Quadro 14- Parte II - Avaliação dos valores antropométricos	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização																						
	% Indicadores por classes de IMC	Avaliação de valores Antropométricos	<p>De acordo com Nunes”a obesidade não é sinonimo de excesso de peso mas, antes constitui um excesso de tecido adiposo. No entanto, para a avaliação da obesidade, o índice de massa corporal (IMC) é o parâmetro mais utilizado: resulta da razão entre o peso(em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros). Segundo a OMS, a obesidade define-se como $IMC > e = 30 \text{ kg /m }^2$.” (NUNES, 2010, p. 271)</p> <p>De acordo com OMS:</p> <table border="0"> <tr> <td>“IMC</td> <td>Classificação</td> </tr> <tr> <td><18,5 kg/m².....</td> <td>Magreza</td> </tr> <tr> <td><16,0 kg/m².....</td> <td>Magreza severa</td> </tr> <tr> <td>16,0 a 16,99 kg/m².....</td> <td>Magreza moderada</td> </tr> <tr> <td>17,00 a 18,49 kg/m².....</td> <td>Magreza ligeira</td> </tr> <tr> <td>18,5 a 24,99 kg/m².....</td> <td>Peso normal</td> </tr> <tr> <td>25,0 a 29,99 kg/m².....</td> <td>Excesso de peso</td> </tr> <tr> <td>≥30 kg/m².....</td> <td>Obesidade</td> </tr> <tr> <td>30,0 a 34,99 kg/m².....</td> <td>Obesidade grau I</td> </tr> <tr> <td>35,0 A 39,99 kg/m².....</td> <td>Obesidade grau II</td> </tr> <tr> <td>≥40 kg/m².....</td> <td>Obesidade grau III”</td> </tr> </table> <p>(NUNES, 2010, p. 272)</p>	“IMC	Classificação	<18,5 kg/m ²	Magreza	<16,0 kg/m ²	Magreza severa	16,0 a 16,99 kg/m ²	Magreza moderada	17,00 a 18,49 kg/m ²	Magreza ligeira	18,5 a 24,99 kg/m ²	Peso normal	25,0 a 29,99 kg/m ²	Excesso de peso	≥30 kg/m ²	Obesidade	30,0 a 34,99 kg/m ²	Obesidade grau I	35,0 A 39,99 kg/m ²	Obesidade grau II	≥40 kg/m ²	Obesidade grau III”	<p>Foram considerados os seguintes valores de IMC:</p> <p>< 18,5 kg/m² – Magreza</p> <p>18,5 a 24,99 kJ/m²- Peso normal</p> <p>25,0 a 29,99 kg/m² – Excesso de peso</p> <p>≥ a 30 Kg/m² obesidade</p> <p>30 a 34,99Kg/m² - Obesidade grau I</p> <p>35 a 39,99Kg/m² -Obesidade grau II</p> <p>>e=40 kg/m² - Obesidade grau III</p>
“IMC	Classificação																									
<18,5 kg/m ²	Magreza																									
<16,0 kg/m ²	Magreza severa																									
16,0 a 16,99 kg/m ²	Magreza moderada																									
17,00 a 18,49 kg/m ²	Magreza ligeira																									
18,5 a 24,99 kg/m ²	Peso normal																									
25,0 a 29,99 kg/m ²	Excesso de peso																									
≥30 kg/m ²	Obesidade																									
30,0 a 34,99 kg/m ²	Obesidade grau I																									
35,0 A 39,99 kg/m ²	Obesidade grau II																									
≥40 kg/m ²	Obesidade grau III”																									

	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
Quadro 15 - Parte II – Avaliação dos sinais vitais e valores antropométricos	% Indivíduos por classes de valores da glicemia capilar	Avaliação de valores Antropométricos	De acordo com Abreu in Nunes "os doentes tratados só com modificação do estilo de vida: um perfil semanal com determinações ocasionais da glicemia pós - prandial geralmente é suficiente, de modo a confirmar o bom controlo metabólico ou a ajudar na decisão de adicionar terapêutica oral."(ABREU, 2010, p.159)	Foram considerados seis categorias de Valores pós prandiais: <99 100 – 149 mg/dl 150- 199 mg/dl 200-249 mg/dl 250-299 mg/dl >300 mg/dl
	% Indivíduos com Perímetro abdominal	Avaliação de valores Antropométricos	De acordo com Vilaverde in Nunes," o síndrome metabólica é feito quando 3 ou mais dos factores de risco estão presentes: Perímetro Abdominal Homem ≥ 102 cm Mulher ≥ 88 cm Triglicéridos jejum ≥ 150 mg/dl Tensão arterial $\geq 130/85$ mmHg Glicemia jejum ≥ 110 mg/dl HDL- Homem < 40 mg/dl e mulher < 50 mg/dl". (VILAVERDE, 2010, p. 238)	Foram considerados os valores de Perímetro abdominal de: Homem ≥ 102 cm Mulher ≥ 88 cm

Quadro - Parte II – Avaliação dos sinais vitais e valores antropométricos	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	% de indivíduos com TA de valores recomendáveis	Avaliação dos sinais vitais	De acordo com Duarte in Nunes "o objectivo terapêutico dos níveis de pressão arterial na diabetes é alcançar e manter valores inferiores a 130/80 mmHg Normal.....<120 e <80 mmHg Pré-Hipertensão.....120-139 e 80-89 mmHg Hipertensão estágio I - 140-159 e 90-99 mmHg Hipertensão estágio II ≥ 160 e ≥ 100 mmHg" (DUARTE, 2010, p. 244)	Foram considerados valores TA: < 120/80 mmHg 120/80 a 130/89 mmHg 140/90 a 159/99 mmHg $\geq 160/100$ mmHg

	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
Quadro17 - Parte III – Escala do Autocuidado na diabetes	Média dos últimos sete dias que seguiram alimentação saudável	Escala do auto cuidado	De acordo com Nunes, "a conjugação de factores favoráveis tais como maior disponibilidade de alimentos saudáveis e variados, (...) bastante sedentarismo e poli medicação. São algumas das causas das doenças degenerativas e metabólicas." (NUNES, 2005, p. 32)	Foram considerados a média ponderada
	Média dos últimos sete dias que seguiram alimentação específica	Escala do autocuidado na diabetes	E ainda referindo Nunes, "o isolamento com perda de interesse por cozinhar e comer, a indiferença da própria família, os poucos recursos económicos, o hábito de jantar pouco ou mesmo nada comerem antes de se deitarem, o abuso de álcool, sal e de açúcar, algumas dificuldades de mastigação por falta de dentes, são razões pertinentes a ter em conta na má nutrição das pessoas mais velhas." (NUNES, 2005, p. 32)	Foram efectuados cálculos.

Quadro 18 - Parte III – Escala do Autocuidado na diabetes	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	Média dos últimos sete dias que os indivíduos praticaram actividade física durante pelo menos 30 minutos	Escala do autocuidado na diabetes	De acordo com César in Nunes, "a educação em diabetes é o centro de um triângulo, cujos vértices são ocupados pelo exercício pela alimentação e pela terapêutica farmacológica, instrumento fundamental no tratamento, sendo necessário ensinar à pessoa com diabetes um adequado programa que a informe e motive a ser a protagonista do seu tratamento. A actividade física ou exercício físico é um dos aspectos fundamentais do tratamento da diabetes, uma vez que ajuda a melhorar o controlo da glicemia." (CÉSAR, 2010, p. 50)	Foram efectuados cálculos
	Média dos últimos sete dias Em que os indivíduos avaliaram a glicemia Média dos dias por semana que lhe foi recomendado que avaliassem a glicemia.	Escala do autocuidado na diabetes	De acordo com Abreu in Nunes "um dos aspectos a ter em consideração é que a monitorização da glicemia depende da capacidade individual para manusear um determinado aparelho medidor. O seu funcionamento deve ser bem explicado logo no início da sua utilização e, regularmente, deverão ser revistos os conhecimentos dos seus utilizadores, sobretudo das pessoas idosas."(ABREU, 2010, p.160)	Foram efectuados cálculos

Quadro nº19 - Parte III – Escala do Autocuidado na diabetes	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Operacionalização
	Média dos últimos sete dias Em que os indivíduos examinaram os seus pés	Escala do autocuidado na diabetes	De acordo com Carvalho e Vaz in Nunes, se considerarmos que a maioria da morbimortalidade da diabetes resulta das complicações crónicas da doença e que 30% dos custos resultam de complicações do pé diabético podemos compreender facilmente a magnitude do impacto desta complicação no nosso país. Assim, torna-se importante saber detectar o pé em risco, prevenir a ulceração diagnosticar e tratar a infecção”. (CARVALHO e VAZ, 2010, p. 225)	Foram efectuados cálculos
	Média dos últimos sete dias em que os indivíduos tomou a medicação prescrita	Escala do Autocuidado na diabetes	De acordo com a Circular Normativa nº 14/DGCG de 12/12/2000 “Uma das competências esperadas do diabético Em relação à medicação “antidiabéticos orais, sua acção, horário em função do efeito pretendido; Insulina sua acção, horário, técnica de injeção com seringa ou dispositivo injector; Outros fármacos para controlo das complicações, prevenção e tratamento de doenças concomitantes e intercorrentes.” (DGS, 2000)	Foram efectuados cálculos

Quadro n.º 20 - Parte IV – Caracterização das vivências com a diabetes	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Resultados esperados
	% de indivíduos que refere sentir algo em relação ao autocuidado na diabetes	Entrevista	De acordo com Nunes “a cidadania passa pela participação individual de cada um e cada uma, no seu local de trabalho, na família e no bairro a que pertence. Trabalhar com as pessoas idosas é respeitar a diferença, não supondo apenas a sua protecção, mas antes a sua responsabilidade como principal actor do percurso da sua vida. Por isso é imprescindível a adopção de estratégias claras e adequadas à individualidade de cada pessoa idosa, com a definição de prioridades e objectivos, bem como a disponibilidade e a utilização de recursos necessários.” (NUNES, 2005, p. 85)	% de Indivíduos que não referem dificuldades
	% de indivíduos que refere o seu autocuidado afectado no seu dia-a-dia	Entrevista	De acordo com Nunes” para orientar a sua escolha, a pessoa idosa poderá dar continuidade aos seus interesses do passado ou descobrir novas motivações dando assim inicio a novas actividades”. (NUNES, 2005, p. 61)	% de Indivíduos referem dificuldades fisiológicas
		Entrevista	De acordo com Nunes “ as pessoas idosas que experimentam a sua velhice como uma etapa de crescimento pessoal, têm um sentimento de atingirem a totalidade do seu ser, independentemente da sua idade cronológica.” (NUNES, 2005, p. 77)	% de Indivíduos referem dificuldades cognitivas
				% de indivíduos que referem dificuldades económica
				% de indivíduos que refere actividades de lazer
				% de indivíduos que refere actividade laboral
				% de indivíduos que refere actividade física

Quadro nº 21- Parte IV- Caracterização das vivências e expectativas	Indicador	Fonte de informação	Fundamentação	Resultados esperados
	% indivíduos que sente motivação para a mudança	Entrevista	Segundo Nunes "as atitudes e medidas a tomar para controlar a diabetes são: Controlar a tensão arterial através do exercício físico regular e toma de medicação; Adoptar uma dieta saudável e equilibrada; Fazer uma alimentação fraccionada ao longo do dia.	% de Indivíduos não sabem % de indivíduos pessimistas % de indivíduos optimistas % de indivíduos Indiferentes
	% indivíduos que espera algo dos profissionais de saúde	Entrevista	Beber água de preferência fora das refeições Manter um peso saudável; Reduzir o uso de gorduras e sal na alimentação; Controlar dum modo rigoroso os níveis da glicemia	% de indivíduos desmotivados % de indivíduos motivados
		Entrevista	Fazer actividade física regularmente e de forma continua (andar a pé nadar, dançar ou pedalar); Deixar de fumar Evitar o uso de bebidas alcoólicas ou bebidas excitantes (alguns tipos de chás e café); Reduzir o stress."(NUNES, 2005, p. 51)	% de indivíduos que refere ajuda % de indivíduos que refere compreensão % de indivíduos que refere hostilidade % de indivíduos que não espera nada % de indivíduos que não refere nada

APENDICE X: FOLHETO PARA O CONVITE

Natividade de Sousa

É fácil ter diabetes.
Viver com diabetes nem sempre é fácil.

O Programa Autocuidar é Vencer pode ajudá-lo!
Contacte a UCSP - Oeiras e conheça o programa.

Juntos venceremos

Responsável: Estudante de Enfermagem de Pós
Licenciatura de Enfermagem Comunitária

Contacto: Enf.^a Natividade
912214624



Autocuidar é Vencer



Programa para a promoção do autocuidar em Diabetes

Projecto Autocuidar é Vencer

Este projecto consiste na dinamização de um grupo de pessoas com diabetes a promover o seu autocuidado na área da actividade física regular.

O projecto é composto por 4 sessões (1x semana), com a duração de 2 horas .

Cada sessão será orientada por uma enfermeira. Cada sessão educativa tem uma componente de informação e no final parte prática.

Nos sábados às 10h, durante o mês de Janeiro estão programadas caminhadas cujo início é na Praia da Torre.

Condições Necessárias

Ser utente da UCSP – Oeiras.

Necessidade de informação (controle de diabetes, perder peso baixar o colesterol, interacção social, e outros)

Não possuir contra-indicações para a prática da actividade física regular

Disponibilidade de tempo.

Idade superior aos 18 anos

Objectivos do projecto

- Promover o autocuidado das pessoas portadoras de diabetes para a pratica de actividade física regular.
- Detectar contra indicações para a pratica de actividade física regular.
- Detectar lesões dos pés.
- Salientar os benefícios da actividade física regular.
- Promover a interacção social.
- Capacitar para a alimentação e hidratação antes da actividade física regular.
- Facilitar a comunicação dos utentes com os serviços de saúde.
- Incentivar a inscrição nos programas existentes.

APÊNDICE XI: CARTAZ PROMOCIONAL

Natividade de Sousa

AUTOUIDAR É VENCER

Programa de Promoção de actividade física regular para pessoas com diabetes

Objectivo:

Promover o autocuidado com a diabetes na área da actividade física regular.

Destinatários:

Utentes da UCSP- Oeiras com diabetes.

Quando?

Durante o mês de Janeiro de 2011.

Onde?

Nas instalações da UCSP- Oeiras e se as condições climatéricas permitirem, caminhadas ao ar livre.

Local de inscrição?

Na UCSP - Oeiras, Gabinete de Enfermagem, nº17.



**APÊNDICE XII: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A
PARTICIPAÇÃO NO PROJECTO**

Natividade de Sousa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Curso de Mestrado em Enfermagem área de
Especialização de Enfermagem Comunitária**

De acordo com a “Declaração de Helsínquia, 1964” da Associação Médica Mundial.

Eu, abaixo assinado,

Compreendi a explicação que me foi dada acerca do Estágio de Enfermagem, os seus objectivos, os métodos a utilizar, e os benefícios para o grupo de diabéticos. Foi-me solicitada a minha participação de forma voluntária e tive oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Também fui informado acerca de algum desconforto que possa sentir em efectuar o teste da glicemia, mostrar os pés, ou caminhar ao ar livre. Além disso permito também o uso dos meus dados para utilizar no estudo anónimo.

Lisboa, ____/____/____

Assinatura do
Participante _____

Assinatura do
Entrevistador _____

APÊNDICE XIII: FICHA DE REGISTOS DO PROJECTO


Natividade de Sousa

FICHA DE REGISTOS DO PROGRAMA AUTOCUIDAR É VENCER

Nome _____ Nop _____

Morada _____

Contacto _____ / _____ / _____

Data	Diário de registos da glicemia	Diário de registos da actividade física	Água	Companhia	Complicações durante as caminhadas	OBS
Avaliação	Observação			Obs	Encaminhamento	
<p>Calçado</p> <p>Adequado</p> <p>Desadequado</p>						

APENDICE XIV: REGISTOS DA ACTIVIDADE FISICA

Natividade de Sousa

REGISTOS DA ACTIVIDADE FISICA

Utilize esta folha de registos para anotar as suas actividades físicas regulares. Anote também o tempo que praticou actividade física e no comentário por exemplo os obstáculos/ sentimentos, dores/ bem estar que lhe ocorreram durante/após a actividade física regular.

Data	Actividade física	Tempo	Comentários

APENDICE XV: MANUAL DO AUTOUIDAR É VENCER



Autocuidar é Vencer

Manual do utilizador do Projecto

Docente: Enf^a Fátima Moreira
Orientadora: Enf^a Graziela Pires
Estudante: Enf^a Natividade Sousa

Lisboa
2011

Natividade de Sousa

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
1 - O que é o Autocuidado?.....	2
2 - Como começar?.....	3
3 - O que é actividade física?.....	4
4 - O que é actividade físico regular?.....	4
5 - Benefícios da actividade física regular.....	5
6 - Recomendações básicas para actividade física regular.....	6
7 - Qual a escolha certa?.....	7
9 - Exercícios matinais.....	8
10 - Exercícios diários.....	10
11 - Recomendações da actividade física regular.....	13
10 - Pirâmide de exercício físico recomendada.....	14
11 - Autoavaliação.....	14
12 - CONCLUSÃO.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16

INTRODUÇÃO

Olá!

Sou Enfermeira Natividade Sousa e estou a estagiar no UCSP - Oeiras no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária para obtenção do grau de Mestrado em Enfermagem área de Especialização Enfermagem Comunitária.

Neste contexto realizou-se um estudo, em que se pode concluir que alguns diabéticos realizam pouca actividade física regular. Para colmatar essa necessidade, elaborou-se um projecto curto, que o ajudará certamente “Projecto Autocuidar é Vencer”.

Este manual é um resumo simples e muito objectivo, da minha perspectiva do caminho interior que se terá de percorrer para mudar comportamentos rumo a estilos de vida mais saudáveis. Logo uma vida com mais qualidade em todos os aspectos.

Neste manual estão escritas algumas recomendações e dicas que o ajudarão a lembrar como autocuidar em relação à prática de actividade física regular.

Relembrar e motivar pode levá-la (o) a um caminho fantástico de auto-confiança e felicidade. Com motivação e prática de actividade física regular, certamente os seus dias serão mais interessantes.

A si, desejo-lhe um caminho gratificante na redescoberta das suas capacidades adormecidas e viva a sua vida em pleno bem-estar, em equilíbrio físico e mental.

Se preferir fazer essa caminhada connosco, ficamos muito gratos porque a união faz mais força.

Juntos Venceremos.

1- O QUE É O AUTOCUIDADO?

De acordo com Orem “o autocuidado é uma actividade efectuada pelo indivíduo com o intuito de manter a sua vida saúde e bem-estar” (OREM, 1980, p.35).

Todas as pessoas têm essa capacidade no entanto ela pode estar ameaçada quando surge uma doença ou com o evoluir do ciclo vital vão surgindo perdas próprias do processo de envelhecimento. Deixo algumas questões para reflexão:

Então o que pode fazer?

Como emprega o seu tempo?

O que é importante para si?

Até que ponto quer ser útil na família ou comunidade?

As amizades são ou não importantes?

Conhece ou participa em programas promovidos pela Câmara Municipal ou Junta de Freguesia?

Está interessado em participar?

Com a reforma a pessoa ganha efectivamente muito tempo livre. É necessário ocupar o tempo com actividades que ajudam a promover o contacto social, a autonomia no autocuidado e a qualidade de vida. Porque à medida que a pessoa vai tendo mais idade, também vai obtendo ganhos tais como maturidade e sabedoria, melhor compreensão de si e dos outros.

A experiência de vida proporciona sempre boas ou más recordações. Manter-se activo permite à pessoa idosa construir a sua identidade no seu meio familiar e social.

Sugestão:

Programe as suas actividades de autocuidado com o exercício físico.

Estabeleça metas mensuráveis de acordo com as suas capacidades.

Mantenha uma atitude positiva, de abertura a novas vivências.

Participe nos programas existentes para os Seniores 55+.

2 - COMO COMEÇAR?

1º Passo - Aprenda a relaxar

Informe-se como fazê-lo e pratique diariamente.

O relaxamento físico e mental permite tomar decisões mais acertadas.

2º Passo - O que pensa de si.

Tem crenças negativas acerca da actividade física?

Pensa que é capaz ou nem por isso.

3º Passo - O que realmente quer.

É importante fazer o que quer e mantenha-se focado no seu objectivo.

4º Passo - O que sente.

Sente-se bem, siga em frente e mantenha essa motivação porque essa emoção vai prolongar-se ao longo dos dias.

Sugestão:

Sente-se mal?

Ainda não conseguiu encontrar o seu caminho, então não desista porque existem outras alternativas para explorar.

Independentemente das condições da sua vida actual, todos têm sempre algo que precisam e conseguem mudar. É necessária persistência e se precisar peça apoio a sua equipa de saúde.

Encontram-se num estado neutro de sobrevivência no dia-a-dia e, todas as manhãs, levantam-se com o mesmo estado de espírito. Sabia que têm todos os meios de mudar essa situação e viver a vida que merecem?

Fica um desafio, descubra como integrar a prática de actividade física no seu dia-a-dia.

3 - O QUE É A ACTIVIDADE FÍSICA?

De acordo com César:

“actividade física é qualquer movimento do corpo ou qualquer contracção dos músculos que requeira energia para acontecer algo que pertence ao estilo de vida (...) A actividade física pode variar desde actividades recreativas, jardinagem, bricolage, lida da casa, ir às compras sem carregar sacos, passear num jardim ou parque subir escadas e andar a pé. A actividade física é um dos aspectos fundamentais do tratamento da diabetes, uma vez que: ajuda a melhorar o controlo da glicemia, aumenta a sensibilidade a insulina, diminui a massa gorda, aumenta a massa muscular, diminui o risco de eventos cardiovasculares.” (CÉSAR, 2010, p.50)

4 - O QUE O ACTIVIDADE FÍSICA REGULAR?

De acordo com Palmeira e Barata:

“a actividade física regular é qualquer actividade física planeada (por exemplo caminhada, aeróbica, jogging, andar de bicicleta, nadar, remar etc) realizada com o objectivo de melhorar a aptidão física. Essa actividade deve ser realizada 3 a 5 vezes por semana com a duração de 20-60 minutos por sessão. O exercício não tem de ser doloroso para ser eficaz, mas deve ser feito a uma intensidade que aumente a sua frequência respiratória e provoque suor.” (PALMEIRA, 2007, p. 61)

Exercício aeróbico - Refere-se aos exercícios em que os grandes músculos do corpo se movem de uma forma rítmica, e durante longos períodos, como acontece na marcha, corrida, natação, remo ou ciclismo.

Exercício resistido - Refere-se aos movimentos dos músculos contra uma força aplicada ou carga externa. Como exemplo com pesos nos pés ou mãos, bandas elásticas ou mesmo o peso do próprio corpo.

Exercício de flexibilidade - Refere-se a exercícios destinados a preservar ou aumentar a amplitude de movimento em torno de uma articulação.

5 - BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA REGULAR

Quadro nº 1 - Alguns benefícios da actividade física regular

A nível das doenças cardiovasculares	Melhora a tensão arterial. Previne as doenças das artérias coronárias. Baixa o colesterol e outras gorduras do sangue.
A nível das doenças metabólicas	Previne a obesidade. Ajuda na perda de peso corporal. Melhora o controlo da glicemia. Aumenta a sensibilidade a insulina.
A nível do sistema locomotor	Evita a osteoporose. Fortalece os músculos. Melhora a postura e o equilíbrio. Previne as dores crónicas das costas.
A nível do sistema imunitário	Melhora a capacidade de defesa contra as infecções. Previne alguns tipos de cancro.
A nível psicológico	Melhora a auto estima e auto confiança. Combate e evita a ansiedade. Baixa os níveis de stress. Promove a socialização. Estimula as capacidades de memória e concentração. Previne e ajuda a tratar a depressão.
A nível da qualidade de vida	Aumenta a capacidade funcional para as actividades. Proporciona sensação de bem-estar físico e mental.
A nível dos serviços de saúde	Diminui a necessidade de recurso à fisioterapia. Diminui a necessidades de consultas médicas. Diminui os gastos com exames e análises clínicas.
A nível sócio económico	Diminui as despesas com medicamentos. Diminui as despesas com transportes para ir à fisioterapia.

6 - RECOMENDAÇÕES BÁSICAS

Uma pessoa mesmo com problemas de saúde crónicos pode e deve fazer actividade física regular porque ajuda a manter um bom desempenho cardiovascular e a manter uma boa forma física.

Quase todas as pessoas, podem iniciar um programa de actividade física regular, mesmo que nunca tenha praticado desporto, feito exercício ou dançado. No entanto existem algumas recomendações para quem começa:

É fundamental alimentar-se e hidratar-se antes do exercício físico.

Ter a glicemia em níveis aceitáveis.

Praticar os exercícios mais adequados as suas capacidades.

Ir aumentando progressivamente o tempo de actividade física.

Parar quando se sentir cansado.

Usar calçado confortável.

Levar água para beber.

Convidar alguém para companhia.

Evitar exercícios físicos intensos.

Evitar as horas de maior calor.

Usar equipamento apropriado à actividade em questão,

Adequar o vestuário às condições climatéricas.

É aconselhável a preferência por tecidos leves e transpiráveis, tais como o algodão ou fibras sintéticas adequadas.

Na maioria dos casos, a utilização de duas ou mais camadas de roupa é recomendável, de forma a poder tirar uma (s) delas com o aumento da temperatura e voltar a vesti-la(s) no momento de retorno à calma ou mesmo antes, no caso de sentir frio.

Antes de iniciar uma sessão de actividade física, faça sempre um período de 5 a 10 minutos de movimentos ligeiros com os braços e as pernas para aquecer os músculos.

Termine as sessões com período de relaxamento muscular ou marcha lenta até abrandar a ritmo cardíaco.

7 - QUAL A ESCOLHA CERTA?

1. Ser interessante para si.
2. Ter tempo para praticar.
3. Ser de fácil acesso.
4. Ser uma actividade que envolva vários músculos.
5. Ser actividade em grupo.
6. Ser adequada a sua capacidade física.

Uma pessoa com uma doença crónica, tem indicação para a prática de actividade física regular no entanto fale com o seu médico acerca deste assunto se o desejar.

Quadro nº 2 - Algumas actividades físicas

Actividades físicas	De boa saúde	Doenças crónicas	Debilitados
Subir escadas	x	x	
Caminhadas	x	x	x
Natação	X	X	x
Ténis	X	X	
Golfe	X	X	
Ténis de mesa	X	X	
Ciclismo	X	X	
Bicicleta fixa	X	X	
Máquinas num ginásio	X	X	
Exercícios sentados	X	X	X
Exercícios deitados	X	X	X
Levantamento de pesos	X	X	X
Danças	x	x	
Tai - chi	x	x	x

Fonte Adaptado: Portugal, Direcção Geral da Saúde. 2001, p. 21

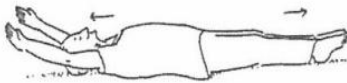
Escreva as ocupações do seu dia típico e determine em que altura do dia consegue introduzir pequenos momentos de 10-15 minutos de actividade física, sobretudo caminhadas. Se não tem tempo nem capacidade física para fazer uma caminhada de 30 minutos. Os efeitos benéficos da actividade física são idênticos se efectuar uma caminhada de 15 minutos + uma caminhada de 15 minutos. Para seu controlo e auto avaliação efectue os seus registos de actividade física regular.

8 - EXERCÍCIOS MATINAIS



1. Respirar e esticar

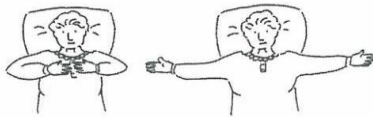
Deita-se de costas, na posição horizontal, com os braços relaxados junto ao tronco e pernas. Inspire e estique-se, de maneira a aproximar as pontas dos pés ao fundo da cama.



2. Esticar as costas

Deite-se de costas. Estique os braços para trás da cabeça, de modo a tocar na parede ou na cabeceira.

Estique o corpo todo. Regresse à posição original. Repita 5 vezes.



3. Esticar os braços

Ponha as mãos no peito. Dobre os braços, de maneira a ficarem paralelos ao fundo da cama. Desdobre os braços, esticando-os para os lados. Volte a levar as mãos ao peito. Repita 5 vezes.



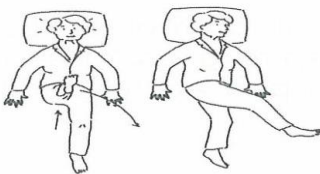
4. Movimentos da cabeça

Deite-se de costas, na horizontal. Dobre as pernas, levante os joelhos com os pés assentes na cama e os braços junto ao corpo, com as palmas a tocarem no colchão. Gire a cabeça devagar de um lado para o outro 25 vezes.



5. Levantar os joelhos

Deite-se de costas na horizontal. Levante os joelhos um de cada vez. Com os pés apoiados na cama, vire os joelhos devagar para a esquerda 10 vezes de modo a tocar na cama. Repita para o lado direito.



6. Meio círculo com as pernas

Deite-se de costas na horizontal, com as pernas direitas. Levante a perna esquerda e rode-a por cima do joelho direito, de modo a chegar à extremidade da cama. Repita o exercício com a perna direita.



7. Levar o joelho ao peito

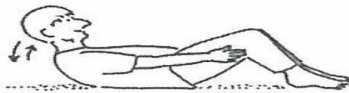
Dobre a perna esquerda. Segure o joelho com as mãos.

Movimento o joelho em direcção ao peito. Mantenha-se assim por três segundos. Regresse à posição inicial. Repita 5 vezes cada joelho.



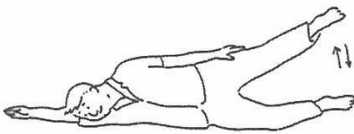
8. Levar os joelhos ao peito

Levante ambos os joelhos em direcção ao peito. Segure-os com as mãos e conte até três. Regresse à posição inicial. Relaxe, respirando fundo. Repita 3 vezes.



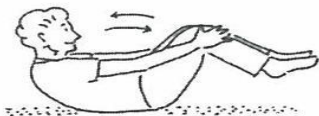
9. Levantar a cabeça e esticar o abdómen

Leve os joelhos ao peito, sem tirar os pés do chão ou da cama. Levante ligeiramente a cabeça e os ombros. Conte até 10. Baixe ligeiramente os joelhos. Repita 5 vezes.



10. Levantar a perna

Deite-se do lado direito com a perna direita ligeiramente dobrada. Ponha o braço direito sob a cabeça. Levante a perna esquerda, o mais alto possível, sem ficar desconfortável. Repita 10 vezes. Faça o exercício para a perna esquerda.



11. Balouçar

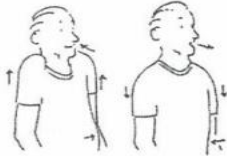
Puxe os joelhos em direcção ao peito. Segure-os com as mãos. Erga a cabeça e ombros e balouce-se.

Repita 5 vezes.

Faça o relaxamento, repetindo o exercício 1. Saia da cama sempre devagar.

9 - EXERCÍCIOS DIÁRIOS

Estes exercicios podem ser executados em pé ou sentados.



12. Exercícios respiratórios

Sentado ou de pé, inspire fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Levante os ombros e inspire. Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial. Repita 5 vezes.



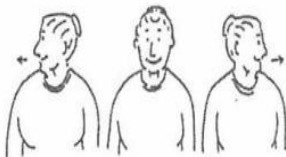
13. Circulos com os braços

Descreva, devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros do relógio e seguida ao contrário. Repita 5 vezes para cada lado.



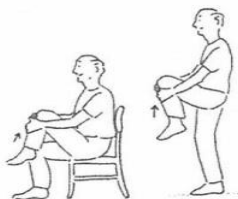
14. Rotação dos ombros

Faça movimentos rotativos, com um ombro de cada vez no sentido dos ponteiros do relógio de seguida, ao contrário. (5 vezes em cada sentido). Depois os dois ombros em simultâneo 5 vezes em cada sentido.



15. Movimentos da cabeça

Devagar, volte a cabeça para a esquerda; depois para o centro, e finalmente para a direita. Repita 5 vezes.



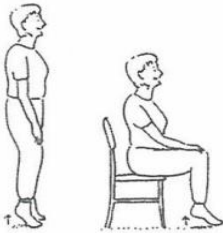
16. Levantar os joelhos

Sentado, levante um joelho em direcção ao peito, fazendo de seguida, o mesmo com o outro (5 vezes cada perna). De pé, levante um joelho em direcção ao peito, e volta a posição inicial. Repita com outra perna.



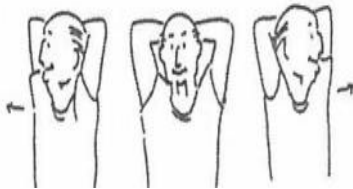
17. Esticar os ombros

Levante o ombro esquerdo em direcção ao ouvido esquerdo. Em seguida, baixe o ombro esquerdo, de modo a esticá-lo. Repita do lado direito. Acto contínuo, levante os dois ombros ao mesmo tempo. Estique para cima e, de seguida, para baixo (5 vezes para cada lado)



18. Levantar os calcanhares

De pé, erga-se e baixe-se com as pontas dos pés. Repita 5 vezes.
Sentado, levante e baixe os calcanhares. Repita 5 vezes.



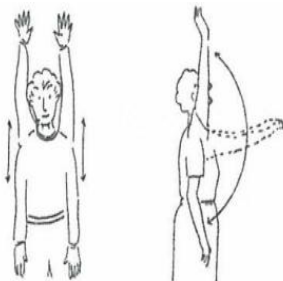
19. Girar o tronco

De pé ou sentado, com as mãos na nuca, faça o tronco rodar de um lado para o outro. Repita 5 vezes.



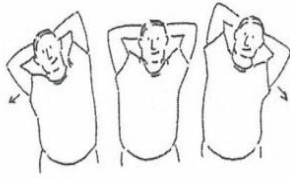
20. Movimentos laterais dos braços

Comece com os braços caídos, junto ao tronco. Estique os braços para os lados e depois para cima. Repita 5 vezes.



21. Movimentos verticais dos braços

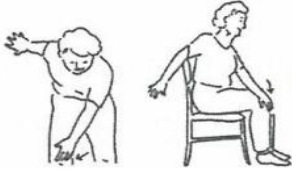
Comece com os braços caídos, junto ao tronco. Estique os braços para a frente e depois para cima. Volte, lentamente, à posição inicial. Repita 5 vezes.



22. Flexões laterais

Com ambas as mãos na nuca, incline, devagar e suavemente, o tronco para a esquerda. Regresse à posição inicial. Repita para a direita.

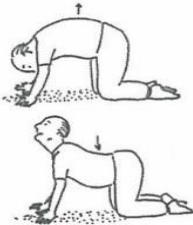
Repita 5 vezes para cada lado.



23. Levar a mão ao joelho

De pé ou sentado, tente tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e depois com a mão esquerda abaixo do joelho.

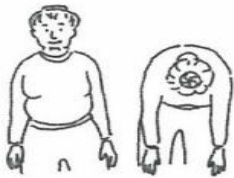
Repita 5 vezes em cada lado.



24. Esticar - se como um gato

Movimente as costas para cima, de maneira a descreverem um arco, e baixe a cabeça. Depois faça o movimento ao contrário, inverta o arco, puxando a barriga para baixo e a cabeça para cima, de maneira a descrever um U com a coluna.

Repita 5 vezes.



25. Esticar as costas

Pode ser efectuado sentado ou de pé.

Ponha as mãos nos joelhos para se equilibrar.

Encha o abdómen e incline-se para a frente devagar, num movimento ondulante a partir da base da coluna, à medida que se concentra em cada vértebra. Dobre a cabeça em direcção aos joelhos. Mantenha-se assim contando até três. Lentamente, regresse à posição normal.

Repita 3 vezes e a seguir descanse.

Fonte: Adaptado PORTUGAL, D.G.S. 2001, p. 25

10 - RECOMENDAÇÕES DE ACTIVIDADE FISICA

Antes de iniciar um programa de exercício físico regular de baixa ou moderada intensidade não é necessário um exame de aptidão física. No entanto se já tem complicações da diabetes (retinopatia ou pé diabético) ou se já algum tempo não faz uma consulta de rotina é de todo o interesse uma consulta de avaliação.

Quadro nº3 - Recomendações internacionais para a prática de exercício físico na diabetes tipo 2

Organização	Tipo	Modo	Duração	Intensidade	Frequência
American diabetes association (2006)	Aeróbico	Ex. Marcha Rápida	150 Minutos por semana	Moderada (55-69% da FC max)	Mínimo de 3 dias por semana
	Resistido	Grandes grupos musculares 3 Series de 8 a 10 repetições		8 a 10 RM	3 Dias por semana
American Heart Association (2009)	Aeróbico	Ex. Marcha	150 Minutos por semana	Moderada	3 a 7 dias por semana
	Resistido	Grandes grupos musculares Exercícios multiarticulações (1 a 2 minutos de repouso entre series)		8 a 10 RM	3 dias por semana
Nota: FC Max - Frequência cardíaca máxima; RM – Repetições máximas					

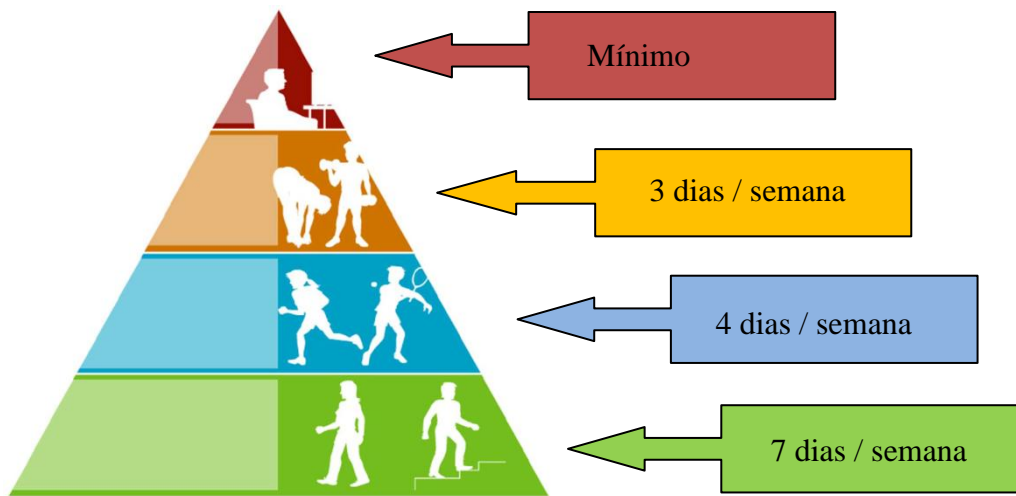
Fonte: Adaptado FELICIANO et al, 2010, p. 7

Quadro nº 4 – Programação semanal dos exercícios

Dias da semana	Aeróbico	Resistido	Agilidade/equilíbrio	Flexibilidade
2ª Feira	x			x
3ª Feira		x	x	x
4ª Feira	x			x
5ª Feira		x	x	x
6ª Feira	x			x
Sábado		x	x	x
Domingo	x			x

Fonte: Adaptado FELICIANO et al, 2010, p.13

11 - PIRÂMIDE DE ACTIVIDADE FÍSICA RECOMENDADA



Recomenda-se que as pessoas adultas pratiquem um mínimo de 30 minutos de actividade física moderada (equivalente à marcha rápida) em pelo menos 5 dias da semana ou 20 minutos de actividade física vigorosa (equivalente ao jogging/corrída) em pelo menos 3 dias da semana. Para se atingir um nível de actividade física adequado, também é possível combinar estes dois tipos de actividades. Como exemplo, uma pessoa pode optar por realizar 30 minutos de actividades moderadas em 2 dias da semana e 20 minutos de actividades vigorosas em outros 2 dias.

12 - AUTO AVALIAÇÃO

Auto avalie o seu estado emocional em relação à actividade física regular. Responda sim ou não nas seguintes questões:

1. A actividade física é algo muito **interessante** para mim?
2. É **divertido** praticar actividade física?
3. As actividades físicas **prendem a minha atenção**?
4. Sinto-me **competente** depois de praticar actividade física?
5. **Empenho-me** bastante nas actividades físicas?
6. Normalmente sinto-me **descontraído/a** a praticar actividade física?

13 - CONCLUSÃO

As sessões devem terminar com um retorno à calma, constituídos por exercícios de flexibilidade. Estas sessões devem ser realizadas no mínimo três vezes por semana. Durante os exercícios os momentos de pausa devem aproveitar para hidratação.

A actividade física regular pode ser efectuada por pessoas com diabetes, a pessoas portadoras de doenças cardiovasculares, a pessoas com problemas osteo articulares, a pessoas com sarcopenia, na prevenção de quedas e promoção da autonomia e funcionalidade.

A actividade física regular está acessível a toda a população, são de baixo custo, não tem contra indicações importantes, são de baixo impacto articular, de baixo risco cardiovascular e permite variar a sua intensidade (leve, moderada ou vigorosa).

Se tem problemas a nível dos pés e é portador de retinopatia não pratique Actividade física sem indicação médica, prefira actividade física nas piscinas como por exemplo, hidroginástica, hidrodep ou só natação.

Pela sua saúde mexa-se pelo menos 30 minutos todos os dias da semana.

BIBLIOGRAFIA

FELICIANO, Elsa; [et al] (201?) - **Programas de Exercício e de Alimentação na Diabetes Tipo 2: Abordagem Prática**. Lisboa: Grupo Tecnifar. ISBN [s.n]

CESAR, Rui (2010) - Papel do exercício físico na terapêutica da diabetes mellitus. in: NUNES, José Silva - **Diabetes uma Abordagem Global**. Miraflores: Euromédice, Edições Médicas. 2010. ISBN 978-972-8749-84-2. p. 49-54

Escala da Percepção do esforço http://www.google.pt/images?um=1&hl=pt-pt&biw=763&bih=400&tbs=isch%3A1&sa=1&q=escala+da+percep%C3%A7%C3%A3o+esfor%C3%A7o+fisico&btnG=Pesquisar&aq=f&aql=&oq=&gs_rfai=. Acedido em 2011/01/02.

OREM, E. Dorethea (1980) - **Nursing: concepts of practice**. 2ª Edição, United States of América: Library of Congress Cataloging in Publication. ISBN 0-07-047718-3

PALMEIRA António; BARATA Themudo (2007) - O PROGRAMA PACE: uma aplicação do modelo transteórico de promoção do exercício em cenários de cuidados primários. In: **Factores de Risco**. Lisboa. ISSN 1646-4834.nº5 (Abr - Jun 2007). p. 58-63.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátrica (2001) - **Autocuidados na saúde e na doença. Quem? Eu? Exercício?** Lisboa, DGS. ISSN 0872-2455

**APÊNDICE XVI: PLANO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE**

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Dia 06/01/2011 ÀS 10h
1. Identificação da acção <ul style="list-style-type: none">✓ Tema: Promoção do autocuidado na área da actividade física regular de pessoas com diabetes✓<ul style="list-style-type: none">✓ Destinatários: Pessoas idosas com diabetes e da UCSP - Oeiras✓ Local: Sala de Formação✓ Duração da Sessão: 40 a 45 minutos✓ Formadora: Estudante Enf^a Natividade de Sousa
2. Objectivo geral <ul style="list-style-type: none">✓ Salientar os benefícios da prática de actividade física regular.
3. Objectivos específicos <ul style="list-style-type: none">✓ Divulgar o resultado do diagnóstico de saúde.✓ Relembrar o que é o auto cuidado.✓ Relembrar o que é actividade física/actividade física regular✓ Identificar os riscos da inactividade física✓ Clarificar os benefícios da actividade física.✓ Motivar para a prática de actividade física regular.✓ Divulgar os Programas nesta área já existentes no Concelho.✓ Convidar para inscrição no “Programa Autocuidar é Vencer.”
4. Pré-requisito <ul style="list-style-type: none">✓ Ser utente da UCSP - Oeiras✓ Pessoa adulta / idosa portadora de diabetes
5. Materiais e equipamentos a utilizar <ul style="list-style-type: none">✓ Sala de Formação✓ Computador Portátil✓ Projector Multimédia

	Conteúdos	Metodologia	Material / Equipamento	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da formadora; ✓ Clarificação dos objectivos gerais e específicos; ✓ Exposição teórica sobre o conceito de autocuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; 	5 Min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgação o resultado do diagnóstico de saúde; ✓ Esclarecimento de conceitos; ✓ Divulgação de riscos e benefícios da actividade física; ✓ Divulgação de programas existentes em Oeiras; ✓ Convite para inscrição no "Programa Autocuidar é Vencer" 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; ✓ Vídeo, ✓ o carpinteiro. 	15 Min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntese da sessão; ✓ Discussão; ✓ Avaliação; ✓ Convívio; ✓ Lanche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo e interrogativo; ✓ Questionário ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; ✓ Lanche ✓ Música de Natal 	15 Min.

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Dia 13/01/2011 ÀS 10h
1. Identificação da acção <ul style="list-style-type: none">✓ Tema: Promoção do autocuidado na área da actividade física regular de pessoas com diabetes<ul style="list-style-type: none">✓ Destinatários: Pessoas idosas com diabetes e da UCSP – Oeiras.✓ Local: Sala de Formação.✓ Duração da Sessão: 30 a 40 minutos.✓ Formadora: Estudante Enf^a Natividade de Sousa.
2. Objectivo geral <ul style="list-style-type: none">✓ Contribuir para o estabelecimento de objectivos individuais tendo em vista o auto cuidado na área da actividade física regular em pessoas portadoras de diabetes.
3. Objectivos específicos <ul style="list-style-type: none">✓ Visualizar o filme;✓ Comentar o filme;✓ Definir objectivos individuais;✓ Estabelecer objectivos por escrito;✓ Negociar objectivos;✓ Receber o manual do Autocuidar é Vencer;✓ Experimentar alguns tipos de exercícios adaptados;✓ Avaliar o esforço;✓ Responder à 1^a avaliação do estado motivacional;
4. Pré-requisito <ul style="list-style-type: none">✓ Ser utente da UCSP – Oeiras.✓ Pessoa adulta / idosa com diabetes.
5. Materiais e equipamentos a utilizar <ul style="list-style-type: none">✓ Sala de Formação;✓ Computador Portátil;✓ Projector Multimédia;

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Dia 20/01/2011 ÀS 10h
1. Identificação da acção <ul style="list-style-type: none">✓ Tema: Promoção do autocuidado na área da actividade física regular de pessoas com diabetes.✓ Destinatários: Pessoas idosas com diabetes e da UCSP – Oeiras.✓ Local: Sala de Formação.✓ Duração da Sessão: 30 a 40 minutos.✓ Formadora: Estudante Enf^a Natividade de Sousa.
2. Objectivo geral <ul style="list-style-type: none">✓ Contribuir para a promoção do auto cuidado aos pés das pessoas portadoras de diabetes.
3. Objectivos específicos <ul style="list-style-type: none">✓ Compreender a importância dos pés;✓ Rever o auto cuidado aos pés;✓ Relembrar algumas complicações dos pés do diabético;✓ Visualizar alguns meios de prevenção das lesões dos pés;✓ Relembrar as escolhas de calçado mais adequado;✓ Visualizar um filme sobre autocuidado aos pés;✓ Experimentar alguns tipos de exercícios aos pés;✓ Comentar o filme;✓ Observar os pés;✓ Ver exposição de material para o autocuidado aos pés;
4. Pré-requisito <ul style="list-style-type: none">✓ Ser utente da UCSP - Oeiras;✓ Pessoa adulta / idosa com diabetes;
5. Materiais e equipamentos a utilizar <ul style="list-style-type: none">✓ Sala de Formação;✓ Computador Portátil;✓ Projector Multimédia;✓ Material para a exposição;✓ Material para as observações dos pés;

	Conteúdos	Metodologia	Material / Equipamento	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da formadora; ✓ Clarificação dos objectivos gerais e específicos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; 	5 Min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecimento sobre a importância dos pés. ✓ Esclarecimento sobre material a utilizar para corrigir/prevenir complicações nos pés. ✓ Demonstração e participação nos exercícios aos pés ✓ Visualização dum filme sobre complicações e cuidados aos pés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Demonstrativo e participativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; ✓ Filme, complicações e cuidados aos pés da pessoa portadora de diabetes; ✓ Exposição do material para uso no autocuidado aos pés. 	15 Min.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntese da sessão; ✓ Discussão; ✓ Avaliação; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo e interrogativo; ✓ Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia. 	10 Min.

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Dia 27/01/2011 ÀS 10h	
1. Identificação da acção	<ul style="list-style-type: none">✓ Tema: Promoção do autocuidado na área da actividade física regular de pessoas portadoras de diabetes.✓ Destinatários: Pessoas idosas portadoras de diabetes e da UCSP- Oeiras.✓ Local: Sala de Formação✓ Duração da Sessão: 30 a 40 minutos✓ Formadora: Estudante Enf^a Natividade de Sousa
2. Objectivo geral	<ul style="list-style-type: none">✓ Contribuir para a promoção do envelhecimento e autocuidado na actividade física regular de pessoas com diabetes inscritas na UCSP- Oeiras.
3. Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">✓ Conhecer as metas da promoção de saúde para os idosos;✓ Relembrar como envelhecer de forma positiva;✓ Rever tópicos alimentação saudável;✓ Salientar os benefícios da actividade física regular;✓ Esclarecer sobre recursos sociais existentes no Concelho de Oeiras;✓ Rever alguns conhecimentos sobre a auto vigilância de saúde;✓ Relembrar os estados de bem-estar físico e mental;✓ Visualizar um filme;✓ Comentar o filme;✓ Interagir com o grupo – jogo a flor e a borboleta.
4. Pré-requisito	<ul style="list-style-type: none">✓ Ser utente da UCSP - Oeiras✓ Pessoa adulta / idosa com diabetes.
5. Materiais e equipamentos a utilizar	<ul style="list-style-type: none">✓ Sala de Formação;✓ Computador Portátil;✓ Projector Multimédia;✓ Material para desenhar e pintar (lápis de cera);✓ Pins em forma de coração sorriso.

	Conteúdos	Metodologia	Material / Equipamento	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da formadora; ✓ Clarificação dos objectivos gerais e específicos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; 	5 Min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecimento sobre as metas de saúde para os idosos; ✓ Esclarecimento do conceito envelhecimento; ✓ Revisão sobre tríade de tratamento da diabetes. ✓ Utilização dos recursos da comunidade nas diferentes áreas tendo em vista o envelhecimento e a actividade física; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo; ✓ Demonstrativo e participativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; ✓ Vídeo, "o que é importante não muda" com letra de Madre Teresa. ✓ Desenho da flor feito por cada utente 	15 Min.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntese da sessão; ✓ Discussão; ✓ Avaliação; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo e interrogativo; ✓ Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador portátil; ✓ Projector multimédia; 	10 Min.

APÊNDICE XVII: AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Natividade de Sousa

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Promoção do autocuidado na área da actividade física regular de pessoas com diabetes

1) Objectivos da sessão:

5	4	3	2	1
Muito Eficaz	Eficaz	Indiferente	Pouco	-Nada Eficaz

2) Metodologia Utilizada:

5	4	3	2	1
Muito Eficaz	Eficaz	Indiferente	Pouco	Nada Eficaz

3) Meios auxiliares de ensino utilizados:

5	4	3	2	1
Muito Eficaz	... EficazIndiferente	Pouco	Nada Eficaz

4) Transmissão dos conteúdos:

5	4	3	2	1
Muito Eficaz	Eficaz	Indiferente	Pouco	Nada Eficaz

5) Tempo da sessão:

5	4	3	2	1
Muito Eficaz	Eficaz	Indiferente	Pouco	Nada Eficaz

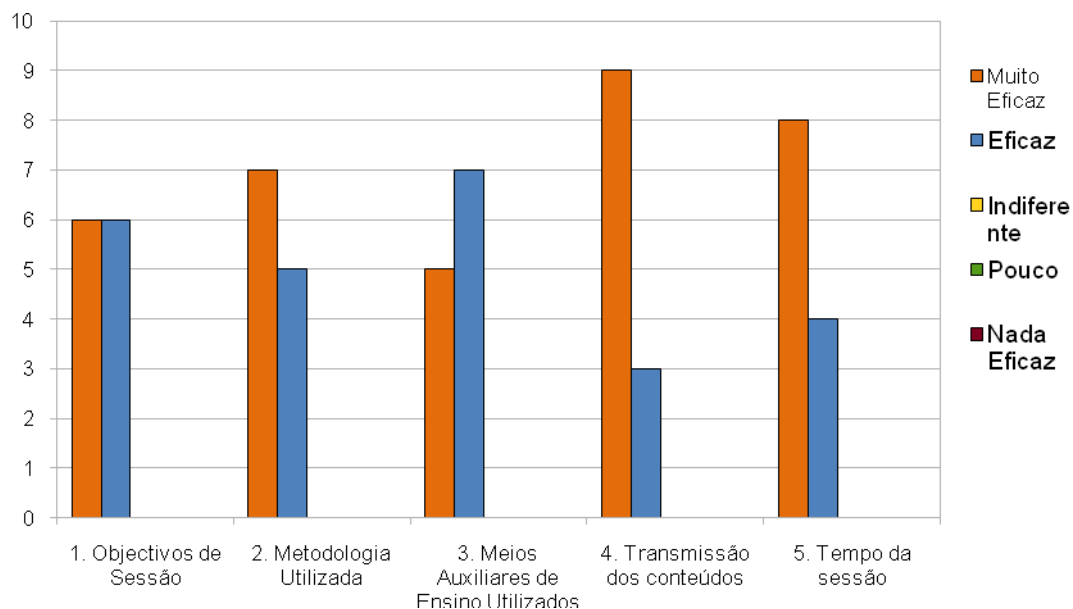
Sugestões _____

Fonte: Escala de Lickert adaptada, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de José Luís Pais Ribeiro.

**APÊNDICE XVII: RESULTADO DAS AVALIAÇÕES DAS SESSÃO
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gráfico nº 6 - Resultado das avaliações das sessões de educação para a saúde



Este gráfico representa basicamente as opiniões dos participantes ao longo das diversas sessões de educação para a Saúde.

APÊNDICE XIXI: PLANOS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Natividade de Sousa

Quadro 22 – Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular

Meta	Objectivos	Agência de Enfermagem			Agência de autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
Que 100% dos indivíduos conheçam os benefícios da actividade física regular	Salientar os benefícios da actividade física regular	Planeamento da sessão Realização da sessão de educação para a saúde. Eficiência nas respostas às pessoas com diabetes. Avaliação da sessão	Promover	Apoio educação	Comparência no dia e hora determinada para a sessão. Participação na sessão <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas • Sugestões Preenchimento do questionário de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes participantes}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes inscritos}} \times 100 = 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que efectuaram perguntas ou comentários}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes da 1}^\text{a} \text{ sessão}} \times 100 = 25$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que deram sugestões para as actividades}}{\text{N}^\circ \text{ participantes da 1}^\text{a} \text{ sessão}} \times 100 = 0$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que identificou 4 benefícios da actividade física}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes da 1}^\text{a} \text{ sessão}} \times 100 = 100$

Quadro nº23 - Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular

Meta	Objectivos	Agência de Enfermagem			Agência de autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
Que 100% dos utentes sejam avaliados nos itens contra indicações e avaliações dos pés	<p>Detectar contra indicações para a prática de actividade física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli >250g/dl -lesões dos pés 	<p>Sessão ao grupo sobre Autocuidados aos pés seguido de observações aos pés.</p> <p>Elaboração de Ficha de registos personalizada</p> <p>Análise dos registos das glicemias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diário do utente -Fichas de enfermagem <p>Encaminhamento para a consulta Médica.</p> <p>Orientação para uso de protectores plantares</p>	Agir	Apoio Educativo E parcialmente Compensatório	<p>Participar na sessão de grupo.</p> <p>Comparência na UCSP-Oeiras no dia e hora marcada.</p> <p>Uso de calçado e meias adequadas.</p> <p>Portador dos registos da glicemia actualizados</p> <p>Uso de protectores plantares se necessário.</p> <p>Marcação de consulta para o médico se tiver essa indicação</p>	<p>Nº de utentes com contra-indicações <u>para a prática de actividade física</u> x100 = 0</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes com <u>lesões nos pés</u> x100 = 0</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes encaminhados para <u>consulta médica</u> x100 = 25</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº utentes que usa protectores <u>plantares</u> x100 = 0</p> <p>Nº de orientações para uso de protectores plantares</p> <p>Nº de utentes que <u>marcou consulta</u> x100 = 25</p> <p>Nº de indicações para consulta</p> <p>Nº <u>utentes com os pés observados</u> x100 = 50</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p>

Quadro nº 24 - Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular

Meta	Objectivos	Agência de Enfermagem			Agência de autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
Que 100% dos indivíduos sejam avaliados no item motivação para iniciar actividade física regular	Conhecer o motivação do grupo para a pratica de actividade física regular	<p>Sessão de grupo com filme motivacional</p> <p>Elaboração e distribuição do questionário</p> <p>Entrega do manual do utente</p> <p>Explicação sobre o manual</p> <p>Pedido de consentimento informado</p>	Agir	Apoio educativo e parcialmente compensatório	<p>Comentários sobre o filme</p> <p>Preenchimento do questionário</p> <p>Entrega do questionário</p> <p>Pedido de ajuda se necessário</p> <p>Leitura do guião</p> <p>Pedido de ajuda para leitura ou ver imagens</p> <p>Ler e esclarecer as dúvidas antes de assinar o consentimento informado para participar no programa</p>	<p>Nº de utentes que faz actividade física <u>regular a mais de seis meses</u> X100 = 41.6</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que faz actividade física a <u>Menos de seis meses</u> x100= 8,3</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que pretende iniciar <u>actividade física 30 dias</u> x100 = 33,5</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que pretende iniciar <u>actividade física 6 meses</u> x100 =16,6</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que não tem intenção de <u>iniciar actividade física</u> x100 = 0</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p>

Quadro nº 25 - Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular

Meta	Objectivos	Agencia de Enfermagem			Agência de autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
Que na 3ª semana 20% dos indivíduos anotem e levem os seus registos da actividade física regular	Detectar o nível de adesão	<p>Elaboração de folha de registos da actividade física regular</p> <p>Incentivar a traçar os objectivos individuais</p> <p>Distribuir as folhas de registos da actividade física</p>	Agir e ensinar	Apoio educativo e parcialmente compensatório	<p>Programação das actividades físicas de acordo com a sua disponibilidade.</p> <p>Aumento progressivo de acordo com as suas capacidades.</p> <p>Fazer o seu registo diário do nº de horas que executa actividade física regular :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caminhar; ✓ Nadar, ✓ Sessão de exercício de autocuidado; 	<p>Nº utentes que anota e traz os registos da sua actividade física de um dia semanal -----x100 = 25</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p>

Quadro nº 26 - Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular.

Meta	Objectivos	Agência de Enfermagem			Agência de autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
<p>Que 20% indivíduos levem água para beber</p> <p>Que 100% dos indivíduos comam antes da actividade física regular</p>	<p>Prevenir complicações com a desidratação</p> <p>Prevenir complicações como a hipoglicemia</p>	<p>Incentivo para as pessoas levarem água para beber.</p> <p>Incentivo para os utentes alimentarem-se com refeição ligeira de hidratos de carbono</p> <p>Transporte de material de avaliação de glicemia e açúcar</p>	<p>Agir e Ensinar</p>	<p>Apoio Educativo E parcialmente Compensatório</p>	<p>Hidratação antes das actividades físicas.</p> <p>Portador de garrafa de água para beber durante a caminhada</p> <p>Alimentação adequada</p> <p>Alerta a sinais e sintomas de alterações físicas</p>	<p>Nº de utentes que traz água para a caminhada -----x100 = 66,6 Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes sem complicações de hipoglicemia -----x100 = 100 Nº de participantes da 1ª sessão</p>

Quadro nº 27 - Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular

Meta	Objectivos	Agência de Enfermagem			Agência de Autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
<p>20% dos utentes integrem-se em programas de exercício físico</p> <p>Que na 3ª semana 20% dos utentes levem uma companhia para as caminhadas</p>	<p>Promover a inscrição de utentes nos programas de actividade física regular existentes na comunidade</p> <p>Promover a interacção social</p>	<p>Conhecimento dos diversos programas de actividade física regular.</p> <p>Orientação e visita aos vários programas de exercício físico existentes no concelho inclusive na UCC</p> <p>Sugestão de companhia para as caminhadas</p>	<p>Agir e Ensinar</p>	<p>Apoio educativo e parcialmente compensatório</p>	<p>Participação nas caminhadas</p> <p>Tomar as suas decisões, de modo mais esclarecido</p> <p>Inscrição num programa de exercício a sua escolha.</p> <p>Visita aos locais onde decorrem as actividades físicas regulares</p> <p>Pedido de companhia de familiares ou amigos.</p>	<p>Nº de utentes que integra-se nos <u>programas de actividades físicas</u> x100 = 0 Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de visitas ao local de funcionamento <u>das actividades físico</u> x100 = 0 Nº de participantes da 1ª sessão</p> <p><u>Nº de utentes que leva companhia</u> x100 = 75 Nº de utentes da 1ª sessão</p>

Quadro nº 28 - Diagnóstico de Enfermagem: Deficit no autocuidado com actividade física regular

Meta	Objectivos	Agência de Enfermagem			Agência de autocuidado	Avaliação
		Enfermeiro	Método de ajuda	Tipo de sistema	Grupo	
100% dos utentes refiram qual o seu estado motivacional	Avaliar se houve alterações no estado motivacional	<p>Aquisição e preparação do material para o jogo da Flor e Borboleta</p> <p>Distribuição do questionário motivacional e canetas</p> <p>Ajuda no preenchimento do questionário</p> <p>Entrega do diploma de participação no projecto "Autocuidar é Vencer"</p>	Agir e Ensinar	Apoio educativo e parcialmente compensatório	<p>Escolher desenhar e pintar uma Flor</p> <p>Expressão das suas vivências neste programa com o jogo Flor e Borboleta</p> <p>Preenchimento do questionário motivacional e avaliação do programa</p> <p>Pedido de ajuda para preenchimento do questionário</p>	<p>Nº de utentes que faz actividade física regular a mais de seis meses. $X100 = 50$</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que faz actividade física a menos de seis meses $x100 = 20$</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que pensa iniciar actividade física 30 dias $x100 = 30$</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p> <p>Nº de utentes que não faz actividade física $x100 = 0$</p> <p>Nº de utentes da 1ª sessão</p>

**APÊNDICE XX: PLANO DE INTERVENÇÃO MODELO
TRANSTEÓRICO**

Quadro nº 29 - PLANO DE INTERVENÇÃO NA FASE PRÉ – COMTENPLATIVA: NÃO DEIXES PARA AMANHÃ

Características do utente	Objectivo do aconselhamento	Protocolo de aconselhamento
<p>A sua resposta ao questionário foi 5</p> <p>Não tem intenção de mudar</p> <p>Desconhecimento dos benefícios da prática do exercício físico</p>	<p>Fomentar nos utentes a necessidade de iniciarem um programa de exercício físico.</p>	<p>Focalizar os benefícios da prática de exercício físico.</p> <p>Salientar os perigos do sedentarismo, procurando individualizá-los para o utente que tem a sua frente.</p> <p>Pedir ao utente para enumerar as razões para aderir à prática de exercício físico e as barreiras que ele enfrenta. (trabalhar os porquês)</p> <p>Ao terminar a consulta, deve dar algumas instruções que ajudem o utente a tomar as suas decisões.</p> <p>Deve terminar com a negociação da operacionalização, porque é essencial que a responsabilidade seja partilhada.</p>

Fonte: Adaptado MATOS et al , 1999. P.183 - 203

Quadro nº 30 -PLANO DE INTERVENÇÃO NA FASE COMTENPLATIVA: DECIDE-TE HOJE

Características do utente	Objectivo do aconselhamento	Protocolo de aconselhamento
<p>A sua resposta ao questionário foi 3 ou 4.</p> <p>Existe a intenção de aderir ao exercício num futuro próximo.</p> <p>Está consciente dos benefícios da pratica de exercício físico regular.</p>	<p>Operacionalizar um plano específico que ajude o utente.</p>	<p>Quais os benefícios pessoais que espera obter com o programa de exercício físico?</p> <p>Quais as barreiras para a pratica?</p> <p>Qual o suporte social que ele percepciona?</p> <p>Qual o seu nível de confiança?</p> <p>Reforçar e elogiar os pontos fortes.</p> <p>Ajudar o utente a encontrar soluções para os pontos fracos.</p> <p>Questione acerca de qual o exercício que pretende iniciar.</p> <p>Averiguar se é apropriado as capacidades do utente.</p> <p>Negociar com o utente a melhor forma de operacionalizar o seu primeiro momento.</p> <p>Nesta fase centra-se mais nos “comos”</p>

Fonte: Adaptado MATOS, et al ., 1999. P.183 - 203

Quadro nº 31 - PLANO DE INTERVENÇÃO NA FASE ACTIVA: PROMOVE O TEU ESTILO

Características do utente	Objectivo do aconselhamento	Protocolo de aconselhamento
<p>A sua resposta ao questionário foi 1 e 2</p> <p>Está consciente dos benefícios da prática de exercício físico e realiza com regularidade .</p>	<p>Implementar o plano que permita a continuação da pratica regular.</p> <p>Procurar antecipar ou resolver problemas e providenciar reforços positivos ao seu comportamento.</p>	<p>A imagem da fase anterior deve incidir nas informações que o cliente lhe dá.</p> <p>Procurar saber sobre, frequência semanal, duração, tipo de actividade, nível de satisfação e confiança.</p> <p>Procure prevenir recaídas, identificando as barreiras e ajudando o utente a ultrapassá-las.</p> <p>Manter os reforços positivos.</p>

Fonte: Adaptado MATOS, et al, 1999. P.183 - 203

**APÊNDICE XXI: QUADROS DA AVALIAÇÃO FINAL DO
PROJECTO**

Quadro nº 32 - Avaliação do "projecto Autocuidar é vencer"

Metas	Objectivos	Avaliação
Que 100% Conheçam os benefícios da actividade fisica regular.	Salientar os benefícios da actividade fisica regular.	Participação de = 100% Participantes que fez perguntas = 25% Participantes que referiu sugestões = 0% Participantes identificaram quatro benefícios da actividade fisica regular=100?
Que 20% indivíduos levem água para beber.	Prevenir complicações com a desidratação.	Nº utentes que levou água para as caminhadas = 66,6%
Que 100% dos indivíduos sejam avaliados no item motivação para iniciar actividade fisica regular	Demonstrar o estado motivacional em relação ao exercício físico regular.	Utentes que fazem actividade fisica a mais de 6 meses = 41,6% Utentes que fazem actividade fisica a menos de 6 meses = 8,3 % Utentes que não fazem actividade física mas pretende iniciar nos próximos 30 dias = 33,5% Utentes que não fazem mas pretende iniciar nos próximos 6 meses = 16,6% Utentes que não têm intenção de iniciar actividade física = 0%

Quadro nº33 - Avaliação do " projecto Autocuidar é vencer

Metas	Objectivos	Avaliação
Que 100% dos utentes sejam avaliados nos itens contra indicações e avaliações dos pés.	Detectar contra indicações à prática da actividade física regular.	Participantes nesta sessão = 60% Utentes com pés observados = 50% Utentes sem contra indicação para a prática de actividade física = 0% Utentes que apresentavam lesões nas unhas dos pés = 25% Utentes que obtiveram indicação para protectores plantares = 0% Utentes que foram encaminhados para consulta médica = 25% Utentes que apresentaram glicemias capilares pré prandiais menores que 250 g/dl = 50%
Que 20% levem os seus registos da actividade física regular	Detectar a adesão	Utentes que apresentaram o seu registo de actividade física de um dia semanal = 25%.
Que 100% dos indivíduos comam antes da actividade física regular	Prevenir complicações como a hipoglicemia	Utentes que não tiveram complicações de hipoglicemia durante as caminhadas = 100% Num dia da caminhada só houve uma participante que regressou para o carro por razões climatéricas.

Quadro nº34 - Avaliação do "projecto Autocuidar é vencer"

Metas	Objectivos	Avaliação
Que na 3ª semana 20% dos utentes levem uma companhia.	Promover a interacção social.	Utentes que levaram companhia para as caminhadas = 66,6%
Que 20% dos utentes inscrevam-se nos programas de actividade física regular existentes.	Promover a inscrição de utentes nos programas de actividade física regular existentes no concelho.	Utentes já integrados em programas de actividade física = 25% Visitas aos locais onde se efectuam as actividades físicas = 0% Utentes já conheciam estes programas e neste momento não estão abertas inscrições.
Que 100% dos utentes refiram qual é o seu estado motivacional.	Avaliar se houve alterações no estado motivacional	Utentes que não compareceram para a última avaliação motivacional = 16,6% Utentes que fazem actividade física a mais de 6 meses = 50% Utentes que fazem actividade física a menos de 6 meses = 20% Utentes que não fazem actividade física mas pretendem iniciar nos próximos 30 dias = 30 % Utentes que não fazem mas pretendem iniciar nos próximos 6 meses = 0% Utentes que não têm intenção de iniciar actividade física = 0% Utentes avaliados no item estado motivacional = 83,3%

APENDICE XXII: JOGO DA FLOR E DA BORBOLETA

Natividade de Sousa

Jogo da Flor e da Borboleta

Objectivos:

- Experienciar o contacto lúdico.
- Estreitar vínculos afectivos(conhecer o grupo).
- Experimentar a alternância de papéis.

Palavras chave:

- Flor - Receptividade; delicadeza; harmonia; movimento suave.
- Borboleta – Leveza; alegria; liberdade; contacto; deslocamento.

Desenvolvimento:

- 1- Participantes de pé em roda.
- 2- Dividem-se em 2 grupos.(grupo de flores e outro de borboletas)
- 3- As flores ficam sentadas em lugares distantes umas das outras.
- 4- As borboletas ficam de pé e deslocam-se suavemente ao som da música.
- 5- As borboletas visitam as flores e podem interagir de diversas maneiras, sorrindo, fazendo perguntas, simplesmente olhando para elas.

APÊNDICE XXIII: DIPLOMA DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA

Natividade de Sousa



DIPLOMA



Pelo presente certifica-se que o Sr(a) _____
_____ participou no “Programa Autocuidar é Vencer”,
tendo atingido um resultado satisfatório.



Oeiras, 27 de Janeiro de 2011

A Enfermeira
Natividade de Sousa

Natividade de Sousa