



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular Estágio Com Relatório

Autocuidado num grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2

Um projeto de intervenção em enfermagem comunitária

Filipa Sofia Amaro Semedo

Lisboa

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular Estágio Com Relatório

Autocuidado num grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2

Um projeto de intervenção em enfermagem comunitária

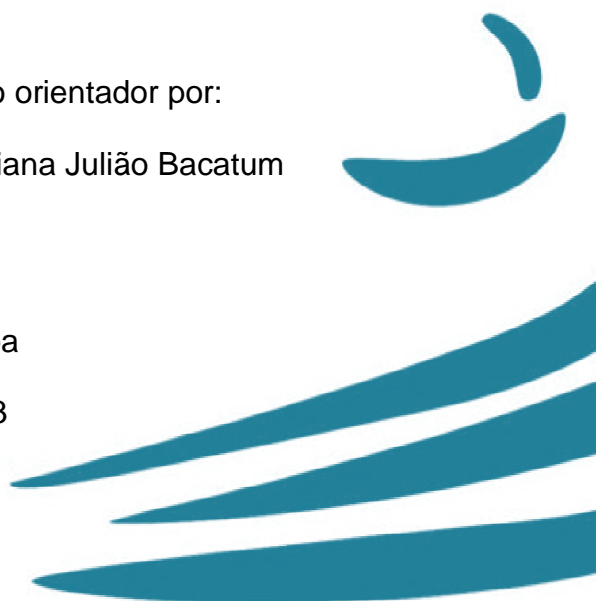
Filipa Sofia Amaro Semedo

Relatório de estágio orientador por:

Professora Cláudia Mariana Julião Bacatum

Lisboa

2013



AGRADECIMENTOS

Este projeto nasceu de uma forte vontade de crescer enquanto pessoa e enquanto profissional de enfermagem comunitária/ saúde pública. Durante este longo percurso gostaria de expressar a minha sincera gratidão à minha mãe que com tanto sacrifício me ajudou nesta etapa da minha vida e sem a sua ajuda este projeto não se teria concretizado.

Ao Rui, pela dedicação, apoio, compreensão e incentivo nas horas mais difíceis que decorreram ao longo do mestrado.

O meu mais sincero obrigado à professora Cláudia Bacatum pela orientação durante o projeto e pelas suas palavras de incentivo e de sabedoria.

Não seria de forma alguma possível realizar este trabalho sem a autorização da direcção do ACES Loures-Odivelas, em especial, à enfermeira vogal Cristina Brás, orientadora de estágio, que teve sempre uma palavra amiga e muito me ajudou, elogiando sempre todo o trabalho elaborado. Sem esquecer, um muito obrigada à enfermeira Fátima Penedo pelo incentivo e por conseguir despoletar para certos pormenores importantes decorrentes neste percurso. O meu enorme reconhecimento à enfermeira Carla Nom, coordenadora da UCSP, pelo acolhimento e auxílio na redacção e concretização do projeto.

A todas elas, por permitirem prosseguir com o projeto no local de trabalho.

Às enfermeiras Inês Querido e Lilianny Dias pela presença em todas as atividades e pela sua ajuda preciosa e boa disposição no decorrer das mesmas.

Este projeto não seria o mesmo sem a colaboração da Cláudia Martins e Bruno Antunes, pela enorme criatividade e por conseguirem expressar para o papel todos os apontamentos idealizados para o material de informação elaborado.

A todos

O meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	- Agrupamentos de Centros de Saúde
APDP	- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
AVPP	- Anos de Vida Potencialmente Perdidos
CIPE ^{®2}	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão 2)
DGS	- Direção Geral de Saúde
EAM	- Enfarte Agudo do Miocárdio
ECHIM	- European Community Health Indicators Monitoring
ERS	- Entidade Reguladora de Saúde
IDF	- International Diabetes Federation
IMC	- Índice Massa Corporal
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
UCSP	- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

O número de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 tem vindo a aumentar a nível mundial. Esta patologia acarreta consequências que podem ser prejudiciais às atividades do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

A fim de diminuir o aparecimento das complicações associadas, o enfermeiro especialista em saúde comunitária/ saúde pública pode ter um papel preponderante, nomeadamente, na elaboração de programas adequados às necessidades dos grupos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Este projeto de intervenção comunitária pretendeu capacitar um grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 para as atividades do autocuidado. De uma amostra de 18 pessoas, identificou-se qual a capacidade de autocuidado deste grupo pertencente a uma UCSP de um ACES da área metropolitana de Lisboa.

As metodologias utilizadas foram a do processo de planeamento em saúde segundo Tavares (1990) e a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem.

A fase de diagnóstico de situação utilizou os questionários correspondentes às versões traduzidas e adaptadas de Bastos e Lopes (2007) do “Conhecimento sobre a diabetes” e “As atividades de autocuidado com a diabetes”, autorizadas pela primeira autora.

Os resultados obtidos foram priorizados através do método de Hanlon e traduzidos pelos diagnósticos de enfermagem (i) défice de autocuidado para com a diabetes, pela não adesão ao regime dietético adequado por parte de um grupo de pessoas com diabetes e (ii) défice de autocuidado para com a diabetes, pela não adesão ao exercício físico específico por parte de um grupo de pessoas com diabetes.

Como estratégias, o projeto baseou-se nos conceitos de educação para a saúde, trabalho com grupos comunitários e o sistema de enfermagem de apoio-educação da teoria de défice de autocuidado de Dorothea Orem.

Através da realização do projeto de intervenção comunitária, conseguiu-se reconhecer a importância do autocuidado, atingir os objetivos propostos e, simultaneamente, desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 2, autocuidado, regime dietético, atividade física, enfermeiro especialista em saúde comunitária/ saúde pública

ABSTRACT

With growing number of people with diabetes mellitus and the increasing negative consequences of this chronic disease in self-care activities of the affected individuals, become very clear the need to develop and establish community based programs to reduce its harmful consequences.

The specialists in community/public health nurse can play a key role in developing programmes for people with diabetes mellitus.

The purpose of this project was to enable a group of people with diabetes mellitus type 2 to improve their self-care activities in order to reduce the negative impact of this chronic disease.

Eighteen participants with diabetes mellitus type 2 diagnoses, from a Personalized Healthcare Unit in the Lisbon metropolitan area, were enrolled in the project.

Their self-care capacity was identified and assessed based on process planning in healthcare according to Tavares and Dorothea Orem's self-care deficit theory.

As intervention strategies, this project was based on concepts as health education, community work with groups and supportive education system.

The obtained results pointed the principal intervention priorities: (i) self-care deficit regarding diabetes due to non-adherence to dietetic regime and (ii) self-care regarding diabetes due to non-adherence to physical activity.

Group activities were developed and objectives were proposed to improve self-care activities and overcome the identified deficits.

All the participants in this community intervention project recognized the importance of improvement self-care activities and achieve the proposed objectives. The project also contributed to the empowerment of self-care of the group in relation to the acquisition of knowledge about the diet and adequate physical activity.

Simultaneously, the community health nurse enrolled in the project developed competencies in community health nursing.

Keywords: diabetes mellitus type 2, self-care, dietetic regime, physical activity, specialist community/public health nurse

INDICE

INTRODUÇÃO.....	8
I PARTE - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	9
1. Diabetes mellitus tipo 2 como problema de saúde pública	9
2. Papel do enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública junto da pessoa com diabetes mellitus tipo 2	12
3. Adequação da teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem.....	14
II PARTE – METODOLOGIA	19
1. Diagnóstico de situação	19
1.1. Objetivos.....	19
1.2. Contextualização do local de intervenção	19
1.3. Critérios de seleção da amostra	20
1.4. Colheita de dados.....	21
1.5. Questões éticas	22
1.6. Análise e discussão dos dados.....	22
1.7. Identificação de problemas de saúde.....	29
2. Definição de prioridades.....	30
2.1. Elaboração de diagnósticos de enfermagem	31
3. Fixação de objetivos.....	32
3.1. Objetivos operacionais.....	32
3.2. Seleção dos Indicadores de Atividade / Execução.....	32
3.3. Seleção dos Indicadores de Impacto / Resultado.....	33
4. Estratégias	34
5. Preparação Operacional: Programação	36
6. Avaliação.....	40
III PARTE - CONCLUSÕES.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	46

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização para utilização dos questionários

Apêndice II - Autorização para utilização da “Escala de autocuidado com a diabetes (SDSCA)”

Apêndice III – Autorização para utilização do questionário de “Conhecimentos sobre a diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)”

Apêndice IV - Consentimento informado

Apêndice V - Questionário inicial

Apêndice VI - Questionário de “Conhecimentos sobre a diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)”

Apêndice VII – Tabela referente à análise e discussão dos dados – Conhecimento sobre a diabetes

Apêndice VIII - Questionário sobre “As atividades de auto-cuidado com a diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities)”

Apêndice IX – Tabelas referentes à análise e discussão dos dados – Atividades de autocuidado com a diabetes

Apêndice X – Aplicação da técnica de determinação de prioridades

Apêndice XI – Questionário de avaliação de grau de satisfação dos participantes

Apêndice XII – Plano Operacional

Apêndice XIII – Cronograma de Gantt

Apêndice XIV – Logotipo do programa

Apêndice XV – Plano de sessões de educação para a saúde

Apêndice XVI – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Diabetes não é um bicho-papão”

Apêndice XVII – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Saber Comer para Melhor Viver”

Apêndice XVIII – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Ida ao Supermercado”

Apêndice XIX – T-shirt elaborada

Apêndice XX – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Saber Mexer para Melhor Viver”

Apêndice XXI – Caderno elaborado

Apêndice XXII – Diploma elaborado

Apêndice XXIII – Avaliação do grau de satisfação dos participantes

Apêndice XXIV – Tabela referente à avaliação – Conhecimento sobre a diabetes

Apêndice XXV – Registo de glicemias capilares na sessão “Saber Mexer para Melhor Viver”

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade. As pessoas diagnosticadas com esta doença aderem de uma forma limitada às medidas terapêuticas, o que contribui para o risco de aparecimento de complicações associadas. Consequentemente, esta situação traduz-se no aumento das taxas de mortalidade e morbidade associadas a repercussões na qualidade de vida dos doentes (ERS, 2011; Boavida et al, 2012).

De forma a dar resposta a esta problemática, é fulcral que o enfermeiro centre os seus cuidados na educação destas pessoas com o intuito de prevenir o aparecimento de complicações associadas a esta patologia. Após a identificação e o diagnóstico, as pessoas apresentam desvios de saúde que requerem cuidados centrados na sua recuperação, reabilitação e controlo (Orem, 2001).

A ERS (2011) salienta o papel do enfermeiro no cuidar, motivar e educar a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 através da otimização e aderência ao tratamento clínico, deteção de complicações crónicas e controlo da glicemia.

De forma a conseguir compreender como um grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 praticam as atividades do autocuidado na UCSP de um ACES da área metropolitana de Lisboa, procedeu-se à elaboração de um projeto sustentado no processo de planeamento em saúde descrito por Tavares (1990).

Este projeto encontra-se estruturado em três partes principais. A primeira parte diz respeito ao enquadramento conceptual, no qual são abordados os seguintes tópicos: (i) a problemática da diabetes mellitus tipo 2 como problema de saúde pública, (ii) o papel do enfermeiro especialista de saúde comunitária/ saúde pública junto das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e (iii) a adequação da teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem neste projeto.

A segunda parte corresponde à metodologia do projeto, na qual está descrito o diagnóstico de situação, a definição de prioridades e elaboração dos diagnósticos de enfermagem, assim como, a fixação de objetivos, delineamento de estratégias, programação e avaliação do mesmo.

A última parte expõe as principais conclusões do projeto, incluindo uma breve reflexão sobre as competências adquiridas e as limitações do mesmo.

I PARTE - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Diabetes mellitus tipo 2 como problema de saúde pública

A diabetes mellitus tipo 2 é uma doença que resulta da deficiente capacidade de utilização pelo organismo da principal fonte de energia, a glucose. É caracterizada por um nível elevado de açúcar no sangue (hiperglicemia) que resulta da incapacidade do organismo em utilizá-lo como forma de energia (Vieira, 2009; WHO, 2011).

É considerada uma doença crónica multifatorial, cujo tratamento depende da conjugação de três fatores: (i) alimentação, (ii) atividade física e (iii) medicação. Os indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 podem desenvolver uma série de complicações que poderão contudo ser reduzidas, através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, hipertensão arterial, dislipidemia e vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, nervos, rim, coração, entre outros) (Correia e Arteiro, 2008; Boavida et al, 2012).

A problematização desta patologia começou por ser abordada numa fase inicial pela Declaração de Saint Vincent, em 1989, na qual se considera a diabetes mellitus como o maior problema crescente de saúde na Europa devido aos problemas de saúde prolongados e morte precoce. Esta declaração foca, também, a necessidade de os países reconhecerem formalmente o problema da diabetes mellitus e de conceberem planos de prevenção, identificação e tratamento da mesma, em especial, das suas complicações (WHO/IDF, 1990).

Segundo a OMS, existem no mundo cerca de 346 milhões de pessoas com diabetes mellitus, valor esse que poderá chegar aos 552 milhões no ano de 2030. Porém, existem cerca de 183 milhões de pessoas no mundo que não sabem que têm a doença. No ano de 2011, cerca de 4,6 milhões de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade, morreram de diabetes mellitus. Do total de mortes, 48% corresponderam a pessoas com idades inferiores a 60 anos. O número de mortes por diabetes mellitus em 2011 apresentou um aumento de 13,3% face às estimativas para o ano de 2010 (WHO, 2012; IDF, 2012).

A nível europeu, a OCDE (2012) refere a existência de 35 milhões de pessoas que sofrem de diabetes mellitus e acrescenta que este número subirá para cerca de 43

milhões até ao ano de 2030. A prevenção e o tratamento desta patologia, assim como das complicações que lhe estão associadas, representam custos de aproximadamente 90 biliões de euros por ano no espaço europeu (IDF, 2012). Os custos com a diabetes mellitus representam entre 10% a 18,5% das despesas totais com saúde suportadas no espaço europeu. Na União Europeia, os custos globais com a saúde de uma pessoa com diabetes mellitus correspondem a uma média de 2100 euros por ano (ECHIM, 2012).

Ainda de acordo com a OCDE (2012), Portugal é o terceiro país com maior prevalência da diabetes mellitus, representando cerca de 9,7% da população do mesmo, enquanto o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2012), refere que a prevalência desta patologia no ano de 2010 representava 12,4% do total da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde aproximadamente a 991 mil indivíduos. A sua incidência no mesmo ano correspondeu a 623,5 por 100 000 novos casos (Boavida et al, 2012). Comparativamente ao ano de 2011, descrito pelo Relatório Anual do Observatório da Diabetes (2013), a prevalência de diabetes mellitus aumentou cerca de 0,3% o que corresponde a 12,7% da mesma população, neste caso a 1 003 mil indivíduos, sendo que a incidência aumentou para 651,8 por 100 00 novos casos (Boavista et al, 2013).

A diabetes mellitus assume um papel significativo nas causas de morte em Portugal, tendo vindo o número de óbitos a crescer ao longo dos últimos 5 anos (cerca de 4 536 óbitos no ano de 2011). Segundo o INE (2012) a taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus referentes a pessoas com idade inferior a 65 anos é de 3,6% por 100 000 habitantes e de 24,9% para a população em geral. A letalidade desta patologia intra-hospitalar foi aproximadamente de 21,9%, no mesmo ano (Boavida et al, 2013).

No que diz respeito à taxa padronizada de AVPP por diabetes mellitus, que corresponde ao número de óbitos com menos de 70 anos por esta patologia, fixou-se nos 40,1 por 100 000 habitantes no ano de 2009, enquanto a taxa padronizada por internamento pela mesma patologia, que corresponde aos episódios de internamento de indivíduos com menos de 70 anos por diabetes mellitus, fixou-se nos 30 por 100 000 habitantes no mesmo ano. Da interpretação desta taxa conclui-

se que a causa de morte por diabetes mellitus poderá ser reduzida por estratégias de prevenção primária e cuidados de saúde adequados a pessoas com idade inferior a 50 anos (DGS, 2012).

Segundo a DGS (2012), cerca de 75% das pessoas com diabetes mellitus não têm um controlo adequado da doença, o que conduz a um risco acrescido de complicações, de perda de produtividade e de custos para a sociedade. Em Portugal, no ano de 2010, a diabetes mellitus representou um custo direto estimado entre 1 150 e 1 350 milhões de euros, o que representa entre 7% a 8% das despesas totais com saúde. Em média, uma pessoa com diabetes mellitus corresponde a custos globais de saúde de cerca de 1 881 euros por ano (Boavida et al, 2012).

Após a análise destes indicadores de saúde, é notória a necessidade de cuidados de saúde continuados e de educação terapêutica da pessoa com diabetes mellitus, de forma a prevenir complicações agudas e a diminuir o risco de aparecimento de complicações tardias (Boavida et al, 2012). Uma eficiente atuação a este respeito poderá reduzir significativamente os custos com esta patologia, possibilitando aos profissionais de saúde intervir mais efectivamente noutras áreas da saúde ao nível da prevenção primária.

A diabetes mellitus tipo 2 tem uma evolução lenta e insidiosa e geralmente não é diagnosticada até surgirem as primeiras complicações. O diagnóstico ocorre, geralmente, após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associado à obesidade (APDP, 2009; Boavida et al, 2012).

É impreterível que, cada vez mais, a redução dos fatores de risco, através do diagnóstico atempado, seja uma estratégia de prevenção que permite diminuir a incidência, prevalência e complicações da diabetes mellitus, nomeadamente através da promoção de um estilo de vida saudável (DGS, 2012).

A DGS (2000), assim como Bastos (2004), preconizam a educação terapêutica como forma de promoção de estilos de vida saudáveis, conceito que ultrapassa o tratamento farmacológico e que permite não só melhorias significativas em determinados parâmetros biológicos mas, principalmente, na adaptação à nova situação de doença. Foca também a importância de autocapacitar a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 como gestora da sua doença, permitindo prevenir as suas

complicações e promovendo a sua qualidade de vida. De acordo com Redman (2003), a educação terapêutica das pessoas com diabetes mellitus reflete uma mudança de objetivo em que as pessoas com a patologia apenas cumpriam um regime terapêutico e passaram a adquirir capacidades e poder de se autocontrolar.

2. Papel do enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública junto da pessoa com diabetes mellitus tipo 2

Para Orem (2001), a saúde pública é uma disciplina do conhecimento e da prática. O seu objectivo é a prevenção da doença, o apoio no processo de vida, a promoção da saúde física e mental e eficiência humana para as populações.

Como uma arte de ajudar, a enfermagem é a capacidade complexa para realizar ou contribuir para a realização do autocuidado pela pessoa, compensando-a ou auxiliando-a na superação das suas capacidades física e psíquica, bem como nas necessidades especiais que lhe causam incapacidade de agir, abstenção de agir, ou agir ineficazmente no autocuidado (Orem, 2001).

A comunidade enquanto cliente de enfermagem corresponde a um grupo de pessoas que partilha características e interesses comuns com base na espontaneidade dos membros do grupo, e uma ordem social e inteligentemente concebida e percebida como diferente em algum aspeto da sociedade em que ela se encontra inserida (Orem, 1995).

O papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública enquadra-se nas várias orientações técnicas existentes acerca da diabetes mellitus tipo 2, a nível mundial (OMS), europeu (Declaração de Saint Vincent e OCDE) e nacional (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, Plano Nacional de Saúde 2012-2016), no sentido de dar resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e população, através do desenvolvimento de programas que permitam capacitar as comunidades nos seus projetos de saúde a nível coletivo (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Referindo a Declaração de Saint Vincent, esta foca a necessidade de consciencializar a população para a prevenção da doença e suas complicações,

pela promoção da sua independência e da autossuficiência, como forma de educar a pessoa com diabetes mellitus (WHO/IDF, 1990).

A missão do Programa de Diabetes da OMS (2012) realça a necessidade de prevenir a doença sempre que possível e, quando não é possível, minimizar as complicações e maximizar a qualidade de vida dos utentes.

As estratégias do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes focam-se nos três níveis de prevenção: (i) primária, através da redução dos fatores de risco conhecidos, (ii) secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado; e (iii) terciária, através da reabilitação, reinserção social das pessoas com diabetes mellitus e qualidade da prestação de cuidados às mesmas. Os objetivos principais do programa passam pela gestão de forma integrada das pessoas com diabetes mellitus e o intuito de conseguir reduzir a prevalência, incidência, morbilidade e mortalidade e, ainda, conseguir atrasar o início de complicações. Ainda consta neste programa a importância da educação da pessoa com diabetes mellitus cuja meta é torna-la autónoma, conseguindo saber gerir a doença no quotidiano (DGS, 2008).

Uma das competências do enfermeiro especialista é promover o bem-estar e o autocuidado da comunidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro deve tentar maximizar o bem-estar de grupos e comunidades e suplementar ou complementar as atividades de vida nas quais os mesmos dependem.

De acordo com WHO (2008) e Engelke (2011) a educação eficaz sobre a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 passa por capacitá-la e permitir-lhe compreender melhor o seu diagnóstico e as suas implicações.

Numa primeira instância, Bastos (2004) afirma que é fundamental compreender aquilo que o grupo composto por pessoas com diabetes mellitus tipo 2 sabe sobre a sua doença, e quais os seus défices de conhecimento, de forma a conseguir adequar a educação dirigida a este grupo. Em concordância com a ideia anterior, Ferreira e Veríssimo (2008) descrevem que um nível maior de conhecimentos corresponde a uma melhoria do estado de saúde das pessoas e uma maior preocupação de controlo da doença atingindo, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida.

De uma forma geral, o enfermeiro deve ajudar as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 a desenvolverem habilidades necessárias para a autogestão de doença, através da monitorização de glicemia capilar, administração subcutânea de insulina e inspeção dos pés. Deve, ainda, aplicar estratégias eficazes para que estas pessoas consigam aprender a gerir os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e participarem ativamente na terapêutica médica prescrita no sentido de diminuir o risco de complicações (Ferreira e Veríssimo, 2008).

Na promoção de estilos de vida saudáveis devem ainda ser considerados os quatro principais determinantes da saúde – tabaco, alimentação, atividade física e álcool – em todas as políticas setoriais, para que possam contribuir para a prevenção da diabetes mellitus, evitar as suas complicações e os custos económicos e sociais associados a esta patologia (Boavida e Raposo, 2008).

3. Adequação da teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem

Este projeto foca-se na intervenção junto das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, visando explicar a importância do enfermeiro na capacitação destas pessoas para o autocuidado e, conseqüentemente, para a promoção da sua qualidade de vida. Assim sendo, o projeto está fundamentado pela teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem.

Segundo Orem (2001), a forma como a doença é vista diverge de pessoa para pessoa, dependendo da educação, da experiência e dos sentimentos da mesma em relação à doença. Deste modo, a intervenção do enfermeiro deverá ter em conta a perspectiva da pessoa em relação à doença.

Segundo a autora, bem estar é a condição da existência percebida pela pessoa. É associado com saúde, sucesso nos compromissos pessoais, prazer, contentamento, estádios de felicidade, experiências espirituais e recursos suficientes.

No que respeita ao autocuidado, este é descrito por Orem (2001) como uma atividade aprendida pelas pessoas, orientada para um objetivo. É um comportamento que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou para o ambiente, para regular os fatores que afetam o seu desenvolvimento e funcionamento em benefício da sua saúde e bem-estar. O

desenvolvimento destas capacidades depende de fatores como a cultura, experiência de vida, estado de saúde, padrões de vida, doenças, família, idade, sexo e escolaridade.

O autocuidado é a ação de evolução das pessoas no desenvolvimento da capacidade de se cuidarem nas diferentes situações ambientais. Esta ação apresenta um padrão e uma sequência que contribui para a estrutura da integridade, funcionamento e desenvolvimento humano (Orem, 2001).

Quando as pessoas apresentam uma limitação parcial ou total da capacidade de se regularem, significa que apresentam um déficit no autocuidado. Este déficit exprime, então, a relação entre as capacidades de ação das pessoas e as suas necessidades de cuidado. Existem alguns factores internos e externos que afetam a capacidade da pessoa de se autocuidar ou afetam o tipo e tamanho de requerimento do autocuidado, tais como, a idade, género, estadio de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de saúde como o diagnóstico médico e o tipo de tratamento, fatores do sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais e disposição e adequação dos recursos (Orem, 2001; Tomey e Alligood, 2004).

Ao nível dos cuidados de enfermagem, segundo Orem (2001), estes devem ser selecionados de acordo com as necessidades das pessoas praticarem o autocuidado, podendo diferenciar-se dentro de três sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação.

No sistema totalmente compensatório as pessoas não apresentam capacidades para concretizar o autocuidado, sendo o enfermeiro o substituto destas nas suas necessidades relativas ao mesmo (Orem, 2001; Tomey e Alligood, 2004).

Dentro do sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro pratica algumas ações de autocuidado para com as pessoas, compensando-as apenas em algumas limitações que estas apresentem. Ainda dentro deste sistema, as pessoas conseguem executar algumas medidas do autocuidado e regulam-no (Orem, 2001; Tomey e Alligood, 2004).

Por fim, no sistema de apoio-educação, as pessoas executam o autocuidado e regulam o exercício e o desenvolvimento das atividades do mesmo, podendo ser

auxiliadas pelo enfermeiro neste último item. Este é o único sistema no qual as pessoas procuram ajuda, limitando as suas tomadas de decisão e controlando os seus comportamentos através da aquisição de conhecimentos e habilidades (Orem, 2001; Tomey e Alligood, 2004).

Podem, portanto, definir-se como objetivos dos cuidados de enfermagem segundo a autora, a diminuição da exigência de autocuidado para um nível que as pessoas consigam responder e eliminar o seu défice e, também, o auxílio no aumento das suas capacidades de dar resposta às exigências do autocuidado. Caso não se consigam atingir estes objetivos, o enfermeiro deve satisfazer as necessidades de autocuidado quando as pessoas não apresentam capacidade para o fazer (Orem, 2001).

Reportando ao foco do projeto, a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem torna-se fundamental para se conseguir, através do diagnóstico de situação de saúde, compreender qual o tipo de requisição de autocuidado terapêutico das pessoas com diabetes mellitus tipo 2. A requisição do autocuidado define-se como a soma de todas as medidas que são necessárias desenvolver de forma a dar resposta a requisitos do autocuidado do tipo universais, de desenvolvimento e/ou desvio de saúde, durante um período de tempo, ou em momentos específicos (Orem, 2001).

Os requisitos do autocuidado são formulados e expressam conhecimento sobre as ações necessárias para regular os aspetos essenciais do funcionamento e desenvolvimento humano. Os requisitos das pessoas para os três sistemas de enfermagem variam com a idade, estadio de desenvolvimento e características do estado de saúde e condições ambientais externas (Orem, 2001).

Os requisitos universais estão associados com a manutenção da estrutura e do funcionamento humano, enquanto os requisitos de desenvolvimento referem-se a eventos ou situações novas que ocorrem durante a vida e que necessitam do cumprimento dos primeiros. Por fim, os requisitos no desvio de saúde prendem-se com os cuidados ou tomadas de decisão em relação aos problemas de saúde identificados ou diagnosticados e que tem em vista, a recuperação, reabilitação e controlo dos mesmos (Orem, 2001).

Requisitos de desvio de saúde estão normalmente associados a defeitos genéticos e na constituição da estrutura e funcionamento humano e os seus efeitos. Estes requisitos estão também associados ao diagnóstico médico, à medicação e ao tratamento. Conhecer estes requisitos pode auxiliar no controlo da patologia nos seus estadios iniciais (prevenção secundária) e na prevenção de incapacidades (prevenção terciária) (Orem, 2001).

As características do desvio de saúde são condições que se estendem ao longo do tempo e determinam o tipo de procura de cuidados que as pessoas vivenciam e como vivem os efeitos da condição da patologia e duração (Orem, 2001).

Os requisitos de desvio de saúde do autocuidado dividem-se em 6 categorias:

- As pessoas devem ter consciência dos efeitos das condições patológicas e estados, incluindo os efeitos no desenvolvimento;
- Devem exercer eficazmente as medidas terapêuticas e de reabilitação voltadas para a prevenção de tipos específicos de patologia, da patologia em si, regulação do funcionamento humano e correcção de anormalidades;
- Devem estar cientes a atender ou regular os efeitos desconfortáveis dos cuidados médicos realizados ou prescritos pelo médico;
- Devem modificar o autoconceito (e auto-imagem) em aceitar-se a si mesmo como estando num determinado estado de saúde e na necessidade de formas específicas de cuidados de saúde;
- Devem aprender a viver com os efeitos das condições patológicas e estadios e efeitos das medidas de diagnóstico médico e de tratamento num estilo de vida que promove o desenvolvimento continuo pessoal (Orem, 2001).

Salientando o foco de intervenção do projeto junto das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, compreende-se que, segundo esta teoria, os requisitos estão relacionados com desvio de saúde. Estes surgem devido ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e apresentam-se como carências que aparecem e que impõem uma mudança no comportamento do autocuidado destas pessoas.

É através da medição dos requisitos do autocuidado terapêutico que se verifica a existência ou não de défice no autocuidado e, caso esteja presente este défice, qual o sistema de autocuidado em que se encontra (Orem, 2001).

O foco do autocuidado de Orem é a pessoa, porém, a sua concepção inclui uma série de atividades que as pessoas podem fazer por si próprias, numa variedade de assuntos de saúde e de doença. Estas actividades complementam os serviços de cuidados profissionais (Orem,1995).

II PARTE – METODOLOGIA

1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação pretende caracterizar o nível de saúde da população através da medição do seu estado de saúde e a obtenção de um instrumento para pôr em prática uma política de saúde, escolha de prioridades, organização de atividades e acompanhamento e avaliação dos resultados (Imperatori e Geraldes, 1993).

1.1. Objetivos

Geral

- ✓ Conhecer a capacidade de autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 seguidas numa UCSP de um ACES da área metropolitana de Lisboa.

Específicos

- ✓ Caracterizar o grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 sob o ponto de vista sociodemográfico e antecedentes pessoais;
- ✓ Identificar o nível de conhecimento do grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca do conhecimento sobre a doença;
- ✓ Identificar as principais atividades de autocuidado do grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no que diz respeito à sua situação de doença.

1.2. Contextualização do local de intervenção

A intervenção desenrolou-se numa UCSP de um ACES da área metropolitana de Lisboa, com a devida autorização para realização da mesma. A UCSP é composta por 24 877 utentes, dos quais 584 estão identificados com guia do diabético, representando cerca de 2,35% da população total. Do número de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus, cerca de 26% são vigiadas por esta patologia na UCSP, o que corresponde a cerca de 152 pessoas.

1.3. Critérios de seleção da amostra

População

De acordo com Carmo e Ferreira (1998), a população ou universo corresponde ao conjunto de elementos com uma ou mais características comuns que estão abrangidos por uma mesma definição e que os diferenciam de outros conjuntos de elementos.

A população corresponde a 68 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que são vigiadas na consulta de enfermagem de diabetes mellitus, decorrente do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes (DGS, 2008) da USCP em questão. Este atendimento é efetuado uma vez por semana, através de uma triagem do médico assistente, tendo capacidade de dar resposta a um máximo de quatro pessoas por semana.

Amostra

O processo de seleção de uma amostra, ou técnica de amostragem, representa a seleção de uma parte, ou de um subconjunto de uma população ou universo. Como tal, os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram selecionados (Carmo e Ferreira, 1998).

A amostra é não probabilística, uma vez que foi selecionada de acordo com um ou mais critérios julgados importantes, tendo em conta os objetivos do trabalho a realizar. A dimensão da amostra e os elementos escolhidos dependem, então, dos objetivos e, como tal, não apresenta fundamentação estatística, dependendo unicamente dos critérios do pesquisador (Gil, 1989).

De entre os tipos de amostragem não probabilística, optou-se por uma abordagem de conveniência, na qual é utilizado um grupo de pessoas que estejam disponíveis. Torna-se necessário ressaltar que não se pretende generalizar os dados à população da qual faz parte o grupo de conveniência, mas de onde se podem retirar informações preciosas (Carmo e Ferreira, 1998).

A amostra foi constituída pelas pessoas diagnosticadas com diabetes mellitus tipo 2, que frequentaram a consulta de enfermagem de diabetes mellitus, entre os dias 8 de

maio e 5 de junho de 2012 e que preencheram os requisitos definidos pelos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- ✓ Utentes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2;
- ✓ Utentes que aceitaram ser seguidos na consulta de enfermagem de diabetes mellitus;
- ✓ Utentes com capacidade física e psicológica para realizarem o autocuidado;
- ✓ Utentes que aceitem participar em todo o desenvolvimento do projeto.

Critérios de exclusão:

- ✓ Utentes que apresentem acentuada dependência funcional que comprometa o autocuidado;
- ✓ Utentes que não sabem ler e escrever;
- ✓ Utentes que não tenham capacidade para se deslocar até à UCSP.

Do total de 20 pessoas que compareceram na consulta de enfermagem de diabetes mellitus, no período acima mencionado, foram excluídas duas pessoas: uma por não apresentar capacidade para o autocuidado e outra por ter recusado participar no projeto. Como tal, a amostra é constituída por 18 pessoas.

1.4. Colheita de dados

Questionários

De uma forma geral, o questionário é um instrumento de colheita de dados que tanto pode ser um ponto de chegada de uma reflexão como um ponto de partida para análises posteriores (Albarelo et al, 1995).

Consiste numa técnica composta por um conjunto de questões, apresentadas por escrito às pessoas, que tem como finalidade o conhecimento de opiniões ou questões humanas e sociais, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, consciência de um acontecimento ou problema, ou outros pontos de interesse para a investigação (Gil, 1989; Quivy e Campenhoudt, 2005).

Na colheita dos dados, pode ser utilizado um questionário já existente ou, alternativamente, criar um novo questionário, dependendo das próprias necessidades. Neste caso, foi utilizado como instrumentos de recolha de dados dois questionários adaptados e autorizados pelos autores sobre “As atividades de autocuidado com a diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities)” e “Conhecimentos sobre a diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)” (Apêndices I, II e III).

1.5. Questões éticas

Foi pedido o consentimento informado e esclarecido a todas as pessoas que constituem a amostra para participar no projeto (Apêndice IV), possuindo estas a total liberdade para recusar caso assim o entendessem. Foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato aos participantes, tal como está descrito no Código Deontológico, Artigo 85º alínea d) - do dever do sigilo - no qual o enfermeiro é obrigado “(...) a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão(...)”, assumindo o dever de “(...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Nunes, Amaral e Rogério, 2005, p. 115).

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados, procedeu-se à codificação dos questionários através da atribuição de um número.

1.6. Análise e discussão dos dados

O armazenamento e a análise dos dados recolhidos foram realizados através do programa Microsoft Excel 2010®.

Caracterização da amostra

Numa primeira parte considera-se essencial caracterizar a amostra ao nível sociodemográfico, onde se pretende descrever os indivíduos relativamente à idade, sexo, nível de escolaridade, profissão e número de elementos do agregado familiar. Posteriormente, foram avaliados os antecedentes pessoais no que diz respeito ao

ano de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, o tipo de tratamento inicial e atual, as patologias consequentes e outras doenças. Foram ainda identificados os hábitos de medição de glicemia capilar e sua frequência e avaliados o peso, a altura, o perímetro abdominal, a tensão arterial e a glicemia (Apêndice V). Estes últimos parâmetros foram monitorizados no dia do atendimento em que foram aplicados os questionários.

A amostra é predominantemente masculina (o que corresponde a 11 pessoas do sexo masculino e 7 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 32 e os 78 anos de idade, sendo a média de idades aproximadamente 59 anos.

Ao nível da escolaridade, 8 indivíduos apresentam o 4º ano de escolaridade, contudo a média ronda o 6º ano. Importa referir que existe uma pessoa que não frequentou qualquer grau de escolaridade, porém, sabe ler e escrever e, por esse motivo, não foi excluída da amostra.

Uma grande parte dos participantes (11) encontra-se reformada e o número de elementos que constitui o agregado familiar é maioritariamente dois.

Em relação aos antecedentes pessoais, a maioria dos participantes foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2 no ano de 2011 (7 participantes) e de 2012 (6 participantes). Contudo, nesta amostra encontra-se um participante cujo diagnóstico apresenta mais de 20 anos.

O tratamento inicial dos participantes ocorreu, habitualmente, através da combinação da dieta, exercício físico e antidiabéticos orais (8 participantes), sendo que em alguns utentes optou-se apenas pela terapêutica oral (4 participantes) e 2 pessoas iniciaram o seu tratamento com insulina. O tratamento atual dos participantes manteve-se igual ao inicial, não sofrendo quaisquer alterações.

No que diz respeito a outras patologias, realce-se que 9 participantes apresentam hipertensão arterial e 7 apresentam hipercolesterolemia. Neste item, são também descritas doenças como a asma, bronquite asmática, AVC, EAM, epilepsia, doença coronária, problemas reumatológicos, doença de Parkinson e síndrome de Guillan-Barrè, que não apresentam valores significativos. Estes dados são corroborados pelo estudo de Bastos (2004), no qual a hipertensão arterial é uma das patologias com percentagem mais significativa na amostra (20,3%), assim como no estudo de

Videira (2011), onde a presença desta patologia assume percentagens superiores (77,7%) e, ainda, ao nível da hipercolesterolemia (45,5%), segunda patologia com maior incidência na amostra.

Como patologias conseqüentes da diabetes mellitus, 16 das 18 pessoas que compõem a amostra não as referenciam, com exceção da retinopatia diabética presente em 2 participantes.

No que respeita aos hábitos de medição da glicemia, 16 participantes avaliam-na regularmente, enquanto 2 não o fazem. Daqueles que a avaliam, 12 apresentam o hábito de a medir diariamente e 4 semanalmente.

Na avaliação do peso, a amostra varia entre os 61,1 kg e os 100,1 kg, sendo a média aproximadamente de 80,6 kg

Em termos de IMC, a média da amostra está próxima dos 29, o que significa que apresenta uma tendência para o excesso de peso. Este dado está, também, associado à medição do perímetro abdominal, que ronda na sua média os 103,88 cm. Este valor é, segundo a OMS, um indicador de risco muito aumentado de complicações associadas à obesidade (DGS, 2005).

A presença da obesidade é, igualmente, verificada no estudo de Bastos (2004), em que os participantes apresentam predominantemente excesso de peso e alguns são obesos, tendo valores de perímetro abdominal superiores aos valores de referência, o que a autora afirma ter uma forte associação com a diabetes mellitus. Ainda no estudo de Videira (2011), 76,7% dos indivíduos apresentavam valores de excesso de peso concordantes com o risco, aumentando a probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares.

Os valores de tensão arterial, a nível sistólico, variaram entre os 120 e os 179 mmHg e, a nível diastólico, entre os 70 e os 99 mmHg.

Por último, no que respeita à avaliação da glicemia capilar ocasional, neste caso, pós-prandial, os participantes obtiveram valores cujo mínimo foi de 73 e máximo de 377 mg/dl. A média destes valores é de aproximadamente 150 mg/dl.

Conhecimento sobre a diabetes

O questionário aplicado para medir o nível de conhecimentos sobre a diabetes mellitus aborda diversas questões, tais como, o conhecimento sobre a diabetes mellitus, a sua causa, o processo de produção de insulina, a curabilidade da doença e a sua tendência para a hereditariedade (Apêndice VI). São também focados aspetos relacionados com o regime terapêutico, efeitos no controlo de glicemia, tipos de complicações e sintomatologia referente à hipoglicemia e hiperglicemia (Bastos, 2004). Os dados referentes a este questionário encontram-se pormenorizados numa tabela composta pelas frequências absolutas sobre as respostas dos participantes (Apêndice VII).

No que diz respeito às questões relacionadas com a causa da diabetes mellitus, a pergunta que associa o consumo de açúcar e de alimentos como causa da diabetes mellitus foi afirmado por 3 participantes e 10 relacionaram a causa da patologia com a falta ou resistência à insulina no corpo. Salienta-se que 6 participantes não sabem responder a esta última questão. Ainda, o mesmo número de participantes (8) não sabe, ou respondeu que os rins não produzem insulina. No estudo de Bastos (2004) constata-se que os participantes apresentam poucos conhecimentos sobre as causas da diabetes mellitus e a importância da insulina. Do total de participantes do mesmo estudo, apenas 26,2% sabem que a insulina não é produzida nos rins, o que não vai ao encontro dos valores obtidos neste projeto (44%).

Outra questão que suscita interesse está relacionada com o nível de conhecimento da amostra em relação aos tipos de diabetes mellitus existentes: 13 participantes confirmam a existência de dois tipos principais, no entanto, 4 não sabem responder. Relativamente ao estudo de Bastos (2004), o nível de conhecimento em relação aos tipos principais de diabetes mellitus é francamente inferior, com apenas 45,6%.

Na questão referente ao facto de a medicação ser mais importante que a dieta e que o exercício físico para controlar a diabetes mellitus, 11 participantes consideram-na falsa, mas 6 pensam que é verdadeira. Apenas 1 participante não soube responder.

Como consequência da patologia, 13 indivíduos que compõem a amostra consideram que a diabetes mellitus pode prejudicar os rins, nenhum participante discorda e cinco não sabem responder. Estes dados vão ao encontro dos obtidos por Bastos (2004), em que o maior número de respostas corretas está relacionado

com as consequências crônicas da diabetes mellitus, neste caso, consequências renais.

Existem questões nas quais os participantes não apresentam déficit de conhecimento relativamente à diabetes mellitus. A relação entre a diabetes mellitus como causa da insuficiência venosa periférica é afirmada por 10 participantes, o modo de desinfetar os cortes e feridas com solução iodada é confirmada pelo total da amostra (18 pessoas) e a confecção da alimentação ser igualmente importante ao tipo de alimentação é reforçada por 15 participantes. Ainda, 12 participantes sabem que a medição da glicemia não é efetuada através de testes à urina.

Nas últimas perguntas existem algumas lacunas de conhecimento por parte dos participantes: 10 associam os tremores e suores a sinais de hiperglicemia, 11 pensam que as meias apertadas ou elásticas não são prejudiciais para as pessoas com diabetes mellitus e 10 associam a alimentação a uma dieta especial. De acordo com o estudo de Bastos (2004), os participantes desconheciam o fato da subida da glicemia estar associada ao não tratamento (90,4%) e desconheciam, tal como no presente projeto, os sintomas de hiperglicemia, embora em menor percentagem (34,6%).

Adicionalmente, quanto aos sinais e sintomas associados aos valores de glicemia, apesar de 8 participantes acharem que a polidipsia e poliúria não são sinais de hipoglicemia (44%), 7 não sabem responder a esta questão (39%).

Atividades de autocuidado com a diabetes mellitus

O questionário é originalmente realizado por autopreenchimento, mas neste projeto foi efetuado por aplicação indireta, através de uma entrevista, uma vez que os participantes apresentavam baixo grau de escolaridade. É composto por duas partes: as atividades de autocuidado com a diabetes mellitus e as recomendações para com a mesma. Para tal, encontra-se distribuído por seis dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos (Apêndice VIII). A avaliação encontra-se parametrizada numa escala de 0 a 7, que corresponde ao número de dias por semana respetivos aos comportamentos adotados pelos participantes nos últimos sete dias da semana

(Bastos, 2004). Os dados referentes às respostas dos participantes encontram-se numa tabela composta pelas suas frequências absolutas (Apêndice IX).

Na primeira categoria (dieta), 6 participantes consideram praticar uma alimentação saudável quatro vezes por semana e 3 acreditam fazê-lo todos os dias. Porém, apesar destas respostas, 11 indivíduos não seguem o plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde.

No consumo de cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais, 10 participantes responderam que mantiveram este hábito todos os dias da última semana e apenas um participante não o fez.

O consumo de carnes vermelhas e produtos láteos gordos, remetendo para a ingestão de comidas ricas em gordura, tem maior representatividade nos produtos láteos gordos, os quais são ingeridos por 5 participantes durante os sete dias da semana e por 3 participantes cinco vezes por semana. No que respeita ao consumo de carnes vermelhas, 16 dos 18 participantes consomem até 3 vezes por semana.

Uma das questões que obteve um elevado número de consumo diário diz respeito à ingestão de pão acompanhado da refeição principal do almoço ou do jantar, presente em 7 participantes. Contudo, nesta mesma questão existe também um elevado número que nunca o faz (6). Não parecem existir erros alimentares na mistura de dois ou mais hidratos de carbono à refeição, uma vez que 10 participantes nunca o praticaram, assim como 13 participantes não consomem bebidas alcoólicas às refeições e 15 não consomem o mesmo tipo de bebidas fora das refeições.

Quanto à prática de comer doces, apesar de 7 indivíduos não o fazerem e 5 consumirem apenas uma vez por semana, um número significativo de 4 participantes consomem-nos todos os dias. Os participantes, maioritariamente (13), não adoçam as suas bebidas.

A segunda categoria pretende avaliar a prática de atividade física dos participantes. Das 18 pessoas que compõem a amostra, 7 admitem praticar atividade física durante pelo menos trinta minutos todos os dias e 4 não o faz nenhum dia da semana. Atividades físicas específicas como nadar, caminhar e andar de bicicleta

não são realizadas por 11 participantes. Apenas 4 participantes o fazem durante 6 ou 7 dias da semana.

Relativamente à avaliação da glicemia capilar, 12 participantes controlam a sua glicemia todos os dias, 2 avaliam-na três vezes por semana e 2 nunca a avaliam. Comparando esta atividade de autocuidado dos participantes baseada na recomendação pelos profissionais de saúde, as respostas não apresentaram grandes diferenças, sendo que 13 participantes avaliam a glicemia todos os dias e 2 continuam a não realizá-la. Os dados obtidos neste projeto não são de todo comparáveis com os obtidos no estudo de Ferreira e Veríssimo (2004) em que 62,39% dos diabéticos não avaliavam a glicemia capilar.

Na quarta categoria é pretendido compreender os cuidados que os participantes têm com os pés. Em relação ao exame dos pés, 12 indivíduos realizam-no todos os dias e 2 nunca o fazem, ou apenas o praticam uma vez por semana. Outra atividade de autocuidado que os participantes não costumam praticar (12) está relacionada com a inspeção dos sapatos. A higiene dos pés através da lavagem é feita praticamente todos os dias por 16 participantes, assim como o facto de secar a zona interdigital (13). O ato de colocar os pés de molho não consiste num hábito para esta amostra em que 12 participantes nunca o fizeram no decorrer da última semana.

No que se refere à medicação, 14 dos 18 participantes tomaram a medicação indicada para a diabetes mellitus todos os dias, 1 tomou-a seis dias na semana e 2 nunca a tomaram. A toma do número indicado de comprimidos é feita diariamente por 15 participantes, por 1 participante durante seis dias da semana e por 3 participantes em nenhum dia da semana. Torna-se também importante realçar que nenhum participante respondeu à questão da insulina, visto que não faz parte da medicação atual desta amostra.

Para Bastos (2004), a medicação é a dimensão na qual existe o melhor nível de adesão, sendo a sua média inicial de 6,4 dias por semana ou 90,7%. Segundo esta autora, o fenómeno pode estar relacionado com a crença de que a medicação tem no regime terapêutico do diabético um papel mais eficaz no controlo da doença do que a dieta ou o exercício físico. Reportando ao questionário, analisado anteriormente acerca do conhecimento sobre a diabetes mellitus, é curioso verificar que, na amostra, a maioria dos participantes (61%) não considera a medicação mais

importante do que a dieta e o exercício físico, contrariando a opinião da autora supracitada.

Por último, no que se refere ao consumo de tabaco, a maioria da amostra não fuma, correspondendo a 16 participantes e 2 fumam, consumindo habitualmente entre 10 a 30 cigarros por dia. Quanto à data do consumo do último cigarro, 8 participantes nunca fumaram e outros 8 participantes deixaram de fumar há mais de dois anos. Os 2 participantes que fumam consumiram o último cigarro no próprio dia da colheita de dados.

1.7. Identificação de problemas de saúde

A última etapa do diagnóstico da situação corresponde à definição dos problemas de saúde de uma população numa determinada área (Imperatori e Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990), um problema de saúde é definido por um estado de saúde julgado deficiente para um indivíduo, médico ou coletividade, enquanto uma necessidade corresponde à diferença entre um estado atual e aquele que é pretendido atingir. A necessidade serve para remediar o problema identificado.

Portanto, um problema é aquilo que interessa identificar como tal, pois requer uma solução (Durán, 1989).

Após a análise e discussão dos dados recolhidos pelo questionário de “Conhecimento sobre a diabetes”, foi efetuado um levantamento dos problemas relacionados com:

- ✓ *“comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da diabetes”;*
- ✓ *“tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue”;*
- ✓ *“meias elásticas ou meias apertadas não são prejudiciais para os diabéticos”;*
- ✓ *“uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais”.*

Na avaliação dos resultados do segundo questionário sobre “As atividades do autocuidado com a diabetes”, foram levantados os seguintes problemas:

- ✓ *“não seguimento do plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde”;*
- ✓ *“consumo de pão acompanhado à refeição principal”;*

- ✓ “consumo diário de doces”;
- ✓ “não realização de sessões de exercício físico específicas”;
- ✓ “inspeção diária dos sapatos”.

2. Definição de prioridades

Segundo Tavares (1990), a definição de prioridades consiste na segunda etapa do planeamento em saúde e corresponde a um processo de tomada de decisão. Pretende hierarquizar os problemas de saúde identificados no diagnóstico de situação de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Nesta fase, é fulcral definir os critérios de decisão, atribuindo-lhes pesos, estimando e comparando problemas (Tavares, 1990).

Para a definição das prioridades, foi utilizado o Método de Hanlon. Este plano define prioridades baseadas na **amplitude** ou **magnitude do problema (A)**, a **gravidade** do mesmo (**B**), a **eficácia da solução**, isto é, a **vulnerabilidade do problema (C)** e a **exequibilidade do projeto** ou intervenção (**D**). Para se obter o valor da prioridade recorre-se a uma fórmula - $(A+B) C \times D$ - que é aplicada a todos os problemas, sendo que cada letra corresponde ao critério acima descrito. Os critérios são ponderados pois cada um apresenta uma escala pré determinada com diferentes ponderações (Tavares, 1990).

Relativamente ao critério **A** (amplitude do problema), este diz respeito ao número de pessoas afetadas pelo mesmo. Neste critério recorreram-se aos dados obtidos através dos dois questionários, de forma a determinar o número de pessoas relacionadas com cada problema.

Quanto ao segundo critério (**B**), este deve ser analisado quanto à mortalidade, morbidade, criação de incapacidades e custos associados ao problema, variando numa escala de 0 a 10, num grau crescente de gravidade de cada indicador respetivo. Como forma de chegar a um número para o critério é realizada uma média de todos os indicadores respetivos ao mesmo. Como tal, foi atribuída uma ponderação a cada problema de acordo com a capacidade de suscetibilizar maior risco de complicações associadas à diabetes mellitus tipo 2.

A ponderação do critério **C** (eficácia da solução) varia entre 0,5 a 1,5, aumentando o valor com a maior facilidade de resolução do problema. Para atribuir estes valores foram considerados o tempo possível de intervenção do projeto, a experiência académica e profissional da mestranda relativamente a cada problema e, ainda, a disponibilidade dos recursos financeiros e humanos.

Em relação ao critério **D** (exequibilidade do projeto), este abrange cinco componentes: pertinência (*D1*), exequibilidade económica (*D2*), aceitabilidade (*D3*), disponibilidade de recursos (*D4*) e legalidade (*D5*); os quais podem assumir um de dois valores possíveis: 0 (Não) e 1 (Sim).

Procedeu-se então à elaboração e sistematização dos problemas através de um quadro (Apêndice X), no qual se verificou que aqueles que obtiveram maiores resultados foram:

- ✓ *“Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais”;*
- ✓ *“Não seguimento do plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde”;*
- ✓ *“Não realização de sessões de exercício específicas”.*

2.1. Elaboração de diagnósticos de enfermagem

Após a identificação e priorização dos problemas de saúde, torna-se essencial defini-los como diagnósticos de enfermagem através da teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem e da linguagem CIPE^{®2}.

Realce-se que a CIPE^{®2} consiste num instrumento de informação que tem como finalidade descrever a prática de enfermagem e os seus diagnósticos são designações atribuídas pelos enfermeiros à decisão sobre determinado fenómeno que representa o foco das intervenções da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Foram, então, definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

DIAGNÓSTICO 1: Défice de autocuidado para com a diabetes, pela não adesão ao regime dietético adequado, de um grupo de pessoas com diabetes;

DIAGNÓSTICO 2: Défice de autocuidado para com a diabetes, pela não adesão ao exercício físico específico, de um grupo de pessoas com diabetes.

3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Para Imperatori e Giraldes (1993) um objetivo traduz o resultado esperado de resolução de um determinado problema e, para Duràn (1989), como algo que se pretende alcançar de um modo concreto, num determinado tempo e espaço e que engloba uma definição concreta de esforço e dos meios necessários para o conseguir alcançar.

Subjacente à intervenção comunitária e de acordo com os diagnósticos de enfermagem o objetivo geral relaciona-se com as necessidades da população alvo sobre a “adesão ao regime terapêutico – alimentação” e “adesão ao regime terapêutico - exercício físico específico”. O objetivo geral é:

- ✓ Promover a adesão às atividades do autocuidado num grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no que diz respeito ao regime dietético e atividade física.

3.1. Objetivos Operacionais

“Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo” (Tavares, 1990, p.133). Para este projeto pretende-se:

- ✓ Que pelo menos 50% dos participantes consigam adquirir conhecimentos sobre o regime dietético adequado como uma atividade do autocuidado para com a diabetes mellitus tipo 2;
- ✓ Que pelo menos 50% dos participantes consigam adquirir conhecimentos sobre hábitos de atividade física para com a diabetes mellitus tipo 2.

3.2. Seleção dos Indicadores de Atividade / Execução

Os indicadores de atividade medem a prestação de cuidados de saúde e das atividades que servem para a fixação de metas (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1993).

- ✓ *Taxa de actividades* = (Número de atividades previstas/ Número de atividades reais) x 100%

- ✓ *Taxa de participantes presentes nas atividades* = (Número de participantes que participaram na atividade/ Número de participantes convocados) × 100%
- ✓ *Taxa de t-shirts entregues aos participantes* = (Número de t-shirts elaboradas/ Número de t-shirts distribuídas) × 100%
- ✓ *Taxa de cadernos entregues aos participantes* = (Número de cadernos elaborados/ Número de cadernos fornecidos) × 100%
- ✓ *Taxa de diplomas entregues aos participantes* = (Número de diplomas elaborados/ Número de diplomas fornecidos) × 100%

O próximo indicador torna-se pertinente pelo fato do enfermeiro procurar a excelência no exercício profissional, através da obtenção de níveis de satisfação por parte dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2003). De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o estudo de satisfação corresponde a uma das dimensões da avaliação da qualidade, sendo que a sua ausência determina uma qualidade baixa pois tem uma relação direta com a adesão dos indivíduos ao projeto. Ainda na mesma linha de pensamento, Tavares (1990) refere que a avaliação de um projeto deve abranger uma perspectiva de qualidade, uma vez que o seu controlo desperta interesse por parte dos profissionais de saúde. Neste contexto definiu-se o seguinte indicador (Apêndice XI):

- ✓ Grau de satisfação dos participantes face às sessões de educação para a saúde

3.3. Selecção dos Indicadores de Impacto / Resultado

Estes indicadores medem o estado de saúde da população (Tavares, 1990). Desse modo pretende-se:

- ✓ Que pelo menos 50% dos participantes seja capaz de relacionar hábitos alimentares desajustados como uma das causas da diabetes mellitus
- ✓ Que pelo menos 50% dos participantes seja capaz de considerar que o regime dietético das pessoas com diabetes mellitus não deva conter alimentos especiais
- ✓ Que pelo menos 50% dos participantes seja capaz de identificar que a medicação não é mais importante no controlo da diabetes mellitus que o regime dietético e a prática de atividade física

- ✓ Que pelo menos 50% dos participantes diminua a glicemia capilar cerca de 30 mg/dl após a realização da atividade física

4. Estratégias

Nesta fase são delineadas as estratégias que, citando Duràn (1989, p.124), podem definir-se como “(...) a arte de combinar as atividades necessárias, de maneira a atingir, com a maior eficiência e a menor rejeição, os objetivos definidos”.

Relacionando a fixação dos objetivos com os diagnósticos de enfermagem, as estratégias deste projeto direccionam-se para a capacitação do grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 para o autocuidado, encontrando-se relacionado com o que está descrito pela teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem acerca dos requisitos de desvios de saúde. Estes surgem devido à situação de doença e estão relacionados com as carências resultantes da mesma e que requerem uma mudança no comportamento do autocuidado (Orem, 1995).

As estratégias selecionadas vão ao encontro do sistema de enfermagem apoio-educativo, no qual o grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 apresenta capacidades para satisfazer as necessidades de autocuidado, necessitando apenas de acompanhamento e regulação dos enfermeiros para conseguirem responder às exigências do mesmo (Orem, 2001).

As técnicas que são consideradas válidas neste sistema de enfermagem incluem apoio, orientação e a criação de um ambiente de desenvolvimento e ensino. Cabe à pessoa tomar decisões nas suas actividades de autocuidado através da aquisição de habilidades e conhecimentos adequados à sua situação (Orem, 2001). Na mesma linha de pensamento, Paiva e Silva (2005) reforçam o ideal de que, para a adoção ou modificação de comportamentos por parte dos indivíduos, é necessário que estes sejam munidos de conhecimentos necessários sobre os aspetos a mudar, tal como, a sua causa.

Deste modo, foi considerado que a prática da educação para a saúde é a melhor forma de aplicar o sistema de enfermagem acima descrito. A educação para a saúde consiste numa combinação de experiências e aprendizagens cuja finalidade é

capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde das pessoas, grupos e comunidades (Carvalho e Carvalho, 2006).

Segundo Amorim (1999), a principal função da educação para a saúde consiste em facilitar as mudanças voluntárias nos estilos de vida através da adoção de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou recuperar a saúde. A educação para a saúde não se cinge apenas à alteração de comportamentos mas, igualmente, ao aumento de responsabilidade individual e coletiva nas diferentes opções individuais relativas à saúde e bem estar (Pestana, 1996; Simões et al, 2011).

Para Bulecheck, Butcher e Dochterman (2008), a educação para a saúde possibilita o desenvolvimento e o fornecimento de instruções e experiências de aprendizagem de forma a facilitar a adoção voluntária de comportamentos promotores da saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades. Esta pode dirigir-se aos indivíduos que apresentam falta de conhecimentos adequados sobre a diabetes mellitus e àqueles que possuem os conhecimentos adequados, mas que por diversos motivos não praticam os comportamentos de saúde recomendados (Rodrigues, 2005).

Outra estratégia igualmente pertinente e que converge com a anterior, incide no trabalho com grupos. Um grupo não é considerado apenas como um somatório de pessoas, mas uma entidade com leis e mecanismos próprios. Ao participar de um grupo, cada pessoa apresenta a possibilidade de expressar os seus pensamentos, formular a sua opinião e contribuir com o seu ponto de vista (Souza et al, 2005; Dias, Silveira e Witt, 2009).

Ao trabalhar com grupos na prática de educação para a saúde, o enfermeiro consegue colaborar com os seus participantes no seu processo terapêutico e, conseqüentemente, aumentar as possibilidades de melhorar a qualidade de vida dos seus membros (Felipe, 2011). De acordo com Souza et al (2005) esta estratégia permite promover a consciencialização das pessoas sobre a sua realidade e aspetos da realidade que poderão favorecer escolhas saudáveis relacionadas com a sua situação de saúde.

Esta estratégia ainda favorece o aprimoramento dos membros do grupo a nível pessoal e profissional, através da valorização dos diversos saberes e da

possibilidade de poderem intervir criativamente no processo de saúde (Dias, Silveira e Witt, 2009).

Orem (2001) enumera algumas vantagens na intervenção junto dos grupos, nomeadamente, alguns requisitos de desvio de saúde são comuns, os métodos para diagnosticar os requisitos do autocuidado têm um maior grau de efectividade e, o ambiente, no qual os membros do grupo vivem, afeta a natureza dos requisitos comuns do autocuidado. Devem ser frequentemente utilizados processos de negociação, colaboração e interação com o grupo, de forma a esclarecer os objetivos, atribuições e responsabilidades dos membros participantes.

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL: PROGRAMAÇÃO

Para Tavares (1990) um programa corresponde ao conjunto de atividades que são necessárias para executar uma estratégia. Na mesma linha de pensamento, Imperatori e Giraldes (1993) explicitam que a elaboração do programa consiste, essencialmente, na descrição detalhada das atividades necessárias à execução parcial ou total de uma estratégia que visa atingir um ou vários objetivos (Apêndice XII). Deve, ainda, ser estabelecido um cronograma detalhado da execução do programa (Apêndice XIII).

Relativamente às atividades, estas correspondem a um conjunto de tarefas que devem ser realizadas de forma coordenada, com vista à obtenção do resultado final pretendido (Duràn, 1989).

PRIMEIRA ATIVIDADE: *constituição do grupo*

Numa primeira instância, torna-se pertinente convocar o grupo que constituiu a amostra para a participação num programa de intervenção comunitária intitulado de “ABC DIABETES – *Aprenda a Bem Cuidar da sua Diabetes*”, de forma a dar resposta às necessidades de saúde priorizadas aquando realizado o diagnóstico de situação.

A convocação e negociação com o grupo decorreu por via telefónica, de acordo com a disponibilidade do mesmo para a realização do programa.

SEGUNDA ATIVIDADE: *estabelecimento de parcerias com outros profissionais*

Esta atividade foca-se no fato de a enfermagem comunitária ter uma excelente oportunidade de trabalhar com equipas multidisciplinares. Esta situação permite desenvolver estratégias para com a comunidade e facilitar o fortalecimento do poder dos seus membros, aumentando os conhecimentos destes acerca desta temática (Stanhope e Lancaster, 1999). Correia et al (2001) esclarece que a prática de enfermagem deve ser complementada com a de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, apresentando como responsabilidade a identificação de necessidades de grupos, assegurar a continuação dos cuidados e estabelecer outras articulações necessárias.

Como tal, foram solicitadas intervenções dentro das áreas que seriam abordadas nas sessões de educação para a saúde, tais como, nutrição e atividade física. Desta forma, para duas sessões relativas ao regime dietético, descritas à posteriori neste trabalho, teve-se a participação de uma nutricionista clinica e uma nutricionista comunitária e de saúde pública. Para a sessão sobre atividade física obteve-se a colaboração de um professor de educação física.

Foi igualmente importante estabelecer uma parceria com um laboratório da indústria farmacêutica com o intuito de financiar o programa na sua globalidade. No âmbito do projeto, foram disponibilizados aos participantes cadernos informativos, diplomas e t-shirts, preparados pela mestranda, e apoio com máquinas de avaliação de glicemia capilar e lanches, sendo os conteúdos dos mesmos relacionados com a temática da diabetes mellitus tipo 2.

Para criar uma dinâmica que envolvesse o grupo e o pudesse identificar, foi solicitada a parceira com uma empresa de design para a criação do logotipo do programa (Apêndice XIV).

TERCEIRA ATIVIDADE: *sessões de educação para a saúde*

Foram realizadas quatro sessões de educação para a saúde com diferentes temáticas e que dão resposta aos objetivos operacionais meta, encontrando-se o seu planeamento em apêndice (Apêndice XV).

a) “Diabetes não é um bicho-papão”

Esta atividade teve como objetivo sensibilizar os participantes para a importância da adoção do regime dietético adequado e de hábitos de atividade física no autocuidado.

Na introdução procedeu-se à formalização dos conteúdos do programa “ABC Diabetes – Aprenda a Bem Cuidar da sua Diabetes”, enfatizando os problemas de saúde identificados anteriormente. Ainda constituíram como temas de sessão a fisiopatologia e causas da diabetes mellitus tipo 2, os diferentes tipos, o significado de autocontrolo, os valores de controlo, a composição da dieta da educação e a importância da autovigilância (Apêndice XVI).

b) “Saber Comer para Melhor Viver”

Esta sessão teve como objetivo sensibilizar o grupo para o regime dietético adequado como uma atividade do autocuidado para com a diabetes mellitus tipo 2. Para esta sessão estabeleceu-se uma parceria com uma nutricionista de uma IPSS que contribuiu com os seus conhecimentos na área através da descrição de um caso clínico. Foram abordados os diferentes grupos de alimentos e tipos de hidratos de carbono, tendo sido, numa componente teórico-prática, demonstrados alguns exemplos práticos dos mesmos alimentos, assim como a aprendizagem de contagem dos hidratos de carbono (Apêndice XVII).

c) “Ida ao Supermercado”

Esta atividade foi elaborada com o objetivo de desenvolver no grupo a aprendizagem sobre o índice glicémico e a leitura de rótulos dos produtos alimentares. No decorrer da sessão foi explicitado o termo índice glicémico e o seu significado em termos de alteração na glicemia capilar, exemplificados alimentos com baixo índice glicémico e uma breve visita guiada à superfície comercial que se situa próximo da UCSP para que o grupo pudesse conhecer a política de rotulagem nutricional dos produtos alimentares e apresentação de alguns exemplos de produtos que podem adequar-se mais à situação de doença (Apêndice XVIII).

d) “Saber Mexer para Melhor Viver”

Com esta sessão pretendeu-se sensibilizar para a importância da atividade física no autocuidado da diabetes mellitus tipo 2. Através da parceria com o laboratório da indústria farmacêutica foi indicado um professor de educação física com experiência nesta área e, distribuídas t-shirts com logotipo do programa para cada participante (Apêndice XIX).

Numa primeira parte teórica da sessão foram abordados os benefícios da prática de atividade física e riscos inerentes à mesma, qual a relação direta com a diabetes mellitus tipo 2, a pirâmide de atividade física e o melhor tipo de atividade para cada participante.

A segunda parte correspondeu à componente prática da sessão, onde (i) foram avaliadas as glicemias capilares de todos os participantes, (ii) realizados exercícios de alongamento antes de uma caminhada, (iii) feita a caminhada, (iv) feitos os exercícios de alongamentos após a mesma e, por fim, (v) uma reavaliação das glicemias capilares após a prática do exercício físico. No final da sessão foram disponibilizadas pelo mesmo laboratório garrafas de água mineral e maçãs (Apêndice XX).

QUARTA ATIVIDADE: *elaboração de cadernos e diplomas de participação*

Com o intuito de contribuir para o processo de sensibilização do grupo para as atividades do autocuidado, foram elaborados cadernos com o resumo de todas as sessões de educação para a saúde e, ainda, colocadas algumas receitas culinárias adequadas para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (Apêndice XXI).

Como forma de certificar a participação no projeto, foram preparados diplomas (Apêndice XXII).

Todo o material de informação teve a parceria da empresa de design acima supracitada.

QUINTA ATIVIDADE: *lanche partilhado*

Esta atividade teve como finalidade reunir o grupo de participantes para a reaplicação do questionário “Conhecimento sobre a diabetes”.

O lanche foi planejado com o intuito de oferecer ao grupo os documentos de informação realizados (cadernos e diplomas de participação).

Combinado previamente com o grupo através de contacto telefónico, cada participante trouxe um produto alimentar previamente definido, para partilhar no lanche.

SEXTA ATIVIDADE: *sensibilização dos profissionais de saúde da UCSP*

Durante todo o processo, elaboraram-se três sessões formais com os profissionais de saúde da UCSP. A primeira sessão teve como finalidade esclarecer sobre os objetivos do projeto e a forma como iria decorrer o processo de planemanto em saúde. A sessão intermédia decorreu após a fase de diagnostico de situação e esclareceu os profisisonais dos objetivos, estratégias e atividades previamente delineadas. A última sessão serviu para apresentação de todo o projeto final que será implementado na mesma UCSP.

Estas sessões foram delineadas de forma a que a equipa se consiga identificar e apropriar o projeto de forma a garantir a continuidade do mesmo.

6. AVALIAÇÃO

Segundo Tavares (1990), a avaliação deve ser precisa e concisa, não correspondendo somente à monitorização do projeto, mas sim à verificação do grau de sucesso de determinado objetivo. É realizada através de um julgamento baseado em critérios, tais como os indicadores, que permitem reconhecer e medir a realidade que se alcançou.

É importante realçar o decréscimo do número de participantes que sucedeu ao longo de todo o projeto. Torna-se, ainda, fulcral lembrar que de forma a garantir os princípios éticos, já delineados anteriormente, qualquer participante poderia optar pela desistência do projeto sem qualquer tipo de consequências associadas. Deste modo, ocorreu uma flutuação no número de participantes durante as atividades, sendo que na atividade final, onde foi realizada a avaliação, compareceram 12 pessoas de um total de 18 que compuseram a amostra.

Para se proceder à avaliação, foi reaplicado o questionário “Conhecimento sobre a diabetes” uma vez que permite avaliar aquisição de conhecimentos do grupo acerca da sua patologia. O outro inquérito sobre “As atividades de autocuidado com a diabetes” não foi utilizado visto que no período temporal delimitado para o projeto não é possível avaliar mudanças de comportamento (Imperatorl e Giraldes, 1993).

De seguida, e procedendo-se à avaliação dos indicadores de atividade, verificou-se que estavam previstas realizar 6 atividades do programa que se concretizaram na sua totalidade e, dessa forma, a sua taxa de sucesso corresponde a 100%.

Quanto à taxa de participação dos presentes nas atividades, foram convocados os 18 indivíduos que pertenciam à amostra inicial, sendo que na atividade 3 - alíneas b) e c) - o número de participantes foi bastante menor, tal como se encontra descrito posteriormente.

Relativamente à terceira atividade, na alínea a) compareceram 13 pessoas, resultando numa taxa de participação de cerca de 72%, na alínea b) estiverem 7 pessoas, atingindo uma taxa de cerca de 39%, na alínea c) surgiram 6 pessoas originando uma taxa de 33%, na alínea d) vieram 8 pessoas, indicativo de uma taxa de 44% e, na quarta atividade obteve-se uma taxa de aproximadamente 67%, por terem comparecido 12 pessoas. A média de pessoas presentes nas atividades rondou o número 9, atingindo-se uma taxa média de participação de cerca de 51%.

As desistências ocorreram devido a vários motivos e, de um modo geral, estiveram relacionadas com problemas a nível pessoal ou incompatibilidade de horários dos participantes. Especificando as desistências, 3 participantes não conseguiram conciliar o horário laboral com o horário das atividades, 1 pessoa dependia do horário de fisioterapia de um filho dependente, 1 pessoa dependia do horário escolar dos netos e da necessidade de tomar conta dos mesmos, 1 pessoa foi entretanto para a província, 2 pessoas não apresentavam, por vezes, horário compatível com as aulas da universidade sénior, e 4 não especificaram as razões pelas quais não compareceram em determinadas atividades.

Em relação à taxa de t-shirts, foram elaboradas 18 t-shirts para os participantes, sendo distribuídas 8, o que fez uma taxa de 44%.

No que diz respeito à taxa de cadernos dos participantes, fizeram-se 18 cadernos, sendo entregues a 12 pessoas, o que se traduz numa taxa de 67%. O mesmo valor é atribuído à taxa de diplomas fornecidos, uma vez que estes dois materiais de informação foram entregues em simultâneo na quarta atividade.

Por fim, na avaliação do último indicador de atividade referente ao grau de satisfação dos participantes (Apêndice XXIII), a atividade 3, alínea a), foi considerada na sua globalidade como muito boa por 6 participantes, boa por 5 e como razoável por 2. Em termos de utilidade, 10 participantes consideraram-na como muito útil. A avaliação do formador variou entre o bom (6 participantes consideraram que este apresentava esta conotação quanto ao nível de conhecimento demonstrado e a clareza das intervenções e 8 participantes relativamente à disponibilidade, incentivo e motivação) e muito bom (7 participantes avaliaram a este nível a metodologia utilizada).

A terceira atividade, alínea b), foi avaliada por 6 pessoas como globalmente boa e útil. Relativamente aos formadores, a sua avaliação foi considerada como boa por 5 participantes no que se refere à metodologia utilizada e disponibilidade, incentivo e motivação e, como muito boa, pelo mesmo número de participantes, no que se refere ao nível de conhecimento demonstrado e a clareza das intervenções.

Na alínea c) da mesma atividade houve igualdade em termos de opinião dos participantes relativamente à avaliação global da sessão entre o bom (3 participantes) e o muito bom (3 participantes). Em termos de utilidade, a maioria identificou-a como boa (4 participantes) e os formadores foram avaliados como muito bons pela maioria dos participantes (entre 4 a 5, dependentemente do items de avaliação dos formadores).

Por último, na mesma atividade, alínea d), obteve-se uma avaliação global de muito boa por 7 dos 8 participantes. A sua utilidade foi apontada pela maioria (5 participantes) como boa e os formadores obtiveram uma avaliação muito boa (variando entre 7 a 8 participantes nos diferentes items de avaliação dos formadores).

Procedendo-se à avaliação dos indicadores de resultado, o resumo dos seus resultados encontra-se em apêndice (XXIV) numa tabela de frequências.

Resumidamente, e em relação à questão que relaciona os hábitos alimentares errados como uma causa da diabetes mellitus, 54% dos participantes (7 de um total de 13) responderam corretamente a esta questão.

No que diz respeito à questão que explicita que um regime dietético adequado para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 deve conter alimentos especiais, 77% dos participantes respondeu negativamente e com sucesso a esta questão.

Quanto ao indicador sobre o regime terapêutico, 77% dos participantes conseguiu identificar que a medicação com antidiabéticos orais e/ ou insulina não é mais importante no controlo da diabetes mellitus tipo 2 do que o regime dietético e a prática de atividade física.

Por fim, em relação à diminuição de 30mg/dl de glicemia capilar após a prática da atividade física, cerca de 63% conseguiram atingir este objetivo (Apêndice XXV).

Perante a análise dos indicadores de resultado, pode-se concluir que foram alcançados os objetivos delineados para este projeto e, conseqüentemente, a intervenção comunitária desenvolvida foi obtida com efetividade.

III PARTE - CONCLUSÕES

O último capítulo pretende descrever as principais conclusões do projeto de intervenção comunitária, do qual faz parte uma breve reflexão sobre as competências adquiridas enquanto enfermeira especialista de saúde comunitária/ saúde pública e as próprias reflexões finais onde se enfocam as limitações do projeto e as implicações e recomendações para a prática.

A elaboração deste projeto permite, por um lado, a apreensão do modo com se realiza a avaliação do estado de saúde de um grupo, neste caso, um grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, através da metodologia do processo de planeamento em saúde.

Por outro lado, contribuiu para a capacitação do autocuidado de um grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no que se refere à aquisição de conhecimentos sobre o regime dietético adequado e a prática de atividade física.

Como enfermeiro de saúde comunitária/ saúde pública, a Ordem dos Enfermeiros (2011) delinea que uma das intervenções do mesmo deve obedecer à elaboração de um programa adequado às necessidades do grupo, neste caso, através do programa educacional “ABC Diabetes – Aprenda a Bem Cuidar da sua Diabetes”.

Acrescente-se que outra das pretensões do enfermeiro especialista é a participação em parceria com outras instituições da comunidade. Neste projeto, essa parceria foi estabelecida com dois nutricionistas, um professor de educação física, um laboratório da indústria farmacêutica na área da diabetes mellitus e uma empresa de design.

Saliente-se que este projeto ajudou o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional da mestranda, no sentido de capacitá-la para a prática de cuidados mais congruentes, abrangentes e direccionados para um grupo comunitário e, de certa forma, para as pessoas com diabetes mellitus em geral pertencentes à UCSP onde o mesmo decorreu.

É notório que a diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crónica que afeta cada vez um maior número de pessoas com as devidas consequências para a vida desses doentes. Além disso, a diabetes mellitus acarreta despesas consideráveis em saúde para os estados, sendo por isso considerado um problema de saúde pública.

De forma a conseguir compreender o impacto da doença nas atividades do autocuidado de um grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, a utilização da metodologia do processo do planeamento em saúde tornou-se uma mais-valia. É de realçar a necessidade de incorporar outras teorias, tais como, a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem. Outros conceitos que permitiram responder às necessidades do grupo estão associados à educação para a saúde e para o trabalho com grupos comunitários.

Porém, denotaram-se algumas limitações durante o percurso do projeto. Inicialmente, o projeto estava direcionado para um grupo populacional já previamente conhecido da mestrandia, tendo sofrido uma alteração aquando a iniciação do mesmo. Por estas razões e por questões de organização da UCSP onde o projeto decorreu, o número de pessoas que constituíram a amostra não foi o pretendido, mas sim o conseguido.

Ainda por esta razão, a discrepância entre o número de elementos que constituíram a amostra inicial (18) e o número de elementos que constituíram a amostra final (13) foi mais notória. O facto de existirem cerca de 5 desistências, de uma forma global, poderá ter consequências na avaliação do projeto.

O número de pessoas que participaram nas diferentes atividades foi inferior ao esperado, nomeadamente, nas sessões de educação para a saúde “Saber Comer para Melhor Viver” e “Ida ao Supermercado”, muito importantes para exponenciar o conhecimento acerca do regime dietético adequado.

Apesar das limitações do projeto, concluiu-se que a programação foi realizada com sucesso através das estratégias delineadas, uma vez que conseguiu capacitar o grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 com conhecimentos adequados sobre o regime dietético ajustado e atividade física específica, atingindo assim os objetivos propostos.

No decorrer do projeto, e em particular nas atividades correspondentes às sessões de educação para a saúde e lanche partilhado, foi demonstrada a vontade de continuar com este projeto, envolvendo outros grupos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 num futuro próximo. Este projeto irá ser adaptado à realidade do ACES, uma vez pedida autorização à direção do mesmo para poder dar continuidade ao projeto.

BIBLIOGRAFIA

- Albarello, Luc et al (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Alto Comissariado da Saúde (2011). *Indicadores e Metas - Versão Discussão*. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS 2011-2016.
- Amorim, C. (1999). Intervenção para autonomia de opção. *Trajectos e projectos 1*, 17-21.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2009). *DIABETES TIPO 2 – UM GUIA DE APOIO E ORIENTAÇÃO*. Lisboa: Lidel.
- Bastos, F.; Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Pediátrica* 20, 11-20.
- Bastos, Fernanda Santos (2004) – *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 – participação das esposas no plano educacional*. Porto. Dissertação de candidatura ao grau de mestre de Saúde Pública. Apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bell, Judith (2002). *Como realizar um projeto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Boavida, J.M.; Raposo, J.F. (2008). Educação terapêutica em diabetes. In Alves, Marta et al (Coords). *Diabetomecum*. (p. 115 – 127).Lisboa: Permanyer Portugal.
- Boavida, José Manuel et al (2012). *Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Boavista, José Manuel et al (2013). *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Bulechek, G. M.; Butcher, H.; Dochterman., J. M. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Carmo, Hermano; Ferreira, Manuela Malheiro (1998). *METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Correia, C. et al (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (2), 75-82.
- Correia, F.; Arteiro, C. (2008). Alimentação do diabético. In Alves, Marta et al (Coords). *Diabetomecum*. (p. 89 – 97). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Dias, Valesca Pastore; Silveira, Denise Tolfo; Witt, Regina Rigatto(2009). Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Revista APS* 12 (2), 221-227.
- Direcção Geral de Saúde (2000). *EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA DIABETES MELLITUS*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde (2005). *PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE À OBESIDADE*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES*. Lisboa: DGS
- Direcção Geral de Saúde (2012). *PARLAMENTO EUROPEU – Documento de Sessão*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde (2012). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016*. Lisboa: DGS
- Durán, Hernán (1989). *Planeamento da saúde: aspetos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- ECHIM (2011). *ECHIM project*. 13th version. Acedido a 2012/04/25. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm?echisub=39#echi_4.
- Engelke, M; Swanson, M; Guttu, M; Warren, M; Lovern, S. (2011). *School Nurses and Children with Diabetes: A Descriptive Study*. North Carolina Medical Journal 72 (5), 1-8.
- ERS (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Porto: ERS.

- Felipe, Gilvan Ferreira (2011). *Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso*. Curso de mestrado académico de cuidados clínicos em saúde. Fortaleza. Apresentada no centro universidade estadual do ceará.
- Ferreira, Maria M. P.; Veríssimo, Manuel T. (2008). Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 26 (2), 37-60.
- Ghiglione, Rodolphe; Matalon, Benjamin (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática*. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, António Carlos (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas.
- Imperatori, Emilio; Giraldes, Maria do Rosário (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Publica.
- INE (2012). *Óbitos por causa de morte*. Acedido em 2013/01/14. Disponível em: http://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0003976&lingua=PT.
- IDF (2011). *IDF Diabetes Atlas*. 5th edn. Brussels: International Diabetes Federation. Acedido em 2012/03/25. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- Keller, Linda Olson; Strohschein, Sue; BRISKE, Laurel (2011). Prática de Enfermagem de Saúde Pública Centrada na População: A roda de Intervenção. In Stanhope, Marcia; Lancaster; Jeanette (Coords). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed. (p. 196-223). Loures: Lusodidata.
- Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OCDE (2012). *The diabetes epidemic and its impact on Europe*. Copenhaga. Acedido a 2013/02/27. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/50080632.pdf>.

- Onega, Lisa L.; Devers, Edie (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In Stanhope, Marcia; Lancaster; Jeanette (Coords). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed. (p. 302-330). Loures: Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999-2003)*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, Dorothea (1995). *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, Dorothea E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Paiva e Silva, A. (2005). Intervenção em enfermagem. In *Conferência in Mestrado em Comunicação em Saúde*, Lisboa, 3 de Junho. Universidade Aberta.
- Pestana, M. T. (1996). A formação do enfermeiro e educação para a saúde num contexto multicultural. *Revista Portuguesa de Enfermagem* (13), 183-192.
- Quivy, Raymond, Campenhoudt, Luc Van (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. 4.ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Redman, Barbara Klug (2003). *A prática da educação para a saúde*. 9ª ed. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, Vitor M.C. Pereira (2005). Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde. *Revista Sinais Vitais* 59, 47-51.
- Shuster, George F.; Goepfing, Jean (2011). Cliente: Apreciação e Análise. In Stanhope, Marcia; Lancaster; Jeanette (Coords). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (p. 356-389). 7ª ed. Loures: Lusodidata.

- Simões, Carla et al (2011). Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos. Acedido a 2012/12/09. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeducaçãoparaaSaude.aspx>.
- Souza, Aline C. et al (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem* 26 (2), 147-153.
- Tavares, António (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; Departamento de Recursos Humanos da Saúde; Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, Ann Marriner; Alligood, Martha Raile (2004). *Livro de Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Videira, Joana M. F. (2011) – *Diabetes mellitus, complicações e o nível socioeconómico e cultural*. Coimbra: Dissertação de candidatura ao grau de mestre apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Mestrado em Saúde Pública.
- Vieira, Sónia (2009). *Conselhos para diabéticos*. Loures: Lusociência.
- WHO/IDF (1990). St. Vincent Declaration Working Group. Diabetes mellitus in Europe: a problem at all ages in all countries – a model for prevention and self care. *Acta Diabetol* 27, 181 – 183.
- WHO (2008). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: WHO Document Production Services.
- WHO (2011). *Fact sheet N°312*. Acedido em 2012/12/25. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
- Williams, Carolyn A.; Stanhope, Marcia (2011). Prática Focada na População: O Fundamento da Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. In Stanhope, Marcia; Lancaster; Jeanette (Coords). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed. (p. 3-46). Loures: Lusodidata.

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização para utilização dos questionários

Exma. Sra. Professora Fernanda dos Santos Bastos:

O meu nome é Filipa Sofia Amaro Semedo e sou estudante da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, nos anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013. Venho por este meio solicitar a sua autorização para poder utilizar os seus Questionário traduzidos e adaptados sobre “As atividades de auto-cuidado com a diabetes” (“*Summary of Diabetes Self-Care Activities*”) e “Conhecimentos sobre a Diabetes (“*Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24*”), uma vez que me encontro a desenvolver um projeto sobre o “Défice de auto-cuidado dos utentes com diabetes mellitus tipo 2, seguidos no ACES XXXXX – UCSP XXXXX”.

O trabalho de projeto será orientado pela Professora Cláudia Bacatum (ESEL) e pela Enfermeira Especialista XXXXX (ACES XXXXX).

Estou disposta a esclarecer qualquer tipo de dúvida referente a este projeto.

Aguardo resposta breve.

Grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos.

Filipa Sofia Amaro Semedo

28 de Abril de 2012

Apêndice II - Autorização para utilização da “Escala de autocuidado com a diabetes (SDSCA)”

Exmo. Sr.^a Enfermeira Filipa Sofia Amaro Semedo
3º Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Assunto: Autorização para utilização da Escala de autocuidado com a diabetes (SDSCA) na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à estudante de Mestrado Filipa Sofia Amaro Semedo orientada pela Professora Doutora Cláudia Bacatum, no âmbito 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para a utilização da versão da escala acima referenciada, traduzida para Português e adaptada culturalmente, para a tese com o tema “Défice de autocuidado dos utentes com diabetes *mellitus* tipo 2, seguidos no ACES XXXXX – UCSP XXXXX” disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional ou eventual colaboração. Gostaria que me informassem da evolução do projeto e dos resultados que obtenham. Relembro que a escala de atividades de autocuidado com a diabetes se encontra publicada na Ata Médica Portuguesa.

Ao dispor,

Porto, 28 Abril de 2012

Fernanda Santos Bastos

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

**Apêndice III – Autorização para utilização do questionário de
“Conhecimentos sobre a diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire –
DKQ- 24)”**

Exmo. Sr.^a Enfermeira Filipa Sofia Amaro Semedo
3º Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Assunto: Autorização para utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ-24”).

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à estudante de Mestrado Filipa Sofia Amaro Semedo orientada pela Professora Doutora Cláudia Bacatum, no âmbito 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para a utilização da versão do questionário acima referenciado, traduzido para Português, para a tese com o tema “Défice de autocuidado dos utentes com diabetes *mellitus* tipo 2, seguidos no ACES XXXXX – UCSP XXXXX” disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional ou eventual colaboração. Gostaria que me informassem da evolução do projeto e dos resultados que obtenham.

Ao dispor,

Porto, 3 Maio de 2012

Fernanda Santos Bastos

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

Apêndice IV - Consentimento informado

Titulo: Promoção do auto-cuidado nos utentes com diabetes mellitus tipo 2 do ACES XXXXX – UCSP XXXXX

Entidade(s) envolvida(s): UCSP XXXXX, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Este termo de consentimento refere-se ao projeto acima descrito. Para assegurar que esteja bem informado acerca da sua participação no projeto, leia o documento na íntegra e assinie caso concorde aceitar participar nele.

Apresentação

A diabetes é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade. Em Portugal, 12,4% do total da população tem diabetes. Cerca de 75% das pessoas com diabetes não têm um controlo adequado da doença, o que aumenta o risco de aparecimento de complicações.

O papel do enfermeiro passa por conseguir proporcionar à pessoa com diabetes o conhecimento e as competências que lhe permitam assegurar o autocuidado no quotidiano, de forma a prevenir as complicações. Como tal, o objetivo deste projeto é identificar a capacidade de auto-cuidado dos utentes com diabetes mellitus tipo 2 seguidos no ACES XXXXX – UCSP XXXXX.

Este projeto garante a confidencialidade de todas as informações fornecidas por si e os resultados do estudo poderão ser consultados, se assim o desejar.

Consentimento

Declaro que me foi explicado todo o projeto em causa e que o compreendi. Estou consciente que em nenhum momento estarei exposto(a) a riscos e que poderei recusar e finalizar a minha participação no projeto a qualquer momento, sem necessitar de o justificar e sem qualquer prejuízo.

Assinatura: _____

Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente, Enfermeira Filipa Semedo

Apêndice V - Questionário inicial

Identificação

Morada: _____

Telefone: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Características Sociodemográficas

Idade: _____ anos Escolaridade (completa): _____

Profissão: _____ Agregado familiar: _____

Antecedentes Pessoais

Data de diagnóstico de diabetes: _____

Tratamento inicial:

Dieta

Exercício físico

Dieta + exercício físico

Comprimidos (ADO)

Insulina

Comprimidos (ADO) + insulina

Tratamento Atual:

Dieta

Exercício físico

Dieta + exercício físico

Comprimidos (ADO)

Insulina

Comprimidos (ADO) + insulina

Alguma patologia, como consequência da diabetes: _____

Outras doenças: _____

Hábitos de medição de glicemia capilar no domicílio:

Sim

Não

Se sim, com que frequência?

Dia

Semanal

Quinzenal

Mensal

Trimestral

Anual

Avaliação Inicial

Peso Atual: _____ Kg

Altura: _____ m

Perímetro abdominal: _____ cm

Tensão Arterial: _____ / _____ mmHg

Glicemia capilar: _____ mg/dl (jejum/pós-prandial)

Apêndice VI - Questionário de “Conhecimentos sobre a diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)”

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a Diabetes. Coloque um **x** na opção que considerar a mais correta.

Questões	Sim	Não	Não sabe
1. Comer muito açúcar e alimentos doces é a causa da Diabetes			
2. A causa mais comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo			
3. A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar			
4. Os rins produzem insulina			
5. Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe			
6. Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos			
7. A Diabetes pode curar-se			
8. O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto			
9. A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina			
10. O exercício físico regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes			
11. Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo I (Insulino-dependentes) e Tipo II (Não insulino-dependentes)			
12. Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida			
13. A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes			

**Apêndice VII – Tabela referente à análise e discussão dos dados –
Conhecimento sobre a diabetes**

QUESTÕES	FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS		
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1	3	15	0
2	10	2	6
3	6	7	5
4	2	8	8
5	17	1	0
6	13	4	1
7	2	15	1
8	17	0	1
9	3	12	3
10	3	12	3
11	13	1	4
12	5	10	3
13	6	11	1
14	10	4	4
15	18	0	0
16	16	1	1
17	6	10	2
18	15	2	1
19	13	0	5
20	15	1	2
21	10	6	2
22	3	8	7
23	2	11	5
24	10	8	0

Apêndice VIII - Questionário sobre “As atividades de auto-cuidado com a diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities)”

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos dias em que não estava doente.

DIETA	Nº Dias							
1. Em quantos dias dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
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
3. Em quantos dias dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu comidas ricas em gordura como:								
4.1. Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2. Produtos láteos gordos (manteiga, queijo, natas, leite gordo)?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhado a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
6. 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
7. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7

8. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7

EXERCÍCIO FÍSICO	Nº Dias							
1. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua?)	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7

TESTE DE AÇÚCAR NO SANGUE	Nº Dias							
1. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	0	1	2	3	4	5	6	7

CUIDADOS COM OS PÉS	Nº Dias							
1. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Em quantos dos últimos SETE DIAS pôs de molho os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os	0	1	2	3	4	5	6	7

**Apêndice IX – Tabelas referentes à análise e discussão dos dados –
Atividades de autocuidado com a diabetes**

QUESTÕES	FREQUÊNCIA ABSOLUTA							
	Número de dias/semana							
	0	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0	1	4	6	2	1	3
2	11	0	1	2	2	0	0	2
3	1	0	0	2	3	1	1	10
4.1	5	1	5	5	1	1	0	0
4.2	5	1	1	1	2	3	0	5
5	6	0	2	0	0	1	2	7
6	10	3	1	1	1	0	0	2
7	13	2	1	1	0	1	0	0
8	15	2	1	0	0	0	0	0
9	7	5	0	2	0	0	0	4
10	13	1	1	0	0	0	0	3
1	4	2	3	2	0	0	0	7
2	11	0	2	1	0	0	2	2
1	2	0	1	2	0	1	0	12
2	2	0	1	1	0	1	0	13
1	2	2	1	0	0	0	1	12
2	12	0	0	2	0	0	0	4
3	0	0	0	0	0	0	2	16
4	12	4	0	0	0	0	0	2
5	4	0	0	0	0	0	1	13
1	3	0	0	0	0	0	1	14
2	---	---	---	---	---	---	---	---
3	3	0	0	0	0	0	1	14
1	16	0	0	0	0	0	0	2

QUESTÕES	FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS						
	Nunca fumou	Há + 2 anos	1-2 Anos atrás	4-12 Meses atrás	1-3 Meses atrás	No último mês	Hoje
Consumo último cigarro	8	8	0	0	0	0	2

Apêndice X – Aplicação da técnica de determinação de prioridades

Apêndice XI – Questionário de avaliação de grau de satisfação dos participantes

A sua opinião é muito importante para a melhoria das sessões de educação para a saúde, como tal, preencha este questionário de avaliação da sessão.

Considerando a escala de [1] a [5], avalie cada questão, colocando um (x):

[1] – Muito Fraco, [2] – Fraco, [3] – Razoável, [4] – Bom, [5] – Muito Bom

Título da Sessão:		
Local: UCSP XXXX, ACES XXXX	Data:	Horas:
	Formadores:	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PROGRAMA					
O seu nível de conhecimentos antes da sessão era					
O seu nível de conhecimentos depois da sessão é					
Qual a utilidade do tema da sessão					

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FUNCIONAMENTO					
Motivação e Participação					
Meios audiovisuais					
Instalações					
Documentação					
Relação entre participantes					

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GLOGAL DA SESSÃO				
Duração				
Qualidade dos conteúdos				
Quanto às expectativas iniciais, a sessão foi				
Globalmente, a sessão foi				

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR				
Nível de conhecimento demonstrado				
Metodologia utilizada				
Disponibilidade, incentivo e motivação				
Clareza das intervenções				

Apêndice XII – Plano Operacional

PLANO OPERACIONAL

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
1. Constituição do grupo	<p>Humanos: Participantes Enfermeira mestranda</p> <p>Materiais: Mesas e cadeiras Canetas Bloco de apontamentos</p>	15 de Outubro de 2012	ACES XXXX UCSP XXXX	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convocação via telefónica com todos os participantes do projeto ✓ Agendamento de encontro com todos os participantes ✓ Introdução ao programa ABC – Aprenda a Bem Cuidar da sua Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a adesão do grupo de participantes ao projeto de intervenção comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização efetiva da sessão ✓ Compromisso de adesão ao projeto

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
2. Estabelecimento de parcerias com outros profissionais	<p>Humanos: Enfermeira mestranda Laboratório de indústria farmacêutica na área da diabetes</p> <p>Materiais: Computador Internet Explorer Telefone</p>	Durante o mês de Outubro de 2012	ACES XXXX UCSP XXXX	<p>✓ Apresentação do projeto a diferentes profissionais de saúde</p> <p>✓ Apresentação dos materiais de informação a elaborar pela empresa de design</p> <p>✓ Apresentação do projeto a laboratório da indústria farmacêutica na área da diabetes</p>	<p>✓ Obter parcerias com nutricionistas e professor de educação física na realização de sessões de educação para a saúde</p> <p>✓ Estabelecer um acordo com laboratório da indústria farmacêutica na área da diabetes para financiamento de material de informação</p> <p>✓ Pedir a colaboração de empresa de design para a realização do material de informação</p>	<p>✓ Realização efetiva da sessão</p> <p>✓ Número de parcerias obtidas</p>

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
<p>3. Sessões de educação para a saúde:</p> <p>a) Diabetes não é um bicho-papão</p> <p>b) Saber Comer para Melhor Viver</p> <p>c) Ida ao Supermercado</p> <p>d) Saber Mexer para Melhor Viver</p>	<p>Humanos: Participantes Enfermeira mestranda Nutricionistas Professor de educação física</p> <p>Materiais: Mesas e cadeiras Canetas Blocos de apontamentos Datashow Computador</p>	<p>13, 20 e 27 de Novembro de 2012</p> <p>5 de Dezembro de 2013</p>	<p>Sala de formações do ACES XXXX – UCSP XXXX</p> <p>Imediações da UCSP</p> <p>Superfície comercial</p>	<p>✓ Exposição oral de conteúdos com suporte de apresentação de Powerpoint;</p> <p>✓ Ida a uma superfície comercial</p> <p>✓ Realização de caminhada</p> <p>✓ Questões para reflexão e partilha de experiências pessoais</p>	<p>✓ Sensibilizar os participantes para a importância da adesão ao regime dietético adequado e atividade física para o autocuidado na diabetes</p>	<p>✓ Realização efetiva das sessões</p> <p>✓ Taxa de participantes presentes na atividade</p> <p>✓ Grau de satisfação dos participantes</p>

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
4. Elaboração de cadernos e diplomas de participação	<p>Humanos: Enfermeira mestranda Equipa de design Laboratório da indústria farmacêutica na área da diabetes</p> <p>Materiais: Computador Papel Impressora Cartolinas Linhas</p>	No decorrer do mês de Novembro e Dezembro de 2012	ACES XXXX UCSP XXXX Empresa de design	<p>✓ Colaboração com equipa de design</p> <p>✓ Financiamento de laboratório da indústria farmacêutica na área da diabetes</p>	<p>✓ Fornecer todo o resumo das sessões de educação para a saúde e algumas receitas adaptadas a pessoas com diabetes</p> <p>✓ Aumentar os conhecimentos dos participantes relativamente ao regime dietético e atividade física relativamente às atividades de autocuidado com a diabetes</p>	<p>✓ Elaboração efetiva dos cadernos</p> <p>✓ Elaboração efectiva dos diplomas de participação</p> <p>✓ Número de cadernos entregues aos participantes</p> <p>✓ Número de diplomas de participação entregues aos participantes</p>

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
5. Lanche partilhado	<p>Humanos: Participantes Enfermeiro mestrando</p> <p>Materiais: Mesas e cadeiras Vários tipos de alimentos Pratos Copos Toalha descartável Colheres Canetas Cadernos Diplomas de participação</p>	8 de Janeiro de 2013	Sala de formação do ACES XXXX UCSP XXXX	<p>✓ Realização de lanche com produtos alimentares trazidos e combinados previamente com os participantes</p> <p>✓ Entrega de material de informação</p> <p>✓ Preenchimento de questionário de avaliação final</p>	<p>✓ Reunir o grupo de participantes para a aplicação do inquérito por questionário “Conhecimento sobre a diabetes” para a avaliação do projeto</p> <p>✓ Agradecer a participação do grupo no projeto de intervenção comunitária</p> <p>✓ Disponibilizar material de informação (cadernos e diplomas de participação)</p>	<p>✓ Realização efetiva da atividade</p> <p>✓ Taxa de participantes presentes na atividade</p> <p>✓ Número de cadernos entregues aos participantes</p> <p>✓ Número de diplomas de participação</p> <p>✓ Preenchimento de questionário “Conhecimento sobre a diabetes”</p>

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
6. Sensibilização dos profissionais de saúde da UCSP	Humanos: Enfermeiros UCSP XXXX Enfermeira mestranda Materiais: Mesas e cadeiras Computador Datashow	8 de Maio de 2012 18 de Outubro de 2012 5 de Fevereiro de 2013	Sala de coordenação de enfermagem do ACES XXXX UCSP XXXX	Sessão formal para divulgação de todo o percurso do projeto	✓ Divulgar o projeto de intervenção comunitária ✓ Incentivar os profissionais de forma a conseguir a apropriação e identificação com o projeto ✓ Discutir ideias sobre o projeto de forma a melhorá-lo	✓ Realização efetiva da sessão

Apêndice XIII – Cronograma de Gantt

	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Estágio	1				15	
Planeamento do Projecto						
Criação do grupo	15					
Estabelecimento de parcerias						
Sessão de educação para a saúde a)		13				
Sessão de educação para a saúde b)		20				
Sessão de educação para a saúde c)		27				
Sessão de educação para a saúde d)			5			
Elaboração de material de informação						
Lanche partilhado				8		
Sensibilização dos profissionais de saúde	18				5	
Redacção do relatório						
Entrega do relatório						8

Notas: a) Diabetes não é um bicho-papão; b) Saber Comer para Melhor Viver; c) Ida ao Supermercado; d) Saber Mexer para melhor Viver



Apêndice XV – Plano de sessões de educação para a saúde

PLANO DA 1ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Diabetes não é um bicho-papão	Local: Sala de Reuniões da Direcção do ACES XXXX
Formandos: Grupo de pessoas com diabetes da XXXX	Data: 13/11/2012
Objetivo Geral: Sensibilizar os participantes para a importância da adoção do regime dietético adequado e hábitos de atividade física	Duração prevista: 45 minutos

	Conteúdos	Tempo	Método	Técnicas	Recursos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução com explicação do desenrolar do programa “ABC DIABETES – Aprenda a Bem Cuidar da sua Diabetes” ✓ Apresentação dos problemas de saúde identificados ✓ Objetivos da sessão 	5 minutos	Expositivo	Diapositivos	Computador Data show Bloco de notas Canetas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de pessoas que participaram na sessão de educação para a saúde ✓ Aplicação de questionário de avaliação de satisfação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Causas da diabetes ✓ Tipos de diabetes ✓ Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia ✓ Complicações agudas e tardias ✓ Autocontrolo ✓ Valores “ideais” ✓ Cristal da educação ✓ Importância da autovigilância 	30 minutos	Discussão orientada			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resumo da sessão ✓ Esclarecimento de dúvidas ✓ Avaliação da sessão 	10 minutos	Discussão orientada			

PLANO DA 2ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Saber Comer para melhor Viver	Local: Sala de Reuniões da Direcção do ACES XXXX
Formandos: Grupo de pessoas com diabetes da UCSP XXXX	Data: 20/11/2012
Objetivo Geral: Sensibilizar o grupo para o regime dietético adequado como uma atividade do autocuidado para com a diabetes	Duração prevista: 60 minutos

	Conteúdos	Tempo	Método	Técnicas	Recursos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da nutricionista convidada ✓ Objetivos da sessão 	5 minutos	Expositivo		Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de pessoas que participaram na sessão de educação para a saúde
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicação sobre os diferentes grupos de alimentos ✓ Exemplos dos diferentes tipos de Hidratos de Carbono ✓ Contagem dos Hidratos de Carbono ✓ Caso prático 	45 minutos	Discussão orientada	Diapositivos	Computador Data show Bloco de notas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação de questionário de avaliação da satisfação
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resumo da sessão ✓ Esclarecimento de dúvidas ✓ Avaliação da sessão 	10 minutos	Discussão orientada		Canetas	

PLANO DA 3ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Ida ao supermercado

Local: Sala de Reuniões da Direcção do ACES XXXX, superfície comercial nas imediações

Formandos: Grupo de pessoas com diabetes da UCSP XXXX

Data: 27/11/2012

Objetivo Geral: Desenvolver no grupo a aprendizagem sobre o índice glicémico e a leitura de rótulos dos produtos alimentares

Duração prevista: 60 minutos

	Conteúdos	Tempo	Método	Técnicas	Recursos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da nutricionista convidada ✓ Objetivos da sessão 	5 minutos	Expositivo		Nutricionista	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice glicémico ✓ Escolha de alimentos com baixo índice glicémico ✓ Breve visita à superfície comercial: Ensino de forma a conhecer a política de rotulagem nutricional dos produtos e com a apresentação de alguns exemplos de produtos que podem adequar-se mais à situação de doença (diabetes) 	45 minutos	<p>Discussão orientada</p> <p>Expositivo</p>	<p>Diapositivos</p> <p>Produtos alimentares</p> <p>Rótulos</p>	<p>Computador</p> <p>Data show</p> <p>Bloco de notas</p> <p>Canetas</p> <p>Pingo Doce</p> <p>Terraços da Ponte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de pessoas que participaram na sessão de educação para a saúde ✓ Aplicação de questionário de avaliação da satisfação
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resumo da sessão ✓ Esclarecimento de dúvidas ✓ Avaliação da sessão 	10 minutos	Discussão orientada			

PLANO DA 4ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Saber Mexer para melhor Viver

Local: Sala de Reuniões da Direcção do ACES XXXX

Formandos: Grupo de pessoas com diabetes da UCSP XXXX

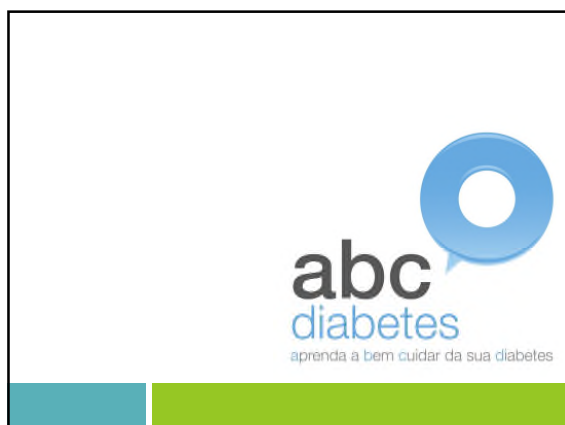
Data: 05/12/2012

Objetivo Geral: Sensibilizar para a importância da atividade física no autocuidado para com a diabetes

Duração prevista: 75 minutos

	Conteúdos	Tempo	Método	Técnicas	Recursos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do professor de educação física convidado ✓ Objetivos da sessão 	5 minutos	Expositivo		Professor de educação física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de pessoas que participaram na sessão de educação para a saúde
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Benefícios da prática de actividade física ✓ Riscos inerentes ✓ Contra indicações ✓ Atividade física e Diabetes ✓ Pirâmide de atividade física ✓ O melhor tipo de atividade física ✓ Componente prática da sessão através: <ol style="list-style-type: none"> 1) Avaliação da glicemia antes da caminhada 2) Alongamentos antes da caminhada 3) Caminhada 4) Alongamentos depois de caminhada 5) Avaliação da glicemia depois da caminhada 	60 minutos	Discussão orientada Exercício prático	Diapositivos Delineamento de circuito para caminhada Disposição da sala de reuniões de forma a permitir a prática de alongamentos	Computador Data show Bloco de notas Canetas T-shirts com logotipo Maças Garrafas de água Medidores de glicemia capilar Lancetas Contentor de cortantes Compressas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação de questionário de avaliação da satisfação ✓ Avaliação das glicemias capilares ✓ Número de t-shirts entregues
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resumo da sessão ✓ Esclarecimento de dúvidas ✓ Avaliação da sessão ✓ Oferta de maçãs de água 	10 minutos	Discussão orientada			

**Apêndice XVI – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Diabetes
não é um bicho-papão”**



Resultados dos Inquéritos por Questionário

2

Questionário “Conhecimento sobre a diabetes”:

- Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da diabetes (15)
- Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue (10)
- Meias elásticas ou meias apertadas não são prejudiciais para os diabéticos (11)
- Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais (10)


Questionário “As atividades do autocuidado com a diabetes”:

- O não seguimento do plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde (11)
- O consumo de pão acompanhado à refeição principal (7)
- O consumo diário de doces (4 – todos os dias)



SESSÕES	NOTAS	HORÁRIO	
		DIAS	HORA S
1- Diabetes não é um bicho-papão		13/11/2012 (3ª feira)	17h
2 - Saber comer para melhor viver	Colaboração de nutricionista	20/11/2012 (3ª feira)	17h
3 - Ida ao supermercado	Colaboração da equipa de nutrição do Pingo Doce	27/11/2012 (3ª feira)	17h
4 - Saber mexer para melhor viver	Colaboração de professor de educação física Trazer roupa desportiva	05/12/2012 (4ª feira)	10h
5 - Lanche partilhado	Trazer lanche a combinar na sessão anterior	08/01/2013 (3ª feira)	17h

DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

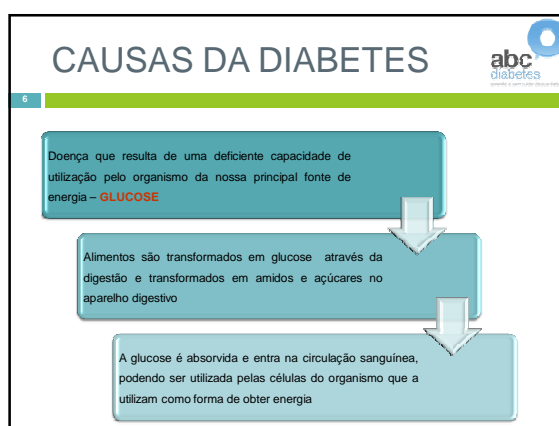


13/11/2012 1ª Sessão

RESUMO DA SESSÃO

5

- Causas da Diabetes
- Tipos de Diabetes
- Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia
- Complicações agudas e tardias
- Autocontrolo
- Valores “ideais”
- Cristal da educação
- Importância da autovigilância



CAUSAS DA DIABETES (2)

7

Para a glicose ser utilizada como fonte de energia é necessária a **INSULINA**

Insulina é produzida células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas

A falta / insuficiência da insulina resulta em alterações no aproveitamento dos açúcares que constituem as principais fontes de energia do nosso organismo

CAUSAS DA DIABETES EM IMAGENS

8

TIPOS DE DIABETES

9

Tipos

- 1
- 2
- Gestacional
- LADA
- Induzida pelos glucocorticóides

> **TIPO 2**

História de **diabetes na família**

+ Hábitos de **alimentação errados**

IDADE ADULTA

+ **Stress**

} = DIABETES NA

DIABETES TIPO 2

10

> Geralmente aparece de forma silenciosa

SINTOMAS

11

> Nos adultos é habitual a diabetes não apresentar sintomas no seu início

> Os sintomas só aparecem quando a glicemia está muito elevada (**HIPERGLICEMIA**) ou muito baixa (**HIPOGLICEMIA**)

SINTOMAS - HIPERGLICEMIA

12

Urinar em grande quantidade e mais vezes (**Poliúria**)

Sede constante e intensa (**Polidipsia**)

Fome constante e difícil de saciar (**Polfagia**)

Sensação de boca seca (**Xerostomia**)

Fadiga

Comichão (prurido) no corpo

Visão turva

CAUSAS - HIPERGLICEMIA

- > Doses insuficientes de insulina ou de comprimidos
- > Excessos alimentares
- > Exercício físico reduzido
- > Infecções: gripe, anginas, vias urinárias e respiratórias
- > Stress
- > Certos medicamentos

SINTOMAS - HIPOGLICEMIA

Sensação de fome, Tremores, Suores frios, Palidez, Aumento da frequência cardíaca, Irritabilidade, Dor de cabeça, Náuseas, Confusão mental, Coma

TRATAMENTO HIPOGLICEMIA

Glicemia \leq 70 mg/dl • 10 minutos depois

1 PACOTE DE AÇÚCAR

Glicemia \leq 70 mg/dl • 10 minutos depois

1 PACOTE DE AÇÚCAR

HOSPITAL

COMPLICAÇÕES

Agudas

- Hipoglicemia**: Baixa glicose no sangue
- Hiperglicemia**: Aumento glicose no sangue
- Cetoacidose**: Mal-estar, fadiga, vômitos, pele seca, respiração ofegante, dores abdominais, hálito acetônico, confusão e
- I. bacterianas**: Maior probabilidade de contrair infecções (frenchas, furunculose)

Tardias

- Macroangiopatias**: Cérebro, Coração, Pés
- Microangiopatias**: Retina, Rins, Nervos periféricos

CRISTAL DA EDUCAÇÃO

EXERCÍCIO FÍSICO

AUTO VIGILÂNCIA

ALIMENTAÇÃO

VIGILÂNCIA PERIÓDICA

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA DIABETES

APOIO PSICO-SOCIAL

ADO INSULINA

IMPORTÂNCIA DA AUTO-VIGILÂNCIA

Autovigilância: Pessoa/Família avalia os indicadores de controle da diabetes


AUTOCONTROLE: Pessoa/Família consegue gerir o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos, conseguindo atingir e manter os níveis "ideais" de glicemia

AUTOVIGILÂNCIA

19

AVALIAÇÃO DA GLICEMIA

- Aprender a conhecer melhor o significado dos sintomas num determinado momento e saber como agir
- Aprender a conhecer os seus valores habituais de glicemia capilar em jejum e pós-prandial
- Verificar se os valores de glicemia capilar estão controlados



AUTOVIGILÂNCIA

20

VIGILÂNCIA LABORATORIAL: HbA1C (HEMOGLOBINA GLICOSILADA)

- Mede a concentração de glucose no sangue nos últimos 3 meses



“VALORES IDEAIS”

21

- **GLICEMIA:**
 - Jejum: **70-130** mg/dl (ADA)
≤ **110** mg/dl (IDF)
 - Pós-prandial: ≤ **180** mg/dl (ADA)
≤ **140** mg/dl (IDF)
- **HbA1C:**
 - ≤ **6,5%** (IDF)
 - ≤ **7%** (ADA)

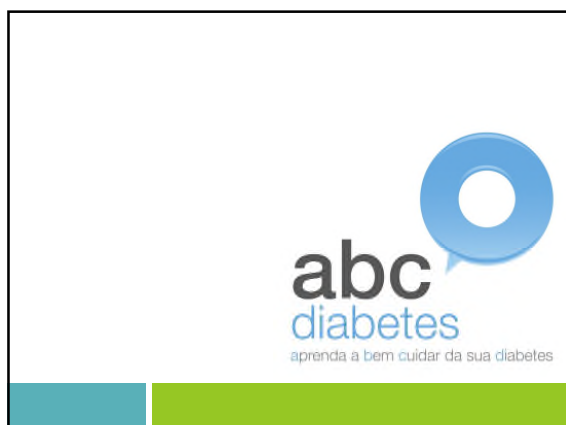
Dúvidas?



Obrigada pela sua atenção!

23

**Apêndice XVII – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Saber
Comer para Melhor Viver”**



RESUMO DA SESSÃO

3

- Diferentes grupos de alimentos
- Exemplos dos diferentes tipos de Hidratos de Carbono
- Contagem dos Hidratos de Carbono
- Caso prático

EDUCAÇÃO ALIMENTAR

4

Um plano alimentar é um plano **saudável, equilibrado** e com **porções (quantidades) adequadas** às necessidades de cada pessoa e, por isso, o plano das pessoas com diabetes não é exceção!

OBJETIVOS:

- ✓ Conseguir um bom controlo dos valores de glicemia
- ✓ Prevenir/tratar excesso de peso, hipertensão arterial, níveis de colesterol e triglicéridos de forma a reduzir o risco de complicações da diabetes



Diferentes grupos de alimentos

6

ÁGUA


7

A água é fundamental para a sobrevivência e manutenção do estado de saúde.

Cerca de 70% do corpo é constituído por água, logo é fundamental não descuidar a quantidade de água que se bebe!

Qual a quantidade de água aconselhada?

Deve beber água suficiente para que a sua urina seja abundante, clara e inodora (sem cheiro).



HORTÍCULAS E LEGUMES

8

Cebola, cenoura, abóbora, tomate, pepino, alho, alho francês, couve galega, penca, grelos, couve branca, nabo, pimento, nabiças, couve lombarda, couves de Bruxelas, agriões, beringela, espargos, feijão verde, brócolos, couve-flor...

Estes alimentos são muito ricos em vitaminas, minerais, fibras e outros constituintes que actuam como antioxidantes e protectores.

Use a imaginação para aproveitar a grande diversidade que estes alimentos proporcionam!




FRUTOS

9

Maçã, morangos, meloa, melão, melancia, laranja, banana, ananás, pêra, kiwi, cerejas, ameixa, papaia, manga, uvas, dióspiros, tangerinas, maracujá, framboesas...

Fornecem geralmente mais hidratos de carbono (açúcares) do que os vegetais e a frutose – açúcar característico dos frutos – determina o grau de doçura das diferentes peças de fruta



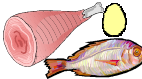
PROTEÍNAS

10

- Origem animal: peixe, carne, ovo, leite, queijo e iogurte.
- Origem vegetal: feijão, grão (também fornecem quantidades significativas de proteínas mas não tão "completas").

Nutrientes plásticos fundamentais, isto é, o nosso organismo utiliza as proteínas que consumimos para a construção de órgãos, músculos, pele, cabelo e muitos outros compostos.

Também fornecem energia.



GORDURAS

11

A gordura é um nutriente necessário, mas o consumo deve ser cuidadoso, pois em excesso é um dos factores que aumenta o risco de doenças cardiovasculares, obesidade, determinados tipos de cancro, entre outros.

MONOINSATURADA

Melhor se adapta às necessidades do organismo: AZEITE

SATURADAS

Origem animal (carne, banha, manteiga, toucinho e produtos de charcutaria)

POLINSATURADA

Origem vegetal (óleo de amendoim, girassol, margarinas, nozes, amêndoas)
Gordura do peixe

COLESTEROL


Origem animal (carne, banha, manteiga, toucinho e produtos de charcutaria)



HIDRATOS DE CARBONO (HC)

12

- São a principal fonte de energia do corpo, mas devem ser contabilizados pois influenciam os níveis de glicémia.
- Alimentos com HC devem ser distribuídos por todas as refeições ao longo do dia!
- A quantidade de HC ingeridos a cada refeição deve manter-se fixa de dia para dia, excepto se houver alterações da actividade física e nos valores diários de glicémia.



HIDRATOS DE CARBONO (HC)

13

- Origem vegetal: pão, massa, arroz, batatas, cereais (trigo, aveia) feijão, grão, ervilhas...
- Origem animal: leite e iogurte

ABSORÇÃO LENTA

- Pão, cereais, batatas, arroz, massa, abóbora, feijão, grão, ervilha

ABSORÇÃO RÁPIDA

- Leite, iogurtes, fruta, mel, açúcar, bolos, pudins, doces, compotas, marmelada, rebuçados, refrigerantes, frutas cristalizadas

CONTAGEM DOS HC

14

12 gr HC = 1 porção

Nº total de porções por dia depende das necessidades energéticas de cada um =

15 -18 porções/dia

• Não se devem contabilizar HC nos seguintes alimentos:

- ✓ Hortaliça
- ✓ Queijo
- ✓ Peixe
- ✓ Gordura
- ✓ Legumes
- ✓ Fiambre
- ✓ Ovos

CONTAGEM DOS HC (2)

15

Imagine, num rótulo de iogurte:
100 gr contém 3,4 gr HC

Logo, 100 gr ----- 3,4 gr H
175 gr ----- X

175 x 3,4
X = ----- = 6,0 gr (6 gr) HC = ½ porção HC
100

	Valor nutricional médio		
	por 100ml	por 175ml	
Valor energético kcal	29	50	% DDR*
g	121	212	
Proteínas (g)	3,1	5,4	
Hidratos de Carbono (g)	3,4	6,0	
dos quais: açúcares (g)	3,1	6,0	
Lípidos (g)*	0,2	0,4	
dos quais: saturados (g)	0,12	0,2	
Fibras alimentares (g)	0	0	
Sódio (g)	0,06	0,1	
Calcio (mg)	120	210	26
Fósforo (mg)	91	159	23

* Dose Diária Recomendada

TABELAS - HC RÁPIDOS

16

BOLOS

Tipos	Dose HC (gr)	Nº porções HC
Bolo Arroz	100	5
Bolo Chocolate	110 (1 fatia)	3
Bolo Rei	80 (1 fatia)	3,5
Croissant	100	3,5
Pastel Nata	70	2,5
Tarte de maçã	100	2
Pão de leite	70	3

TABELAS - HC RÁPIDOS

17

DOCES

Tipos	Dose HC (gr)	Nº porções HC
Rabanada	150 (1 fatia)	3,5
Sonho	45	1
Arroz doce	150 (5 c. sopa)	5,5
Leite creme	170 (6 c. sopa)	2,5
Mousse de chocolate	120 (6 c. sopa)	3

TABELAS - HC RÁPIDOS

18

SALGADOS

Tipos	Dose HC (gr)	Nº porções HC
Croquete	30	0,5
Rissol camarão	45	1
Rissol carne	55	1,5
Empada	70	2
Pastel folhado	100	3
Pizza queijo, tomate, fiambre	100 (1 fatia)	2
Batata frita caseira-palitos	100	2
Batata frita pacote-rodela	100	3

TABELAS - HC LENTOS

19

AMIDOS = 1 PORÇÃO DE HC

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Batata	70	1 tamanho ovo
Puré de batata		2 c. sopa
Arroz "solto" cozido	45	2 c. sopa
Massa cozida	60	2 c. sopa
Grão cozido	80	3 c. sopa
Feijão cozido	80	3 c. sopa
Ervilhas frescas congeladas	160	6 c. sopa
Favas frescas	160	6 c. sopa

TABELAS - HC LENTOS

20

AMIDOS = 1 PORÇÃO DE HC

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Sopa com pouca batata	1 prato (1/2 porção)	250 ml
Sopa com 1 batata	1 prato (1 porção)	250 ml
Sopa de restaurante	1 prato (2 porções)	250 ml



TABELAS - HC LENTOS

21

AMIDOS = 1 PORÇÃO DE HC

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Pão de mistura	½ fatia	25 gr
Pão de trigo	½ papo-seco	25 gr
Pão de trigo integral	½ ou ¼ pão	30 gr
Pão de milho		35 gr
Bolachas de água e sal redondas	6	
Bolachas "de água" redondas	4	
Bolachas água e sal "Cream Cracker"	2	
Bolachas Maria	3	

TABELAS - HC LENTOS

22

AMIDOS = 1 PORÇÃO DE HC

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Flocos de aveia sem passas	2 colheres sopa	20 gr
Flocos de trigo integral tipo "All-Bran Flakes"	3 colheres sopa	20 gr
Flocos Special K	3 colheres sopa	15 gr
Farinha de trigo	1 colher sopa	15 gr
Farinha Maizena	1 colher sopa	15 gr
Castanhas (miolo)	3	
Barrinha de cereias, Special K ou Fitness	2/3 da barra	

TABELAS - HC

23

LEITE E IOGURTES = 1 PORÇÃO DE HC

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Leite	1 copo tipo galão	200-250 ml
Iogurte Líquido Magro, sem açúcar	1 embalagem	175 gr
Iogurte Líquido - Corpos Danone (0% gordura, 0% açúcar)	1 embalagem (1/2 porção)	175 gr
Iogurte Sólido Natural, sem açúcar	1 embalagem (1/2 porção)	125 gr
Leite de soja, sem adição de açúcar	1 embalagem pequena (1/2 porção)	250 ml

TABELAS - HC RÁPIDOS

24

FRUTOS = 1 PORÇÃO DE HC

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Ameixas frescas	2 unidades	170 gr
Ananás fresco	1 rodela arranjado	130 gr
Banana/ Diospiro	½ unidade	100 gr
Cerejas	10 pares	110 gr
Kiwi	1 unidade	135 gr
Maçã	1 unidade pequena	120 gr
Manga	1/3 parte arranjada	100 gr
Meloa	½ unidade	480 gr
Melancia	1 fatia	420 gr



TABELAS - HC RÁPIDOS

25

FRUTOS = 1 PORÇÃO DE HC



Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Morangos	14 a 16 unidades	235 gr
Laranja/Pêssego	1 unidade	200 gr
Romã	1 unidade	200 gr
Nêsperas	6 unidades	190 gr
Tangerina	2 pequenas ou 1 grande	190 gr
Papaia	½ unidade	210 gr
Pêra	1 unidade	160 gr
Uvas	8-10 bagos	80 gr




ADOÇANTES


26

NATURAIS (CALÓRICOS)

- Frutose
- Sorbitol
- Manitol
- Xilitol

ARTIFICIAIS (SINTÉTICOS)

- Aspartame
- Sacarina
- Acesulfame
- Ciclamato



CONFECÇÃO

27

- ✓ Deve ser variada, simples e saudável
- ✓ Preferir os **cozidos** (vapor), **grelhados** (sem queimar), **estufados** e **assados** sem molhos gordos
- ✓ Evitar **fritos e guisados**
- ✓ Recurso a temperos com **sumo de limão, salsa, coentros, tomate, pimentos, cebolinho, alecrim, louro, açafraão, colorau, noz-moscada**

CASO PRÁTICO

28

- ✓ NOME: R.C.
- ✓ IDADE: 52 anos
- ✓ PROFISSÃO: Encarregado numa fábrica de peças automóveis
- ✓ ANO DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2: 2005
- ✓ MEDICAÇÃO INICIAL: combinação de metformina e rosiglitazona
- ✓ ANTECEDENTES PESSOAIS: obesidade entre os 30 e 40 anos
- ✓ ANTECEDENTES FAMILIARES: pai e mãe diabéticos
- ✓ ALERGIAS/INTOLERÂNCIAS: desconhece
- ✓ TRÂNSITO INTESTINAL: obstipação
- ✓ ATIVIDADE FÍSICA: caminhada diária após jantar (40')

CASO PRÁTICO

29

RESULTADOS ANALÍTICOS (15 dias):

		Valores referência
> Proteínas Totais –	80 g/L	(64-83 g/L)
> Albumina –	48 g/L	(38-51 g/L)
> Ureia –	43 mg/dl	(15 – 50 mg/dl)
> Ác. Úrico –	7,8 mg/dl	(3,6 – 8,2 mg/dl)
> Creatinina –	1,0 mg/dl	0,8 - 1,3 mg/dl)
> Colesterol Total –	186 mg/dl	(<200 mg/dl desejável)
> Triglicérides –	130 mg/dl	(<150 mg/dl)
> HgA1C –	8%	<6,5%
> Glicemia jj –	151 mg/dl	(<110 mg/dl)
> Glicemia pp 2h –	185 mg/dl	(<140 mg/dl)

CASO PRÁTICO

30

História Alimentar

06:45 - LEVANTAR	
7:30 - PEQUENO ALMOÇO	1 pão + 1 sumo de laranja e 1 iogurte sólido + 1 café sem açúcar.
10:00 - MEIO DA MANHÃ	1 café
13:40 - ALMOÇO	Prato com carne/peixe, arroz/massa/batata + u1 pão + alguns legumes OU salada mista + 1 pão + 1 iogurte
17:00 - MEIO DA TARDE	Meia de leite sem açúcar e ½ torrada de "papo seco"
ANTES DE JANTAR	Antes de jantar come 1-2 pães quentes com manteiga ou doce <i>light</i>
21:00 - JANTAR	Semelhante ao almoço (+fruta)
24:00 - CEIA	Chá com bolachas Maria (come as que calhar)
24:00 - DEITAR	

Observação da ingestão de:

Doces – nunca; **Frituras** – às vezes; **Molhos** – não gosta; **Enchidos** – diariamente; **Água** – 0,5 l/dia

CASO PRÁTICO - Resolução abc

31

- Idade (anos) 52
- Peso (kg) 68
- Estatura (cm) 163
- IMC (kg/m²) 25,6 → Excesso de Peso + DM2
- P ref.ª (kg) 64

Necessidades energéticas: P ref * 30 1922
 P ref * 32,5 2082 → PLANO
 ALIMENTAR P ref * 35 2243 2100 Kcal
 P ref * 40 2563

CASO PRÁTICO – Plano Alimentar

32

7:30 PEQUENO ALMOÇO

1 pão ou 8 bolachas de água e sal redondas ou 4 bolachas tipo cream cracker ou 6 bolachas maria torrada ou 4 tostas ou duas fatias de pão de forma

½ chávena almoçadeira de leite meio gordo (120mL). Pode adicionar café, chá, cevada, sem açúcar ou um iogurte sólido magro (125g) sem açúcar

100g: maçã, pêra, laranja, tangerina, ameixa, pêssego, ananás (tamanho 1 bola de ténis)

OU

200g: melão, melancia (duas fatias médias), morangos

OU

50g: banana (pequena tipo madeira), uvas

CASO PRÁTICO – Plano Alimentar

33

10:00 MERENDA DA MANHÃ

½ chávena almoçadeira de leite meio gordo (120mL)
 Pode adicionar café, chá, cevada, sem açúcar ou um iogurte sólido magro (125g) sem açúcar

1 pão ou 8 bolachas de água e sal redondas ou 4 bolachas tipo cream cracker ou 6 bolachas maria torrada ou 4 tostas ou duas fatias de pão de forma

CASO PRÁTICO – Plano Alimentar

34

13:40 ALMOÇO

Sopa de legumes e hortaliças: (Quantidade por pessoa para duas refeições)
 3 chávenas almoçadeiras (300g) de legumes e hortaliças a gosto (abóbora, cenoura, cebola, penca, couve branca, aipo, feijão verde...) +1 batata pequena (80g = tamanho de um ovo) ou 1 mão de feijão ou grão (30g) ou uma mão de arroz ou massa (20g) + 1 colher de chá de azeite em cru (5g)

Prato:
 2 batatas e ½ (200g) ou 7 colheres de sopa rasas de arroz ou massa ou milho cozinhados + 10 colheres de sopa rasas de feijão ou grão ou favas ou lentilhas cozinhados + 120g de carne ou peixe limpos de peles e gorduras visíveis, ossos ou espinhas ou 2 ovos pequenos cozidos ou 1 lata de atum bem escorrido

Sobremesa:
 1 peça de fruta idêntica à descrita no pequeno almoço

CASO PRÁTICO – Plano Alimentar

35

17:00 MERENDA DA TARDE

1 pão ou 8 bolachas de água e sal redondas ou 4 bolachas tipo cream-cracker ou 6 bolachas maria torrada ou 4 tostas ou uma fatia de pão de forma

1 fatia fina de queijo ou fiambre (30g)

½ chávena almoçadeira de leite meio gordo (120mL - pode adicionar café, chá, cevada), sem açúcar ou um iogurte sólido magro (125g) sem açúcar

CASO PRÁTICO – Plano Alimentar

36


20:30 JANTAR

Sopa + prato + sobremesa
 Idêntico ao almoço procurando alternar carne e peixe sempre que possível

23:30 CEIA

1 pão ou 8 bolachas de água e sal redondas ou 4 bolachas tipo cream cracker ou 6 bolachas maria torrada ou 4 tostas ou 2 fatias de pão de forma

½ chávena almoçadeira de leite meio gordo (120mL) ou um iogurte sólido magro (125g), sem açúcar

CASO PRÁTICO – Conselhos úteis 

37

- Mastigar calmamente (aprender a saborear os alimentos!)
- Caminhar 30-45 minutos diariamente a passo acelerado (de preferência após uma refeição)
- Variar os alimentos e o tipo de confecção culinária (excluir as frituras)

CASO PRÁTICO – Proibições 

38

- ✓ Açúcar, mel, geleia, compota, marmelada, produtos de confeitaria e pastelaria, chocolates, fruta em calda, refrigerantes e outras bebidas açucaradas
- ✓ Folhados, natas, salgadinhos, enchidos e fumados, conservas e enlatados (excepto atum bem escorrido), frituras, assados com gordura, molho com gordura, caldos concentrados de gordura
- ✓ Bebidas alcoólicas






39

Dúvidas?

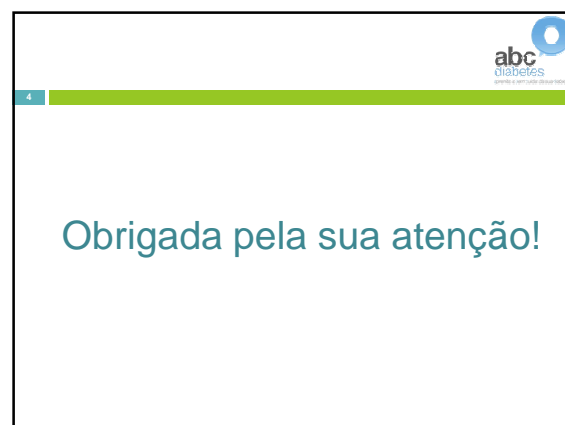
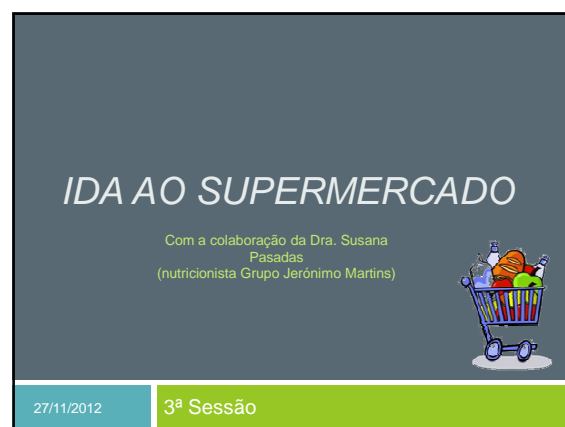
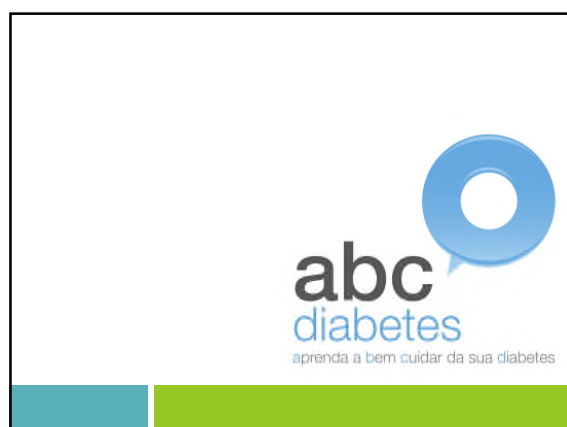




40

Obrigada pela sua atenção!

Apêndice XVIII – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Ida ao Supermercado”



DIABETES – terapêutica nutricional



Comer...

Uma necessidade vital?

Um inimigo constante?

Uma paixão para toda a vida?

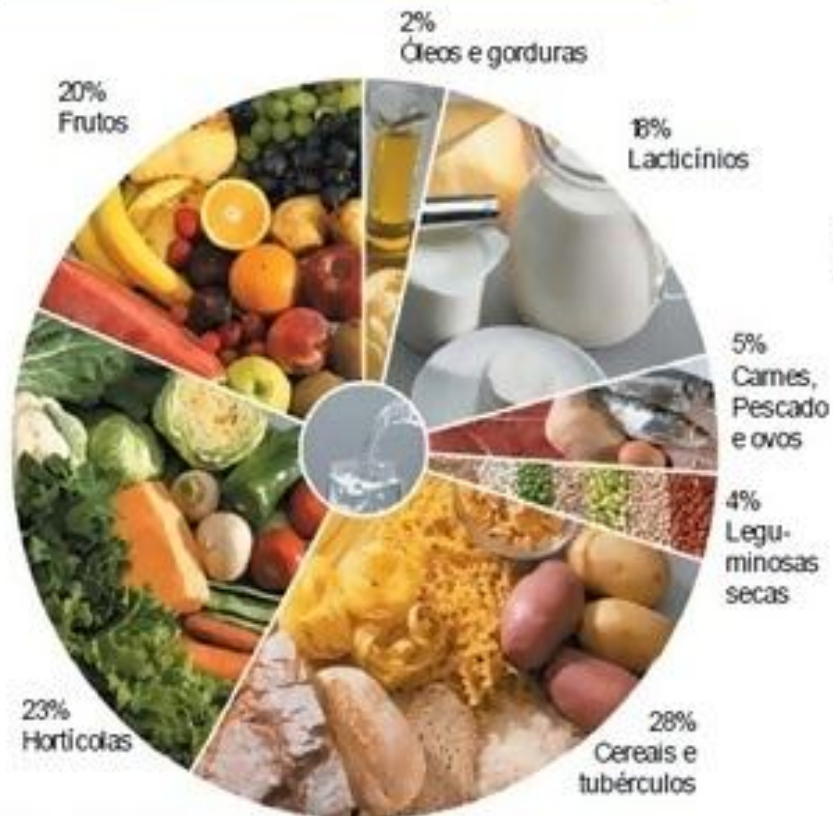


**Escolhas simples, rápidas e habitualmente pouco saudáveis...
Relação sentimental com a comida – “Alimentos conforto”**

- Abundância alimentar
- Produtos muito calóricos e pouco nutritivos
- Falta de tempo
- Horário laboral prolongado
- Stress do dia a dia
- Solidão

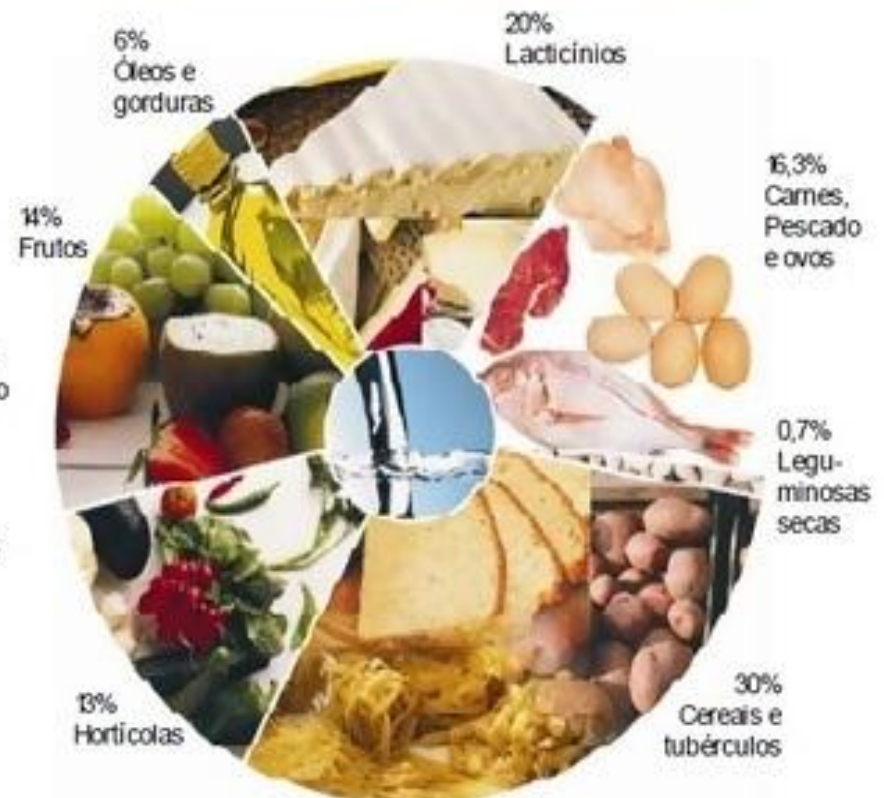
Como comemos?

Roda dos alimentos



Fonte: Direcção-Geral do Consumidor

Balança Alimentar Portuguesa 2008



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Recomendações

vs

Consumo

320g – 520g/capita/dia

dos quais

160g - 240g de folhas



220g/capita/dia

Consumo médio de vegetais,
folhas e oleaginosas

Portugal – 147g/capita/dia

80g – 280g/capita/dia

dos quais

40g - 120 g de citrinos



160g/capita/dia

Consumo médio de frutos

Portugal – 173g/capita/dia



Conselhos básicos para controlar o peso

- Fazer cerca de 5 a 6 refeições diárias
- Pequeno almoço
- Não passar mais de 3 h e 1/2 sem comer
- Não saltar refeições e destina-lhes tempo e horários regulares
- “Apaziguar a fome” com sopa ou salada
- Beber 1,5 a 3L de água, tisanas, infusões de ervas ou limonadas, sem açúcar, ao longo do dia
- Moderar o consumo de bebidas alcoólicas (1 copo vinho tinto (150ml) para mulheres, 2 para os homens)
- Doces, salgadinhos e outros petiscos mais calóricos ocasionalmente
- Preferir cozidos, grelhados, assados e estufados e evitar fritos imersão
- Assumir um estilo de vida activo – social, AF, boa disposição

Conselhos básicos prevenção/tratamento diabetes

Evite o consumo de

- Açúcar, guloseimas, bebidas doces (refrigerantes e sumos concentrados de fruta), frutas secas (figos, pêsego...), e alimentos à base de farinha refinada.
- Bebidas alcoólicas

Reduza a quantidade e frequência do consumo de

- Carnes vermelhas - preferindo as carnes magras, as de aves, assim como o peixe (gordo ou magro)
- Enchidos (presunto, salame, salsicha, linguiça, chouriço)
- Alimentos fritos e salgados – batatas fritas, salgadinhos do tipo aperitivo, e alimentos do tipo “Fast-Food”
- Natas, banha, toucinho, manteiga e margarina
- Lacticínios gordos – substituindo-os, gradualmente, por meio-gordos e magros
- Molhos e temperos preparados (ketchup, maionese, molho inglês e de tomate e molhos para saladas)
- Queijos gordos e requeijão.

Índice glicémico

O Índice Glicémico (IG) mede a velocidade de transformação dos HC em glicose, isto é, mede a velocidade a que o consumo de um dado alimento aumenta o nível de açúcar no sangue (glicémia)

Os diabéticos mas também quem apresenta excesso de peso, seja sedentário, apresente alterações na tensão arterial ou do perfil lipídico, deve privilegiar alimentos com baixo IG.



Como escolher alimentos com baixo IG

- IG diferente conforme forem ingeridos e integrados numa **refeição**. Exemplo: sacarose
- Presença de **fibra** – Exemplo: doce com fruta ou aveia
- **Tamanho e estrutura da molécula de amido** – Exemplo: fécula de batata é de digestão mais rápida do que o arroz
- **Método de confecção** – Exemplo: adição de gordura retarda a absorção
- **Acidez** – Exemplo: vinagre, sumo de limão, vinagretas, fruta ácida diminuem o tempo de esvaziamento do estômago, e por isso têm um IG mais baixo.

Alimentação de IG baixo

- cereais de pequeno-almoço integrais pouco açucarados em cereais
- pães pouco refinados – verificar taxa de refinação. Exemplo: o IG de um pão feito a partir de uma farinha T65 é superior ao de outro feito com misturas de farinhas T70 e T85.
- variedades de leguminosas secas e frescas – feijões, lentilhas, ervilhas, grão ...
- fruta fresca (3 peças é q.b. para a maioria da população)
- vegetais e legumes, enriquecendo assim as suas receitas e refeições em vitaminas e fibra, diminuindo simultaneamente o IG total da refeição
- vinagretas como tempero.

Alimentos com elevado IG	Alimentos com IG médio	Alimentos com baixo IG
<ul style="list-style-type: none"> • Cereais do tipo Corn-Flakes • Pão tipo baguete • Pão de forma industrial • Pão branco de trigo • Arroz tipo Carolino e Arbório (usado para <i>Risotto</i>) • Bolachas Água e Sal, Torrada, Maria • Mel • Uva-passa • Puré de batata • Batata cozida ou assada 	<ul style="list-style-type: none"> • Batata frita • Batata nova cozida • Pipocas • Arroz tipo Agulha e Basmati • Arroz Integral • Arroz <i>parboiled</i> ou vaporizado • Pão de centeio ou de mistura • Pão branco de trigo • Papa de flocos de aveia • Pão com queijo 	<ul style="list-style-type: none"> • Amendoins • Lentilha, grão, feijão vermelho, feijão branco • Leite • Fruta (cereja, toranja, pêsego, pêra, ameixa, maçã, uva, laranja) • Iogurte natural • Massa • Ervilhas • Batata-doce cozida • Cereais “All Bran” • Pão integral de centeio

Como escolher?

Rótulo = "Bilhete de Identidade"



Rejeitar...

alimentos que tenham como primeiros ingredientes o **açúcar***, **óleos e outras gorduras, sal (sódio)**...

Escolher...

Alimentos mais ricos em hidratos de **carbano complexos (amido) e fibra** e pobres em açúcares e gorduras - saturada e colesterol

* sacarose, mel, frutose, maltose, lactose, dextrose, xarope de açúcar, açúcar invertido



Pequeno almoço, porque...

- Fornece energia e nutrientes para começar um novo dia
- Evita fraqueza e cansaço e aumenta a produtividade e rendimento
- Reduz o risco de dores de cabeça, irritabilidade, impaciência...
- Ajuda a controlar o apetite até à hora do almoço e permite a distribuição equilibrada das refeições ao longo do dia...

Composto por...

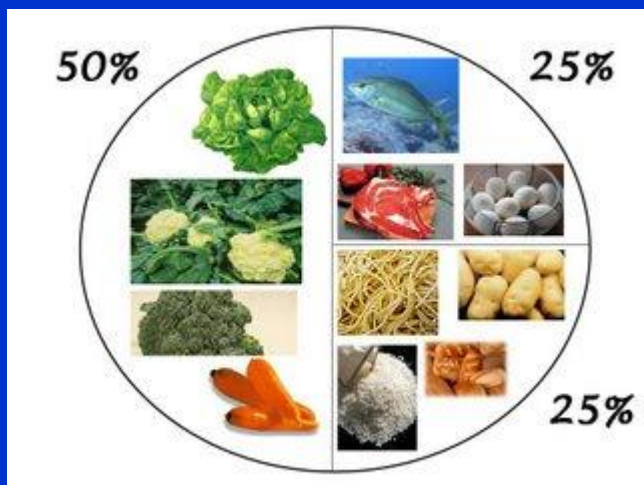
- **Pão escuro ou cereais integrais**
- **Leite, iogurte e queijo**
- **Fruta fresca**
- **Fonte Proteica**

Quem não faz PA tem 21% maior probabilidade de ter diabetes

Saiba escolher...

Croissant simples (85g) 354 calorias	Pão de mistura (50g) 135calorias
Croissant (85g) com manteiga (10g) 428 calorias	Pão de mistura (50g) com manteiga (10g) 209 calorias
Empada (70g) 261 calorias	Pão de mistura (50g) com queijo fresco (30g) 168 calorias
Pastel de Nata (70g) 209 calorias	1 maçã (100g) 57 calorias
Refrigerante de laranja (lata 330ml) 132 calorias	1 copo de leite meio gordo (200ml) 94 calorias
1 taça de gelatina (200g) 186 calorias	1 iogurte sólido natural (125g) 68 calorias

Fonte: Tabela de Composição dos alimentos, INSA, 2006



- Começar com uma sopa/salada e reservar uma boa parte do prato para legumes ou salada
- Preferir mais vezes o peixe, e a carne de aves
- Não excluir os farináceos... Arroz, batata, massa. Ou optar por leguminosas!
- Terminar com fruta fresca

“Não gosto de legumes...”

Experimente novas texturas e sabores...

Legumes cozidos frios, assados, salteados, grelhados... Com um fio de azeite, alho e ervas aromáticas

....



A não esquecer...

Merendas – Pequenas refeições ao longo do dia para quebrar o jejum

- 1 fatia de pão escuro
- 1 peça de fruta
- 1 iogurte pouco gordo
- 1 punhado de frutos gordos
- Vegetais crus – cenoura, pimento
- ...



Quando maior o jejum maior é o apetite na refeição seguinte

Dieta Mediterrânea



Adaptado de: *Mediterranean Diet Pyramid. Olways, Changing the way people eat.*

Sabores Mediterrânicos



Pequeno-almoço

- Leite com flocos de aveia
- Salada de frutos vermelhos

Meio da manhã

- Punhado de nozes

Almoço

- Sopa de feijão vermelho e espinafres
- Coelho na caçarola com azeite e salva
- Batatinhas cozidas com casca
- Salada de folhas verdes, tomate e pepino
- Laranja

Meio da tarde

- Pão de centeio e queijo fresco

Jantar

- Cogumelos recheados com tomate, queijo e azeitonas
- Esparguete salteado com azeite e alho, mexilhão e coentros
- Brócolos cozidos
- Meloa

Ceia

- Chá /
- 1 iogurte



Vitamina D, diabetes e risco cardiovascular

É reconhecido mundialmente, que a prevalência de deficiência em vitamina D, tem vindo a aumentar, o que suscita também o interesse por parte dos investigadores nesta temática. Clinicamente esta vitamina tem funções bem definidas no metabolismo do cálcio e ósseo e recentemente tem sido associada ao aumento do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 e doença cardiovascular, bem como factores de risco cardiovasculares como a hipertensão e a obesidade.

Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study

Fonte: Baz-Hecht, Merav; Goldfine, Allison B. The impact of vitamin D deficiency on diabetes and cardiovascular risk. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. 17(2):113-119. Abril 2010.

BMJ 2008; 336 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39561.501007.BE> (Published 12 June 2008)

Cite this as: BMJ 2008;336:1348

Conclusion Adherence to a Mediterranean diet is associated with a reduced risk of diabetes.

Conclusions: Breakfast omission was associated with an increased risk of T2D in men even after adjustment for BMI. A direct association between snacking between meals and T2D risk was mediated by BMI.

© 2012 American Society for Nutrition



Eating patterns and type 2 diabetes risk in men: breakfast omission, eating frequency, and snacking^{1,2,3,4}

Rania A Mekary, Edward Giovannucci, Walter C Willett, Rob M van Dam, and Frank B Hu

Consumo de vegetais e incidência da Diabetes tipo 2

A Universidade de Leicester realizou um estudo para averiguar os efeitos do consumo de frutas e vegetais na incidência da Diabetes tipo 2.

De acordo com uma recente meta-análise, o aumento do consumo diário de vegetais de folha verde, encontra-se associado a uma diminuição da incidência da Diabetes Tipo 2. Os resultados suportam que os vegetais de folha verde como os espinafres, contêm elevadas concentrações de β -caroteno e vitamina C, bem como polifenóis que conferem propriedades antioxidantes ao organismo.

São referidas algumas hipóteses, nomeadamente a presença de magnésio que se relaciona inversamente com a incidência da Diabetes Tipo 2.

Fonte: Carter P, Gray LJ, Troughton J, Khunti K, Davies MJ. Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010 Aug 18;341:c4229. doi: 10.1136/bmj.c4229

Actividade Física

Adultos 30 minutos de AF diária e as crianças o dobro do tempo

AF inclui trabalho, actividades de lazer, e outras diárias, ***mexer-se***.

Muito benéfica desde que adaptada à realidade do diabético – ajustar a quantidade de insulina e de HC ingeridos à intensidade da AF



Apenas não recomendado paraquedismo profissional, desportos de embate como o boxe... dada a maior fragilidade capilar, sobretudo ao nível dos olhos...

Set limits on these:

- TV
- Movies
- Videos
- Computer activities
- Lying down/ sitting still



3-4 times per week choose:

Leisure activities

- Baseball, tennis, other sports
- Canoeing, hiking, biking, skating
- Dancing, swimming
- Roller-blading



Workout activities

- Work on these:
- Flexibility
 - Strength
 - Cardiovascular endurance



Each day choose:

Vigorous chores

- Scrub floors
- Walk to shops
- Wash windows
- Exercise pets
- Wax cars
- Rake leaves, turn compost, shovel snow
- Baby-sit for young children



Ways to be active

- Use stairs
- Seek an active job
- Take a fitness or dance class
- Use fitness facilities
- Stretch often
- Throw a frisbee
- Walk or bike to class, work, or shopping
- Make friends with others who exercise



COMPREENDA A DIABETES TIPO 2 REDUZA O SEU RISCO

Caminhar



Dançar

Nadar



Andar de
bicicleta

**A Diabetes pode afectar qualquer pessoa.
Se não for tratada, pode ser mortal.**

30 minutos de exercício físico diário pode reduzir em
40% o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

COMPREENDA A DIABETES TIPO 2 ESTÁ EM RISCO?

História
familiar
de
doença



Falta de
exercício



Alimentação
pouco
saudável



Excesso
de peso



**A Diabetes pode afectar qualquer pessoa.
Se não for tratada, pode ser mortal.**

Por ano, sete milhões de pessoas são diagnosticadas com diabetes tipo 2.
Se pensa que está em risco, faça o teste.

Veja todos os factores de risco em www.worlddiabetesday.org

Contactos de interesse...

- APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

Rua do Salitre, 118-120, 1250-203 Lisboa

213816100

diabetes@apdp.pt

- Escola da Diabetes

Rua do Sol ao Rato, 11, 1250-261 Lisboa

213816130/40

cursos@apdp.pt

- APJD – Associação de Jovens Diabéticos de Portugal

www.ajdp.org

967077057

14 de Novembro
Dia Mundial da Diabetes

Bagel

20 Years Ago



3-inch diameter
140 calories

Today



??? calories

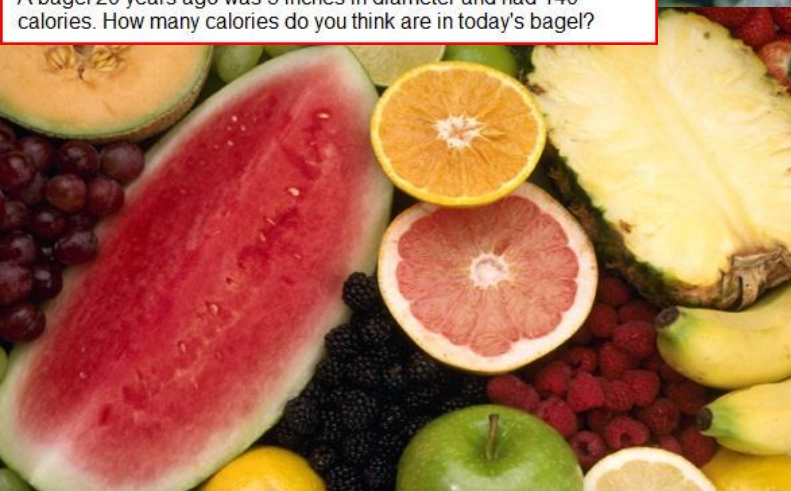
A bagel 20 years ago was 3 inches in diameter and had 140 calories. How many calories do you think are in today's bagel?



cores
diterrânicos

PARA DESFRUTAR COM TODA
A CALMA E MUITO PRAZER

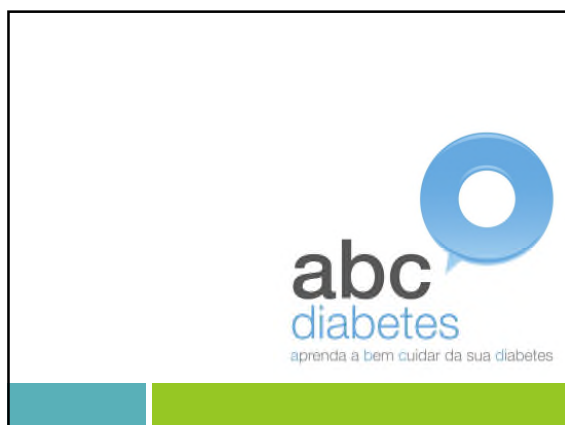
Sugestões de menus que sabem bem e fazem bem



Apêndice XIX – T-shirt elaborada



**Apêndice XX – Diapositivos da sessão de educação para a saúde “Saber
Mexer para Melhor Viver”**



SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

05/12/2012 4ª Sessão

RESUMO DA SESSÃO

3

- Benefícios da prática de actividade física
- Riscos inerentes
- Contra indicações
- Atividade física e Diabetes
- Pirâmide de atividade física
- O melhor tipo de atividade física

DEFINIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

4

Atividade física refere-se a todo o movimento do corpo humano que é produzido pela contração dos músculos esqueléticos e que aumenta o dispêndio energético.

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA

5

As pessoas ativas vivem mais anos e com melhor qualidade de vida!

Com o exercício físico sentimo-nos de melhor humor, é mais difícil cairmos em depressão, encaramos a vida com uma perspectiva mais optimista, dormimos melhor, fazemos melhor a digestão e conseguimos manter hábitos intestinais adequados!

Ao realizarmos exercício físico regularmente, conseguimos manter os músculos treinados para todas as atividades do dia-a-dia, evitando, dores musculares, ósseas, articulares!

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA

6


➤ BENEFÍCIOS FISIOLÓGICOS

- Previne acidentes vasculares
- Baixa a pressão arterial
- Regula o perfil de colesterol
- Aumenta a massa muscular
- Diminui a massa gorda
- Melhora a saúde dos ossos e previne a osteoporose
- Melhora o controlo da glicemia
- Melhora a osteoartrite

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA

7

- **BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS**
 - Melhora a auto-imagem
 - Melhora a auto-estima
- **BENEFÍCIOS SOCIOLÓGICOS**
 - Favorece as relações interpessoais
 - Reforça a coesão de grupo



RISCOS INERENTES

8


- Hipoglicemia 
- Enfarte Agudo do Miocárdio 
- Úlceras nos pés 
- Descolamento de retina 

CONTRA INDICAÇÕES

9

Atividade física está **contra indicada** quando:

- Glicemia ≥ 250 mg/dl
- Glicemia ≤ 70 mg/dl
- Se está **doente**





ACTIVIDADE FÍSICA e DIABETES

10

A atividade física aumenta a sensibilidade à ação da insulina uma vez que os músculos exercitados adquirem maior capacidade para captar a glicose circundante, o que ajuda a diminuir os níveis de glicemia no sangue.

A atividade física regular pode ter efeitos benéficos sobre os fatores metabólicos de risco para o desenvolvimento das complicações da diabetes.

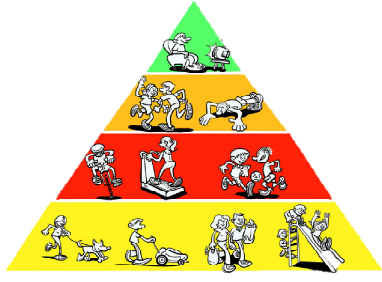
CUIDADOS A TER

11

- A glicemia deve ser medida antes, ocasionalmente durante, e após o exercício.
- No caso de diabéticos mal controlados, nas primeiras sessões de exercício, a glicemia capilar deve ser medida até várias horas após o exercício.

PIRÂMIDE DE ACTIVIDADE FÍSICA

12



13

QUAL O MELHOR TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA

abc diabetes

- Cada pessoa deve escolher o tipo de atividade física que mais gosta!
- De preferência deve ser **aeróbio** (marcha, natação, bicicleta, jogging) e com duração superior a 150 minutos/semana (por exemplo, distribuídos por 3 dias durante 50 minutos)
- Deve se usar roupa confortável, meias de algodão e sapatos adequados.
- Antes de iniciar a atividade física deve fazer alongamentos de todos os músculos durante 5 minutos.

14

RESUMINDO...

abc diabetes

- TIPO DE EXERCÍCIO FÍSICO: Qualquer tipo de atividade aeróbica
- DURAÇÃO: 30 ou mais minutos por sessão
- FREQUÊNCIA: 3 vezes ou mais por semana
- INTENSIDADE: Média (deve-se transpirar)

15

Dúvidas?

16

Obrigada pela sua atenção!

Apêndice XXI – Caderno elaborado





abc
diabetes
aprenda a bem cuidar da sua diabetes

Este caderno foi realizado no âmbito do Projecto Individual de Estágio da mestranda Filipa Semedo do 3º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Dezembro de 2012

Para a colaboração deste caderno agradeço a participação:
Dra. Susana Arranhado (nutricionista)
Dra. Susana Pasadas (nutricionista)
Prof. João Pedro Torcato (professor de educação física)
Prof. Cláudia Bacatum (professora orientadora do projeto de
mestrado da ESEL)
Enf^a Cristina Brás (enfermeira orientadora do projeto de mestrado
do ACES VI Loures)
Cláudia Martins (designer)
Carlos Garcia (delegado de informação médica)
e, principalmente, de todas as pessoas com diabetes da UCSP
Sacavém que aceitaram participar neste projeto!

Índice

- 1. Diabetes não é um bicho-papão**
 - 1.1. Causas da diabetes
 - 1.2. Tipos de diabetes
 - 1.3. Sintomas
 - 1.4. Complicações
 - 1.5. Cristal da educação
 - 1.6. Diferença entre autovigilância e autocontrole
 - 1.7. Valores ideais
- 2. Saber comer para melhor viver**
 - 2.1. Educação alimentar
 - 2.2. Diferentes grupos de alimentos
 - 2.3. Contagem dos Hidratos de Carbono (HC)
 - 2.4. Adoçantes
 - 2.5. Confeção
- 3. Ida ao supermercado**
 - 3.1. Índice Glicémico (IG)
 - 3.2. Como escolher alimentos com baixo IG
 - 3.3. Alimentos com baixo IG
 - 3.4. Como escolher através do rótulo?
- 4. Saber mexer para melhor viver**
 - 4.1. Definição de atividade física
 - 4.2. Benefícios da prática de atividade física
 - 4.3. Riscos inerentes à prática de exercício físico
 - 4.4. Contra indicações
 - 4.5. Atividade física e diabetes
 - 4.6. Pirâmide da atividade física
 - 4.7. O melhor tipo de atividade física
- 5. Receitas**



DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

1.1. Causas da diabetes

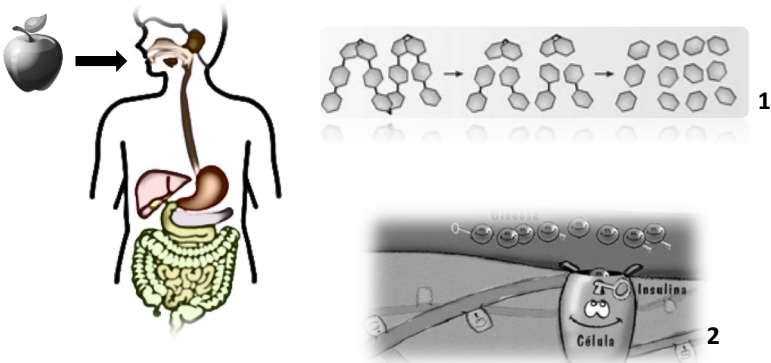
A diabetes é uma doença que resulta de uma deficiente capacidade de utilização, pelo organismo, da nossa principal fonte de energia – a GLUCOSE.

A glucose resulta da transformação dos alimentos em amido e açúcares através da digestão (1)

Posteriormente é absorvida, entrando na circulação sanguínea onde é utilizada pelas células do organismo como forma de obtenção de energia. Este processo só acontece através da acção da INSULINA (2)

A INSULINA é produzida pelas células β dos ilhéus de Langerhans do PÂNCREAS.

A falta ou insuficiência da insulina resulta em alterações no aproveitamento dos açúcares, originando a diabetes.



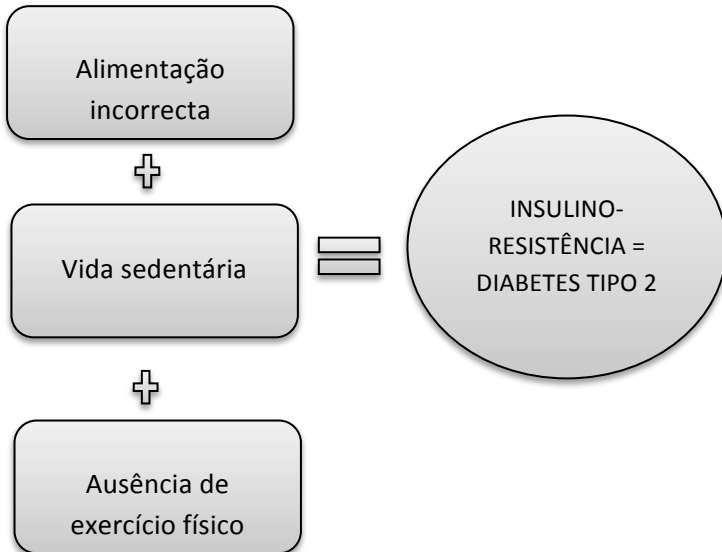
DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

1.2. Tipos de diabetes

- ✓ 1
- ✓ 2
- ✓ LADA (diabetes auto-imune do adulto de início tardio)
- ✓ Gestacional
- ✓ Induzida por glucocorticóides

TIPO 2 (*diabetes presente neste grupo de utentes*)

Geralmente aparece de forma silenciosa



DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

1.3. Sintomas

Nos adultos é habitual a diabetes não apresentar sintomas no seu início.

Os sintomas só aparecem quando a glicemia está muito elevada (**HIPERGLICEMIA**) ou muito baixa (**HIPOGLICEMIA**).

HIPERGLICEMIA

- ✓ *Poliúria* – Urinar em muita quantidade e com muita frequência
- ✓ *Polidipsia* – Sede constante e intensa
- ✓ *Polifagia* – Fome constante e difícil de saciar
- ✓ *Xerostomia* – Sensação de boca seca
- ✓ *Fadiga* – Cansaço
- ✓ *Prurido* – Comichão em todo o corpo
- ✓ Visão turva

Causas:

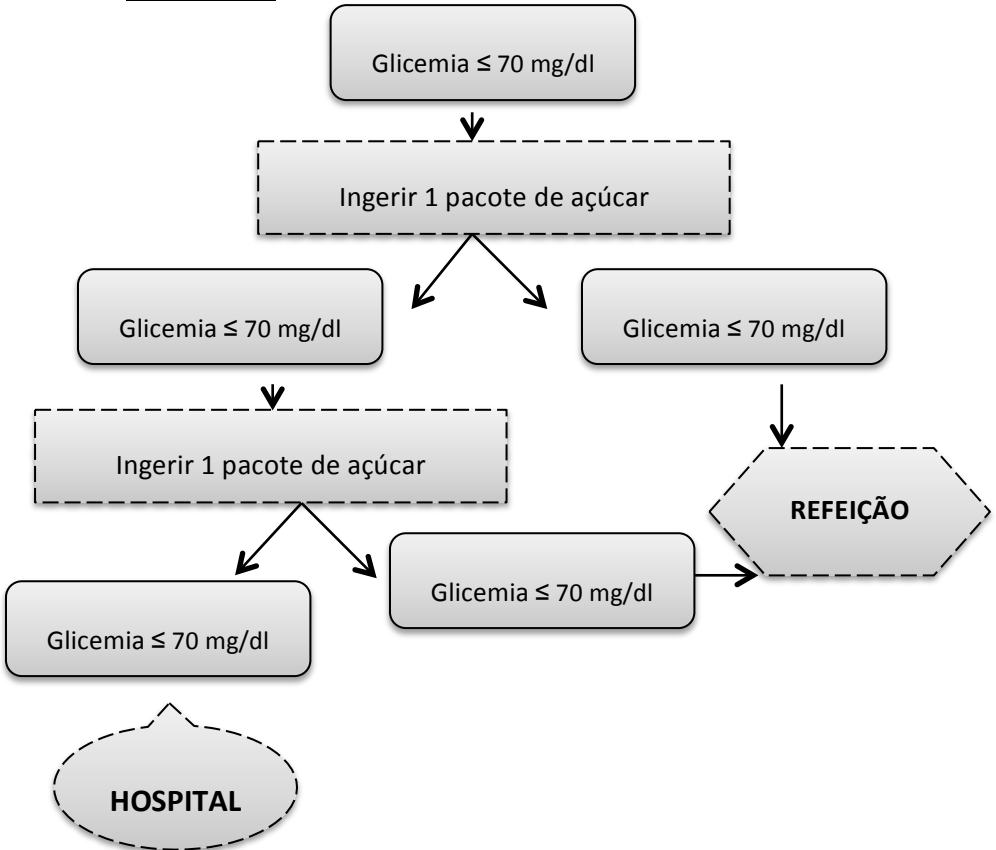
- Doses insuficientes de insulina ou de comprimidos
- Excessos alimentares
- Exercício físico reduzido
- Infecções: gripe, anginas, vias urinárias e respiratórias
- Stress
- Certos medicamentos

DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

HIPOGLICEMIA

- ✓ Sensação de fome
- ✓ Tremores
- ✓ Suores frios
- ✓ Palidez
- ✓ Aumento da frequência cardíaca
- ✓ Irritabilidade
- ✓ Dor de cabeça
- ✓ Náuseas
- ✓ Confusão mental
- ✓ Coma

Tratamento:



DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

1.4. Complicações

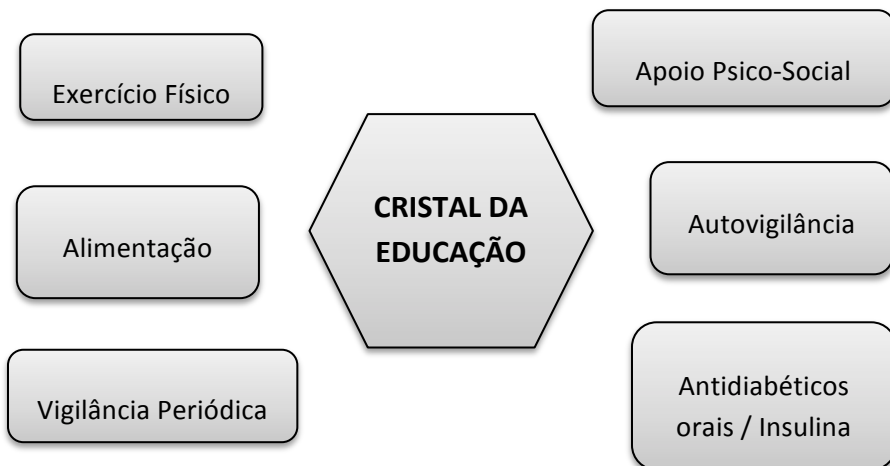
Agudas:

- Hipoglicemia – Baixa glicose no sangue
- Hiperglicemia – Aumento glicose no sangue
- Cetoacidose – Ocorre quando o organismo não consegue utilizar a glicose como fonte de energia e utiliza a gordura que é decomposta em corpos cetônicos pelo fígado. Isto provoca uma acidez no sangue pelo nível alto de corpos cetônicos e pode mesmo desencadear o coma diabético. Os sintomas comuns são mal-estar, fadiga, vômitos, pele seca, respiração ofegante, dores abdominais, hálito cetônico, confusão e coma
- Infecções bacterianas – Maior probabilidade de contrair infecções, tais como, treçolhos, furúnculos, entre outros

Tardias:

- Macroangiopatia – são as complicações associadas aos grandes vasos sanguíneos (arteriosclerose, doença cardiovascular, doença cerebrovascular)
- Microangiopatia – são as complicações dos pequenos vasos sanguíneos (olhos, rins, nervos periféricos)

1.5. Cristal da educação



DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

1.6. Diferença entre autovigilância e autocontrolo

- *Autovigilância* - Pessoa/Família avalia os indicadores de controlo da diabetes
- *Autocontrolo* - Pessoa/Família consegue gerir o tratamento e alcançar os objectivos terapêuticos, conseguindo atingir e manter os níveis “ideais” de glicemia

OBJECTIVOS DA AUTOVIGILÂNCIA DA GLICEMIA CAPILAR

- ✓ Aprender a conhecer melhor o significado dos sintomas num determinado momento e saber como agir
- ✓ Aprender a conhecer os valores habituais de glicemia capilar em jejum e pós-prandial
- ✓ Verificar se os valores de glicemia capilar estão controlados

VIGILÂNCIA LABORATORIAL: HBA1C (HEMOGLOBINA GLICOSILADA)

- ✓ Mede a concentração de glucose no sangue nos últimos 3 meses

DIABETES NÃO É UM BICHO-PAPÃO

1.7. Valores ideais

- **GLICEMIA:**
 - Jejum: **70-130** mg/dl (ADA – *American Diabetes Association*)
 - Pós-prandial: **≤ 180** mg/dl (ADA)
- **HbA1C:**
 - **≤ 6,5%** (IDF – *International Diabetes Federation*)
 - **≤ 7%** (ADA)



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.1. Educação alimentar

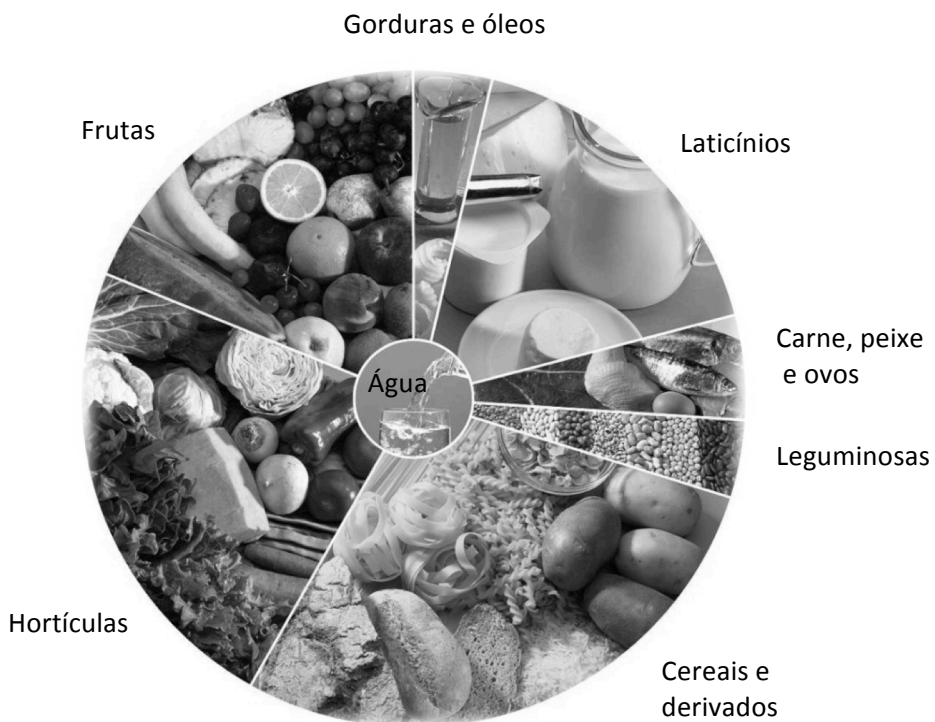
Um plano alimentar é um plano **saudável, equilibrado** e com **porções (quantidades) adequadas** às necessidades de cada pessoa e, por isso, o plano das pessoas com diabetes não é exceção!

OBJETIVOS:

- ✓ Conseguir um bom controlo dos valores de glicemia
- ✓ Prevenir/tratar excesso de peso, hipertensão arterial, níveis de colesterol e triglicéridos de forma a reduzir o risco de complicações da diabetes

SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.2. Diferentes grupos de alimentos



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.2.1 Água

A água é fundamental para a sobrevivência e manutenção do estado de saúde.

Cerca de 70% do corpo é constituído por água, logo, é fundamental não descuidar a quantidade de água que se bebe!

Qual a quantidade de água aconselhada?

Deve beber água suficiente para que a sua urina seja abundante, clara e inodora (sem cheiro).



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.2.2 Hortícolas e Legumes

Cebola, cenoura, abóbora, tomate, pepino, alho, alho francês, couve galega, penca, grelos, couve branca, nabo, pimento, nabiças, couve lombarda, couves de bruxelas, agriões, beringela, espargos, feijão verde, brócolos, couve-flor...



Estes alimentos são muito ricos em **vitaminas**, **minerais**, **fibras** e outros constituintes que actuam como **antioxidantes** e **protectores**!

Use a imaginação para aproveitar a grande diversidade que estes alimentos proporcionam!



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.2.3 Frutos

Maçã, morangos, meloa, melão, melancia, laranja, banana, ananás, pêra, kiwi, cerejas, ameixa, papaia, manga, uvas, diospiros, tangerinas, maracujá, framboesas...



Fornecem geralmente mais **hidratos de carbono (açúcares)** do que as hortícolas e a frutose – açúcar característico dos frutos – determinando o grau de doçura das diferentes peças de fruta.



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

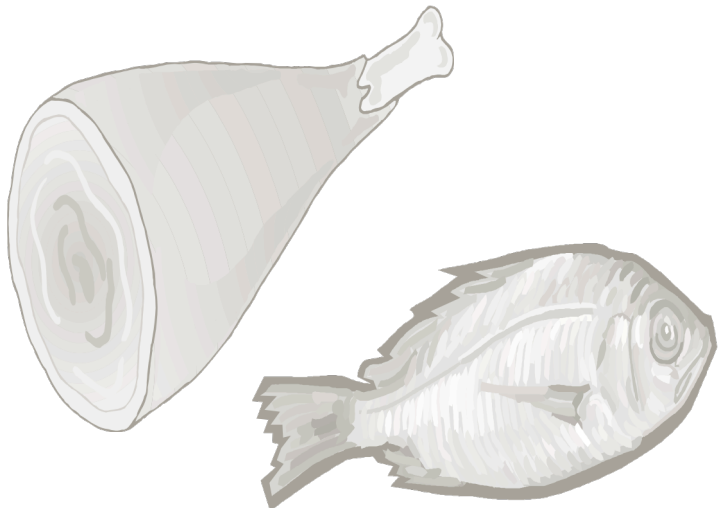
2.2.4 Proteínas

- *Origem animal:* peixe, carne, ovo, leite, queijo e iogurte.
- *Origem vegetal:* feijão, grão (também fornecem quantidades significativas de proteínas mas não tão “completas”).



Nutrientes plásticos fundamentais, isto é, o nosso organismo utiliza as proteínas que consumimos para a **construção de órgãos, músculos, pele, cabelo** e muitos outros compostos.

Também fornecem **energia**.



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.2.5 Gorduras

A gordura é um nutriente necessário, mas o consumo deve ser cuidadoso, pois em excesso é um dos factores que aumenta o risco de doenças cardiovasculares, obesidade, determinados tipos de cancro, entre outros.



MONOINSATURADAS

Melhor se adapta às necessidades do organismo:
AZEITE

POLINSATURADAS

Origem vegetal (óleo de amendoim, girassol, margarinas, nozes, amêndoas)

SATURADAS

Origem animal (carne, banha, manteiga, toucinho e produtos de charcutaria)

COLESTEROL

Origem animal (carne, banha, manteiga, toucinho e produtos de charcutaria)



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.2.6 Hidratos de Carbono (HC)

- *Origem vegetal:* pão, massa, arroz, batatas, cereais (trigo, aveia) feijão, grão, ervilhas...
 - *Origem animal:* leite e iogurte
- São a **principal fonte de energia** do corpo, mas devem ser contabilizados pois influenciam os níveis de glicemia.
- Alimentos com HC devem ser distribuídos por todas as refeições ao longo do dia!
- A quantidade de HC ingeridos a cada refeição deve manter-se fixa de dia para dia, excepto se houver alterações da actividade física e nos valores diários de glicemia.

ABSORÇÃO LENTA

Pão, cereais, batatas, arroz, massa, abóbora, feijão, grão, ervilha



ABSORÇÃO RÁPIDA

Leite, iogurtes, fruta, mel, açúcar, bolos, pudins, doces, compotas, marmelada, rebuçados, refrigerantes, frutas cristalizadas



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

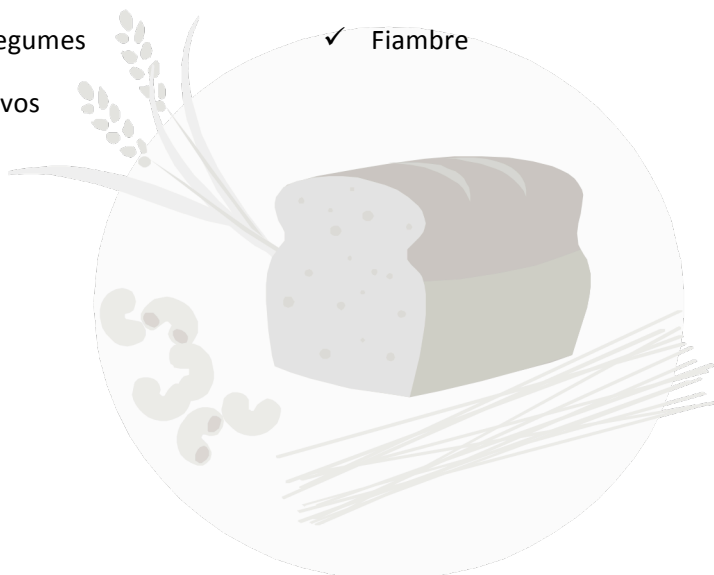
2.3. Contagem dos HC

12 gramas HC = 1 porção

Nº total de porções por dia depende das necessidades energéticas de cada um = **15 -18 porções/dia**

Não se devem contabilizar HC nos seguintes alimentos:

- ✓ Carne
- ✓ Hortalças
- ✓ Peixe
- ✓ Legumes
- ✓ Ovos
- ✓ Sopa sem batata
- ✓ Queijo
- ✓ Gordura
- ✓ Fiambre



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

TABELAS HC RÁPIDOS

Bolos



Tipos	Dose HC (gr)	Nº porções HC
Bolo Arroz	100	5
Bolo Chocolate	110 (1 fatia)	3
Bolo Rei	80 (1 fatia)	3,5
Croissant	100	3,5
Pastel Nata	70	2,5
Tarte de maçã	100	2
Pão de leite	70	3



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

Doces

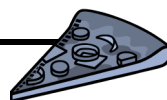
Tipos	Dose HC (gr)	Nº porções HC
Rabanada	150 (1 fatia)	3,5
Sonho	45	1
Arroz doce	150 (5 c. sopa)	5,5
Leite creme	170 (6 c. sopa)	2,5
Mousse de chocolate	120 (6 c. sopa)	3

SABER COMER PARA MELHOR VIVER

Salgados



Tipos	Dose HC (gr)	Nº porções HC
Croquete	30	0,5
Rissol camarão	45	1
Rissol carne	55	1,5
Empada	70	2
Pastel folhado	100	3
Pizza queijo, tomate, fiambre	100 (1 fatia)	2
Batata frita caseira- palitos	100	2
Batata frita pacote- rodela	100	3



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

Frutos = 1 porção de HC (12 gr)



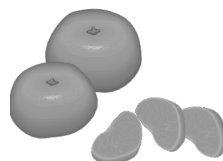
Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Ameixas frescas	2 unidades	170 gr
Ananás fresco	1 rodela arranjado	130 gr
Banana/ Diospiro	½ unidade	100 gr
Cerejas	10 pares	110 gr
Kiwi	1 unidade	135 gr
Maçã	1 unidade pequena	120 gr
Manga	1/3 parte arranjada	100 gr
Meloa	½ unidade	480 gr
Melancia	1 fatia	420 gr



SABER COMER PARA MELHOR VIVER



Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Morangos	14 a 16 unidades	235 gr
Laranja/ Pêssego	1 unidade	200 gr
Romã	1 unidade	200 gr
Nêsperas	6 unidades	190 gr
Tangerina	2 pequenas ou 1 grande	190 gr
Papaia	½ unidade	210 gr
Pêra	1 unidade	160 gr
Uvas	8-10 bagos	80 gr



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

TABELAS HC LENTOS

Amidos = 1 porção de HC (12 gr)

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Batata	70	1 tamanho ovo
Puré de batata		2 c. sopa
Arroz "solto" cozido	45	2 c. sopa
Massa cozida	60	2 c. sopa
Grão cozido	80	3 c. sopa
Feijão cozido	80	3 c. sopa
Ervilhas frescas congeladas	160	6 c. sopa
Favas frescas	160	6 c. sopa

SABER COMER PARA MELHOR VIVER

Amidos = 1 porção de HC (12 gr)



Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Sopa com pouca batata	1 prato (1/2 porção)	250 ml
Sopa com 1 batata	1 prato (1 porção)	250 ml
Sopa de restaurante	1 prato (2 porções)	250 ml

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Pão de mistura	½ fatia	25 gr
Pão de trigo	½ papo seco	25 gr
Pão de trigo integral	½ ou ¼ pão	30 gr

Bolachas de água e sal redondas	6
Bolachas “de água” redondas	4
Bolachas água e sal “Cream Cracker”	2
Bolachas Maria	3

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Flocos de aveia sem passas	2 colheres sopa	20 gr
Flocos de trigo integral tipo “All-Bran Flakes”	3 colheres sopa	20 gr
Flocos Special K	3 colheres sopa	15 gr
Farinha de trigo	1 colher sopa	15 gr

Farinha Maizena	1 colher sopa	15 gr
Castanhas (miolo)	3	
Barrinha de cereias, Special K ou Fitness	2/3 da barra	

Leites e iogurtes = 1 Porção HC (12 gr)

Tipos	Dose HC (gr)	Quantidade
Leite	1 copo tipo galão	200-250 ml
Iogurte Líquido Magro, sem açúcar	1 embalagem	175 gr
Iogurte Líquido - Corpos Danone (0% gordura, 0% açúcar)	1 embalagem (1/2 porção)	175 gr
Iogurte Sólido Natural, sem açúcar	1 embalagem (1/2 porção)	125 gr
Leite de soja, sem adição de açúcar	1 embalagem pequena (1/2 porção)	250 ml

SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.4. Adoçantes

Naturais e Calóricos:

- ✓ Frutose
- ✓ Sorbitol
- ✓ Manitol
- ✓ Xilitol

Artificiais (Sintéticos):

- ✓ Aspartame
- ✓ Sacarina
- ✓ Acesulfame
- ✓ Ciclamato

O preferível é utilizar **açúcar**, uma vez que não apresenta substâncias sintéticas que, consumidas em excesso, podem prejudicar o organismo!



SABER COMER PARA MELHOR VIVER

2.5. Confeção

Deve ser variada, simples e saudável!

Preferir os cozidos (vapor), grelhados (sem queimar), estufados e assados sem molhos gordos.

Evitar fritos e guisados.

Recurso a temperos com sumo de limão, salsa, coentros, tomate, pimentos, cebolinho, alecrim, louro, açafreão, colorau, noz-moscada.



IDA AO SUPERMERCADO

IDA AO SUPERMERCADO

3.1. Índice glicémico (IG)

Mede a velocidade de transformação dos HC em glicose, isto é, mede a velocidade a que o consumo de um dado alimento aumenta a glicemia.

3.2. Como escolher alimentos com baixo IG

- A **presença de fibra** diminui o IG de determinados alimentos (como por exemplo: o IG do doce diminui se consumido com aveia, pois é um cereal muito rico em fibra).
- O **tamanho e estrutura da molécula de amido**: a batata é de digestão mais rápida (IG mais alto) do que o arroz.
- O **método de confecção**: a adição de gordura retarda a absorção de glicose (diminuindo o IG).
- A **acidez** de determinados alimentos (vinagre, sumo de limão, vinagretas, fruta ácida) diminuiu o tempo de esvaziamento do estômago e, por isso, têm um IG mais baixo.

3.3. Alimentos com baixo IG

- Cereais de pequeno-almoço integrais pouco açucarados;
- Pães pouco refinados (verificar taxa de refinação). Exemplo: o IG de um pão feito a partir de uma farinha T65 é superior ao de outro feito com misturas de farinhas T70 e T85;
- Variedades de leguminosas secas e frescas – feijões, lentilhas, ervilhas, grão;
- Fruta fresca (3 peças é suficiente para a maioria da população);
- Vegetais e legumes, enriquecendo as suas receitas e refeições e tornando-as ricas em vitaminas e fibra, diminuindo, simultaneamente, o IG total da refeição;
- Vinagretas como tempero.

Alimentos com elevado IG	Alimentos com médio IG	Alimentos com baixo IG
<ul style="list-style-type: none"> • Cereais do tipo Corn-Flakes • Pão tipo baguete • Pão de de forma industrial • Pão branco de trigo • Arroz tipo Carolino e Arbório (usado para Risotto) • Bolachas água e Sal, Torrada, Maria • Mel • Uva-passa • Puré de batata • Batata cozida ou assada 	<ul style="list-style-type: none"> • Batata frita • Batata nova cozida • Arroz tipo agulha e Basmati • Arroz Integral • Arroz vaporizado • Pão de centeio ou mistura • Papa de flocos de aveia • Pão com queijo 	<ul style="list-style-type: none"> • Amendoins • Lentilha, grão, feijão, vermelho, feijão branco • Leite • Fruta (cereja, toranja, pêssego, pêra, ameixa, maçã, uva, laranja) • Iogurte natural • Massa • Ervilhas • Batata-doce cozida • Cereais “All Bran” • Pão integral de centeio

3.4. Como escolher através do rótulo?

Rótulo = “bilhete de identidade” de um determinado produto alimentar

REJEITAR:

- ✓ Alimentos que tenham como primeiros ingredientes o **açúcar** (pode estar escrito de outras formas, tais como, sacarose, mel, frutose, maltose, lactose, dextrose, xarope de açúcar, açúcar invertido)

ESCOLHER:

- ✓ Alimentos mais ricos em hidratos de carbono complexos (**amido**), **fibra** e **pobres em açúcares e gorduras** (saturada e colesterol)



SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

4.1. Definição de atividade física

Refere-se a todo o movimento do corpo humano que é produzido pela contração dos músculos esqueléticos e que aumenta o dispêndio energético.

4.2. Benefícios da prática de atividade física

- As pessoas ativas vivem mais anos e com melhor qualidade de vida!
- Com o exercício físico sentimo-nos de melhor humor, é mais difícil cairmos em depressão, encaramos a vida com uma perspectiva mais otimista, dormimos melhor, fazemos melhor a digestão e conseguimos manter hábitos intestinais adequados!
- Ao realizarmos exercício físico regularmente, conseguimos manter os músculos treinados para todas as atividades do dia-a-dia, evitando, dores musculares, ósseas, articulares!

SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

BENEFÍCIOS FISIOLÓGICOS

- ✓ Previne acidentes vasculares
- ✓ Baixa a pressão arterial
- ✓ Regula o perfil de colesterol
- ✓ Aumenta a massa muscular
- ✓ Diminui a massa gorda
- ✓ Melhora a saúde dos ossos e previne a osteoporose
- ✓ Melhora o controlo da glicemia
- ✓ Melhora a osteoartrite

BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS

- ✓ Melhora a auto-imagem
- ✓ Melhora a auto-estima

BENEFÍCIOS SOCIOLÓGICOS

- ✓ Favorece as relações interpessoais
- ✓ Reforça a coesão de grupo



SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

4.3. Riscos inerentes à prática de exercício físico

- Hipoglicemia



- Enfarte Agudo do Miocárdio



- Úlceras nos pés



- Descolamento de retina



4.4. Contra indicações

Atividade física está **contra indicada** quando:

- Glicemia ≥ 250 mg/dl
- Glicemia ≤ 70 mg/dl
- Se está **doente**



SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

4.5. Atividade física e diabetes

A atividade física aumenta a sensibilidade à ação da insulina uma vez que os músculos exercitados adquirem maior capacidade para captar a glicose circundante, o que ajuda a diminuir os níveis de glicemia no sangue.

A atividade física regular pode ter efeitos benéficos sobre os fatores metabólicos de risco para o desenvolvimento das complicações da diabetes.

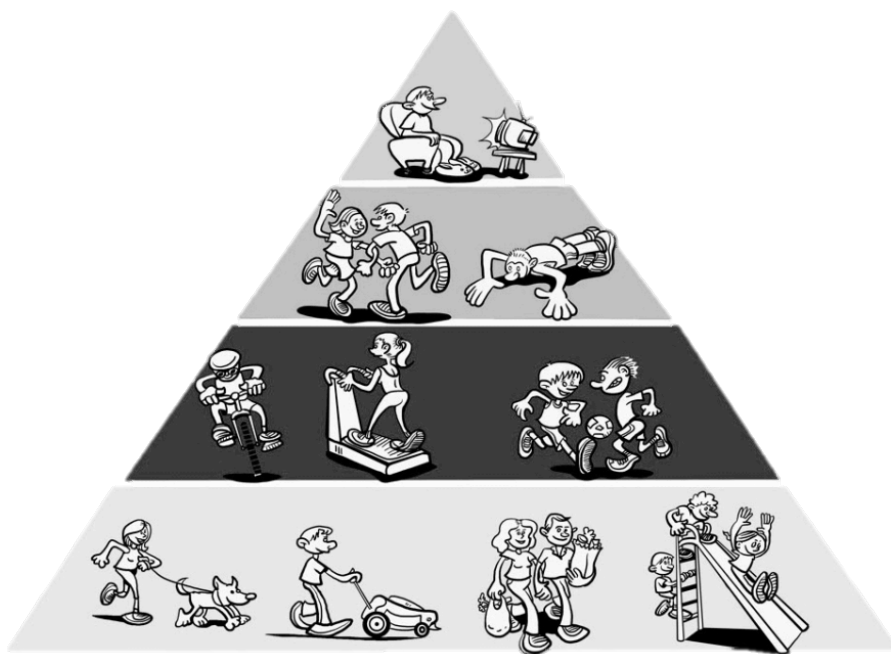


CUIDADOS A TER:

- A glicemia deve ser medida antes, ocasionalmente durante, e após o exercício.
- No caso de diabéticos mal controlados, nas primeiras sessões de exercício, a glicemia capilar deve ser medida até várias horas após o exercício.

SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

4.6. Pirâmide da atividade física



SABER MEXER PARA MELHOR VIVER

4.7. O melhor tipo de atividade física

- ✓ Cada pessoa deve escolher o tipo de atividade física que mais gosta!
- ✓ De preferência deve ser **aeróbio** (marcha, natação, bicicleta, jogging) e com duração superior a 150 minutos/semana (por exemplo, distribuídos por 3 dias durante 20 minutos)
- ✓ Deve se usar roupa confortável, meias de algodão e sapatos adequados.
- ✓ Antes de iniciar a atividade física deve fazer alongamentos de todos os músculos durante 5 minutos.





RECEITAS

RECEITAS

SOPA DE FEIJÃO BRANCO (6 pessoas)

Ingredientes

1 lata de 800 g de feijão branco	2 dentes de alho
300 g de abóbora	1 molho de coentros
1 cebola	2 colheres (sopa) de azeite
	1 colher (de café) de sal

Preparação

1. Lave, descasque e corte os legumes aos pedaços (abóbora, cebola, alho).
2. Coloque os legumes cortados numa panela, juntamente com metade da lata de feijão branco (previamente passado por água corrente para retirar algum sal) e os coentros. Adicione água até cobrir tudo e uma colher de café de sal. Leve ao lume e deixe cozinhar até os legumes estarem cozidos.
3. Retire do lume, junte o azeite e triture.
4. Adicione a restante metade da lata de feijão branco, aqueça novamente até ferver e sirva.

Nota: Esta sopa é rica em hidratos de carbono. Para um melhor controlo da glicemia poderá ser necessário reduzir a quantidade de hidratos de carbono (exemplo: arroz, massa, batata) da refeição.

Composição nutricional

Calorias 158 kcal	Proteínas 9 g
HC 21 g	Gordura 4 g

GRATINADO DE SALMÃO (4 pessoas)

Ingredientes

300 g de lombinhos de salmão	2 colheres (sopa) de farinha integral
300 g de couve flor	2 colheres (sopa) de pão ralado integral
200 g de alho francês	2 colheres (sopa) de azeite
1 cebola	2 colheres (café) de sal
6 batatas pequenas	Pimenta q.b.
0,5 l de leite magro	Sumo de limão

Preparação

1. Corte os lombinhos de salmão aos cubos e tempere-os com pimenta, meia colher de café de sal e sumo de meio limão.
2. Lave, arranje e corte aos pedaços a couve flor, o alho francês e a cebola. Coloque os pedaços de vegetais numa panela com uma colher de sopa de azeite, pimenta e meia colher de café de sal. Leve ao lume e deixe cozinhar cerca de dez minutos.
3. Numa panela à parte aqueça o leite e junte a farinha e meia colher de chá de sal, mexendo bem até engrossar.
4. Junte o molho branco à panela com os legumes e deixe cozinhar cerca de três minutos.
5. Coloque numa travessa de forno os cubos de salmão, cubra com a mistura de legumes e molho branco e polvilhe com pão ralado. Leve ao forno pré-aquecido a 180 °C.
6. Acompanhamento: lave bem as batatas e coloque-as num recipiente próprio para microondas com meia colher de café de sal. Pique cada batata com um garfo por 2 ou 3 vezes. Tape com uma tampa para microondas e coloque na potência máxima cerca de 6 minutos. Tempere com uma colher de sopa de azeite antes de servir.

Composição nutricional

Calorias 357 kcal
HC 29 g

Proteínas 24 g
Gordura 16 g

ROLO DE PERU (6 pessoas)

Ingredientes

500 g de carne picada de peru	30 g de pão ralado
1 lata de 300 g de ervilhas	2 colheres (sopa) de azeite
2 cenouras	Orégãos
1 cebola	Pimenta
2 dentes de alho	2 colheres (de café) de sal
1 dl de vinho branco	200 g (em cru) de arroz selvagem
1 ovo	

Preparação

1. Descasque e pique a cebola e os alhos.
2. Coloque numa taça a carne picada, a cebola e o alho picados, o ovo, o vinho, o pão ralado, o azeite, uma colher de café de sal e a pimenta e misture bem. Junte as ervilhas (passadas por água corrente e bem escorridas) e as cenouras raladas e misture novamente.
3. Pincele uma forma antiaderente de bolo inglês com azeite e coloque a mistura. Polvilhe com orégãos e leve ao forno (pré-aquecido) a 200 °C cerca de 30 minutos.
4. Acompanhamento: coza o arroz selvagem em água e uma colher de café de sal.

Composição nutricional

Calorias 303 kcal	Proteínas 27 g
HC 33 g	Gordura 7 g

BOLINHOS DE JERUM (14 bolinhos)

Ingredientes

1 kg de abóbora-menina (já descascada)	1 limão
1 colher (de café) de sal	2 colheres (de sopa) de Vinho do Porto
60 g de farinha	Óleo de amendoim para fritar
3 ovos pequenos	1 colher (de chá) de canela em pó
6,5 colheres (de sopa) de açúcar	

Preparação

1. Coza a abóbora a vapor polvilhada com o sal, ou no mínimo de água possível e tapada.
2. Reduza a abóbora a puré, introduza-o num pano (tipo saco) e pendure-o para escorrer o máximo de água.
3. Deite o puré de abóbora numa tigela e junte a farinha, as gemas, as 2 colheres de açúcar, a raspa da casca de limão e o Vinho do Porto, e misture tudo de forma homogénea.
4. Bata as claras em castelo e junte-as ao preparado anterior, em pequenas porções e suavemente.
5. Aqueça o óleo a 175 °C e, com 2 colheres de sopa, molde o preparado em oval (tipo pasteis de bacalhau) deixando-os cair diretamente no óleo. Deixe fritar sem queimar e escorra bem sobre papel absorvente, mudando o papel frequentemente.
6. Polvilhe os bolinhos com o restante açúcar a que previamente juntou a canela.

Nota: Estes bolinhos são característicos da época natalícia e, por serem fritos, aconselha-se o seu consumo moderado.

Composição nutricional

Calorias 82 kcal	Proteínas 2 g
HC 9 g	Gordura 4 g

CREME DE COURGETTE (6 pessoas)

Ideal para os dias mais quentes é pobre em hidratos de carbono, mas rica em água, vitaminas e sais minerais

Ingredientes

3 courgettes (450 g)	1 dente de alho
1 cebola	2 colheres (sopa) de azeite
1 alho francês	1 colher (café) de sal
1 batata pequena	1 molho de coentros

Preparação do Creme

1. Descasque e corte as courgettes, a cebola, a batata, o alho-francês e o alho em bocados.
2. Leve os legumes a cozer durante cerca de 20 minutos, em água suficiente para 6 pratos (cerca de um litro).
3. Tempere com uma colher de café de sal e, no final, adicione o azeite e reduza tudo a puré com a varinha.
4. Sirva salpicado de bastantes coentros picados, em cada prato.

Composição nutricional

Calorias 60 kcal	Proteínas 2 g
HC 5 g	Gordura 3,6 g

BACALHAU COM LEGUMES E COENTROS (4 pessoas)

Ingredientes

2 postas médias de bacalhau	1 beringela
5 dentes de alho	1 courgette
2 ramos de coentros	8 batatas pequenas
4 colheres (sopa) de azeite	Sal, pimenta e noz-moscada q.b
2 cenouras	

Preparação do Bacalhau

1. Com o bacalhau já demolido, ligue o forno a 180 °C.
2. Misture 3 dentes de alho e os ramos de coentros, já picados, num prato.
3. Unte o bacalhau com 2 colheres de sopa de azeite e passe-o pela mistura de alho e coentros de modo a ficar bem coberto. Leve ao forno durante 20 minutos.
4. Corte os legumes e as batatas em tiras e leve a ferver por 3 ou 4 minutos.
5. Escorra bem os legumes e, numa frigideira, passe-os pelo restante azeite e alho já picado.

Composição nutricional

Calorias 278 kcal	Proteínas 15,7 g
HC 30 g	Gordura 10,5 g

PEITO DE PERU RECHEADO COM COUVE E BROA

(4 pessoas)

Ingredientes

Peito de peru (400 g)	2 folhas de louro
Sumo de 1 laranja (200 g)	Couve (tipo caldo verde)
Arroz selvagem (100 g)	Broa de milho (70 g)
4 dentes de alho	3 colheres (sopa) de azeite
Vinho branco	Sal e pimenta q.b.

Preparação do Peru

1. Coloque o peito de peru a marinar com o sumo da laranja, dois dentes de alho picados, vinho branco, sal e pimenta, durante 24 horas.
 2. Coza a couve e desfaça a broa.
 3. Leve 2 dentes de alho picados, 2 folhas de louro e um pouco de sal a alourar numa frigideira com 3 colheres de sopa de azeite. Junte a couve e a broa desfeita.
 4. Abra o peito do peru e coloque o recheio. Enrole e prenda com palitos ou com fio.
 5. Num tabuleiro para ir ao forno, coloque os rolinhos de peru, a cebola picada, a marinada e o vinho branco. Leve ao forno por 40 minutos a 180 °C.
 6. Coza o arroz selvagem com um pouco de sal.
- Sugestão: Pode também ser acompanhado com batata assada.

Composição nutricional

Calorias 288 kcal	Proteínas 28 g
HC 31 g	Gordura 6 g

SOUFLÉ DE MAÇÃ (4 pessoas)

Ingredientes

2 maçãs grandes (400 g)	2 ovos
2,5 dl de leite magro	1 casca de limão
Meia colher (sopa) de farinha	2 colheres (sopa) de açúcar

Preparação do Soufflé

1. Lave e descasque as maçãs. Retire-lhes o “coração” e corte-as em bocados. Coloque num tacho, junte 2 colheres de sopa de água, tape e leve a lume brando até as maçãs estarem desfeitas.
2. Deixe arrefecer um pouco e esmague-as com a ajuda de um garfo (não devem ficar em puré).
3. Num tachinho, dissolva a farinha no leite frio, juntando-o aos poucos e mexendo com uma vara de arames.
4. Separe as gemas das claras. Reserve as claras e junte as gemas ao leite, previamente desfeitas. Junte a casca de limão.
5. Leve a lume brando, deixe cozer e espessar, mexendo sempre.
6. Retire do calor, deixe arrefecer um pouco, adicione o açúcar e mexa.
7. Bata as claras em castelo bem firme.
8. Deite um pouco de creme no fundo de uma forma pequena de soufflé. Espalhe por cima a maçã e cubra com o restante creme.
9. Finalmente, disponha por cima as claras em castelo e leve rapidamente ao grelhador do forno, só para alourar.
10. Depois de frio, conserve no frigorífico e sirva bem fresco.

Composição nutricional

Calorias 109 kcal	Proteínas 6 g
HC 14,5 g	Gordura 3 g

CREME DE BERINGELAS (4 pessoas)

Ingredientes

2 beringelas	2 dentes de alho
1 batata média	2 colheres (sopa) de azeite
2 cenouras	1 colher (chá) de sal
1 cebola	1 molho de salsa

Preparação

1. Lave, descasque e corte a batata, as cenouras, as beringelas, a cebola e os alhos aos pedaços (não é necessário descascar totalmente as beringelas, pode retirar apenas as extremidades).
2. Coloque os legumes cortados numa panela e adicione uma colher de chá de sal. Junte água até cobrir os legumes.
3. Deixe cozer durante cerca de 30 minutos. Quando os legumes estiverem cozidos, retire a panela do lume e triture tudo com uma varinha mágica.
4. Junte 2 colheres de sopa de azeite e misture bem.
5. Enfeite os pratos com um pouco de salsa picada e pode servir a sopa quente ou fria.

Composição nutricional

Calorias 96 kcal	Proteínas 2 g
HC 10 g	Gordura 5 g

MASSADA DE PEIXE (4 pessoas)

Ingredientes

170 g (em cru) de massa	2 dentes de alho
cotovelos	1 dl de vinho branco
400 g de lombinhos de	3 colheres (sopa) de azeite
tamboril e pescada	1 molho de coentros
3 tomates	1 folha de louro
½ pimento verde	1 colher (de chá) de sal

Preparação

1. Coloque num tacho grande o azeite, a cebola picada, os tomates cortados aos cubos, o pimento cortado às tiras, os alhos picados e uma folha de louro. Leve ao lume com tampa e deixe cozinhar cerca de 5 minutos.
2. Junte 1 dl de vinho branco e 1 colher de chá de sal e deixe cozinhar mais 5 minutos.
3. Adicione água qb (cerca de 1,5 L) e deixe ferver.
4. Quanto estiver a ferver junte o peixe. Assim que estiver cozinhado, retire o peixe do tacho e guarde à parte.
5. Deixe o caldo voltar a ferver, junte a massa e deixe cozer cerca de 5 minutos.
6. Coloque no tacho o peixe já cozinhado e os coentros picados e deixe apurar mais 5 minutos.
7. Retire do lume e sirva em pratos fundos.

Composição nutricional

Calorias 323 kcal	Proteínas 24 g
HC 34 g	Gordura 10 g

SEMI FRIO DE MORANGO (4 pessoas)

Ingredientes

1 iogurte natural magro	2 queijos frescos magros
5 colheres (sopa) de açúcar em pó	pequenos
	3 claras de ovo
	500 g de morangos

Preparação

1. Lave e arranje os morangos.
2. Junte numa taça os morangos, o iogurte e os queijos frescos e triture tudo.
3. Bata as claras em castelo, acrescentando o açúcar em pó aos poucos.
4. Junte tudo, misturando delicadamente, e leve ao frio até solidificar.

Composição nutricional

Calorias 77 kcal	Proteínas 8 g
HC 9 g	Gordura 1 g

CREME AVELUDADO DE LEGUMES (4 pessoas)

Ingredientes

2 tomates maduros	1 alho francês
1 batata pequena	2 colheres (de sopa) de azeite
1 courgette grande	sal q.b.
1 cebola média	
1 fatia de abóbora	

Preparação

1. Descasque, lave e corte os legumes aos cubos e leve-os a cozer em água abundante, com uma pitada de sal.
2. Depois de cozinhados, reduza os legumes a puré, adicionando o azeite, e retire do lume.
3. Sirva polvilhada com um pouco da rama verde do alho-francês cortada fininha.

Composição nutricional

Calorias 85 kcal	Proteínas 2 g
HC 7 g	Gordura 5 g

COELHO ESTUFADO COM VINHO BRANCO

(6 pessoas)

Ingredientes

1 coelho de 700 g	1 colher (chá) de tomilho seco
2 tomates	200 g de pão de mistura fatiado
2,5 dl de vinho branco	Sal, pimenta e noz moscada q.b.
2 cebolas	
2 dentes de alho	
2 colheres (sopa) de azeite	
2 folhas de louro	

Preparação

1. Corte o coelho em pedaços e tempere com uma pitada de sal, pimenta e noz-moscada q.b., o louro e o tomilho. Reserve.
2. Num tacho coloque o azeite, as cebolas e os alhos cortados às rodelas, o tomate cortado aos cubos e o coelho. Deixe ferver um pouco e junte o vinho branco. Deixe cozinhar até o coelho ficar macio.
3. Sirva com as fatias de pão torrado e uma salada colorida.

Composição nutricional

Calorias 312 kcal	Proteínas 27 g
HC 28 g	Gordura 10 g

TORTA DE LARANJA E AMÊNDOA (8 fatias)

Ingredientes

100 g de amêndoa	5 ovos
65 g de açúcar	Óleo de amendoim para untar
1 laranja	Papel vegetal para forrar
1 colher (de chá) de farinha maizena	

Preparação

1. Unte um tabuleiro de forno com o óleo, forre com o papel vegetal e volte a untar.
2. Misture bem todos os ingredientes (os ovos, o açúcar, a amêndoa, a farinha maizena, a raspa e o sumo da laranja) e deite no tabuleiro.
3. Leve ao forno, pré-aquecido a 200 °C, durante 10-15 min.
4. Desenforme, desperdiçando o papel vegetal, para um pano polvilhado com o açúcar e enrole para formar a torta.
5. Deixe repousar. Sirva em fatias ou inteiro, decorado a gosto.

Composição nutricional

Calorias 168 kcal	Proteínas 6 g
HC 12 g	Gordura 11 g



abc
diabetes

aprenda a bem cuidar da sua diabetes

Apêndice XXII – Diploma elaborado

diploma de participação



Declara-se que

participou no Projeto **ABC Diabetes – Aprenda a Bem Cuidar da sua Diabetes**,
composto pelas sessões de educação para a saúde: *Diabetes não é um bicho-papão*, *Saber comer para melhor viver*,
Ida ao supermercado, *Saber mexer para melhor viver* e *Lanche Partilhado*, no âmbito do Projeto Individual de Estágio
da mestranda Filipa Semedo do 3º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da ESEL.

8 de Janeiro de 2013

Enf.ª Filipa Semedo

Apêndice XXIII – Avaliação do grau de satisfação dos participantes

Título da Sessão: “ <i>Diabetes não é um bicho-papão</i> ”		
Local: UCSP XXXX, ACES XXXX	Data: 13/11/2012	Horas: 17h
	Formadores: Filipa Semedo	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PROGRAMA					
O seu nível de conhecimentos antes da sessão era	2	2	6	2	1
O seu nível de conhecimentos depois da sessão é			2	10	1
Qual a utilidade do tema da sessão				3	10

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FUNCIONAMENTO					
Motivação e Participação			4	6	3
Meios audiovisuais			1	5	7
Instalações				7	6
Documentação				8	5
Relação entre participantes	1	1	1	6	4

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GLOVAL DA SESSÃO					
Duração		1	2	4	6
Qualidade dos conteúdos			2	5	6
Quanto às expectativas iniciais, a sessão foi			1	8	4
Globalmente, a sessão foi			2	5	6

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR					
Nível de conhecimento demonstrado			2	6	5
Metodologia utilizada				6	7
Disponibilidade, incentivo e motivação				8	5
Clareza das intervenções		1	2	6	4

Título da Sessão: “Saber comer para melhor viver”	
Local: UCSP XXXX, ACES XXXX	Data: 20/11/2012 Horas: 17h Formadores: Filipa Semedo, Susana Arranhado

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PROGRAMA					
O seu nível de conhecimentos antes da sessão era		1	6		
O seu nível de conhecimentos depois da sessão é			2	5	
Qual a utilidade do tema da sessão				5	2

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FUNCIONAMENTO					
Motivação e Participação			3	1	3
Meios audiovisuais			1	5	1
Instalações				5	2
Documentação			2	4	1
Relação entre participantes	1	1	1	3	1

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GLOGAL DA SESSÃO				
Duração			1	6
Qualidade dos conteúdos			6	1
Quanto às expectativas iniciais, a sessão foi			3	4
Globalmente, a sessão foi			6	1

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR <i>Filipa Semedo</i>				
Nível de conhecimento demonstrado			2	5
Metodologia utilizada			5	2
Disponibilidade, incentivo e motivação			5	2
Clareza das intervenções		1	2	4

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR <i>Susana Arranhado</i>				
Nível de conhecimento demonstrado			2	5
Metodologia utilizada			5	2
Disponibilidade, incentivo e motivação		1	4	2
Clareza das intervenções			2	5

Título da Sessão: "Ida ao supermercado"

Local: UCSP XXXX, ACES XXXX	Data: 27/11/2012	Horas: 17h
	Formadores: Filipa Semedo, Susana Pasadas	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PROGRAMA

O seu nível de conhecimentos antes da sessão era	1	2	2	1	
O seu nível de conhecimentos depois da sessão é			4	2	
Qual a utilidade do tema da sessão				4	2

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FUNCIONAMENTO

Motivação e Participação			3	3	
Meios audiovisuais				5	1
Instalações				4	2
Documentação			2	4	
Relação entre participantes	1	1	1	3	

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GLOAL DA SESSÃO

Duração				2	4
Qualidade dos conteúdos				1	5
Quanto às expectativas iniciais, a sessão foi			1	1	4
Globalmente, a sessão foi				3	3

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR <i>Filipa Semedo</i>				
Nível de conhecimento demonstrado			2	4
Metodologia utilizada			1	5
Disponibilidade, incentivo e motivação		1	1	4
Clareza das intervenções			1	5

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR <i>Susana Pasadas</i>				
Nível de conhecimento demonstrado			2	4
Metodologia utilizada			2	4
Disponibilidade, incentivo e motivação		1	1	4
Clareza das intervenções			2	4

Título da Sessão: <i>“Saber mexer para melhor viver”</i>	
Local: UCSP XXXX, ACES VI XXXX	Data: 05/12/2012 Horas: 10h Formadores: Filipa Semedo, João Pedro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PROGRAMA				
O seu nível de conhecimentos antes da sessão era	1		5	2
O seu nível de conhecimentos depois da sessão é			3	5
Qual a utilidade do tema da sessão			1	5

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FUNCIONAMENTO					
Motivação e Participação			2	2	4
Meios audiovisuais				1	7
Instalações			1	3	4
Documentação				5	3
Relação entre participantes				4	4

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GLOBAL DA SESSÃO					
Duração				2	6
Qualidade dos conteúdos				7	5
Quanto às expectativas iniciais, a sessão foi				2	6
Globalmente, a sessão foi				1	7

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR <i>Filipa Semedo</i>					
Nível de conhecimento demonstrado					8
Metodologia utilizada				1	7
Disponibilidade, incentivo e motivação					8
Clareza das intervenções					8

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

FORMADOR <i>João Pedro</i>					
Nível de conhecimento demonstrado					8
Metodologia utilizada				1	7
Disponibilidade, incentivo e motivação					8
Clareza das intervenções				1	7

Apêndice XXIV – Tabela referente à avaliação – Conhecimento sobre a diabetes

QUESTÕES	FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS		
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1	7	5	0
2	10	1	1
3	5	7	0
4	1	7	4
5	9	0	3
6	11	1	0
7	2	8	2
8	12	0	0
9	4	8	0
10	1	11	0
11	11	1	0
12	2	9	1
13	3	9	0
14	11	0	1
15	12	0	0
16	12	0	0
17	4	4	4
18	11	1	0
19	11	1	0
20	12	0	0
21	4	7	1
22	2	6	4
23	7	4	1
24	3	8	1

Apêndice XXV – Registo de glicemias capilares na sessão “Saber Mexer para Melhor Viver”

Valores de glicemia antes da atividade fisica	Valores de glicemia depois da atividade fisica	Diferença de valores de glicemia
259	174	- 85
107	90	-17
154	102	- 52
137	107	- 30
148	103	- 45
178	95	- 83
189	162	- 27
170	158	- 12