



**Escola Superior  
de Educação**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior  
de Tecnologia  
da Saúde**

Politécnico de Coimbra

# Promoção da saúde em utentes com Diabetes: a importância do teleatendimento em consultas de nutrição

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social (ESEC)

Departamento de Saúde (ESTeSC)

Mestrado em Educação para a Saúde





**Escola Superior  
de Educação**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior  
de Tecnologia  
da Saúde**

Politécnico de Coimbra

Jovana Benoíel de Farias Araújo

Promoção da Saúde em utentes com Diabetes: a importância do teleatendimento em  
consultas de nutrição

Trabalho de Projeto de Mestrado em Educação para a Saúde apresentado ao Departamento  
Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra e ao  
Departamento de Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde, para obtenção do grau de  
Mestre.

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutora Maria Filomena Rodrigues Teixeira

Arguente: Prof. Doutora Ana Cláudia Bortolozzi

Orientador: Prof. Doutora Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias

Dezembro 2021



## **Agradecimentos**

Os meus agradecimentos são dirigidos em primeiro lugar a Deus, nas mais diversas formas que Ele pode assumir ou ser invocado. Agradeço-Lhe pelas oportunidades que tive e por Ele ter colocado no meu caminho e na jornada da minha vida as pessoas que aqui vou mencionar. Agradeço também a todas as pessoas que mesmo não estando aqui mencionadas sabem o quão importante são para mim:

Ao meu esposo Rodrigo Araújo pelo apoio, suporte e carinho; aos nossos filhos Arthur, J. David e Rodriguinho pelo que me ensinaram sobre sonhos, vontades, realizações e amor (...e sobre paciência também);

À minha mãe Ana, ao meu pai Batista, aos meus irmãos Jeane e Thiago, pela saudade que batendo forte no meu peito me serviu de estímulo adicional para avançar;

À minha madrinha Tania Mahood, grande entusiasta que me encorajou a escolher este curso. Ao meu compadre Ricardo e comadre Francisca Colares, pela irmandade e amizade sincera;

À Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e à Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas por acreditarem neste projeto, apoiando o aperfeiçoamento e a valorização profissional desta sua servidora, pela autorização e licença que me permitiram estar aqui hoje com a bagagem cheia de esperança e expectativa para poder retribuir ao nosso povo Amazônida;

Às minhas e meus colegas de turma, que comigo enfrentaram enormes desafios e uma pandemia, sempre com as maiores palavras de estímulo e apoio que nos mantiveram firmes nos nossos objetivos;

Aos nossos Mestres e Doutores, que desempenharam de forma elevadíssima a sua função de professores e educadores.

Quero destacar o brilhantismo, profissionalismo, atenção e a dedicação da minha orientadora Dra. Ana Frias, e em representação também de todos e todas as profissionais que conosco compartilharam o seu tempo, conhecimento e saber, permitindo-nos concluir esta etapa.

Devemos a todos vós as ferramentas adquiridas para sermos agentes transformadores na vida, saúde e educação de muitas pessoas pois é minha convicção que só com Saúde e Educação será possível construir dias melhores.

## **Promoção da Saúde em utentes com Diabetes: a importância do teleatendimento em consultas de nutrição**

**Resumo:** A Diabetes Mellitus é um problema de saúde para todos os países, apresenta elevadas taxas de hospitalizações, utilização dos serviços de saúde e alta incidência de complicações. Em tempo de pandemia pela COVID-19, o Teleatendimento tem sido ferramenta de autocuidado, autogerenciamento e participação dos utentes na prevenção de doenças. Promover a mudança de comportamentos e estilos de vida, através da educação em saúde, é um desafio para os profissionais da área da saúde. Este estudo, de natureza mista, seguiu os pressupostos da investigação-ação, teve como objetivo geral promover o autocuidado de utentes com Diabetes, encaminhados virtual e remotamente por profissionais de saúde. Nele participaram 6 pessoas adultos/as com Diabetes, que frequentaram seis sessões *online*, com metodologia de grupos operativos voltados para o autocuidado. Antes e após a intervenção, foi aplicado o questionário Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, bem como recolhidos dados qualitativos durante as sessões. Os principais resultados evidenciam o interesse dos participantes em relatar suas experiências, e adesão às atividades de autocuidado; também o aumento de conhecimento sobre Diabetes; aumento da pontuação em 7 dos 15 itens que compõem o DKN; melhor controlo da glicémia de jejum, com valores médios reduzidos de 156,48mg/dl para 130,08mg/dl. O teleatendimento com grupos operativos surge como opção na educação em saúde para os utentes com Diabetes, algo que se considera relevante poder chegar a mais pessoas em diferentes situações, para além do momento pandémico em que este estudo foi feito.

**Palavras-chave:** grupos operativos, teleatendimento, grupos operativos, diabetes, educação em saúde

## **Health promotion in patients with diabetes: the importance of telecare in nutrition consultations**

**Abstract:** Diabetes Mellitus is a health problem for all countries, with high rates of hospitalizations, use of health services and a high incidence of complications. In times of COVID-19 pandemic times, Teleservice has been a tool for self-care, self-management and user participation in disease prevention. Promoting behavior and lifestyle changes through health education is a challenge for health professionals. This study, of a mixed nature, followed the presuppositions of the action-research, and its general objective was to promote the self-care of patients with Diabetes, referred virtually and remotely by health professionals. Six adults with Diabetes participated in it, who attended six online sessions, with the methodology of operative groups focused on self-care. Before and after the intervention, the Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) and the Diabetes Self-Care Activities Scale were applied, as well as qualitative data collected during the sessions. The main results show the participants' interest in reporting their experiences, and adherence to self-care activities; also increasing knowledge about Diabetes; increased scores in 7 of the 15 items that make up the DKN; better control of fasting blood glucose, with mean values reduced from 156.48mg/dl to 130.08mg/dl. Teleservice with operative groups appears as an option, in health education for users with Diabetes, in this case relevant to be able to reach more people in different situations, in addition to the pandemic moment in which this study was carried out.

**Keywords:** operative groups, teleservice, diabetes, health education

**Índice**

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
2.1. Telesaúde, e-Saúde e telemedicina.....	5
2.2. Diabetes Mellitus.....	13
2.3. Educação em Saúde.....	15
2.3.1. Grupos Operativos .....	17
3. METODOLOGIA .....	23
3.1. Objetivos.....	23
3.1.1. Objetivo Geral .....	23
3.1.2. Objetivos Específicos.....	23
3.2. Natureza do estudo .....	23
3.3. Participantes.....	24
3.4. Instrumentos de recolha de dados.....	24
3.5. Considerações éticas .....	25
3.6. Conceção e implementação do projeto .....	26
3.7. As Sessões Educativas em Teleatendimento.....	26
3.8. Variantes Peso, Hemoglobina glicada e Glicémia de Jejum .....	28
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
4.1. Caracterização dos/as participantes.....	29
4.2. Avaliação do autocuidado na pessoa com Diabetes .....	35
4.3. Avaliação de conhecimentos sobre Diabetes.....	39
5. CONCLUSÃO .....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49

APÊNDICES .....	59
Apêndice 1 – Questionário Sócioepidemiológico .....	61
Apêndice 2 - Roteiro das Sessões .....	65
ANEXOS .....	71
Anexo 1 - Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes .....	73
Anexo 2 - Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) .....	77
Anexo 3 - Parecer Comissão de Ética.....	81
Anexo 4 - Consentimento Informado Livre Esclarecido.....	85

### Lista de abreviaturas

<b>COVID-19</b>	Doença causada pelo Coronavírus-19
<b>SARS-CoV-2</b>	Nome dado ao novo coronavírus detectado na China, no final do ano de 2019
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>TIC</b>	Tecnologia de Informação e Comunicação
<b>CFN</b>	Conselho Federal de Nutricionista
<b>(DKN-A)</b>	Diabetes Knowledge Questionnaire
<b>CEIPC</b>	Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra
<b>&gt;</b>	Maior que
<b>&lt;</b>	Menor que
<b>%</b>	Porcentagem
<b>/</b>	Por
<b>sem</b>	Semana
<b>n</b>	Número de participantes
<b>HbA1c</b>	Hemoglobina glicosilada
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>Kg</b>	Quilograma
<b>m<sup>2</sup></b>	Metros quadrados
<b>mg</b>	Miligramas
<b>dL</b>	Decilitros
<b>SCO</b>	Sentido de Coerência



**Lista de quadros**

Quadro 1. Sessões educativas implementadas..... 27



## Lista de tabelas

Tabela 1. Índice de Massa Corporal - IMC, a glicémia, hemoglobina glicada e medicação utilizada pelos participantes antes e após da participação nas sessões educativas .....	31
Tabela 2. Escolaridade, ocupação e rendimento familiar mensal dos participantes .....	34
Tabela 3. Distribuição dos participantes por acompanhamento de saúde e encaminhamentos para o projeto .....	34
Tabela 4. Média em dias por semana que os participantes praticavam autocuidado (pré e pós sessões educativas) em relação à dimensões Abordadas na Escala de Autocuidado para Pessoas com Diabetes.....	35
Tabela 5. Distribuição dos scores de Conhecimentos sobre Diabetes em relação a cada participante .....	39
Tabela 6. Número e percentagem de respostas corretas em cada item do Questionário DKN-A pré e pós sessões.....	41



## 1. INTRODUÇÃO

As circunstâncias impostas pela Pandemia provocada pelo coronavírus-2019 (COVID-19) levaram à adoção de medidas em todo o mundo, como regras de distanciamento social, utilização de máscara, entre outras, que poderão permanecer ou não no pós-pandemia. Percebe-se que é crescente a tendência na utilização de diferentes artefactos tecnológicos na comunicação em saúde, principalmente na parte clínica e terapêutica, como por exemplo o Teleatendimento e a Teleconsulta, que inclusive, são recomendações emanadas por diversas instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020). Todas as modalidades de teleatendimento (teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento e telerregulação) passam a desempenhar um papel cada vez mais importante na atualidade. A par disso, também foram implementados protocolos em todos os níveis de atendimento, que incluem normas de proteção e cuidados para evitar a disseminação do SARS-CoV-2 nas unidades de saúde, que são uma realidade.

As modalidades de teleatendimento contribuem para a redução da presença física dos/as utentes nas unidades de saúde, diminuindo o risco de infeção e permitindo a gestão dos recursos humanos, mobilizando-os mais fortemente para o atendimento de casos mais graves. No entanto, muitas outras situações de agravamento da saúde fazem parte do dia a dia de atendimentos na Atenção Primária de Saúde (APS), às quais é necessário dar resposta (Daumas et al., 2020). Nesse sentido, para que todas as pessoas com diferentes problemas de saúde possam continuar a ter acesso aos serviços de saúde, a atuação dos/as profissionais ao nível da APS durante a pandemia deve priorizar ainda: (1) a continuidade de acções preventivas, tais como vacinação; (2) o acompanhamento de pacientes crónicos/as e grupos prioritários como gestantes e lactentes; e (3) o atendimento a situações de pequenas urgências e às agudizações de doenças crónicas (Nacoti et al., 2020). A supressão dessas atividades por várias semanas pode resultar no aumento da morbimortalidade por outras causas, ampliando os efeitos da pandemia, como relatado nas situações em que se optou por um modelo assistencial centrado apenas na atenção hospitalar (idem). A Diabetes foi identificada como um fator de risco para o mau prognóstico da doença COVID-19 (Schlesinger et al., 2021).

Considerando esta problemática, surge a necessidade de dar resposta e uma intervenção educativa ao nível da promoção da saúde em pessoas portadoras de outras alterações do seu estado de saúde, como é o caso da Diabetes Mellitus (DM). Este é um importante e crescente problema em todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2017 a Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivia com Diabetes (IDF, 2017 *apud* SBD, 2019). O aumento da prevalência da Diabetes está associado a diversos fatores, como a rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, com a maior sobrevivência das pessoas portadoras desta patologia (SBD, 2019).

Reconhece-se que a utilização de modalidades como o teleatendimento para o autocuidado no acompanhamento na APS podem ser um desafio. Saber em que medida o uso dessas tecnologias como a internet, redes sociais, atividades grupais educativas virtuais seguindo a metodologia de grupos operativos podem ser eficazes na telemonitorização de utentes diabéticos/as, e com alguma influência na promoção do autocuidado, da literacia em saúde e em hábitos nutricionais saudáveis, com vista à mudança de atitudes, e ainda se podem favorecer um melhor controle glicémico. Estas são algumas questões que motivaram à realização deste projeto.

Este trabalho dá a conhecer um projeto de intervenção em educação para saúde, realizado (em tempo de pandemia) com adultos/as diagnosticados/as com DM. Implementou-se um programa educativo, constituído por seis sessões *online*, baseado na metodologia de grupos operativos acerca de conhecimentos, temas e atitudes sobre o autocuidado em pessoas com Diabetes. Antes e após o programa, foram avaliados conhecimentos dos/as participantes relativos à DM, bem como auscultando comportamentos e atitudes ao nível do autocuidado, utilizando para tal questionários.

A estrutura do presente trabalho é composta por um enquadramento teórico, no sentido de fundamentar o projeto implementado, seguido da metodologia, onde se descrevem os objetivos e métodos utilizados na sua realização, bem como descrição das sessões educativas e aspetos necessários à implementação do projeto. Após isso são igualmente

apresentados os resultados e sua discussão, à luz do enquadramento teórico, bem como as conclusões, referências bibliográficas e anexos.



## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Telesaúde, e-Saúde e telemedicina

A telesaúde é definida pela *World Health Organization* - WHO (1997) como o conjunto de atividades, serviços e sistemas relacionados com a saúde, realizados à distância através de tecnologias para fins de promoção da saúde global, controle de doenças e atenção para com a saúde, bem como educação, gestão e pesquisa em saúde. Já a *eSaúde* pode assumir-se como termo abrangente que inclui telemedicina, *eHealth*, *telecare*, saúde *ePublic*, saúde *e Mental* ou telesaúde (Ossenbaard & Van Gemert-Pijnen, 2016).

Todos estes conceitos são considerados como uma possível oportunidade ao nível da promoção do autocuidado, autogerenciamento e participação dos/as utentes, podendo também potencializar a prevenção de doenças e a educação em saúde (Ossenbaard & Van Gemert-Pijnen, 2016). Tais autores, destacam ainda que os avanços tecnológicos foram notáveis nas últimas duas décadas, e desde o advento e a popularização da internet, na década de 1990, vários assuntos foram estudados sendo os relacionados com a saúde, os mais evidenciados. Os autores são favoráveis ao uso da tecnologia da informação e comunicação para melhorar a saúde e cuidados de saúde, seja através da prestação de serviços preventivos, educativos, de diagnósticos e terapêuticos, independentes da hora e do local (*idem*). Estes artefactos tecnológicos geram novas práticas ao nível do atendimento em saúde, como uma espécie de "atendimento misto", onde o atendimento convencional é combinado com intervenções *online* (*idem*).

A internet gerou uma nova atmosfera de relações humanas, liberando o ser humano da relação presencial, permitindo-lhe vencer distâncias, o espaço e o tempo, configurando-se também como uma sociabilidade orgânico-virtual estabelecida através de laços mecânicos (Silva et al., 2014).

Estima-se que em Portugal haja cerca de 8 milhões de utilizadores da internet, onde 85% acedem à internet todos os dias (Paço, 2019). Um estudo recente feito pelo Grupo Marktest (2019), faz uma análise do comportamento dos/as Portugueses/as nas redes sociais, e aponta que as redes sociais tiveram um crescimento rápido em Portugal, passando de 17,1% de utilizadores em 2008, para 63,6% em 2019, sendo atualmente o

acesso mais frequente feito através do telemóvel. Entre as atividades realizadas nas redes sociais, o mesmo estudo refere que a troca de mensagens é a mais frequente, seguida da leitura de notícias em sites de informação e comentar publicações da rede de contactos. Entre os/as utilizadores/as portugueses/as, o *Facebook* é a rede social que predomina, ainda que esteja a perder influência para o *Instagram*, que está a posicionar-se como rede em ascensão e muito relevante sobretudo entre os/as mais jovens.

Os resultados do trabalho de Santana e Pereira (2007) mostram que 30% dos/as Portugueses já utilizaram a Internet para procurar informação relacionada com a saúde. No sub-grupo dos utilizadores da Internet, a percentagem é bastante mais elevada, atingindo os 62% (*idem*).

No Brasil, estima-se que mais de 10 milhões de usuários/as acessem a sites sobre saúde regularmente (Gianotti et al., 2012). A pesquisa de Moretti et al. (2012) analisou as respostas de 1.828 indivíduos que responderam a um questionário eletrónico, evidenciando os seguintes resultados: 90% dos entrevistados buscam informações para a própria saúde; houve predomínio do género feminino (89%); 80% responderam que usam a internet como uma das suas principais fontes de informação em saúde; foram assuntos pesquisados: a qualidade de vida, prevenção de problemas de saúde, alimentação e dieta, causas e sintomas de problemas de saúde, diagnóstico médico, tratamentos médicos e medicamentosos, terapias alternativas e saúde infantil, ansiedade, cancro e obesidade. Ainda segundo o mesmo estudo, as atividades *online* relacionadas com a saúde citadas com maior frequência pelos utilizadores foram: a leitura de artigos científicos, pesquisa de autodiagnóstico, visualização de vídeos, leitura de *blogs*, pesquisa sobre qualidade de vida e dieta, entre outros.

Segundo Silva et al. (2014) a internet propiciou o surgimento de uma nova e ambígua faceta nas relações humanas (sejam elas educativas, profissionais, científicas, familiares e afetivas), alterando e influenciando-as ao mesclar os conceitos de proximidade e distância.

Os sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) instalaram-se no quotidiano dos utilizadores com a disponibilidade de múltiplas interfaces de multimídia que favorecem o desenvolvimento e o ajustamento de soluções em TIC destinadas a todos

os aspetos da sociedade, incluindo a área da saúde (Carlotto & Dinis, 2018). À luz do envelhecimento das sociedades que enfrentam a proximidade da vigilância *online* permanente, diferentes requisitos e expectativas dos/as usuários/as devem ser considerados pelas partes interessadas, envolvendo o grau de inovação das aplicações, conveniência, qualidade das informações de saúde disponibilizadas, educação e inclusão digital do/a utente, aceitação e adesão, assim como segurança e privacidade dos dados (idem). Eysenbach (2001) *apud* Adesina e Abiodun (2019) considera *eSaúde* como um campo emergente na interseção de informática médica, saúde pública e negócios, referindo-se a serviços de saúde e informações fornecidas ou aprimoradas pela Internet e tecnologias relacionadas.

Adesina e Abiodun (2019) mostram que Satélites artificiais, internet, comunicação móvel e comunicação em nuvem são algumas das várias ferramentas que podem ser usadas na prestação de serviços de *eSaúde*, todos com os seus respetivos benefícios e aplicações. Defendem e justificam o uso de tal sistema devido ao aumento do custo dos cuidados de saúde, e também pela importância de otimizar o atendimento de todos/as os/as utentes. Os autores explicam ainda que devido aos avanços tecnológicos, novos modelos de prestação de assistência médica têm vindo a ser desenvolvidos para melhorar a acessibilidade à assistência médica, especialmente para áreas distantes e para emergências, e que o uso da *eSaúde* na prestação de serviços de saúde possui uma diversidade de benefícios tanto para para os usuários do serviço (utentes), quanto para aos prestadores de serviços (profissionais da saúde). No entanto, alertam para a necessidade do sistema ser avaliado, minimizando os seus riscos potenciais, de forma a melhorar viabilidade no mercado e aumentar o seu uso globalmente (idem).

Gemert-Pijnen et al. (2012) citam a resolução da Assembleia Mundial da Saúde que, em 2005, reconhecendo o potencial do *e-Health* para melhorar os sistemas de saúde e a segurança, a qualidade e a eficiência na assistência à saúde, melhorando ainda a equidade, e facilitando o acesso a informações e serviços de saúde. No entanto, o sucesso do *eHealth* está ainda aquém das expectativas, como referem os autores. Os estudos demonstraram que a inovação em saúde é muito complexa e que são necessárias mais evidências de que as tecnologias de saúde *online* possam melhorar a saúde (idem). Nesse sentido, há um apelo a mais investigações sobre a temática.

Gemert-Pijnen et al. (2012) dizem que a credibilidade e benefícios do *eSaúde* são reforçadas por experiências como as tidas em países em desenvolvimento, onde os projetos de *eSaúde* buscam principalmente expandir os serviços de saúde para áreas rurais pobres e remotas. São disso exemplo as teleconsultas, que permitem a partilha de conhecimentos e economia de custos de transporte (idem). Estes autores salientam, no entanto, a necessidade de implementar algumas recomendações para aumentar a credibilidade do sistema *eHealth* (Gemert-Pijnen et al., 2012):

- a) Para otimizar a prestação de serviços de saúde, é necessário integrar no atendimento tradicional os artefactos da tecnologia da informação e abordar as barreiras políticas à *saúde eletrónica*. Isso evitará desperdícios e o excesso de uso dos serviços hospitalares (que são de alto custo) aumentando a utilização dos cuidados de saúde primários e melhorando a prevenção (baixo custo);
- b) Para garantir segurança e eficácia, é fundamental criar sistemas que melhorem a adesão ao tratamento e reduzam custos. Devem ser introduzidas disciplinas com temas de *esaúde* nos currículos das escolas de medicina e enfermagem, melhorando assim a formação neste sentido;
- c) Para tornar os cuidados acessíveis, há que melhorar a transparência e a prestação de contas, implementar modelos de negócios otimizados para *eSaúde*, e desenvolver indicadores adequados para avaliar o processo, maturidade, produtividade e resultados.
- d) Para implementar intervenções de *eSaúde* baseadas na evidência, há também que colaborar internacionalmente para avaliar os impactos de tais intervenções, gerando indicadores para orientar o investimento.

Um grande benefício que foi identificado com o sistema *eHealth* é o empoderamento dos pacientes, através do uso de vários meios de prestação de serviços por este sistema, podendo também os prestadores de serviços de saúde comunicarem-se com os pacientes de maneira fácil e frequente, e ajudá-los a resolverem os seus problemas de saúde (Adesina & Abiodun, 2019). Também Jennett et al. (2003) apontam como benefícios do uso do sistema *eHealth*, como a Telemedicina:

- Benefícios socioeconómicos significativos para utentes e familiares, prestadores de cuidados de saúde e sistema de saúde, uma vez que reduz o tempo de espera nas clínicas, o tempo de consultas e hospitalizações;
- Evita encaminhamentos desnecessários;
- Aumenta o acesso aos serviços de saúde, e proporcionam melhores oportunidades educativas;
- Melhores resultados de saúde, qualidade de atendimento, qualidade de vida e melhor suporte social;
- Proporcionam uma adequada monitorização dos utentes;
- As informações dos utentes podem ser facilmente acedidas e as decisões/orientações com vista à promoção da sua saúde/prevenção da doença podem ser tomadas mais cedo.

Também Melo et al. (2017) concluíram, no seu estudo sobre internet e mídias sociais na informação sobre o cancro, que mulheres adultas jovens com maior nível de escolaridade, foram as que mais buscaram informações sobre cancro na internet. Relatam ainda que os profissionais de saúde deixaram de ser a principal fonte de informação em saúde e que hoje o mundo virtual está presente na vida de grande parte da população, servindo como ferramenta de acesso a informações de incontáveis temas, como saúde/doença, principalmente para pacientes oncológicos. Reconheceram como inegável o valor promissor do uso da internet por profissionais da saúde, a direccionar e interagir com os usuários na prevenção e tratamento do cancro para melhor compreenderem a doença, através de informações fidedignas e fontes de qualidade (idem).

Vasconcellos-Silva e Castiel (2009) ressaltam as vantagens do uso da internet na área da saúde, designadamente: informação adaptada às demandas; independência do consumidor em relação à opinião de um médico; informações não comprometidas por razões comerciais e sigilo e anonimato assegurados; entre outras. No entanto alertam para a existência de poucos estudos sobre 'como os usuários interpretam as informações disponibilizadas no que concerne ao que lhes é substantivo no cuidar de si', e criticam o facto de que os estudos nesse campo se concentram na relação homem-máquina, com

desfechos concentrados no aprimoramento da máquina a fim de se alcançar o alinhamento comportamental do ser humano (idem). Explicam, ainda, que as mídias de massa revigoram-se quotidianamente num conceito diretamente ligado à lógica da autorresponsabilidade em saúde — o empoderamento individual — na crença de que o somatório de nossas saúdes individuais se presta à promoção de uma sociedade saudável. Contudo, utentes e cuidadores não estão a ter as suas expectativas plenamente atendidas, frente aos novos recursos interativos que, paradoxalmente, parecem incitar o círculo vicioso da busca pelos especialistas (idem).

Destaca-se ainda, entre os benefícios da utilização da internet na saúde, o engajamento social e o poder de alcance das redes sociais, como por exemplo o *Facebook*, que tem estimulado a participação social voluntária e ressignificado a relação da comunidade com as instituições públicas e privadas, tanto na disseminação da informação, quanto na avaliação dos serviços (Silva et al., 2018). Segundo Morais e Moreira (2015), o uso das redes sociais tornou-se um fenómeno global nos últimos anos pois, além de possibilitar a partilha de informações pessoais, atividades, opiniões, fotografias e vídeos, oferece meios para interações sociais voluntárias entre os usuários. Os autores destacam que a utilização do *Facebook* para prestação de serviços está a aumentar em temas específicos, e destacam a divulgação de solicitações de doação de sangue para familiares e pessoas próximas, a fim de atender a alguma demanda específica. Também a investigação de Silva et al. (2018) revela dados expressivos de engajamento social com a doação de sangue, decorrentes do poder de mobilização do *Facebook*, considerando este um recurso como eficaz para a comunicação e participação social, instrumentalizando a governança.

É, no entanto, imperativo melhorar as estratégias de implementação para aumentar as tecnologias em saúde. Isso acelerará a transformação tão necessária de nossos sistemas de saúde e manterá o acesso, a acessibilidade e a qualidade para todos num futuro próximo (Ossenbaard & Van Gemert-Pijnen 2016).

Ao analisar as relações médicos-pacientes e as influências da globalização sobre o mercado de prestação de serviços médicos, Gianotti et al. (2012) alegam que a ética é fundamental nestas relações, porém com os avanços trazidos pela globalização, o mercado de prestação de serviços médicos tornou-se extremamente concorrido, portanto, além da ética é importante ainda que os envolvidos neste mercado tenham

planeamento e gestão estratégica para sobreviverem. E são justamente alguns dos princípios da Bioética pontos de frequentes questionamentos, receios, dúvidas e ponderações. A garantia de privacidade tem sido a questão mais polêmica no que diz respeito ao tema, e amplamente discutida (Castro, 2014). Assim, Silva et al., (2014) enumeram as implicações negativas das relações humanas e da privacidade na internet que geram conflitos bioéticos: (1) o fato de que ao acessar à *internet*, nem todas as pessoas estão conscientes do risco de exposição da sua privacidade, desconhecendo também em que proporções isto ocorre, e como reduzir tais riscos para proteger as suas informações pessoais; (2) o fato de que nem todas as pessoas sabem identificar os *sites* credíveis e/ou até que ponto os *sites* que utilizam são confiáveis; (3) o fato de que, ao acessar à *internet*, não há como ter a certeza de que dados estão a ser recolhidos e que tipo de cruzamento (relação) será feito no futuro, com qual a finalidade e para quê serão utilizados; (4) no caso de pessoas que gostam de expor as suas experiências e vivências na *internet*, quais informações, quando e em que sites disponibilizar tais informações com segurança; (5) a dificuldade de mensurar as consequências positivas e/ou negativas da exposição consciente, ou não, de informações pessoais e profissionais; (6) a proliferação e a apologia de atitudes e formas de comportamentos preconceituosos. Além dos aspetos relacionados com a segurança e legislação, é importante ressaltar que as possíveis soluções para as implicações bioéticas - emergentes do uso da internet - perpassam pela consciencialização de todos os envolvidos, sejam usuários ou administradores dos servidores de *internet* da importância da privacidade, bem como do consentimento das pessoas para recolha e uso de dados (*idem*).

A facilidade e rapidez na troca de informações, permitidas pelo uso da *internet*, têm como vertente negativa o não permitir, por falta de tempo útil, uma averiguação da veracidade das informações veiculadas. Isto faz com que, na área da saúde, por vezes os/as utentes obtenham informações incorretas na *internet* e as tomem como verdadeiras (Gianotti et al., 2012). E é importante lembrar que uma informação equivocada relacionada com a saúde pode comprometer a qualidade de vida, ou a própria vida do/a utente em questão (*idem*). Também Melo et al. (2017) advertem que a informação proveniente da *internet* pode ser de difícil compreensão para alguns utentes, ou até mesmo de baixa qualidade,

gerando-lhes efeitos negativos como angústia, em virtude de informações incorretas, incompletas e confusas.

Por outro lado, Moretti et al. (2012) ressaltam ainda que, embora o uso indiscriminado das informações obtidas na *internet* possa ser prejudicial, há também um lado benéfico, pois pode possibilitar a tomada de decisões mais criteriosas por parte dos usuários/as ou consumidores/as, além de uma maior autonomia e liberdade de escolha.

A influência das tecnologias de comunicação e informação nos assuntos e temas relacionados com a saúde é um facto preponderante na atualidade. De acordo com Gemert-Pijnen et al. (2012), os/as consumidores/as, rapidamente habituaram-se encontrar e usar informações disponibilizadas *online*, impulsionados/as pela introdução de tecnologias que surgiram na primeira década do século XXI. A 'rede social' permite a participação e a comunicação real, onde as pessoas compartilham e enriquecem as suas experiências, como por exemplo: a enviar vídeos, imagens, texto e som (*idem*). Os autores dizem ainda que a revolução digital afeta a sociedade em todos os domínios, nomeadamente na educação, indústria, arte, política, jornalismo, lazer, cultura e também ao nível da saúde. Este posicionamento vai ao encontro do de Santana e Pereira (2007), para quem, apesar de não se contestar a importância do profissional de saúde enquanto fonte de informação de saúde, a *internet* começa a tornar-se uma importante fonte de informação na área da saúde, prevendo-se um aumento na procura de serviços nesta área, o que provavelmente terá implicações na relação médico-utente.

Silva et al. (2014) referem também que na conjuntura actual, não é possível ao ser humano retroceder e viver sem as facilidades e benefícios gerados pela *internet* e que as próprias necessidades e anseios humanos impulsionam o contínuo e vertiginoso avanço do seu desenvolvimento. Portanto, constituem um desafio a manutenção e ampliação dos benefícios e serviços da *internet* com qualidade e com base em princípios bioéticos, aliados à redução dos riscos de exposição da privacidade, das manifestações preconceituosas e dos crimes virtuais (*idem*).

A literatura também sublinha que as instituições governamentais e organizações civis, devem criar métodos de certificação, de forma a informar ao usuário da *internet*, na busca de informações, serviços ou produtos de saúde *online* de qualidade, bem como, quais os

seus direitos no consumo de tais serviços (Moretti et al., 2012), designadamente: transparência; honestidade; qualidade; consentimento Livre e Esclarecido; privacidade; ética médica e responsabilidade e procedência. Moretti et al. (2012) acreditam que este assunto constitui uma questão de saúde pública, e destacam a necessidade de um debate sobre os efeitos e riscos do uso das informações de saúde. Defendem que a certificação não se trata de censurar determinados *sites* ou conteúdos, mas que constitui antes uma maneira de garantir que aqueles que são disponibilizados sejam verosímeis e insuspeitos, facto importante para gerar segurança no utente e cidadão usuário.

A organização dos serviços de saúde, públicos e/ou privados, deve contemplar estratégias de Telemedicina e Telesaúde enquanto eixos organizacionais, uma vez que Telemedicina já assume grande relevo a nível mundial (Harzheim et al., 2017).

Consciente da importância da utilização das TIC no contexto de trabalho dos nutricionistas, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Nutricionistas em Portugal emitiu, em 2015, um parecer sobre a utilização desta ferramenta na prática profissional, designadamente do ponto de vista deontológico, e recentemente, em 2020, a elaboração de um Guia Orientador (Ordem dos Nutricionistas, 2020). No Brasil, somente em 2020, o Conselho Federal de Nutricionista (CFN) permitiu aos nutricionistas o atendimento não presencial, em virtude da Pandemia pelo Coronavírus. Até então, o atendimento presencial era uma exigência estabelecida pelo Código de Ética do Nutricionista neste país, facto que passou a ser ajustado à necessidade e realidade do momento pandémico, onde os teleatendimentos passaram a fazer parte do quotidiano dos profissionais de saúde, com benefícios para os utentes (CFN, 2021).

## **2.2. Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crónica, não transmissível, causada pela deficiência total ou parcial do organismo em produzir insulina. Essa condição eleva os níveis de glicose no sangue e, quando não tratada, a pessoa com Diabetes pode desenvolver enfartes do miocárdio, neuropatias, insuficiência renal, problemas de visão, entre outros (WHO, 1999). Configura-se como uma epidemia mundial, com cerca de 422 milhões de adultos/as em todo o mundo a viver com Diabetes, quatro vezes mais quando

comparado ao ano de 1980 (WHO, 2016), superando assim as projecções feitas por Barbosa, Barceló e Machado (2001), que estimaram 300 milhões de pessoas com Diabetes para 2025.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019) a Diabetes está associada a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, bem como maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crónicas mais frequentes.

A prevalência precisa de Diabetes por tipo não é conhecida, já que os estudos de prevalência raramente distinguem entre o tipo 1 e o tipo 2 usando as definições atuais, ainda que se saiba que a grande maioria dos casos de Diabetes são do tipo 2 (WHO, 2016).

Após o estabelecimento do diagnóstico da DM, o controlo glicémico é um dos principais objetivos do tratamento, visando reduzir as suas complicações agudas e crónicas, de forma a promover maior qualidade de vida e diminuir a mortalidade (Milech et al., 2016).

O reconhecimento de que o bom controlo glicémico permite reduzir de forma significativa as complicações microvasculares específicas da Diabetes (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e, em parte, também as complicações macrovasculares, estabelece-se como prioridade nestes utentes o tratamento eficaz da hiperglicemia. As Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o tratamento da hiperglicemia e fatores de risco na Diabetes Tipo 2, indicam que não se deve procurar atingir uma HbA1c inferior a 6,5% ou de 7%, de modo generalizado (Duarte, 2018). No entanto, a A1c deve ser tão próxima do normal quanto possível sem que tal implique um risco muito elevado de hipoglicemias graves. Os objetivos devem ser adequados ao contexto do doente: idade, tempo conhecido de duração da doença, existência ou não de complicações (cardiovasculares, risco de hipoglicemias) e aspetos económicos, entre outros (idem).

O tratamento da DM tipo 2 (DM2) inclui mudanças no estilo de vida, com a inclusão da prática de exercício físico regularmente e o estabelecimento de uma dieta adequada. Na Diabetes tipo 2 é igualmente crucial o controlo de outros fatores de risco associados, como a dislipidemia, a hipertensão arterial, a hipercoagulabilidade, a obesidade e a

resistência à insulina, aspecto que tem constituído um importante foco de investigação e intervenção (Milech et al., 2016).

A modificação do estilo de vida é recomendada durante todas as fases do tratamento para melhorar a glicemia (Bertoluci et al., 2020). Figueira et al. (2017) sugerem que os/as profissionais da saúde utilizem de estratégias educativas mediadas por ferramentas que possibilitem a participação activa da pessoa no processo ensino-aprendizagem, com o objetivo de obter mudanças comportamentais necessárias para o cuidado no tratamento da DM, uma vez que a mudança comportamental é ponto crucial a definir numa efetiva adesão à terapêutica proposta, e diz respeito à inclusão e adoção de atividade física, alimentação adequada e especialmente a promoção do autocuidado.

### **2.3. Educação em Saúde**

Durante séculos a educação adotou como método de excelência a mera transmissão de conhecimentos, sem uma reflexão crítica dos conhecimentos adquiridos (designada por “educação bancária”) (Freire, 2004). Na visão dos/as professores/as, a mente do/a educando/a era como um banco, no qual o/a educador/a depositava conhecimentos para serem arquivados (decorados) sem serem questionados a respeito do seu teor (idem). Ou seja, proporcionava-se uma aprendizagem dissociada da realidade do/a educando/a servindo apenas para manter a dominação sobre as massas (Freire, 2004). Essa prática pedagógica era permeada pelo autoritarismo, dizendo aos/as educandos/as o que deveriam fazer ou responder, não sendo permitido realizar críticas, ou questionar/duvidar do/a professor/a - aquele que detém o conhecimento e que o deposita num corpo "vazio" dos alunos (Freire, 2000a). Ou seja, a educação bancária não buscava a conscientização dos/as educandos/as, era antes puro treino, pura transferência de conteúdos, e puro exercício de adaptação ao mundo (idem).

A tentativa de transportar essa visão de “educação bancária” para o setor da saúde, permite compreender que por vezes há semelhanças com a realidade, quando ocorre a transmissão de normas (conhecimento), de forma prescritiva no sentido de evitar a doença, por vezes sem ter em conta a realidade individual (Maciel, 2009). Quando isso acontece, resta ao sujeito aprender a acatar as normas para evitar a doença e, se tal não

for cumprido em função da prescrição feita pelos/as profissionais de saúde, os sujeitos tornam-se os/as culpados/as pelos seus próprios problemas de saúde, que na verdade são originários ou influenciados por fatores sociais, culturais e financeiros (Maciel, 2009).

O exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar (Freire, 2000b).

A educação em saúde pode ser caracterizada por possuir um conjunto de práticas que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os/as profissionais e os/as gestores/as, uma vez que se baseia num processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação de temática pela população (Brasil, 2012). A sua concretização requer uma visão sistémica de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado sempre que se considera a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o ser humano e a sociedade (Schall & Stuchiner, 1999). Estes autores propõem uma educação em saúde ampliada, que inclua políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde, para além dos tratamentos clínicos e curativos. Para além disso, também reclamam propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da sociedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida das pessoas (idem).

Machado et al. (2007) apontam para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade, através de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável. Os autores defendem ainda a educação em saúde como processo político-pedagógico, que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, que levem a pessoa a alcançar a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, da sua família e da coletividade (idem).

Os/As profissionais de saúde demonstram um interesse crescente pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, indo para além do estado físico e elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados subjetivos de satisfação das pessoas no seu viver diário (Machado et al., 2007) Esta atitude incorpora o princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar (idem).

A educação em saúde é um dos grandes desafios na prática dos/as profissionais de saúde, para alcançar a mudança de estilo de vida dos/as seus utentes. As orientações facultadas devem ter suporte técnico-científico que comprove os seus benefícios, seja na recuperação ou na manutenção da saúde (Menezes & Avelino, 2016). Nesse sentido, é também necessário reconhecer e respeitar as diversidades regionais, a cultura alimentar, para então haver competência para incentivar, promover, facilitar e orientar a mudança dos hábitos alimentares já estabelecidos (idem). Deve ter como alvo mudanças no comportamento menos adequado ou prejudicial, através de conhecimentos e soluções, proporcionadas por profissionais sustentados na ciência, que promovam a saúde. Desta forma, os grupos operativos podem configurar como importantes recursos pedagógicos capazes de produzir nos/as participantes efeitos terapêuticos (Dutra & Correa, 2015). Isto porque as atividades de educação desenvolvidas nos encontros permitem a criação de estratégias saudáveis de manejo e enfrentamento de alguns efeitos psicopatológicos, entre outras vantagens (idem).

### **2.3.1. Grupos Operativos**

A partir da década de 1970, a metodologia dos grupos operativos despertou o interesse dos/as profissionais da saúde, em virtude do seu potencial de aplicabilidade, e pela possibilidade de, em grupo, sugerir novas iniciativas para a resolução das dificuldades/problemas, capazes de transformar informação em atitude (Soares & Ferraz, 2007).

Segundo Bastos (2010), a técnica dos grupos operativos começou a ser sistematizada por Pichon-Rivière, médico psiquiatra, a partir de uma experiência que realizou no hospital de Las Mercedes, em Buenos Aires, na sequência de uma greve no sector de enfermagem. Esta greve inviabilizou o atendimento dos/as utentes com doença mental, limitando-lhes

a administração de medicação e cuidados de saúde. Perante tal situação, Pichon-Rivière propôs para os/as pacientes “menos comprometidos/as”, uma assistência para com os/as “mais comprometidos/as”. No decorrer da experiência, quer os/as utentes cuidadores/as, quer os/as cuidados/as desenvolveram um sentimento maior de identificação entre si, podendo-se estabelecer uma parceria de trabalho, uma troca de posições e lugares, e trazendo como resultado uma melhor integração. Pichon-Rivière começou a trabalhar com grupos na medida em que observava a influência do grupo familiar em seus/uas pacientes. A sua prática psiquiátrica esteve subsidiada principalmente pela psicanálise e pela psicologia social, sendo ele o fundador da Escola Psicanalítica Argentina em 1940, e do Instituto Argentino de Estudos Sociais em 1953. Para Bastos (2010), o objeto de formação do/a profissional deve instrumentar o sujeito para uma prática de transformação de si, dos/as outros/as e do contexto em que se inserem. Defende ainda a ideia de que a aprendizagem é sinónimo de mudança, na medida em que deve haver uma relação dialética entre o sujeito e objeto, e não uma visão unilateral, estereotipada e cristalizada (idem).

O grupo operativo propõe trazer para as reuniões o espaço doméstico/íntimo/quotidiano de cada pessoa, proporcionando um fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, garantindo também um acesso mais facilitado. Soluções melhores e mais efetivas que atendam às necessidades de todos/as só podem ser sugeridas e concretizadas quando todos/as os integrantes da equipe entendem a sua importância individual e coletiva, contribuindo, cada um, com as suas ideias e experiências (Menezes & Avelino, 2016). No contexto da saúde e atenção primária, por exemplo, esta metodologia é considerada como um processo prático e eficiente, revelando diversos estudos resultados positivos na promoção, prevenção e educação em saúde (Menezes & Avelino, 2016).

Sobre esta metodologia, Bastos (2010) explica que alguns papéis desempenhados nos grupos são fixos, como o de coordenador/a. Essa pessoa é responsável por direcionar o grupo na sua tarefa, articulando e problematizando os discursos sobre os temas propostos (idem). Também o/a observador/a, outro papel, deve observar e registar tudo que ocorre no grupo, bem como as diferentes solicitações (idem). Nesta proposta de estratégia, um/a dos/as profissionais fará a coordenação e o outro fará o papel de

observador (o que será intercalado entre os encontros para melhor condução dos temas durante processo). Já outros papéis podem surgir no decorrer do processo, entre os/as próprios/as participantes, como por exemplo, o/a porta-voz (expõe conteúdos latentes do grupo), o/a bode expiatório (depositário dos aspectos negativos do grupo), ou o/a sabotador/a (representa a resistência à mudança) (Gayotto, 1992 mencionado em Bastos, 2010).

No contexto da educação em saúde, estes grupos funcionam como estratégias eficientes, nos quais se abrem espaços para a escuta das necessidades das pessoas e para a sua informação. Os grupos permitem que todos/as possam falar sobre os seus problemas e buscar soluções, conjuntamente com os/as profissionais, havendo circulação da informação desde a experiência técnica até à vivência prática de cada indivíduo (Bueno & Siebert, 2008).

Ao estudarem a prática de Grupo Educativo sobre Hipertensão Arterial numa Unidade Básica de Saúde do município brasileiro de São José do Rio Preto, Silva e Santos (2004) verificaram que o grupo de hipertensão da unidade aborda os temas esclarecendo as dúvidas e solucionando as necessidades dos usuários, e que 76% dos/as hipertensos/as apresentaram alguma mudança no seu estilo de vida. Também um estudo de Bueno e Siebert (2008), que teve como objetivo descrever o funcionamento de grupos operacionais de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), no Brasil, bem como a contribuição deles para a melhoria ao nível da APS, verificou resultados positivos. Nele, os três grupos estudados (pessoa com hábitos tabágicos, pessoas portadoras de lombalgia, e gestantes) reuniam-se semanalmente, sob a coordenação de um médico (em cada um), com um planeamento prévio das atividades a desenvolver e utilização de material didático de apoio. Observou-se que o funcionamento dos grupos de apoio de tabagismo, utentes com lombalgia e gestantes, pareceram contribuir para as necessidades da população, havendo uma interação afetiva entre os membros do grupo (Bueno & Siebert, 2008).

Ainda que outras formas de intervenção no âmbito da educação em saúde sejam possíveis de implementar, a implementação dos grupos operativos destaca-se por ser uma ferramenta de incorporação do saber, caracterizada pela didática horizontal, que torna o/a participante um/a agente ativo/a e responsável na mudança de hábitos (Dias et al.,

2009). A sua grande vantagem em relação às demais é a proposta de construção de um conhecimento coletivo, uma aproximação entre os/as integrantes (profissional-paciente) que permite a exposição de todas as angústias e necessidades individuais que, conjuntamente, são discutidas e solucionadas com a participação e inclusão activa de todos os/as intervenientes (Dias et al., 2009). Para Menezes e Avelino (2016), os grupos operativos podem estar inseridos na promoção da saúde, em qualquer ambiente. Consideraram que, apesar das dificuldades enfrentadas ao trabalhar com diferentes pessoas, com histórias distintas, o processo prático mostrou-se eficiente em todos os estudos por eles avaliados, com resultados positivos na promoção, prevenção e educação em saúde. Concluíram ainda que esta metodologia acaba por estar muito presente na Atenção Primária, implementada pelos/as diversos/as profissionais, com objetivos variados, mas todos envolvidos no cuidado de saúde a prestar à pessoa, que além de um direito é uma necessidade (idem).

A pessoa com Diabetes pode ter potencial para gerir de forma saudável as exigências requeridas pela especificidade da sua situação de saúde e de vida, desde que caminhe persistentemente no sentido da máxima funcionalidade (Araújo, 2020). O elemento que influencia as estratégias usadas para tal, é, segundo Nunes (1999), o Sentido de Coerência, o qual se refere à capacidade que as pessoas têm de accionar oportunamente os mecanismos de regulação que condicionam tanto a sua saúde física bem como a saúde mental.

Nunes (2000) refere que o Sentido de Coerência, termo proveniente do inglês *sense of coherence* (SOC) foi catapultado, em 1997, para o âmbito da promoção da saúde, em conclusões baseadas nos estudos empíricos que envolviam o SCO do indivíduo, o que levou à sua introdução deste termo nos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (*Health for all in 21st century*), e inserindo na ordem do dia das grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção da saúde mental do século XXI. Refere-se particularmente ao objetivo número 12, relativo à promoção da saúde mental das populações, dando particular relevo aos "*environments (are) created that help people to gain a sense of coherence and cope with stressful situations and events*" (WHO, 1997, p 29 citado por Nunes 2000).

O Sentido de Coerência apresenta três componentes: compreensão, manejo e significado, que atuam conjuntamente permitindo ao indivíduo enfrentar os elementos estressores presentes na vida cotidiana (Dantas, 2007): (1) os estímulos provenientes dos ambientes interno e externo, que são estruturados, previsíveis e explicáveis (compreensão), (2) os recursos estão disponíveis para que ele possa satisfazer as demandas impostas por esses estímulos (manejo) e (3) essas demandas são mudanças, merecedoras de investimentos e engajamento (significado). Esta perspectiva é apontada como uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os (Nunes, 2000): (1) estímulos emanados dos meios interno ou externo de uma existência como estruturados, previsíveis e explicáveis (*capacidade de compreensão*); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos - (*capacidade de gestão*); e (3) que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo - (*capacidade de investimento*).

Neste sentido, associar os grupos operativos como ferramenta para o desenvolvimento do sentido de coerência pode ser uma estratégia para a promoção do autocuidado em adultos com Diabetes Mellitus, sendo, portanto, o modelo teórico no qual se baseia esta intervenção educativa.



### **3. METODOLOGIA**

Ao longo deste capítulo abordam-se os pressupostos metodológicos do projeto concebido e implementado, bem como aspetos inerentes à sua avaliação.

#### **3.1. Objetivos**

##### **3.1.1. Objetivo Geral**

Promover o autocuidado de utentes portadores de Diabetes, encaminhados virtual e remotamente por profissionais de saúde para o projeto, através da implementação de um projeto de educação para a saúde sobre alimentação, saúde e qualidade de vida na pessoa diabética.

##### **3.1.2. Objetivos Específicos**

- Avaliar o autocuidado dos/as utentes diabéticos/as em estudo, antes e após a intervenção educativa;
- Avaliar os conhecimentos dos/as participantes sobre a Diabetes, antes e depois da intervenção;
- Melhorar os níveis de controlo glicémico após a implementação do projeto de intervenção educativa;
- Avaliar a satisfação dos/as participantes para com o projeto.

#### **3.2. Natureza do estudo**

Trata-se de um projeto de natureza mista, com recurso à análise qualitativa e quantitativa dos dados. Alguns investigadores têm combinado o uso dessas duas abordagens no sentido de possibilitar uma maior compreensão do fenómeno estudado, denominando-se essa abordagem combinada de quanti-qualitativa ou, simplesmente quanti-quali, ou ainda de enfoque integrado (Bortolozzi, 2020).

### 3.3. Participantes

O presente projeto contou com 6 participantes<sup>1</sup> que cumpriram integralmente os critérios de inclusão estabelecidos, nomeadamente: 1) ser portador/a de Diabetes Mellitus; 2) ser encaminhado(a)/orientado(a) para o projeto através de profissionais da saúde; 3) ter acesso à internet; 4) possuir competências de utilização de ferramentas digitais, ou conviver com alguém/cuidador/familiar com a disponibilidade de poder auxilia-los/as no manejo de ferramentas digitais; 5) aceitar participar voluntariamente no projeto assinando o termo de consentimento informado; e 6) participar em pelo menos 4 das 6 sessões educativas propostas.

Foram também definidos como critérios de exclusão<sup>2</sup>: ter idade inferior a 18 anos; grávidas; e pessoas com comprometimentos renais.

### 3.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados neste projeto contemplou o uso de três instrumentos. Assim, antes de serem implementadas as sessões educativas, foi administrado um questionário sócioepidemiológico (Apêndice 1), elaborado pela investigadora; também a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes de Bastos e Lopes (2007) (Anexo 1) e o questionário *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A), traduzido para a língua portuguesa e validados no Brasil por Torres et al. (2005) (Anexo 2). A sua implementação fez-se recorrendo à plataforma *Google Forms*, tendo sido bem recebida e utilizada pelos/as participantes. Um mês após as sessões educativas, foram novamente aplicados a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes de Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A), com o intuito de compreender a evolução dos resultados.

---

<sup>1</sup> Sem vínculo a nenhuma instituição ou órgão, mas captados de encaminhamentos virtuais realizados por profissionais da saúde. A notificação da realização do projeto foi difundida nas rede social a autora - especificamente whatsapp, facebook e instagram. Profissionais da saúde encaminharam ao projeto pessoas que fossem diabéticas e tivesse interesses na ação de educação.

<sup>2</sup> Uma vez que se trata de grupos específicos, com complexidade específicas para a situação fisiológica ou patológica que estão a conviver.

O DKN-A é um questionário, auto aplicável, constituído por 15 ítems de múltipla escolha sobre diferentes aspectos relacionados com o conhecimento geral acerca de DM, apresentando cinco categorias: a) fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença, e) princípios gerais dos cuidados da doença (Torres et al., 2005). A escala de medida é de 0 a 15, e cada item é aferido com escore 1 para respostas corretas e 0 para incorretas. Para os itens 13, 14 e 15 existem duas corretas. Para estes últimos itens atribui-se o valor “1”, quando ambas as alternativas assinaladas forem corretas, e o valor “0,5” se apenas uma alternativa for respondida de forma correta. Um escore maior que 8 indica conhecimento para Diabetes (Rodrigues, 2011).

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes é composta por um total de 19 itens, agrupados em seis dimensões: alimentação (dois itens referentes à alimentação em geral e três itens relativos à alimentação específica); exercício físico (dois itens); monitorização da glicemia (dois itens); medicação (um item ou a média de dois, em alternativa); cuidados com os pés (cinco itens); hábitos tabágicos (quatro itens). A escala é parametrizada em dias por semana em que os indivíduos apresentam determinado comportamento, variando o *score* de cada item entre 0 e 7. O escore por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão (Bastos et al., 2007)

### **3.5. Considerações éticas**

A realização deste trabalho contemplou os pressupostos éticos necessários, designadamente o pedido de autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra, o qual foi Deferido, sob o parecer no. 80\_CEIPC/2021 (Anexo 3). Para além disso, a participação das pessoas que integraram o estudo só ocorreu mediante a sua aceitação de livre vontade e espontaneamente, com preenchimento do termo de consentimento informado, conforme modelo que consta no Anexo 4. No momento inicial de apresentação do projeto e ao longo de todas as sessões, os/as participantes foram sempre esclarecidos relativamente às questões que colocavam e também lhes foi transmitido que poderiam interromper a participação no estudo se assim o desejassem

ou por qualquer motivo. De igual modo, a privacidade e confidencialidade dos dados sempre foi garantida e preservada, tendo sido identificados/as por codificação aleatória com letras do Alfabeto para identificação (A, B, C, D, E, F...).

### **3.6. Conceção e implementação do projeto**

Num primeiro momento o projeto foi divulgado junto de profissionais de saúde que atendem e acompanham pessoas com Diabetes Mellitus em Portugal e Brasil, utilizando para tal as redes sociais da investigadora, designadamente *instagram* e *whatsapp*. Pretendia-se que estes profissionais (nutricionistas e demais profissionais da área da saúde) pudessem convidar os seus utentes a participar no estudo, dando-lhes a conhecer os seus pressupostos e metodologia de funcionamento (de forma breve), com a finalidade, não apenas de poderem contribuir para o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática em estudo, mas também, e essencialmente, como incentivo à promoção de um melhor cuidado (autocuidado) em tempo de pandemia pela COVID-19, que tantas restrições ao atendimento presencial impôs.

O trabalho desenvolveu-se totalmente em ambiente virtual, sendo os/as participantes sem vínculo a nenhum órgão ou instituição. Utilizaram-se para tal salas virtuais, inicialmente pela plataforma *Zoom*, e posteriormente na plataforma *Messenger*.

### **3.7. As Sessões Educativas em Teleatendimento**

As sessões educativas decorreram em grupos, por teleatendimento e tiveram a fundamentação metodológica de grupos operativos - especificamente do tipo aprendizagem, de Pichon-Rivière, e nas pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho desenvolvidas por Christophe Dejours (Dutra & Correa, 2015). A intervenção telemática educativa foi constituída por 6 sessões, com intervalo de 15 dias, durante os meses de Maio, Junho e Julho no ano de 2021, sempre às sextas feira. As sessões começavam pelas 21h (horário Portugal), ou seja 16h (horário Manaus- Brasil) e com uma duração aproximada de 60 minutos cada, em salas virtuais por plataforma digitais com *Zoom* e *Messenger*.

Estas sessões abordaram diferentes temas, relevantes e condizentes para com o autocuidado da pessoa com Diabetes, tal como mostra o Quadro que se segue (Quadro 1).

**Quadro 1. Sessões educativas implementadas**

Sessões	Objetivos
<p><b>1ª Sessão:</b> O que é Diabetes e qual a importância da alimentação no controlo da doença?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir a aproximação entre participantes (“quebra-gelo”) no sentido de potenciar as suas participações ao longo das sessões.</li> <li>- Convidar à reflexão sobre o conceito da DM e suas complicações</li> <li>- identificar as principais dificuldades dos/as participantes em manter um regime alimentar saudável no seu quotidiano.</li> </ul>
<p><b>2ª Sessão:</b> Atividade Física, bem-estar e qualidade de vida: que implicações têm na vida da pessoa com Diabetes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- - Discutir sobre de qualidade de vida relacionada com a saúde;</li> <li>- - Estimular à inclusão da atividade física no quotidiano dos/as participantes;</li> <li>- - Permitir a consciencialização sobre a pertinência da adoção de estilos de vida ativos e atividade física como tratamento co-adjuvante da Diabetes.</li> </ul>
<p><b>3ª Sessão:</b> Receitas práticas e saborosas que as pessoas diabéticas podem usar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar preparações culinárias ricas em fibras e com ingredientes de baixo índice glicémico;</li> <li>- Estimular o uso de tais preparações ou ingredientes na rotina alimentar dos/as participantes.</li> </ul>
<p><b>4ª Sessão:</b> Tabagismo, stresse, insuficiências nos cuidados com a pele e pés, e outros factores que influenciam a progressão da Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convidar à reflexão de demais factores que podem comprometer o controle da Diabetes;</li> <li>- Promover a inclusão do exame rotineiro dos pés e peles, no autocuidado;</li> <li>- Relacionar a discussão com o conceito de qualidade de vida anteriormente abordado.</li> </ul>
<p><b>5ª Sessão:</b> Estratégias para melhorar o autocuidado na Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar estratégias e sugestões evidenciadas na literatura como promotoras da saúde e bem estar na pessoa com Diabetes;</li> <li>- Debater em conjunto medidas facilitadoras da adoção de estratégias promotoras da saúde no autocuidado dos/as participantes.</li> </ul>
<p><b>6ª sessão:</b> Faça você mesmo/a e melhore o seu autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dos/as participantes relatos, experiências e contributos sob a óptica do portador da Diabetes.</li> </ul>

Era objetivo comum a cada sessão que no final de cada uma delas os/as participantes identificassem em si uma atividade, meta ou tarefa a cumprir no seu quotidiano, no sentido de melhorar o seu autocuidado em relação aos temas abordados.

Para além disso, cada sessão teve o seu roteiro previamente definido, de forma a guiar e conduzir o fluxo dos assuntos abordados. Nelas os/as participantes eram convidados/as a responder e a refletir a questões com perguntas sobre cada tema, sobre as suas experiências e eram estimulados/as a comentar, falar, opinar. No Apêndice 2 descrevem-se os aspetos e roteiros norteadores de cada sessão.

Além dos encontros quinzenais por videoconferência, os utentes por vezes interagiram, na aplicação de conversas *Whatsapp* (num grupo de suporte para comunicação e monitorização), sobre as suas rotinas, com registro fotográficos das refeições, atividade física realizada e outros elementos que considerassem importantes para partilhar no âmbito deste trabalho. Importa ainda referir que ao longo das sessões educativas foram recolhidos dados qualitativos, e posteriormente analisados, para o enriquecimento da discussão dos resultados.

### **3.8. Variantes Peso, Hemoglobina glicada e Glicémia de Jejum**

As informações sobre estas variantes foram auto declaradas e recolhidas no Questionário Socioepidemiológico (Apêndice 1), sendo num primeiro momento antes das sessões educativas e um mês após a última sessão. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido através da fórmula  $[\text{peso}(\text{kg})/\text{estatura}(\text{m})^2]$ , e os/as participantes foram classificados como normoponderais, com sobrepeso ou obesos, utilizando-se do IMC, segundo o qual o peso Adequado ou Eutrófico corresponde à faixa de 18,5 a 24,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ , o Sobrepeso à 25 à 29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ , e a Obesidade Classe I à 30 a 34,99  $\text{kg}/\text{m}^2$ , Obesidade Classe II à 35 a 39,99  $\text{kg}/\text{m}^2$ , e Obesidade III à  $> 40 \text{ kg}/\text{m}^2$  (WHO, 1998).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo deste ponto são apresentados e discutidos os principais resultados do projeto. Importa referir que, o projeto contou com 12 pessoas interessadas e 9 pessoas inscritas. Contudo, apenas 6 concluíram com assiduidade as sessões educativas propostas, pelo que foi considerado este o número participantes (n=6) no projeto.

Percebeu-se que existiu dificuldade de alguns interessados na disponibilidade de horário, outros dificuldade no acesso e boa conexão à *internet*, que representou a causa das 3 desistências. Este facto (desistência pela má qualidade da conexão à *internet*) convida, desde já, a uma reflexão sobre em que medida a utilização de tecnologias que promovem benefícios para a saúde, são realmente passíveis de integrar no autocuidado das pessoas, como a literatura sugere. Por outro lado, também se percebe que a telemedicina pode confrontar-se com alguns destes problemas e com o desafio de aumentar o acesso aos cuidados de saúde. As políticas de saúde em telemedicina são questões que promovem crescimento social, económico e humano e podem servir como alavanca para o crescimento e desenvolvimento de comunidades que lutam por melhores condições de vida, evicção da pobreza (WHO, 1997). Nesse sentido, as telecomunicações poderiam ser usadas para promover saúde global, podendo escolas, clínicas, bibliotecas comunitárias serem utilizadas como importantes pontos para interação e disseminação de informação sobre saúde (idem). Contudo, percebe-se que esse caminho ainda tem que ser feito.

##### 4.1. Caracterização dos/as participantes

Este estudo contou com a participação de 6 pessoas, 50% (n=3) eram mulheres, e os outros 50% homens. Todos/as participantes tinham a nacionalidade brasileira.

Relativamente à idade, 3 participantes (50%) tinham mais de 60 anos; 1 participante (16,66%) com faixa etária entre 30 a 40 anos; e 2 participantes (33,33%) com 41 a 45 anos de idade.

Quanto ao estado civil, predominaram as pessoas solteiras (n=3), 50%; seguindo-se as casadas (n=2), (33,33%; e por fim divorciadas (n=1) (16,66%). Já no que se refere ao grau

de escolaridade, todos tinham concluído o ensino secundário, sendo que 4 avançaram para o nível superior.

Relativamente ao agregado familiar, os participantes referiram conviver, no geral, em pequenos agregados: em média de 2 a 3 agregados. Apenas 1 participante convivia com mais de 6 agregados

Sobre os hábitos tabágicos, apenas 1 participante declarou ser fumador, e 1 um ex fumador.

Quanto às patologias associadas à Diabetes, 4 participantes declaram-se portadores outras doenças que não foram especificadas; 1 participante declarou-se portador de dislipidemias, e apenas 1 participante, declarou ser portador de obesidade/sobrepeso.

No que diz respeito ao peso, glicémia, hemoglobina glicada e medicação relacionada com a Diabetes, verificou-se, como demonstra a Tabela 1, que antes de iniciar as sessões, todos apresentavam IMC acima dos padrões normais, verificando-se 2 pessoas com Obesidade Grau I e os restantes com sobrepeso (n=4). Dado interessante a destacar que ao preencherem o questionário sóiodemográfico, apenas 1 participante, reconheceu-se e declarou-se com obesidade/sobrepeso. Facto que pode-se sugerir os participantes não relacionavam o excesso de peso como uma patologia associada à Diabetes.

**Tabela 1. Índice de Massa Corporal - IMC, a glicémia, hemoglobina glicada e medicação utilizada pelos participantes antes e após da participação nas sessões educativas**

Participante	Peso (kg)		IMC Kg/m <sup>2</sup>		Glicemia (mg/dl)		Hemoglobina glicada (%)		Medicação
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	
<b>A</b>	68	70	31,04	31,95	ni	ni	ni	ni	ni
<b>B</b>	96	92	30,29	29,01	121	100	8,6	7,4	Insulina
<b>D</b>	77	77	26,95	26,95	173,4	132	6,5	ni	ni
<b>E</b>	58	58	25,43	25,43	125	123	ni	ni	Metiformina
<b>F</b>	79	81	29,73	30,48	274	178	9	8	Insulina
<b>H</b>	87	85,7	27,88	26,15	89	121	6,1	6,3	Metiformina
<b>MÉDIA*</b>	<b>77,5</b>	<b>77,2</b>	<b>28,33</b>	<b>28,32</b>	<b>156,48</b>	<b>130,08</b>	<b>7,55</b>	<b>7,23</b>	

Legenda:

ni = não informado

\*média calculada pelo número de participantes que informaram os dados e não pelo total de participantes

Quanto à medicação, uso de antidiabéticos orais (metiformina) foi mencionado por 33,33% dos participantes (n=2); a insulina por mais 33,33% (n=2); e ou outros 2 participantes restantes (33,33%) não souberem informar a medicação utilizada por eles .

Vale destacar que o/a participante F com a hemoglobina glicada mais elevada antes das sessões e que faz uso de insulina, foi o/a único que respondeu que procurou serviço de urgência ou emergência nos últimos 3 meses antes das sessões, facto que também aconteceu pós sessão.

Quanto à avaliação da Hemoglobina Glicada (HbA 1c), dos 6 participantes, 4 deles tinham resultado desta análise antes das sessões. Percebeu-se uma redução da HbA 1c em 2 dos/as destes 4 participantes (50%). Refere-se os/as participantes B e F, que após este programa de intervenção obtiveram redução da Homglobina Glicada, sendo que o participante B passou de 8,6% para 7,4 % (redução de 13,90 %); e o/a participante F reduziu de 9 para 8% (redução de 11,11%). Mesmo o/a participante (H) que não

apresentou redução, manteve-se com valores dentro da normalidade de 6,1% e 6,3% pré e pós sessão, respectivamente.

Apesar do número de participantes poder ser considerado baixo neste projeto, chama-se a atenção para as reduções na Hemoglobina Glicada terem ocorrido já com 3 meses de intervenção, mesmo que esta redução ainda não estivesse atingido do valor de referência para o controle da doença, que neste trabalho usou-se os valores sugeridos em Bertoluci et al., (2020) a meta de HbA 1c recomendada inferior a 7%, para adultos/as não grávidas. Barbosa, et al. (2001) também relatam que para a redução da HbA1c, a educação em grupo mostrou-se com melhor desempenho quando comparada com a educação individual.

Moraes (2012) apresentou estudos de meta-análise de ensaios clínicos randomizados que avaliaram combinações de exercícios estruturados regimes e conselhos de atividade física com ou sem co-intervenção dietética e seus efeitos sobre alteração na HbA 1c em pacientes com DM2, assim mostrou que treino de exercícios estruturado foi associada a uma redução de 0,67% na HbA 1c versus controle. Estruturada a duração do exercício de > 150 min / semana foi associada com reduções de HbA 1c de 0,89%. Uma combinação de conselhos de atividade física e co-intervenção dietética foi associado a uma redução de 0,58% na HbA 1c em comparação com o controle.

Entre os/as 6 participantes, apenas 1 (16,66%) não informou os valores de glicémia de jejum; 4 participantes (66,66%) apresentaram redução após as sessões, e 1 participante (16,66%) com leve aumento na glicemia de jejum. Manter a média dos níveis glicémicos de jejum entre 100 a 125 mg/dL deve ser uma meta de todos pacientes portadores de Diabetes (Sá et al., 2014)

Quanto ao peso, observou-se que dos 6 participantes, 33,33% (n=2) tiveram redução de peso; 33,33% (n=2) leves aumentos e 2 mantiveram o peso. A média de peso (77,5 kg) e de IMC (28,3 kg/m<sup>2</sup>) entre os participantes, mantiveram-se no antes e após sessões. No entanto, ao analisar individualmente alguns dos participantes, pode-se destacar o ocorrido com: o/a participante F, que faz uso de insulino terapia, e mesmo referindo ganho ponderal de 2kg após as sessões, apresentou redução nas suas taxas de glicémia de jejum ( de 274 mg/dl para 178 mg/dl) e hemoglobina glicada de 9 % para 8%; já o

participante B apresentou uma redução de 4 kg, passando de Obesidade I (IMC de 30,29 kg/m<sup>2</sup>) para Sobrepeso (IMC de 29,01 kg/m<sup>2</sup>), apresentou ainda e redução da glicémia de jejum de 121 mg/dl para 100 mg/dl e hemoglobina glicada de 8,6% para 7,4%. Este foi o/a participante que já após a primeira sessão sobre alimentação, se propôs a abandonar, e abandonou o consumo de refrigerantes, tema que fora abordado na discussão, que inclusive gerou um vídeo com animação, elaborado pela autora deste trabalho o qual foi compartilhado com os/as participantes do grupo por aplicação de mensagem *Whatsapp*.

Sabe-se que o sobrepeso e obesidade são importantes preditores de morbidade e de mortalidade na população diabética, porém consideram-se mínimas as ações efetivas para mudança geral deste quadro, principalmente ao se verificar que não há nível ideal de IMC para ser alcançado pelos/as pacientes com Diabetes (Eberly et al., 2003). Entretanto, um nível de até 25 kg/m<sup>2</sup> já foi definido como ideal para prevenção de hipertensão arterial (de Backer, 2000 mencionado em Gomes et al., 2006).

Barbosa et al. (2001), assim como neste presente projeto, não encontraram redução de peso e IMC após três e seis meses de seguimento com atividades educativas presenciais em grupo e individual, e justificam que a redução de peso em geral, só acontece após um período mais prolongado do processo educativo. Contudo, os resultados dos autores mostraram uma melhora do controle glicêmico, evidenciada pela redução dos valores de HbA1c, apenas após seis meses do programa, sugerindo que o acompanhamento por um período de apenas três meses seria inadequado para esse tipo de avaliação.

Os achados no trabalho de Figueira et al. (2017), sustentam a sugestão de Barbosa et al. (2001) para programas educativos com mais tempo de acompanhamento, com cerca de 6 meses para atingir redução da HbA1c, uma vez que obtiveram redução significativa, no entanto também sem atingir o valor recomendado de 7%, que é o recomendado por Bertoluci et al., (2020). No que diz respeito à ocupação profissional, verificou-se que apenas 1 participante estava desempregado, encontravam-se os demais: reformados (n=3) e ou empregados (n=2). Os rendimentos familiares foram considerados acima de 5 salários mínimos brasileiros (n=3); entre 4 a 5 salários mínimos (n=1); até 1 salário mínimo (n=1); e entre 1 a 3 salários mínimos (n=1), conforme demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2. Escolaridade, ocupação e rendimento familiar mensal dos participantes**

<b>Participante</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Rendimento Familiar</b>
<b>A</b>	Ensino Superior	Reformado	4 a 5 salários mínimos
<b>B</b>	Ensino Superior	Reformado	> 5 salários mínimos
<b>D</b>	Médio completo	Reformado	1 a 3 salários mínimos
<b>E</b>	Médio Completo	Desempregado	até 1 salário mínimo
<b>F</b>	Superior	Empregado	> 5 salários mínimos
<b>H</b>	Superior	Empregado	> 5 salários mínimos

Percebeu-se uma relação directa positiva entre o grau de escolaridade e os rendimentos, quanto maior o grau de escolaridade maiores são os rendimentos familiares.

A análise destes aspectos sócioeconómicos são importantes no contexto de utentes com DM, visto que a literatura aponta trabalhos que os mostram como uns dos obstáculos e dificuldades para a prática do autocuidado, nos quais incluem o avanço da idade, o nível de escolaridade, renda mensal baixa e falta de apoio familiar (Ong et al. 2014).

A assistência de saúde destes participantes era maioritariamente da rede particular 83,33% (n=5) e os restantes da rede pública, 16,66% (n=1) (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição dos participantes por acompanhamento de saúde e encaminhamentos para o projeto**

<b>Participante</b>	<b>Sistema de saúde</b>	<b>Profissional que o/a encaminhou para o projeto</b>	<b>Participação em sessões educativas anteriormente</b>	<b>Acompanhamento por Nutricionista</b>
<b>A</b>	Particular	Nutricionista	Não	Não
<b>B</b>	Particular	Médico	Não	Não
<b>D</b>	Particular	Fisioterapeuta	Não	Sim
<b>E</b>	Público	Nutricionista	Não	Sim
<b>F</b>	Particular	Nutricionista	Sim	Sim
<b>H</b>	Particular	Nutricionista	Não	Sim

Predominou a não participação em actividades educativas em grupos, dos 6 participantes, somente 1 alega já terem participado de alguma atividade em grupo sobre Diabetes.

Dos 6 participantes deste projecto, a maioria 66,66% (n=4) referiu ter ou que já tiveram acompanhamento com Nutricionista, e foi este o profissional que mais encaminhou participantes para o projeto.

Um dado importante a destacar é a baixa participação (n=1) neste projeto de pessoas que tinham seus tratamentos realizados na rede pública, estes compuseram todos os desistentes iniciais ainda na sessões iniciais por dificuldades de conexão com a *internet*.

#### 4.2. Avaliação do autocuidado na pessoa com Diabetes

A Escala de Autocuidado foi aplicada antes e após a sessões educativas. O nível de adesão, por dimensão, foi obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes; os resultados (médias) foram expressos em dias por semana. As questões 2.1 a 2.7 (referente a Alimentação Específica) foram recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. A Tabela 4 mostra a comparação dos resultados quanto às respostas da escala de auto cuidado, os resultados (médias) são expressos em dias por semana.

Tabela 4. Média em dias por semana que os participantes praticavam autocuidado (pré e pós sessões educativas) em relação à dimensões Abordadas na Escala de Autocuidado para Pessoas com Diabetes

Participante	Alimentação Geral dias/sem.		Alimentação específica dias/sem.		Atividade Física dias/sem.		Monitoração da Glicemia dias/sem.		Cuidados com os Pé dias/sem.		Medicação dias/sem.	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
A	1,33	3	5,42	6	0,5	1	4	3	7	7	4,66	4,66
B	3,66	5,8	4,57	5,85	7	3	7	2	6	7	7	7
D	2,66	3,66	3,71	5	0	4	0	2	7	7	4,66	4,66
E	3	5	6,28	5	4	6,5	0	0,1	7	5,66	4,66	4,66
F	4,66	4,33	4,28	5,28	0	3,5	5	5,5	4,66	6	7	7
H	1	2,33	5,57	6	7	7	0	5	4,66	5,66	4,66	4,66
<b>Média</b>	<b>2,71</b>	<b>4,02</b>	<b>4,97</b>	<b>5,52</b>	<b>3,08</b>	<b>4,16</b>	<b>2,66</b>	<b>2,93</b>	<b>6,05</b>	<b>6,38</b>	<b>5,44</b>	<b>5,44</b>

Quanto à dimensão sobre Alimentação Geral, percebeu-se que dos 6 participantes, 83,33% (n=5) apresentaram aumento na frequência semanal quanto aos cuidados quanto a alimentação geral, que englobavam aspectos como: seguir alimentação saudável, seguir plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde, comer peças de frutas ou vegetais. A média de 2,71 passou para 4,02 dias/semana, aumento de 48,33%.

Outra dimensão que teve aumento da média, foi a Dimensão sobre atividade física, que tinha como questões dois aspectos: dias que praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar); dias que 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. Antes das sessões a média de dias/semana que os participantes praticavam atividade física era de 3,08 dias/ semana, que passou para 4,18 dias por semana, aumento de 35,71%

Destaca-se os/as participante D e F que não praticavam atividade física em nenhum dia da semana e passaram a praticar pelo menos 4 e 3 vezes, respectivamente. Além da/o participante E que praticava 4 dias/semana, passou a exercitar-se 6,5 dias. *“Como aqui onde eu moro não podemos de sair de casa, por conta da pandemia, vou fazer minhas atividades físicas com meus a serviços de casa, domésticos mesmo . Tenho jardim que posso limpar, coisa para arrumar no quintal, onde também posso caminhar e me exercitar”* disse Participante D após abordagem do tema e discussão sobre atividade física exercício físico.

O/A participante E partilhou que passou a levar os filhos para passearem mais vezes na semana que aproveitava os passeios para caminhadas com eles, isto fez com que aumentasse a frequência semanal de suas atividades físicas

O/A participante B apresentou uma redução na frequência de suas atividades físicas, que praticava atividade física 7 dias por semana, apresentou decréscimos para 3 dias/ semana. Facto pode explicado uma vez que na ultima sessão o/a participante informou que entraria em fase de sua vida académica, de final de curso, com redação e apresentação de monografia, facto que o tirou de sua rotina, entretanto consegui manter a atividade física dentro dos níveis recomendados de 3 vezes na semana. Assim, dos 6 participantes

que responderam pós sessões a Escala de Autocuidado, 4 (66,66%) apresentaram aumento na frequência semanal da prática de atividade física. 1 participante (16,66%) manteve a mesma média (7 dias/semana) a praticar atividades físicas. Apenas um/a participante reduziu a frequência, e 1 apresentou redução (16,66%)

A dimensão sobre a Monitorização da Glicémia, que aborda 2 questões, como: dias que avaliou o açúcar no sangue; dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue. A média inicial dos/as participantes foi de 2,66 dias/semana, e passou para 2,93 dias por semana.

O/A participante B numa de suas falas, diz que antes das sessões tinha a recomendação de avaliar a Glicemia capilar 7 vezes na semana, e assim a fazia. Durante as sessões, este participante realizou importantes mudanças alimentares como por exemplo, deixar de beber refrigerantes, aumento do consumo de vegetais durante as refeições, tinha uma vida activa com práticas rotineiras de atividade e exercícios físicos. No decorrer das sessões educativas e nos acompanhamentos via whatsapp, o/a participante relatava constatare redução da glicemia capilar de jejum e a pós prandial, relatava inclusive episódios de hipoglicemia. Ressalta-se que este/a participante fazia uso da insulino terapia e que, segundo seu relato, em retorno ao profissional médico endocrinologista que o acompanha já se avaliava a possibilidade de reduzir a dosagem da insulina administrada. Facto que na prática o/a participante já vinha fazendo uma vez que acordava com a glicémia dentro dos valores da normalidade, variando dos 70 mg/dl a 84 mg/dl. Isto pode explicar a redução do número de vezes recomendado à monitorar a glicemia capilar, que passou de 7 para 2 vezes semanais, facto que fora devidamente obedecido pelo/a participante.

Quanto aos hábitos tabágicos, apenas 1 participante (F) era fumador, e após intervenção relata há 1 mês ter fumado pela última vez. Como o/a participante F apresentou sempre bons resultados qualitativos durante e pós sessões, deixa-se a expectativa para a interrupção ou pelo menos vontade de parar o hábito tabágico.

De modo geral, observou-se uma melhora nos autocuidados quanto as dimensões: Alimentação Geral, atividade física, monitoramento da glicémia, e quanto aos hábitos tabágicos. Mantiveram-se elevadas as mesmo cuidados para as dimensões: Alimentação

específica, cuidados com os pés e medicação tanto antes como após as sessões. Com exemplo, o relato como do/a participante H que passou a levar de casa para o trabalho as porções de saladas cruas ou cozidas para incluir no almoço dele/a: *“Faço minha refeição Almoço no refeitório de meu trabalho, mas geralmente as saladas servidas não me agradam, então não as consumo. Me proponho a levar de casa minha porção de salada”* e que utilizou de algumas das receitas partilhada na sessão 3, como o arroz fake: *“misturo a couve flor cozida e amassada ao arroz branco. Isto fez com que eu diminuísse a quantidade de arroz, já que aumentei o volume da porção com a couve flor”*.

Já o/a participante E relatou a inclusão da aveia nas suas preparações e também preparou receitas partilhadas na sessão como a canja de galinha engrossada com aveia, que inclusive foi aceita e apreciada por seu filhos, e relata nas última sessão: *“minha glicemia só viva alta, eu não sabia nada sobre alimentação e atividade física. Aprendi muito com seu curso”*.

O/a praticante B passou a preparar o bolo de milho que já faziam mas passou a incluir a quinoa como novo ingrediente: *“depois das reuniões sobre as receitas e os ingredientes, passei a usar a quinoa nos bolos de milhos que faço. Pela questão do Diabetes, e ja usava adoçante – Xilitol - e agora passei inclui a quinoa pelos benefícios que ela tem, e que posso criar e inovar as receitas. O bolo ficou crocante e foi bem aceito”*.

Enquanto que a o/a participante F se propôs a retomar os cuidados com a alimentação que já vinha negligenciando: *“como eu já convivo com Diabetes há muitos anos, percebo que com o passar do tempo nem sempre dava a devida atenção à alimentação ou aos cuidados com os pés. Participar deste grupo, me fez retomar os cuidados, deu mais motivação, me fez ficar mais vigilante e perceber que o cuidado tem que ser lembrado sempre.”*

Os relatos dos/as participantes reforçam achados no estudo realizado por da Cruz Vargas et al. (2015), onde alimentação foi apresentada como a principal barreira ao estabelecimento de um plano de cuidados em Diabetes, onde 39,9% dos participantes daquele estudo relataram ter um desejo excessivo de ingerir alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares

### 4.3. Avaliação de conhecimentos sobre Diabetes

Para a avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre a Diabetes, utilizou-se o Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKN-A), com a escala de medida de 0 a 15 pontos, sendo cada questão aferida com *score* 1 para resposta correta e 0 para incorreta. Ou seja, um *score* maior que 8 indica conhecimento para Diabetes, conforme Rodrigues (2011).

A maioria dos participantes, 66,66% (n=4) iniciou as sessões com conhecimentos sobre o Diabetes com *score* a partir de 8, e assim os mantiveram após as intervenções educativas, conforme é apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5. Distribuição dos scores de Conhecimentos sobre Diabetes em relação a cada participante**

Participante	Escore Conhecimento sobre Diabetes	
	Pré	Pós
A	8	8,5
B	11	12
D	11	10,5
E	5	8,5
F	11	11
H	7	13
Média	8,83	10,58

A média geral da pontuação dos participantes aumentou após as sessões dos grupos operativos, passou de 8,83 para 10,58. Este *score* (>8) antes das sessões, já indicava que os participantes possuíam conhecimento para Diabetes. Talvez isto possa ser justificado pelo bom nível de escolaridade dos participantes, e ainda o facto de a maioria ter já tido acompanhamento com profissional nutricionista. No entanto tais conhecimentos pareciam não refletir, satisfatoriamente, nas atitudes para o autocuidado, este que foi estimulado com os debates e temas das sessões, e com tarefas que os próprios

participantes propuseram-se no decorrer das sessões. E, assim então, pode-se notar tanto no aumento das médias gerais semanais referente a Escala de Autocuidado para pessoas com Diabetes, quanto nos relatos dos participantes nas sessões quanto aos seus novos comportamentos

Percebe-se que os 2 participantes (E e H) que iniciaram este projeto com *score* abaixo de 8. Entretanto, após as sessões educativas, aumentaram suas pontuações para valores acima de 8 (8,5 e 13, respectivamente). Figueira, Gomes-Vilas Boas e Coelho (2017) em estudo similar a este apresentado, também aplicaram o questionário DKN - A antes e após intervenções educativas em grupo presencial de 82 pessoas com DM, e relataram aumento na média da pontuação que passou de 9,4 para 10,8 pontos, pós 12 meses de intervenção. Os mesmo autores concluíram que as intervenções educativas parecem ter contribuído positivamente no conhecimento sobre o Diabetes Mellitus, adesão ao tratamento medicamentoso e nas taxas de hemoglobina glicada dos participantes.

Neste presente projeto a média da pontuação geral passou de 8,83 para 10,58 pontos, resultado similar ao encontrado por Figueira et al. (2017).

Em relação aos 15 itens que constam no questionários de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKN-A), observou-se aumento na pontuação em 7 deles, os quais abordam questões sobre: a composição do arroz; da manteiga; complicações da Diabetes; uso da insulina, o que fazer em casos de hipoglicemia; alimentos equivalentes; alimentos substitutos, como apresentado na Tabela 6.

Nos demais 8 itens as pontuações mantiveram-se as mesmas após as sessões. Assim, não foi observada a redução nos acertos de nenhuma questão questionários de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKN-A). Porém, destaca-se no item 9, que trata sobre o uso de insulina e a ingestão de refeição, a pontuação de 0 acertos manteve-se mesmo após as sessões educativas, sugerindo que mesmo após as sessões e entendimento quanto este tema pode ainda ter ficar por esclarecer

Outra possível explicação para este facto é que, como o conteúdo e roteiro das sessões foram elaborados em função dos temas abordados na Escala de Auto cuidado para Diabetes e não para o questionário DKN-A, uma vez que se buscava mudanças comportamentais e práticas, estimuladas com as tarefas que os/as participantes se auto

sugeriam. Estes itens podem não terem sido profundamente discutidos, facto que pode ter gerado dúvida ou não terem adequadamente esclarecidos. Em 3, dos 15 itens, observou-se manutenção dos 100% de acerto pós sessões

**Tabela 6. Número e percentagem de respostas corretas em cada item do Questionário DKN-A pré e pós sessões.**

Questões abordadas no itens do DKN-A	Número de acertos/ número participantes % DE ACERTO	
	Pré	Pós
1 - Conceito DM	6/6 (100%)	6/6 (100%)
2 - Controlo do DM	6/6 (100%)	6/6 (100%)
3 - Faixa Normal do DM	6/6 (100%)	6/6(100%)
4 - Manteiga, composição	5/6 (83,33%)	6/6 (100%)
5 - Arroz, composição	5/6 (83,33%)	6/6 (100%)
6 - Cetonas na Urina	3/6 (50%)	3/6 (50%)
7 - Complicações da DM	3/6 (50%)	6/6 (100%)
8 - Uso insulina vs aumento da glicemia	2/6 (33,33%)	3/6 (60%)
9 - Uso insulina vs não ingerir a refeição prescrita	0/6 (0%)	0/6 (0%)
10 - Hipoglicemia vs o que fazer	4/6 (66,66%)	6/6(100%)
11 - Alimentos que podem comer sem restrição	6/6 (100%)	6/6 (100%)
12 - Causa da Hipoglicemia	2/6 (33,33%)	2/6 (40%)
13 - Conceito Quilo	5,5/6 (91,66%)	5,5/6 (91,66%)
14 - Alimentos equivalentes	3,5/6 (58,33%)	4/6 (66,66%)
15 - Alimentos substitutos	2,5/6 (41,66%)	4/6 (66,66%)

Os dados observados por Pereira et al. (2015), nos seus estudos observacionais de comunidades no *facebook*, fizeram-lhes concluir que alguns participantes estimulam práticas de autocuidado amparadas em experiências anteriores suas ou de familiares.

Nessa perspectiva, redes sociais de apoio podem exercer uma influência positiva no autocuidado do utente, de modo a incrementar sua motivação, sua confiança, seu bem-estar psicológico e sua capacidade de aceitar e lidar com sua doença. Facto semelhante ao que aqui podemos observar. O mesmo pode ser observado nesta experiência, sendo perceptível, por exemplo no discurso do participante F, na 6ª sessão:

*“Por anos fui negligente com meus cuidados. Convivo com a Diabetes desde meus 21 anos, hoje tenho 44. Há 8 anos faço uso de insulina. Eu não aceitei o tratamento nos primeiros anos, eu recusava em aceitar a doença, não seguia as recomendações nutricionais e “comia de tudo”. Já tive várias complicações, internações, pancreatite. Aprendi depois das complicações a gravidade da doença e a seriedade do tratamento. Hoje, tento seguir o máximo que posso - não é fácil - e me considero mais consciente que antes. Inclusive, oriento, aconselho outros amigos diabéticos, e faço um apelo ao colegas do grupo que aproveitem que ainda não tem as complicações instaladas para se cuidarem e levarem a sério o tratamento para evitar que passem pelo que já passei tenho passado.”* (Participante F).

O/A participante verbalizou a sua opinião sobre o presente trabalho *“...esse projeto possibilitou um novo recomeço em relação aos cuidados necessários para ter um boa qualidade de vida, e que sem dúvida recomendaria esse tipo de atividade para outras pessoas”*. (Participante F)

Na 4ª sessão, o/a participante H relatou as experiências vivenciadas pelo seu pai que na sequência das complicações vasculares da DM, veio a apresentar dificuldade ao nível de ereção, facto que o deprimia e incomodava:

*“Tenho parentes com Diabetes que já sofreram amputações. Meu pai tinha Diabetes também, negava a doença não fazia o tratamento. E antes dos 40 anos ele já sofria com problemas de ereção, que já era consequência da diabete. Eu lembro dele socando a parede em momentos de raiva, desespero e com sofrimento psicológico pela impotência sexual.”* (Participante H)

O/A participante A relatou também a experiência do seu pai no contexto da problemática: *“Meu pai era diabético e não controlava a alimentação. Entrou em coma por 3 vezes, sendo que no último não resistiu. Três dias antes de morrer ficou cego.”*

Os depoimentos apresentados sugerem que alguns participantes podem estimular práticas de autocuidado amparadas em experiências anteriores suas ou de familiares.

É possível verificar a grande gama de possibilidades de intervenções educativas para o indivíduo que convive com o DM, abordagens metodológicas que se enquadram em diferentes situações e realidades, obedecendo ao objetivo que se propõe. Nesse sentido cabe ao educador selecionar com maestria qual o tipo de estratégia melhor representa o seu público alvo e a sua realidade, com vistas a garantir uma intervenção potencial para modificação de comportamentos, despertando nos indivíduos a reflexão crítica e posteriormente a vontade de aderir a práticas de autocuidado, incluindo o autogerenciamento da sua condição de saúde (Santos, 2020).

Aditem que todas as formas de interação são válidas, inclusive as virtuais, e não somente as presenciais. Para as autoras, ainda que não haja deslocamentos físicos, o pesquisador necessariamente realiza um deslocamento subjetivo, num exercício que busca compreender a alteridade e a cultura do outro presente no ambiente virtual (Fragoso et al., 2013) mencionado em Pereira, Silva & Dantas, 2015). A necessidade de apreender as relações sociais no ciberespaço contribuiu para a utilização da etnografia virtual como uma possível alternativa metodológica qualitativa às pesquisas mediadas por computador (Amaral et al., 2008).

A baixa utilização dos serviços de telesaúde é motivo de frustração aos provedores desse tipo de serviço, o sucesso de qualquer estratégia de telemedicina é a integração dessa oferta na rotina de trabalho das equipes de saúde, com as seguintes razões para sua implantação (Harzheim et al., 2017): resolução de filas de espera para atendimentos ou exames especializados; ganhos de escala, visto que muitos serviços podem ser atendidos por um menor número de profissionais utilizando telesaúde; garantia ou melhoria de acesso em locais de difícil provimento; menos deslocamentos de pacientes e profissionais; monitoramento à distância; redução do tempo para resolução dos problemas em saúde; baixo custos diretos (recursos humanos, deslocamentos) e indiretos

(carga de doença, tempo); atendimento presencial prioridade para assistência às urgências ou situações críticas de saúde.

A aceitabilidade é elemento crucial nesse processo para o sucesso em telessaúde. Entender as barreiras e virtudes da oferta dessas soluções é fundamental para melhorar esses resultados (Bradford et al., 2013). Em relação ao presente projeto, pode-se observar pelo discurso de alguns dos/as participantes, em especial na última sessão, que estes estavam satisfeitos com a realização do projeto, e que o pequeno número de participantes, o que num primeiro momento poderia parecer um obstáculo, na verdade passou ser uma mais valia. Pois, percebeu-se que os/as participantes ficaram mais a vontade para expôr as suas experiências, partilhando as suas histórias, expondo opiniões. Facto que permitiu que o grupo fosse participativo e interativo. Para além disso, também relataram melhorias no seu autocuidado, em consequência da sua participação neste projeto. Por fim, também mencionaram que recomendariam este tipo de atividades para outras pessoas, e que atividades similares fosse m constante e acessível a mais pessoas. Ou seja, os grupos operativos em sessões *online*, foram aceitos pelos participantes deste projeto, sugerindo que a possibilidade desta metodologia implementada com pessoas com Diabetes como forma de monitorização ao autocuidado constante.

A prestação de serviços à distância pelos nutricionistas com recurso a TIC, pode apresentar vantagens, como uma maior dispersão geográfica do serviço, uma flexibilidade superior do horário, e uma boa adaptabilidade ao cliente. Por outro lado, poderão existir desvantagens para a fidelização do cliente se o mesmo não tiver acesso a TIC ou apresentar baixa literacia informática. De acordo com os objetivos previamente definidos, a partilha da informação poderá ser realizada através de uma ação de formação ou de uma sessão de educação. A ação de formação tem como objetivo a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos necessários ao bom desempenho das respetivas funções, sendo assim voltada para a aquisição de competências profissionais. A sessão de educação tem como objetivo promover a literacia alimentar e nutricional, podendo sustentar-se em diferentes ferramentas de divulgação da informação e destinar-se aos mais diversos públicos-alvo (Ordem dos Nutricionistas, 2020).

Neste contexto, as três componentes do Sentido de Coerência (SCO) (capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento), permitem que o indivíduo percepcione, coerentemente, o mundo e seja capaz de lidar, eficazmente, com a pressão associada aos estressores e, conseqüentemente, se situe numa posição saudável no contínuo saúde-doença, determinando a percepção e interpretação que se faz das experiências de vida (Machado, 2008).



## 5. CONCLUSÃO

As diferentes possibilidades de aplicação da educação em saúde, exigem também dos sujeitos uma participação ativa, possibilitando a transformação das suas atitudes, conhecimentos e habilidades, para lidar com os problemas de saúde. Para que tal se proporcione, os profissionais de saúde devem também ser capazes de identificar problemas que necessitam desse trabalho e investimento, devendo considerar o sujeito portador de necessidades como um ser biológico, social, subjetivo e histórico (Dias et al. 2009).

O acesso aos cuidados de saúde pode ser definido de várias maneiras. No sentido mais estreito, refere-se à disponibilidade geográfica. Uma definição mais ampla, identifica quatro dimensões como viabilidade, acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade. Há ainda quem defina o acesso à saúde simplesmente como oportunidade de usar estes cuidados, e há quem não distinga acesso de uso (O'Donnell, 2007). Face a estes conceitos, convida-se à reflexão sobre o teleatendimento em saúde como via de acesso ou de uso por parte dos serviços em saúde na Atenção Primária, em ferramentas educativas

A dificuldade com o uso de tecnologias digitais, e a baixa qualidade ou deficiente acesso à *internet* foi um dos entraves notados para a efectiva participação de alguns interessados no projecto. Entretanto, para os participantes que superaram esta barreira, a modalidade de grupos operativos virtuais, *online* mostrou-se uma possibilidade de acompanhamento aos utentes que bem adaptarem-se às ferramentas tecnológicas e digitais. Facto que pode ser notado com o desempenho, atuação, interatividade e satisfação dos participantes, refletidas tanto nas suas falas ao longo das sessões, como também na adesão às atividades de autocuidado discutidas e propostas.

O autocuidado, com comportamentos de saúde que as pessoas adoptam no seu quotidiano, e que pressupõem a possibilidade de tomarem decisões acerca desses mesmos comportamentos, representa uma componente essencial no controlo metabólico da Diabetes e consequente prevenção de complicações decorrentes desta patologia (Araújo, 2020).

As sessões foram sempre participativas e interativas, os participantes aumentaram as médias de conhecimentos sobre o Diabetes, avaliadas um mês após a participação na intervenção educativas em grupos operativos *online*.

Observou-se melhoras e aumentos nas médias semanais das atividades de autocuidado ao nível: da alimentação geral; de atividade física no quotidiano dos/as participante; da monitorização da glicémia capilar e também relativamente aos hábitos tabágicos. E, ainda, mantiveram-se elevados os resultados para as dimensões: alimentação específica, cuidados com os pés e medicação.

Constitui uma limitação quantitativa o baixo número de participantes, que impossibilitou análises estatísticas e mais representatividade. No entanto, considera-se também que os dados qualitativos que foram obtidos em complementaridade aos quantitativos decorrentes da aplicação dos questionários e escalas, tornaram-se uma mais-valia para a discussão dos resultados e confrontados com a literatura, ajudando assim à formulação de questões.

Este trabalho conseguiu dar resposta aos objetivos a que se propôs, uma vez que foi possível avaliar o autocuidado dos/das participantes com Diabetes, avaliar os seus conhecimentos antes e após a intervenção educativa, verificando melhora na pontuação quanto ao nível de conhecimento sobre a Diabetes, aumento da frequência semanal de atitudes para com o autocuidado, além de observada melhora nos seus níveis de controlo glicémico.

Considera-se que esta intervenção em grupos virtuais *online* foi positiva, quer para a investigadora quer para os/as participantes, em quem foi possível identificar modificações favoráveis e com repercussão na sua saúde, o que se acredita também poder ser útil à fomentação de futuros trabalhos desta natureza, que em virtude da proliferação da telesaúde cada vez mais se proclamam.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adesina, M. A. & Abiodun, A. O. (2019). eHealth: The mainstay of healthcare delivery in 21st Century. *European Journal of Environment and Public Health*, 3(2), em 0027. <https://doi.org/10.29333/ejeph/5853>
- Amaral, A., Natal, G., & Viana, L. (2008). Netnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital. *Cadernos da Escola de Comunicação*, 1(6).
- Araújo, C. P. S. (2010). *Sentido de coerência em pessoas com Diabetes de tipo 2: Autocuidado e controlo metabólico* [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/5936>
- Barbosa, R. B., Barceló, A., & Machado, C. A. (2001). Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de Diabetes Mellitus no Brasil: Relatório preliminar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 324-327. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n5/324-327/pt/>
- Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo informação*, 14(14), 160-169. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092010000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010)
- Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. *Acta Med Port*, 20(1), 11-20. <http://hdl.handle.net/10400.26/36978>
- Bertoluci, M. C, Salles, J. E. N., Silva-Nunes, J., Pedrosa, H. C., Moreira, R. O., Duarte, R. M. C. S., Carvalho, D. M. C, Trujilho, F. R., Raposo, J. F. C. S., Parente, E. B., Valente, Moura F., F. F., Hohl, A., Melo, M. 25,26, Araujo, F. G. P., Príncipe, R. M. M. C. A., Kupfer, R., Forti, A. C., Valerio, C. M., Ferreira, H. J., Duarte, J. M. S., Saraiva J. F. K., Rodacki, M., Castelo, M. H. C. G., Monteiro, M. P., Branco, P. Q., Matos, P. M. P., Magalhães, P. C. M. P., Betti, R. T. B., Réa, R. R., Trujilho, T. D. G., Pinto, L. C.F. & Leitão, C. B. Portuguese-Brazilian evidence-based guideline on the management of hyperglycemia in type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 12, 1-30. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13098-020-00551-1.pdf>

- Bortolozzi, A. C. (2020). *Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa: elaboração, aplicação e análise de conteúdo: Manual Didático*. São Carlos: Pedro & João Editores.
- Bradford, N., Armfield, N. R., Young, J., & Smith, A. C. (2013). The case for home based telehealth in pediatric palliative care: A systematic review. *BMC palliative care*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-4>
- Bueno, D. & Siebert, M. (2008). Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. *Rev ASP*. 2008;11:468-73. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14160>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: Gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_gestao\\_trabalho\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf)
- Carlotto, I. N. & Dinis, M. A. P (2018). Informação e comunicação (TIC) na promoção da saúde: Considerações Bioéticas. *Saber & Educar* [S.l.], n. 25, dez. 2018. ISSN 1647-2144. <http://revista.esepf.pt/index.php/sabereducar/article/view/306/370>
- Castro, C. (2014, Janeiro, 2020). Marco Civil da Internet: O que a saúde tem a ver com isso? Portal Fiocruz. <https://portal.fiocruz.br/noticia/marco-civil-da-internet-o-que-saude-tem-ver-com-isso>.
- Conselho Federal de Nutricionistas - CFN. (2021). Resolução n 684 de 11 de fevereiro de, (2021). O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) resolve, em caráter excepcional, suspender o disposto no artigo 36 da Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018, que aprova o Código de Ética e de Conduta dos Nutricionistas. Brasil. [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res\\_684\\_2021.html](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_684_2021.html)
- da Cruz Vargas, E., Cecilio, S. G., Brasil, C. L. G. B., & de Carvalho Torres, H. (2015). Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoa com Diabetes tipo 2. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 846-850. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647681021>

- Dantas, R. A. (2007). Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. [Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto]. [https://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE-DOCA\\_NCIA\\_ROSANA\\_APARECIDA\\_SPADOTI\\_DANTAS\\_1\\_.pdf](https://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE-DOCA_NCIA_ROSANA_APARECIDA_SPADOTI_DANTAS_1_.pdf)
- Daumas, R. P., Silva, G. A., Tasca, R., Leite, I. D. C., Brasil, P., Greco, D. B., Grabois, V. & Campos, G. W. D. S. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
- Duarte, R., Melo, M., Nunes, J. S., Melo, P. C., Raposo, J.P.F. & Carvalho, (2018). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o tratamento da hiperglicemia e factores de risco na Diabetes tipo 2- Atualização 2018/19 com Base na Posição ConjuntaADA/EASD. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(4), 154-180. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/01/RPD-DEzembro-2018-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-154-180.pdf>
- Dias, V. P., Silveira, D. T., & Witt, R. R. (2009). Educação em saúde: O trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS*, 12(2), 221-7. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14261/7712>
- Dutra, W. H., & Corrêa, R. M. (2015). O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 515-527. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-370302512013>
- Eberly, L. E., Cohen, J. D., Prineas, R., & Yang, L. (2003). Impact of incident Diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality: The multiple risk factor intervention trial experience. *Diabetes care*, 26(3), 848-854. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.848>
- Figueira A.L.G., Gomes-Vilas Boas L.C., Coelho A.C.M, Foss-Freitas M.C, Pace A. E (2017). Educational intervencionas for knowledge on the disease, treatment adherence and control of Diabetes Mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25:e2863. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nxygX8xKc9DmKcCDNWg5mng/?format=pdf&lang=pt>

- Freire, P. (2000a). *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Freire P. (2000b) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gemert-Pijnen, J.E.W.C, Wynchank, S., Covey, H.D & Ossebaard, H.C. (2012). Improving the credibility of electronic health technologies. *Bull World Health Organ*, 90, 323–323. [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/bwho/v90n5/v90n5a03.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v90n5/v90n5a03.pdf)
- Gianotti, P. S. P., Pellegrino, H. P., & Wada, E. (2009). Globalização e serviços médicos: Impulsionando o turismo de saúde. *Turydes [Internet]*, 4(2). <http://www.eumed.net/rev/turydes/04/ggw.htm>
- Gomes, M. D. B., Giannella Neto, D., Mendonça, E. D., Tambascia, M. A., Fonseca, R. M., Réa, Macedo, G., Filho, J.M., Schimidt, H. Bittencourt, A. V., Cavalcanti, S., Rassi, N., Faria, M., Pedrosa, H., & Dib, A. S. (2006). Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com Diabetes Mellitus do tipo 2 no Brasil: Estudo multicêntrico nacional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50, 136-144. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000100019>
- Gracindo, G. C. L. (2015). A moralidade das intervenções cirúrgicas com fins estéticos de acordo com a bioética principialista. *Revista Bioética*, 23, 524-534. <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361542987010.pdf>
- Harzheim, E., Katz, N., Ferri, C., Fernandes, J. G., & Barbosa, I. (2017). Guia de avaliação, implantação e monitoramento de programas e serviços em telemedicina e telessaúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. [http://www.rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia\\_Avaliacao\\_telessaud\\_e\\_telemedicina.pdf](http://www.rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaud_e_telemedicina.pdf)
- Jennett, P. A., Affleck, H. L., Hailey, D., Ohinmaa, A., Anderson, C., Thomas, R., Young, B., Loenzetti, D. and Scott, R. E. (2003). The socio-economic impact of

- telehealth: A systematic review. *J Telemed Telecare*, 9(6), 311- 320.  
<https://doi.org/10.1258/135763303771005207>
- Lucietto, D. A., Sagaz S. M., Zasso, F. M. & Freddo S. L. (2015) Marketing para a Lucietto, D. A., Sagaz, S.M., Zasso, F. M. & Freddo S. L. (2015) Marketing para saúde: Conceitos, possibilidades e tendências. *Revista Tecnológica*. v.3. n.2.  
<https://uceff.edu.br/revista/index.php/revista/article/view/72>
- Maciel, M. E. D. (2009). Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enfermagem*, 14(4). <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16399/10878>
- Machado, M. D. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: Uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, 12, 335-342.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
- Machado, R. S. H. (2008). *Bem-estar psicológico e sentido de coerência interno na velhice em Portugal* [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/3051>
- Marktest (2019, Dezembro, 20). Redes sociais: Números e tendências.  
<https://www.marktest.com/wap/a/n/id~25a8.aspx>
- Melo, M. C., Fonseca, C. M. F. & Vasconcelos-Silva, P. R. (2017). Internet e mídias sociais na educação em saúde: O cenário oncológico. *Cadernos do Tempo Presente*, n. 27, mar/abr, p. 69-83. <https://doi.org/10.33662/ctp.v0i27.7486>
- Menezes, K. K. P. de, & Avelino, P. R. (2016). Grupos operativos na atenção primária à saúde como prática de discussão e educação: Uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010162>
- Milech, A., Angelucci, A. P., Golbert, A., Matheus, A., Carrilho, A. J. F., & Ramalho, A. C. (2016). Diretrizes da sociedade brasileira de Diabetes (2015-2016). *São Paulo: AC Farmacêutica*, 13. <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

- Moraes, É. J., & Moreira, R. F. (2015). Ferramenta para gestão de hemocentros com aplicativo para divulgação de doações de sangue no Facebook. *In Congresso Latino Americano de Gestão da Tecnologia*. <http://altec2015.nitec.co/altec/papers/735.pdf>
- Morretti, F. A.; Oliveira V.E & Silva E. M. (2012). Acesso a informações de saúde na internet: Uma questão de saúde pública? *Rev Assoc Med Bras*; 58(6):650-658. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008>
- Moraes, D. U. D (2012). *Associação do treinamento físico estruturado e recomendação de atividade física com o controle glicérico em pacientes com Diabetes Tipo 2*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil]. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/77208/000894258.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., Goisis, G., Bonacina, D., Fazzi, F., Naspr R., Longhi, L., Cereda M., & Montaguti C. (2020). At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: Changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(2). <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>
- NUNES, L. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa].
- Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *In Actas do IV Congresso Português de Sociologia* (Vol. 238). [https://associacaoportuguesasociologia.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR462e0a1588ba7\\_1.PDF](https://associacaoportuguesasociologia.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF)
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de saúde pública*, 23, 2820-2834. <https://www.scielo.br/j/csp/a/BthcmrWJD37vzLkJwnxYRxi/?format=pdf&lang=en>
- Ong, W. M., Chua, S. S., & Ng, C. J. (2014). Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 Diabetes using insulin: A qualitative study. *Patient preference and adherence*, 8, 237. <https://doi.org/10.2147/PPA.S57567>

- Ordem dos Nutricionistas. (2020). Guia Orientador: Atividade do nutricionista com recurso às tecnologias de informação e comunicação. GO 05/2020. Versão 01. Porto: *Departamento da Qualidade, Ordem dos Nutricionistas*. <https://www.ordemosnutricionistas.pt/documentos/Qualidade/GUIA/GO052020.V01.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2020). *Teleconsulta durante uma pandemia*. Pagina informativa. Departamento de Evidência e Inteligência Para Ação em Saúde. <https://www3.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-pt.pdf?ua=1>
- Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, L. (2016). eHealth and quality in health care: Implementation time. *International journal for quality in health care*, 28(3), 415-419. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw032>
- Paço, T. (2019, Janeiro, 20). Digital In 2019 – Realidade Portuguesa. <https://www.procensus.pt/digital-in-2019-realidade-portuguesa/>
- Pereira, A., Barbosa, L., Silva, A. D., & Dantas, M. L. G. (2015). O paciente informado e os saberes médicos: Um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, (22), 1653-167. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000500007>
- Rodrigues, F. F. L. (2011). *Conhecimento e atitudes de usuários com Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto-SP* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072011-105441/en.php>
- Sá, R. C., Alves, S. R., & de Araújo Navas, E. A. F. (2014). Diabetes Mellitus: Avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. *Revista Univap*, 20(35), 15-23. <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/129/189>
- Santana, S & Pereira, A. S. (2007). Da utilização da internet para questões de saúde e doença Portugal: Possíveis repercussões na relação médico-doente? *Acta Med Port*, (20) 47-57. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/832/508>

- Santos, W. P. (2020). Abordagens metodológicas utilizadas em intervenções educativas voltadas a indivíduos com Diabetes Mellitus. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 260-271. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38538>
- Schall V. T, Stuchiner M. (1999). Educação em saúde: Novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, (2), 4-5. <https://www.scielo.org/article/csp/1999.v15suppl2/S4-S6/>
- Schlesinger, S., Neuenschwander, M., Lang, A., Pafili, K., Kuss, O., Herder, C., & Roden, M. (2021). Risk phenotypes of Diabetes and association with COVID-19 severity and death: A living systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05458-8>
- Silva, B. A., Roger., M., Narriman. S. de O. Boery, R., & Gomes Filho, D. L. (2014). Relações Humanas e Privacidade na Internet: Implicações Bioéticas. *Revista de bioética y derecho*, (30), 109-124. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n30/original7.pdf>.
- Silva, J. R. D., Brasil, C. C. P., Silva, R. M. D., Brilhante, A. V. M., Carlos, L. M. D. B., Bezerra, I. C., & Vasconcelos Filho, J. E. D. (2018). Redes sociais e promoção da saúde: Utilização do facebook no contexto da doação de sangue. *RISTI-Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (30), 107-122. <https://doi.org/10.17013/risti.30.107-122>
- Silva SP, Santos MR. (2004). Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. *Arq Ciênc Saúde* 11:169-73. [https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/Vol11-3/08%20ac%20-%20id%2061.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/08%20ac%20-%20id%2061.pdf)
- Soares, S. M., & Ferraz, A. F. (2007). Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: Sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery*, 11 (1), 52-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100007>
- Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. (2019). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes-2019-2020*. São Paulo: Clannad. SEABRA, A.L.R. <https://www.Diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>

- Torres, H. C., Virginia A, H., & Schall, V. T. (2005). Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 906-911. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006>
- Vasconcellos-Silva P.R & Castiel L.D. (2009). As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela internet. *Rev Panam Salud Publica*. 26(2),172–175. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n2/172-175>
- World Health Organization Group Consultation on Health Telematics (1997). A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- World Health Organization - WHO. (1999). Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications: Report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus (No. WHO/NCD/NCS/99.2). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66040>
- World Health Organization- WHO. (2016). Global report on Diabetes: executive summary (No. WHO/NMH/NVI/16.3). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204874>



## APÊNDICES



## Apêndice 1 – Questionário Sócioepidemiológico

Este formulário faz parte do Trabalho de mestrado «PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UTENTES COM DIABETES: A IMPORTÂNCIA DE GRUPOS OPERATIVOS EM TELEATENDIMENTO DE NUTRIÇÃO» e pretende conhecer características gerais dos participantes. Desde já agradecemos a sua participação e solicitamos que responda com sinceridade, uma vez que pretendemos que este projeto possa contribuir para o seu bem-estar e autocuidado enquanto pessoa que vive com esta condição de saúde.

Relembramos que os seus dados e respostas serão mantidos em sigilo e anonimato.

Agradecemos a sua participação

1 Qual sua faixa etária? \*

- 18 a 20 anos
- 21-25 anos
- 26- 30 anos
- 31-35 anos
- 36-40 anos
- 41-45 anos
- 46-50 anos
- 51- 55 anos
- 56 a 60 anos
- maior 60

2. Sexo \*

- Masculino
- Feminino

3. Estado Civil \*

- Solteiro/a
- Casado/a
- Viúva/o
- Divorciada/o
- União Estável

4. Escolaridade (anos de estudos) \*

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Nível Superior
- Mestrado

- Doutorado
5. Ocupação \*
- Desempregado/a
  - Do lar
  - Trabalha
  - Aposentado/a
  - Outra
6. Rendimento Familiar \*
- até 1 salário mínimo
  - 1 a 3 salários mínimos
  - 4 a 5 salários mínimos
  - mais de 5 salários mínimos
7. Números de membros na família \*
8. Tempo que você sabe que tem a doença (diagnóstico) \*
- menos de 6 meses
  - 6 meses a 1 ano
  - 1 a 2 anos
  - 3 - 5 anos
  - 5 a 7 anos
  - 7 a 10 anos
  - mais de 10 anos
9. Você é portador de mais alguma dessas doenças: \*
- Hipertensão Arterial
  - Obesidade/sobrepeso
  - Dislipidemia (Colesterol alto)
  - Outras
10. Fuma \*
- sim
  - não
  - já fumei
11. Qual medicação toma para a Diabetes \*
- Insulina
  - Metilformina
  - Glibenclamida
  - Outro
12. Seu último peso nos últimos 3 meses \*
13. Sua altura \*

14. Circunferência abdominal
15. Tem o último exame de glicemia de jejum ( nos últimos 3 meses) \*
- Não
  - Sim
16. Se respondeu sim na questão anterior, diga qual foi o resultado
17. Tem resultado de exame de Hemoglobina glicada dos ultimos 3 meses? \*
- Sim
  - Não
18. Se respondeu sim na questão anterior, diga o resultado
19. Nos últimos 3 meses quantas vezes você foi ao serviço de Urgência/Emergência por causa da Diabetes descontrolada? \*
- Nenhuma vez
  - 1 vez
  - 2 vezes
  - 3 vezes
  - mais de 3 vezes
20. Você é portador de alguma dessas complicações \*
- Infarto agudo do miocardio
  - acidente vascular cerebral
  - amputação por Diabetes
  - doença renal
  - outras
21. Já participou em algum grupo de educação em Diabetes? \*
- Sim
  - Não
22. Seu tratamento/acompanhamento com médico para Diabetes é realizado: \*
- No sistema público de saúde
  - Rede Privada
  - Não faço acompanhamento
23. Marque o profissional de saúde que lhe encaminhou ao projeto \*
- Nutricionista
  - Médico(a)
  - Psicólogo(a)
  - Fisioterapeuta
  - Educador(a) Físico
  - Farmacéutico(a)
  - Outro(a)

24. Você faz ou já fez acompanhamento com Nutricionista?

Sim

Não

25. Qual o tipo da sua Diabetes?

Tipo 1

Tipo 2

## **Apêndice 2 - Roteiro das Sessões**

### **1a SESSÃO: O QUE É DIABETES E QUAL A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NO CONTROLO DA DOENÇA?**

- 1 - Apresentação dos participantes. Cada um diz o seu nome, há quanto tempo convive com Diabetes e qual a principal dificuldade em conviver com ela.
- 2 - Exibição de video educativo, com ilustrações sobre o conceito de Diabetes e resumo de aspectos alimentares envolvidos no controle.  
<https://saude.novartis.com.br/Diabetes-tipo2/animacao-fofa-explica-afinal-o-que-e-Diabetes/>
- 3 - Estimular a que cada participante fale sobre tópicos do vídeo que o chamou a atenção suas dúvidas
- 4- Apresentar os grupos alimentares e sua relação com carga e índice glicêmico. Classificação das frutas e Hortaliças quanto ao teor de glicídeos.
- 5 - Estimular que cada participante fale, reconheça ou descubra o que pode melhorar em relação ao cuidado com a Alimentação. Por que não consegue inserir esta mudança na rotina? O que pode fazer para mudar a curto prazo
- 6 - Listar as frutas e verduras que mais gosta de comer, as que mais comem
- 7 - Registrar a tarefa/mudança que cada participante irá se propor sobre o tema abordado

### **2a SESSÃO - ACTIVIDADE FÍSICA E BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA: QUE IMPLICAÇÕES TÊM NA VIDA DA PESSOA COM DIABETES?**

- 1 - Retomar as tarefas propostas na última sessão
- 2 - Diferença entre atividade Física e Exercício Físico
  - 1.1 Brincadeiras do passado e do presente
  - 1.2 Estimular que cada participante de exemplo de situações na rotina que possa estimular o movimento
- 3 - Atividade Física e a relação com o Diabetes
  - Estimular que contem suas experiências com a atividade física, se alguma vez já praticaram.

Por que não fazem, se o fazem contar aos demais o que sentem, como foi para iniciar, o que motivou?

4- Atividade Física e o bem estar

Serotonina, Endorfina, oxitocina, e outros neurotransmissores responsáveis por sensações de bem estar

5 - Stress, relaxamento, bem estar e espiritualidade. O que cada participante faz para relaxar? O que o deixa relaxado?

6 - Estimular que cada participante a se proporem mudanças ou tarefas

### **3a Sessão - Receitas práticas e saborosas que as pessoas diabéticas podem usar.**

1 - Retomar as atividades e tarefas propostas na sessão anterior

2 - Alguns ingredientes que podem ser usados como substitutos da farinha branca em algumas preparações, os adoçantes e os tipos de açucars.

2 - Apresentar receitas práticas, seus ingredientes e comentar seu modo de preparo

- -Bolo de aveia;
- Pizza de Berinjela / Lasanha de Berinjela
- Arroz Fake
- Pirarucu de casaca
- Canja engrossada com aveia no lugar do arroz
- Panqueca de Aveia
- Antepasto de Berinjela
- Feijoonese

#### **Bolo de aveia com banana ou maçã banana**

4 bananas amassadas ou maçãs trituradas ou raspadas

3 ovos

2 xícaras de Aveia

1 colher de sopa canela a gosto

fermento químico - 1 col sopa (opcional)

Amasse as bananas, junte o ovo cru e bata na mão. Em uma forma untada, despeje lentamente a massa, leve ao forno para assar

Polvilhar sementes de chia - opcional

### **Pizza de berinjela**

2 fatias compridas de berinjela

molho de tomate (preferencialmente caseiro) - a gosto

2 fatias de Queijo muçarela (ou queijo branco)

3 col sopa Frango ou atum desfiado

Tomate em rodelas - a gosto

Orégano - a gosto

Arrume as fatias de berinjela, cubra com molho de tomate. Leve ao forno médio até a berinjela ficar macia. Retire do fogo, cubra com queijo, frango desfiado, o tomate e orégano. Leve ao fogo para gratinar o queijo derreter

OBS: para fazer a lasanha de berinjela, use seu molho preferido, corte a berinjela em fatias longitudinais e use-a no lugar da massa de lasanha

### **Arroz fake**

1 couve-flor cozida ao alho e sal

Quando estiver macia, escorre e amassar com o garfo.

### **Pirarucu de casaca em quinoa**

400 g Pirarucu (seco) assado desfiado refogado com cebola, alho ao azeite

Temperos a gosto

1 xícara semente de quinoa crua

alho a gosto

sal

cebola a gosto

azeite

Banana pacova madura grelhada ou assada

Leite de coco - 1 frasco

Torrar a quinoa em uma panela em fogo baixo. Adicionar o sal. Doura o alho e a cebola no azeite. Acrescentar à quinoa torrada. E molhar com o leite de coco a farofa de quinoa. Reservar.

Cortar a banana em fatias, grelhar de ambos os lados. Reservar.

Montar as camadas com o pirarucu desfiado, intercalando a farofa de quinoa e a banana grelhada.

### **Canja de galinha desfiada - engrossada com aveia ou farinha de banana verde**

4 col sopa de frango desfiado

1 col sopa de azeite cebola, cheiro verde e alho a gosto

1/2 folha de couve

1/3 da cenoura ralada

1 a 2 col sopa de aveia em flocos ou farinha e banana

Refogue o frango com o azeite, cebola, cheiro verde e alho. Acrescente água até cobrir, deixe ferver. Acrescente a couve e a cenoura. Deixe ferver e vá

acrescentando aos poucos a aveia e mexendo para engrossar até ficar na consistência desejada

### **Panqueca de aveia**

3 colheres de aveia (pode misturar com outros tipos de farinha, como de coco e banana verde)

1 ovo

2 colheres de água

1/2 colher de requeijão light ou queijo ralado (opcional)

1 colher de sementes de chia

1 pitada de sal

pimenta a gosto

Bater todos os ingredientes no liquidificador ou bater com garfo em uma tigela.

Em uma frigideira anti aderente despeje a massa e asse de ambos os lados.

Recheio a gosto. Sugiro: salada crua com queijo branco, atum ou frango desfiado

### **Feijoonese**

1/2 xícara de feijão fradinho ou feijão de praia cozido

1/3 xícara de cenoura cozida

coentro ou cheiro verde a gosto

1/2 colher de sopa de maionese

Misturar todos os ingredientes

### **Antepasto de berinjela**

Ingredientes:

3 berinjelas médias picadas com casca;

1 pimentão vermelho (pequeno) picado;

1 pimentão amarelo (pequeno) picado;

1/3 xíc (chá) azeitonas picadas;

1 cebola picada;

3 dentes de alho picados;

1/2 xíc (chá) de uvas passas brancas ou pretas;

1 colher (sopa) de orégano;

1 colher (chá) de sal;

Folhinhas de manjeriço e tomilho, pimenta-do-reino a gosto; (opcional)

1/2 xícara (chá) de azeite de oliva.

3 colheres (sopa) de vinagre branco;

Refogue todos os ingredientes no azeite com alho, até murchar.

#### **4ª SESSÃO: TABAGISMO, ESTRESSE, INSUFICIÊNCIAS NOS CUIDADOS COM A PELE E PÉS, E OUTROS FACTORES QUE INFLUENCIAM A PROGRESSÃO DA DIABETES**

- 1 - Retomar as auto tarefas da sessão anterior
- 2 - Tabagismo e Diabetes
  - Efeitos da nicotina no Colesterol e sua relaxao com Diabetes
  - A neuropatia Diabética
  - Tabagismo e aumento da resistência insulina
- 3 - cuidados com os pés e pele
  - Quem conhece alguém que já foi amputado por causa do Diabetes?
  - Sabem o que fazer para cuidar da pele, e dos pés
  - Alguém já fez avaliação dos pés?
- 4 - Registrar as tarefas para os próximos 15 dias

#### **5ª Sessão ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O AUTO CUIDADO NA DIABETES**

- 1 - Retomar as auto tarefas da sessão anterior
- 2 - Como fazem as compras no supermercado, se usam lista de compras?
  - usar lista
  - não irem com fome ao supermercado
  - não comprar alimentos dos quais precisam evitar o consumo
  - inserir os alimentos que vão usar aos substitutos
- 2.1 Deixar as verduras e frutas em posições de fácil acesso
  - deixar lavadas, e fáceis de pegar no frigorífico
  - incluir as verduras no cardápio diário, seja em forma de salada ou de preparações
  - ter os ingredientes que possam ser usados com substitutos da farinha branca sempre a disposição
  - em eventos sociais fazer um refeição ainda em casa, antes de sair. de forma a evitar o excesso de fome, ou comer por impulso no evento, perdendo ou diminuindo capacidade de escolha alimentar.
  - comer devagar, em locais calmos, mastigar bem, sentar para come, não fazer outras coisas enquanto come

### 3. Actividade física e relaxamento

- destinar um parte do tempo do seu dia par aseu auto cuidado:
  - meditar/rezar/ouvir música
  - atividade física
  - atividades domesticas prazerosas como: jardinagem ou outra que o participante goste de fazer
  - subir descer escadas
  - atividade física online/ aulas
  - andar enquanto fala ao telefone

### 4 Cuidados com a pele e os pés

- hidratação, óleo de girassol, cremes hidratantes, massagens
  - deixar os cremes de hidratação próximos à cama, para usar nos pés antes de dormir; facilitar o acesso
  - inspecionar os sapatos antes de calcá-los
  - não ter tesouras, alicates e outros instrumentos em fácil acesso para evitar mexerem os pés e maus com ferramentas cortantes

## **6a SESSAO: FAÇA VOCÊ MESMO/A E MELHORE SEU AUTO CUIDADO**

1 - Retomar as tarefas cumpridas da sessão anterior

2 - Cite 3 práticas/ cuidados que você passou a ter após as sessões

3 - Imagine que você precisa aconselhar um amigo que descobriu recentemente que é portador de Diabetes.

O que você o aconselharia?

Que medida você o aconselharia como fundamental no cuidado com a Diabetes?

O que você ensinaria

4 - Qual foi a importância das sessões para o seu cuidado?

5 - Recomendaria esse tipo de grupo/atividade para outras pessoas

6 - O que mais pode melhorar? quais as dificuldades encontrou durante as sessões

**ANEXOS**



**Anexo 1 - Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes**

Este formulário faz parte do Trabalho de mestrado «PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UTENTES COM DIABETES: A IMPORTÂNCIA DE GRUPOS OPERATIVOS EM TELEATENDIMENTO DE NUTRIÇÃO» e pretende analisar o seu grau autocuidado com a Diabetes. Desde já agradecemos a sua participação e solicitamos que responda com sinceridade, uma vez que pretendemos que este projeto possa contribuir para o seu bem-estar e autocuidado enquanto pessoa que vive com esta condição de saúde.

As perguntas que se seguem, questionam acerca dos cuidados com a Diabetes durante os últimos SETE dias. Se esteve doente nos últimos sete dias, por favor lembre-se dos último sete dias que não estava doente.

**1. Alimentação**

1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu 5 ou mais porções/peças de frutas e/ou doces de vegetais (incluindo sopa)?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

**2. Alimentação Específica**

2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhado a refeição do almoço ou jantar?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massas, feijão?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

2.4 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

2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolo, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou suas bebidas com açúcar?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

### 3. Atividade

3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividades físicas durante pelo menos 30 minutos?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou numa sessão de exercício físico específicos (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

### 4. Monitorização

4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, ou outro profissional que lhe acompanha?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

### 5. Cuidados com os pés

5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seu pés?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

#### 6. Medicamentos

6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da Diabetes?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

6.2 (se fizer uso de insulina). Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da Diabetes?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

#### 7. Hábitos Tabagistas

7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa/tragada, durante os últimos SETE DIAS?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7

7.3 Quando fumou o seu último cigarro?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7



## Anexo 2 - Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A)

Este formulário faz parte do Trabalho de mestrado «PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UTENTES COM DIABETES: A IMPORTÂNCIA DE GRUPOS OPERATIVOS EM TELEATENDIMENTO DE NUTRIÇÃO» e pretende analisar o seu grau de conhecimentos sobre o Diabetes. Desde já agradecemos a sua participação e solicitamos que responda com sinceridade, uma vez que pretendemos que este projeto possa contribuir para o seu bem-estar e autocuidado enquanto pessoa que vive com esta condição de saúde.

Em cada questão (da 1 até à 12) deve assinalar apenas uma resposta, a que considerar certa. Se não souber a resposta, marque a letra correspondente ao "Não sei".

A partir da questão 13 deve assinalar duas respostas corretas.

Relembramos que os seus dados e respostas serão mantidos em sigilo e anonimato.

Agradecemos sua participação

1. No Diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é: \*

- Normal
- A. Alto
- B. Baixo
- C. Não sei

2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA \*

- A. Não importa se sua Diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma
- B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia
- C. O controle mal feito da Diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde
- D. Não sei

3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de: \*

- A. 70-110mg/dL
- B 70-140mg/dL
- C. 50-200 mg/dL
- D. Não sei

4. A MANTEIGA é composta principalmente de: \*

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gorduras
- D. Minerais e Vitaminas
- E. Não sei

5. O ARROZ é composto principalmente de: \*
- A. Proteínas
  - B. Carboidratos
  - C. Gordura
  - D. Minerais e Vitaminas
  - E. Não sei
6. A presença de CETONAS NA URINA é: \*
- A. Um bom sinal
  - B. um mau sinal
  - C. Encontrado normalmente em quem tem diabete
  - D. Não sei
7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associadas à Diabetes \*
- A. Alteração visuais
  - B. Alteração nos rins
  - C. alterações nos pulmões
  - D. Não sei
8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma TAXA ALTA DE AÇÚCAR NO SANGUE OU NA URINA, assim como presença de cetonas, ela deve: \*
- A. aumentar a insulina
  - B. Diminuir a insulina
  - C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde
  - D. Não sei.
9. SE UMA PESSOA COM DIABETES está tomando insulina e fica doente ou nao consegue comer a dieta prescrita: \*
- A. Ela não deve tomar a insulina nesta refeição
  - B. Ela deve continuar a tomar a insulina
  - C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para Diabetes em vez de insulina
  - D. Não sei
10. Se você sente que a HIPOGLICEMIA está começando, você deve:
- A. Tomar insulina ou Hipoglicemiante oral imediatamente
  - B. Deitar e descansar imediatamente
  - C. Comer ou beber algo doce imediatamente
  - D. Não sei
11. Você pode comer sem restrições os seguintes ALIMENTOS
- A. Maçã
  - B. Alface e Agrião
  - C. Carne

- D. Mel
- E. Não sei

12. A HIPOGLICEMIA é causada por: \*

- A. Excesso de insulina
- B. Pouca insulina
- C. Pouco Exercício
- D Não sei

13. Marque duas opções corretas. Um QUILO é: \*

- A. Uma unidade de peso
- B. Igual a 1000 gramas
- C. Uma unidade de energia
- D. Um pouco mais de duas gramas
- E. Não sei

14. Duas das seguintes substituições estão CORRETAS: \*

- A. Um pão francês é IGUAL a quatro (4) biscoitos água e sal
- B. Um ovo é IGUAL a uma porção de carne moída
- C. Um copo de leite é IGUAL a um copo de suco de laranja
- D. Uma sopa de macarrão é IGUAL a uma sopa de legumes
- E. Não sei

15. Marque duas opções corretas. Se eu não estiver com vontade de COMER O PÃO FRANCÊS permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:

- A. Comer 4 biscoitos água e sal
- B. Trocar por 2 pães de queijo médio
- C. Comer uma fatia de queijo
- D. Deixar pra lá
- E. Não sei



## Anexo 3 - Parecer Comissão de Ética



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
PARECER N.º 80\_CEIPC/2021

**Apreciação da proposta de projeto:** Promoção da saúde em utentes com diabetes: importância de grupos operativos no teleatendimento e consultas de nutrição

### A – RELATÓRIO

#### A.1. DOCUMENTOS PARA APRECIAÇÃO:

1. Mod.CEPC\_PARE (Datado e assinado pela proponente)
2. Mod.CEPC\_CILE (Datado e assinado pela proponente)
3. Mod. CEPC\_DCH (Datado e assinado pela proponente)
4. Modelo CEIPC\_CHLAVET\_ (preenchido)
5. CV da investigadora Principal e do Orientador (Link ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9774-0501>)
6. Cronograma

#### A.2. RESUMO DO PROJETO

Este estudo, conduzido por uma equipa da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, no âmbito do mestrado em educação para a saúde, prevê de acordo com a requerente, “i. promover o autocuidado de utentes diabéticos/as pela implementação de um programa de educação para a saúde sobre alimentação, saúde e qualidade de vida na pessoa diabética na modalidade de teleatendimento e telemonitorização”; ii. Avaliar o autocuidado dos/as utentes diabéticos/as em estudo, antes e após a intervenção educativa, através da aplicação da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes de Bastos e Lopes (2007); iii. Avaliar os conhecimentos dos/as participantes sobre a diabetes, antes e depois da intervenção; iv. Melhorar os níveis de controlo glicémico com a implementação do programa de intervenção educativa; v. Avaliar a satisfação dos/as participantes relativamente ao programa implementado no regime de teleconsulta e telemonitorização.

**Locais onde Decorre a Investigação:** Ambiente virtual (sem vínculo a nenhum órgão ou instituição).

#### A.3. METODOLOGIA

**Participantes / Amostra:** Adultos/as diabéticos/as que aceitem livremente participar no programa em ambiente virtual. Os/as participantes serão convidados/as a integrar o projeto que é divulgado junto dos profissionais de saúde que os atendem.



**Crítérios de Inclusão/Exclusão:** **Inclusão:** São critérios de inclusão - serem maiores de 18 anos de idade; ter diagnóstico clínico de Diabetes Mellitus; aceitar participar voluntariamente no projeto, assinando o termo de consentimento informado; participar em pelo menos 5 das 6 sessões educativas propostas; e responder aos questionários aplicados. São critérios de exclusão - Idade inferior a 18 anos; grávidas; pessoas com comprometimentos renais.

**Instrumento(s) de Recolha de Dados:** De acordo com a informação prestada pela requerente será aplicada a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes de Bastos e Lopes (2007); Questionário elaborado pela investigadora, baseado no Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19), traduzidos para a língua portuguesa e validados no Brasil por Torres, Hortale e Schall (2005); e questionário sócio-demográfico.

**Procedimentos:** De acordo com a requerente, serão dinamizadas "sessões educativas em grupos, por teleatendimento, terão a fundamentação e metodologia de grupos operativos - especificamente do tipo aprendizagem, de Pichon-Rivière, e nas pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho desenvolvidas por Christophe Dejours (Dutra & Corea, 2015). Com a aplicação dos instrumentos de Colheita de dados, antes e 1 mês após a intervenção educativa. Antes de participarem nas sessões educativas, os e as participantes serão informados/as sobre os objetivos do projeto, bem como dos principais resultados esperados com a sua implementação. Os utentes serão estimulados a interagirem sobre sua 'rotina' com registro fotográficos de suas refeições, de suas atividades físicas, nas Monitorização via aplicação de conversas (whatsapp) e compartilhá-las durante as sessões ou em dias e horários pre-estabelecidos com o grupo, de forma independente dos dias de sessões. Será estipulado horário para o envio das dúvidas, das fotografias e demais situações que possam ocorrer no decorrer nos intervalos entre as sessões. Atividades em grupo virtuais seguirão a Metodologia de Grupos Operativos, aplicação de conteúdo como vídeos educativos, ilustrações, vídeo-reportagens sobre os temas abordados, 'bate papo', sessões de dúvidas, partilha de receitas saudáveis e vídeos sobre alimentação e sua relevância para a saúde e qualidade de vida na pessoa com diabetes. A intervenção educativa a implementar será constituída por 6 sessões (via zoom ou vidoes chamadas Whatsapp), que se pretendem concretizar ao longo dos meses de Março, Abril, Maio de 2021 (conforme cronograma deste projeto), de 15 dias em 15 dias, às sextas-feiras, pelas 14h (horário Portugal), 9h ( horário Manaus), e com uma duração aproximada de 40 minutos cada. As sessões serão em grupo, onde diversas temáticas relevantes para a promoção do autocuidado da pessoa com diabetes: . 1ª Sessão: O que é Diabetes e qual importância da alimentação no controlo da doença?; 2ª Sessão: Actividade Física e bem-estar: que implicações têm na Diabetes?; 3ª Sessão: Receitas práticas e saborosas que as pessoas diabéticas podem usar; 4ª Sessão: Tabagismo, stresse, insuficiências nos cuidados com a pele e pés, e outros factores que influenciam a progressão da diabetes; 5ª Sessão: Estratégias para melhorar o autocuidado na Diabetes; 6ª sessão: Faça você mesmo/a e melhore o seu autocuidado!"



**Proteção de dados:** De acordo com a requerente, os dados recolhidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados são codificados e apenas trabalhados no âmbito da investigação. Não serão publicados ou divulgados nomes, imagens, ou qualquer outra característica que possa identificar o participante.

Será também dado a assinar o termo de consentimento informado aos e às participantes do projeto, no qual a investigadora clarifica e se compromete a cumprir todos os requisitos éticos inerentes à garantia da privacidade. Após a análise de toda a informação e dados recolhidos serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivar o estudo.

#### **B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

- B.1.** Este estudo não aparenta ter riscos para os participantes envolvidos.
- B.2.** O Consentimento Informado livre e esclarecido (CEIPC\_CILE) a aplicar, apresenta-se escrito de forma clara e concisa,, e garante os princípios da voluntariedade, da autonomia e do consentimento informado livre e esclarecido.
- B.3.** A calendarização do projeto apresenta-se devidamente planeada e permite concluir após esclarecimento da requerente que a recolha de dados apenas tem início após pronúncia da CEIPC.
- B.4.** A participação dos sujeitos é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira, ou de outra natureza, à sua participação.
- B.5.** Este estudo não será financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação.
- B.6.** Não foi efetuado pedido a outra Comissão de Ética, nem existem conflitos de interesse declarados.
- B.7.** A requerente garante cumprir as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.
- B.8.** A requerente garante assegurar que todas as respostas serão anonimizadas, não sendo recolhidos dados sensíveis e possibilitem a identificação dos participantes. Os dados serão de acesso restrito à investigadora envolvida no presente trabalho de investigação.

#### **C – CONCLUSÕES**

- C.1.** A informação recebida permite considerar que o processo de recolha de dados ainda não foi iniciado.
- C.2.** A requerente garante cumprir todos os requisitos e princípios éticos de investigação com Seres Humanos e a obtenção do Consentimento informado Livre e esclarecido (CILE) por parte dos participantes.



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
PARECER N.º 80\_CEIPC/2021

C.3. A investigadora responsável garante salvaguardar a completa segurança dos dados recolhidos e garante a anonimização e a confidencialidade das respostas, garantindo ainda não serem recolhidos dados sensíveis que possibilitem a identificação dos participantes.

C.4. Estando salvaguardados os pressupostos éticos relacionados com a investigação, de acordo com o disposto no n.º 2 do art.º 7º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC, nada tenho a opor quanto ao desenvolvimento do estudo, pelo que proponho parecer favorável ao mesmo.

**DECISÃO: DEFERIDO por UNANIMIDADE, em reunião do dia 12 de maio de 2021.**

**Relator:** Sónia Costa

Presidente da Comissão de Ética do IPC

Anexo 4 - Consentimento Informado Livre Esclarecido



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO  
Mod. CEIPC\_CILE

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

De acordo com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, o RGPD e a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

(sempre que se aplique)

**Título do Estudo:**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UTENTES COM DIABETES: A IMPORTÂNCIA DE GRUPOS OPERATIVOS EM TELEATENDIMENTO DE NUTRIÇÃO**

Na qualidade de participante/ representante legal do participante (riscar o que não interessa) no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, aceito de livre vontade a participação / daquele que legalmente represento (riscar o que não interessa), neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ ... Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE / INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME: _____</p> <p>BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____</p> <p>ASSINATURA _____</p>
--



