



**esec**  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



Mestrado em Educação para a Saúde

## **Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde**

Isabel Cruz Cordeiro Lopes

2014



# Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

Trabalho de projeto, apresentado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra, para obtenção de grau de Mestre em Educação para a Saúde

Orientadora: **Prof. Doutora Anabela Correia Martins**

## **RESUMO**

A diabetes para além de ser uma doença crónica, constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial, não só pelo aumento da sua incidência, como também pela sua elevada morbilidade e mortalidade.

Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. O enfermeiro como elemento fundamental na equipa de tratamento depara-se com o desafio e com a responsabilidade de ajudar o doente na aquisição de conhecimentos e capacidades para o autocuidado.

O presente estudo têm como objetivo aumentar a literacia em saúde e capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 na tomada de decisão para a gestão, adesão do regime terapêutico e autocuidados.

Implementou-se um programa de educação, numa amostra de 19 pessoas com diabetes tipo 2 e avaliou-se os conhecimentos acerca da doença antes e após a implementação do mesmo, através de um questionário de conhecimentos e autocuidados.

O programa de intervenção teve a duração de dois meses, com início a 19 de Fevereiro e término a 22 de Abril de 2014, demonstrou que, houve melhoria estatisticamente significativa para o total da escala de conhecimentos, para o total da escala de autocuidados (e nas suas duas dimensões referentes à alimentação e alimentação específica) e literacia em saúde.

Podemos concluir que programas de educação em diabetes, são cada vez mais importantes, para informar, educar e motivar a adoção de estilos de vida mais saudáveis, para ajudar a diminuir as complicações da doença, melhorando a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

**Palavras chave:** Literacia em saúde, educação terapêutica, autocuidado, capacitação para o autocuidado

## **ABSTRACT**

Diabetes, besides being a chronic disease, it also constitutes a serious public health problem that affects population worldwide not only by its increase in the population but also by its high morbidity and mortality.

Making people capable of managing their health and their symptoms in cases of chronic disease is one of the obligations of the nursery professionals. The nurse, as a key element of the treatment team, faces the challenge and the responsibility of helping the patient in the acquisition of the knowledge and capacities to self-care.

The present study aims to increase the literacy in health and to make people with type 2 diabetes able to make conscientious decisions in the managing of the disease, compliance with the therapeutic treatment and self-care.

An educational program was implemented in a sample of 19 people with type 2 diabetes where it was evaluated the knowledge about the disease before and after the implementation of the already referred educational program. This process was evaluated through a inquiry regarding the knowledge acquired and the self-care.

The interventional program was done during two months with a beginning on 19<sup>th</sup> of February and the ending on the 22<sup>th</sup> of April. It demonstrated a statistically significant improvement in the total scale of knowledge, in the total scale of self-care (in the two dimensions referring to the feeding and specific feeding) and in health literacy.

We are able to conclude that the educational programs evolving diabetes are each time more important to inform, teach and motivate the choosing of healthier life styles , to help lower the complications of the disease and to improve the quality of life of the people with diabetes.

**Keywords:** health literacy, therapeutic education, self-care, self-care training

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Anabela Martins pelo privilégio de ser minha orientadora do projeto, pela disponibilidade, pelo conhecimento partilhado, apoio e estímulo.

Ao Serviço de Endocrinologia, com agradecimento particular do seu Diretor e toda a equipa de enfermagem, pela amizade, estímulo e compreensão.

Aos enfermeiros (as) do Centro de Saúde de Eiras em particular à Enf<sup>a</sup> Carla e Enf<sup>a</sup> Sónia, pela ajuda e incentivo.

Gostaria de agradecer aos participantes deste estudo, porque sem a sua colaboração, este trabalho não teria sido possível.

À minha família e amigos por estarem sempre presentes, com o carinho, afeto e atenção que demonstram constantemente.

Ao meu marido pelo amor, compreensão, apoio e afeto com que me envolveu nos períodos de trabalho mais intenso e de maior tensão.

Ao meu **anjo Lindo** que sempre pertinho, foi a imensa força de um raio que, todos os dias, preciso para continuar.

A todos o meu muito OBRIGADO!

## Índice

INTRODUÇÃO .....	- 1 -
1-REVISÃO DA LITERATURA .....	- 3 -
1.1-Literacia em saúde .....	- 3 -
1.2-Educação terapêutica .....	- 4 -
1.3-Capacitação para o autocuidado da diabetes.....	- 6 -
2- METODOLOGIA DO PROJETO .....	- 11 -
2.1-Diagnóstico da situação .....	- 11 -
2.2-Objetivos.....	- 14 -
2.3-Planeamento de atividades.....	- 15 -
2.4-Implementação e avaliação.....	- 20 -
3-RESULTADOS .....	- 21 -
3.1-Characterização geral da amostra .....	- 21 -
3.2-Apresentação de resultados antes e após a intervenção .....	- 24 -
4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	- 34 -
5- CONCLUSÃO.....	- 37 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	-38-
ANEXOS	

## Índice de Quadros

Quadro 1- Medidas resumo da pontuação total da Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire" (n=19).....	13 -
Quadro 2- Medidas resumo das subescalas e da pontuação total da Escala "Newest Vital Sign" (n=19).....	14 -
Quadro 3- Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n= 26).....	21 -
Quadro 4- Estatística resumo das variáveis "Idade", "IMC", "Perímetro Abdominal", "Tensão Arterial Diastólica", "Tensão Arterial Sistólica", "Hemoglobina Glicada" e "Tempo com Diabetes" (n=26) .....	22 -
Quadro 5 – Valores do coeficiente Alpha de Cronbach para a Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire", Escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" e as suas subescalas e para a Escala de Literacia "Newest Vital Sign" (n=19)....	23 -
Quadro 6 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk para avaliação da aderência à normalidade da Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire", da Escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" e as suas subescalas e da Escala de Literacia "Newest Vital Sign" (n=19).....	24 -
Quadro 7– Valores do teste de Wilcoxon realizado à escala de "Diabetes Knowledge Questionnaire" referente aos resultados da 1ª e 2ª avaliação (n=19)-	25 -
Quadro 8- Medidas resumo das subescalas e da pontuação total da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" (n=19).....	26 -
Quadro 9- Medidas resumo dos itens da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" (n=19) .....	28 -
Quadro 10- Dados relativos à subescala "Hábitos Tabágicos" da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" (n=19) .....	29 -
Quadro 11-Valores do teste de Wilcoxon realizado à Escala"Atividade de Autocuidado com a Diabetes" ref aos resultados da 1ª e 2ª avaliação (n=19) ....	30 -
Quadro 12- Valores do teste de Wilcoxon realizado à escala de "Newest Vital Sign" referente aos resultados da 1ª e 2ª avaliação (n=19) .....	33 -



## Índice de Tabelas

Tabela 1- Planeamento das sessões.....	- 17 -
Tabela 2- Cronograma das sessões .....	- 20 -

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Níveis de Literacia para a 1ª e 2ª avaliação referente à Escala "Newest Vital Sign" (n=19).....	- 32 -
---	--------

## Lista de Siglas

APDP – Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal
ARS – Administração Regional de Saúde
DGS – Direção Geral de Saúde
IDF – Federação Internacional da Diabetes
IMC – Índice de Massa Corporal
OCDE – Organização de Cooperação de Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

## **INTRODUÇÃO**

A diabetes para além de ser uma doença crónica, constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial, não só pelo aumento da sua incidência, como também pela sua elevada morbilidade e mortalidade.

Atualmente a incidência e prevalência da diabetes está em grande expansão, pelo que é considerada uma epidemia global. De acordo com os dados publicados pela OCDE em 2012, Portugal é o país da Europa que tem maior prevalência (9,8%) enquanto a média europeia é de 6,4%. Segundo o relatório do Observatório Nacional de Diabetes a prevalência da doença no ano de 2011 foi de 12,7%.

Segundo a OMS (2003), as doenças crónicas são doenças permanentes, de progressão lenta, que deixam incapacidade residual, causadas por alguma alteração patológica não reversível e que requerem treino especial do doente para a reabilitação, ou podem requerer um longo período de observação, supervisão e cuidado. Nenhuma outra doença como a diabetes exige tanto do doente em termos de conhecimentos e capacidades, pelo que o enfermeiro se depara com o desafio e a responsabilidade de ajudar o doente a adquirir conhecimentos, capacidades. Assim sendo, é extremamente importante, que os doentes com diabetes recebam uma educação intensiva e continuada.

A Educação Terapêutica em diabetes destaca-se como um dos pilares do tratamento dessa doença cujos objetivos são ampliar os conhecimentos das pessoas com diabetes sobre a sua doença, desenvolver habilidades para o autocuidado e estimular mudanças de comportamento, visando prevenir complicações da doença.

Neste contexto, o conceito de literacia em saúde é hoje entendido como integrador dos vários níveis de capacitação das pessoas, no sentido de habilitar a pessoa a ser capaz de processar e compreender informações

necessárias para assim poder fazer as escolhas de saúde adequadas. Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica, é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem.

Neste sentido, os programas de educação na diabetes destacam-se como ferramentas importante para o bom controlo da doença e na prevenção das complicações com ela relacionada. Estabelece-se como prioridade, a educação das pessoas com diabetes para que estas possam tomar decisões informadas sobre como viver melhor com a diabetes tipo 2.

O presente trabalho de projeto surge pela reflexão de temas como literacia em saúde e educação terapêutica, duas “armas” muito importantes na capacitação no autocuidado da pessoa com diabetes e perceber como a literacia influência no autocuidado. O interesse no atendimento das pessoas diabéticas em contexto comunitário deve-se à proximidade em contexto laboral, o que conduz a um melhor acompanhamento e conhecimento.

Este projeto está organizado em 4 capítulos, o primeiro faz a abordagem conceptual e enquadramento teórico, o segundo faz a explicitação da metodologia onde inclui o diagnóstico da situação, os objetivos, o planeamento, a implementação e avaliação do projeto, o terceiro apresenta os resultados, o quarto faz a discussão dos resultados e por fim a conclusão e as limitações deste projeto.

## **1-REVISÃO DA LITERATURA**

### **1.1-Literacia em saúde**

O conceito de literacia tem evoluído ao longo do tempo, e não se cinge a ler, escrever e contar. Atualmente e para Loureiro et al (2012) este conceito é entendido como integrador de vários níveis de capacitação, é compreendida e perspectivada como um constructo mediador para ganhos em saúde. Segundo Santos (2010), a literacia em saúde é definida como a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas adequadas, tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde, adoção de estilos de vida saudável assim como na adoção de um papel mais ativo relativamente aos determinantes sociais da saúde.

A OMS também refere que o conceito de literacia é um processo dinâmico e define-o como “competências sociais e cognitivas que determinam a motivação e a capacidade de aceder, perceber e usar a informação de forma a manter e promover a saúde, (...) literacia em saúde implica que os indivíduos atinjam um nível de conhecimentos, de competências pessoais e confiança que permita agir com o intuito de melhorar a sua saúde ou da sua comunidade, mudando estilos e condições de vida” (Loureiro et al, 2012).

Para Nutbeam (2000) existem três níveis de literacia, denominadas de funcional ou básica, interativa/comunicacional e crítica, que tem subjacente um crescendo de autonomia e capacitação ou empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos. Entende-se por literacia funcional/básica a capacidade de ler e escrever que permite um funcionamento efetivo nas atividades do dia-a-dia; Literacia interativa/comunicativa visa aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas para, de forma pró-ativa extrair informação e

significados à informação recolhida, e aplicar a informação em contextos diferentes; Literacia crítica implica competências cognitivas mais complexas que, juntamente com as aptidões sociais, pode ser aplicada para analisar criticamente a informação e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os acontecimentos e situações da vida em geral e em situações específicas que impliquem a decisão comportamental e/ou resolução de problemas (Loureiro et al, 2014).

O nível de literacia de uma pessoa é influenciado pelas suas condições de vida e que podem ser determinantes de saúde, e que estão relacionados com a literacia, entre outros temos a educação, as capacidades individuais, o envelhecimento, as diferenças de género, as condições de trabalho, a cultura, etc. (Luís, 2010).

Assim sendo, os benefícios em saúde da literacia em saúde não resultam apenas do facto de ser um recurso pessoal, que potencia comportamentos de saúde e benefícios pessoais em termos de saúde. Resultam também benefícios sociais, nomeadamente por promover maior envolvimento em ações comunitárias de saúde, e maior compromisso com o desenvolvimento do capital social necessário para a promoção de saúde e prevenção de doença (Santos, 2010).

A literacia em saúde é em nosso entendimento considerado um trunfo para melhorar a capacitação das pessoas dentro dos domínios da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

## **1.2-Educação terapêutica**

A educação voltada para o autocuidado em doenças crónicas é denominada educação terapêutica, por se considerar que possui valor terapêutico adicional ao dos demais que integram os tratamentos. Assim como em

outras patologias crónicas, a educação terapêutica é recomendada como um dos recursos obrigatórios para a boa assistência às pessoas com diabetes (OMS, 1998).

A educação da pessoa com diabetes, pretende contribuir para um bom controlo metabólico, promover o apoio psicológico e social e ajudar no desenvolvimento de estratégias de adaptação para melhorar a sua qualidade de vida (Boavida, 2013).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (DGS, 2007) desenvolve várias estratégias de intervenção, ao elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, entre as quais refere-se à necessidade da educação terapêutica da pessoa com diabetes.

A educação terapêutica é fundamental na abordagem da diabetes, esta é definida como “um processo ativo, que tem como objetivo a habilitação progressiva dos diabéticos e dos seus familiares mais próximos na tomada de decisões, tornando-os o mais independentes possível, devendo ser desenhada com o fim de treinar os doentes na capacitação para o seu autocuidado e habilitá-los nos seus conhecimentos para o seu autocontrolo” (DGS, 2000).

O objetivo da educação terapêutica é ajudar os doentes e seus familiares a compreender a doença e o seu tratamento, colaborarem com os profissionais de saúde e viver de uma forma mais saudável e com a melhor qualidade de vida possível (Assal et al, 2010).

Jean-Philippe Assal, citado por Boavida (2013) define a educação terapêutica como “um processo concebido para treinar as pessoas com doença crónica nas aptidões de autogestão ou de adaptação do tratamento à sua condição particular (...) permitindo ao doente ou grupo de doentes e seus familiares a gerir o tratamento e prevenir complicações, enquanto mantêm ou melhoram a sua qualidade de vida”.

Queremos reforçar a ideia que o conhecimento é muito importante para as pessoas com doença crónica, é fundamental educar as pessoas fornecendo-lhe as ferramentas e aptidões que necessitam para gerirem a sua própria doença, promovendo a sua autonomia e as suas capacidades de decisão sobre as dificuldades e não menos importante é o reforço das atitudes adequadas e um processo contínuo de motivação para a mudança de hábitos e comportamentos saudáveis.

A educação terapêutica é considerada um dos pilares da abordagem da diabetes onde o doente assume um papel ativo, é envolvido na resolução de problemas e na forma como lidar com as situações do quotidiano, sendo uma forma de corresponsabilização do controlo da doença, tendo sempre em consideração as suas necessidades psicossociais e culturais (Boavida, 2013). Segundo Sousa & McIntyre (2008) os efeitos da educação terapêutica na diabetes são a melhoria da eficácia e eficiência do tratamento, a redução dos custos médicos e dos indiretos da doença, a melhoria da qualidade de vida e a motivação dos doentes e pessoal de saúde. Esta educação sustentada pela responsabilidade e autonomia da pessoa doente não é mais do que um processo que capacita a pessoa com diabetes para que tenha o conhecimento e perícia para lidar com a sua doença no seu dia-a-dia.

Ainda segundo a DGS (2000), deseja que, com este processo educativo, os doentes se tornem mais autónomos na gestão do seu autocuidado e do seu autocontrolo, assim como na utilização dos serviços de saúde, de forma a rentabilizar os esforços conjugados dos profissionais de saúde.

### **1.3-Capacitação para o autocuidado da diabetes**

As pessoas com diabetes são confrontadas diariamente com a necessidade de desenvolver um conjunto de ações comportamentais de cuidados, ao

longo de toda a sua vida. Essas ações passam por alimentar-se de forma saudável, tomar medicação (antidiabéticos orais ou insulina), monitorização da glicemia, praticar atividade física, cuidar e vigiar os pés, conhecer sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia e outros cuidados de saúde adequados à diabetes (Bastos, 2004).

A diabetes é uma doença de difícil controlo, devido à necessidade de alterações nos estilos de vida e mudança de comportamentos; o tratamento deve centrar-se na pessoa, na aquisição de conhecimentos e na capacitação para o autocuidado (Guerra, 2012).

O autocuidado é definido como “a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar, sendo uma conduta aprendida em resultado de experiências cognitivas culturais e sociais” (Tanqueiro, 2013).

No que diz respeito à doença crónica, onde a maior parte do cuidar é feita pela própria pessoa, esta é confrontada com a necessidade de desenvolver um conjunto de ações comportamentais para cuidar de si mesma. É através do *empowerment* que as pessoas têm de assumir as suas responsabilidades e ajudar a definir objetivos terapêuticos de um modo informado, assim como escolher as estratégias apropriadas para as atingir (Anderson & Funnell, 2004; Boavida, 2013; Menino, Dixe, Louro & Roque, 2013).

O doente crónico, necessita de desenvolver estratégias de aprendizagem, num sistema interativo e regulado que tenha em conta os objetivos do médico e os desejos do doente, os novos conhecimentos terapêuticos e as crenças dos doentes, a mudança das ideias preconcebidas por um novo saber fazer terapêutico, a integração dos novos conhecimentos de base numa nova atitude terapêutica (Raposo et al, 2004; Tang & Funnell, 2006).

O desenvolvimento da competência para o autocuidado em pessoas com diabetes assume particular importância uma vez que as necessidades destes doentes são: receber cuidados (biológicos) de qualidade, poderem exprimir



as expectativas e os seus medos, serem ajudados no processo de aceitação da doença, que os profissionais tenham em conta as suas representações, adquirirem conhecimentos necessários para a gestão da sua doença e serem autónomos, mantendo a colaboração com todos os prestadores de cuidados de saúde (Raposo et al, 2004).

Segundo Tanqueiro (2013) a eficácia das práticas do autocuidado resulta da responsabilidade e da participação ativa por parte da pessoa, com a finalidade de manter a sua autonomia e integração no seu meio ambiente. Não será a idade ou a doença, mas os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história de vida que influenciam as decisões das pessoas no que diz respeito ao seu próprio cuidado. A experiência da doença é muito importante, pois é um conhecimento único da pessoa sendo essencial para um suporte efetivo à gestão do autocuidado.

Segundo Pun, Coates & Benzie, citado por Tanqueiro (2013) são encontradas barreiras ao autocuidado na diabetes quer na perspetiva dos doentes quer na dos profissionais de saúde. As barreiras inerentes ao doente são: as motivacionais, conhecimentos insuficientes no tratamento e gestão da doença, socioeconómicas, ambientais, culturais e físicas nomeadamente idade e género. As barreiras resultantes dos profissionais estão relacionadas com a comunicação ineficaz e o *empowerment* do doente.

O conceito de *empowerment* relaciona-se com a capacidade de ajudar o outro a reencontrar o poder sobre a sua própria vida. Na área da doença crónica é o resultado de um processo de formação do doente que lhe permite adquirir conhecimentos, saber fazer e ter atitudes que lhe permitam melhorar as suas capacidades para gerir e tratar a sua doença (Raposo et al, 2004; Tang & Funnell, 2006; Menino, Dixe, Louro & Roque, 2013).

Ainda segundo Raposo et al (2004) a educação do doente crónico é por definição uma pedagogia do “estar”, de uma nova forma de vida, de uma relação diferente e exigente com o outro. Portanto esta nova relação é

mediada pela autovigilância continuada e pela terapêutica sempre ajustada às necessidades individuais e esta realidade acaba por se tornar paradigmática no processo educativo.

A educação para doentes, com exercícios práticos e discussões de grupo contribuem para reforçar no doente, o sentido de autonomia, de autogestão e de motivação para se tratar, pois são os elementos chave do conceito de *empowerment* (Tang & Funnell, 2006).

Sousa & Zauszniewski, citado por Tanqueiro (2013), desenvolveram um modelo de gestão do autocuidado na diabetes que lhes permitiu identificar relações entre as construções, conceitos e variáveis que influenciam a tomada de decisão e comportamentos em indivíduos com diabetes. Estes estudos demonstraram que os conhecimentos sobre a doença são essenciais para o reforço da capacidade de autocuidado e confiança (auto-eficácia), que em conjunto contribuem para a melhor gestão da doença. Por outro lado, a promoção do apoio social da pessoa também reforça o autocuidado e a gestão da diabetes.

Também a OMS (2003) reconhece a importância da pessoa com diabetes adotar habilidades de autocuidado que lhe permita controlar a doença. Quanto maior o acesso à informação e ao conhecimento sobre a sua doença, maior será a sua capacidade de interiorizar e de realizar ações competentes, que se irá refletir na melhoria da sua qualidade de vida (Menino, Dixe, Louro & Roque, 2013).

Segundo o International Curriculum for Diabetes Health Professional Education, da International Diabetes Federation (IDF 2002), a educação em diabetes orientada por profissionais de saúde bem treinados integra-se nos cuidados clínicos e é a chave para o sucesso da autogestão do tratamento da pessoa com diabetes. As pessoas com diabetes precisam de ter bons conhecimentos e capacidades para os pôr em prática, o que requer educação e um grupo de profissionais de saúde bem treinados e motivados. Os

educadores em diabetes são parte integral da equipa de gestão da diabetes que inclui a pessoa com diabetes no centro dos cuidados.

O processo de educação do diabético pressupõe então o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que deve ser constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, dietistas/nutricionistas, farmacêuticos, podólogos, etc. O enfermeiro, como parte fundamental na equipa, assume a educação em saúde e é através de ações educativas realizadas numa perspetiva reflexiva e crítica, que permite aumentar os conhecimentos e ampliar a compreensão e autonomia da pessoa relativamente à doença (DGS, 2000). É importante que os profissionais de saúde envolvidos neste processo, sejam competentes na realização desta atividade, ajudando o diabético e a sua família a habilitar-se progressivamente para a tomada diária de decisões em relação à sua doença, tornando-os o mais independentes possível dos serviços e dos profissionais de saúde.

Aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adoção de estilos de vida saudáveis. Considerando o estilo de vida um importante determinante da saúde, que pode assumir um papel de maior importância que os cuidados prestados pelos profissionais, no tratamento e controlo de diversas doenças, educar as pessoas sobre a eficácia dos tratamentos pode ser uma forma de melhorar o seu comportamento de adesão, para prevenir as doenças, promover a saúde, otimizar o tratamento e promover a capacitação e empoderamento do utente.

## **2- METODOLOGIA DO PROJETO**

### **2.1-Diagnóstico da situação**

Atualmente, a diabetes em Portugal atinge cerca de um milhão de pessoas, das quais cerca de metade desconhece e é a única doença cuja taxa de mortalidade está em crescimento; por outro lado é responsável por afeições que provocam elevado grau de incapacidade e diminuição acentuada da funcionalidade como a cegueira e amputações, resultando em elevados custos para o sistema de saúde (Boavida, 2013).

Quando surge a diabetes é prioritário investir na prevenção das complicações da doença, para isso está imediatamente implícito uma mudança de hábitos e comportamentos (alimentares e sedentarismo). As mudanças dificilmente são imediatas, não são fáceis e implicam o envolvimento da família, associadas a crenças erradas e falta de conhecimentos, leva a comportamentos inadequados e de risco. E porque as complicações são de evolução lenta e insídios, são muitas vezes desvalorizadas pelas pessoas com diabetes (Guerra, 2012).

No desenvolvimento da atividade profissional, nomeadamente no atendimento de pessoas com diabetes tipo 2, quer no internamento quer em consulta externa, verificamos que este grupo de pessoas constitui um alvo prioritário nas intervenções de enfermagem ao nível da promoção da saúde. Com efeito, a educação para a saúde para a autogestão da doença, efetuada por uma equipa multidisciplinar diferenciada, acessível nos níveis adequados e com tempos de acesso apropriados, faz com que os cuidados sejam de qualidade e com consequente grau de satisfação por parte dos doentes.

No sentido de promover uma interligação entre os serviços hospitalares e os prestadores de cuidados de saúde primários e porque há uma maior

proximidade e acessibilidade à Unidade Cuidados Saúde Personalizados a escolha de implementação do projeto foi a UCSP de Eiras.

Para saber o que os diabéticos sabem sobre a doença e assim adequar as intervenções dirigidas à aprendizagem, com o objetivo de aumentar o conhecimento da pessoa com diabetes, foi utilizado um questionário de conhecimento, escala de autocuidados e questionário de literacia (Anexo1).

### **Instrumentos de colheita de dados**

**Questionário de conhecimentos (DKQ-24)**, é uma escala validada para a população portuguesa (Bastos, 2004) que aborda várias questões relacionadas com o conhecimento geral da diabetes, como: tipos de diabetes, a causa da diabetes, fisiopatologia, tratamento da doença, sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, complicações crónicas. As respostas podem ser dadas de três diferentes maneiras, sim, não e não sei correspondentes a respostas certas, erradas e desconhecimento. O questionário foi codificado da seguinte maneira: certas, pontuação 1, erradas, pontuação 0 e não sei, pontuação 2, possibilitando obter a proporção de respostas certas, erradas e de desconhecimento.

**Escala de Atividades de Autocuidado com Diabetes (SDSCA)** – É uma escala traduzida e adaptada para português de *Summary of Diabetes Self-Care Activities* por Bastos (2007). Este instrumento avalia os comportamentos de autocuidado que permite medir a frequência das atividades realizadas pelo diabético nas diferentes áreas do tratamento: alimentação, atividade física, monitorização de glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos.

Esta avaliação foi parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável.

**Questionário de literacia *Newest Vital Sign*** – avalia a literacia em saúde, propriedade da *Pfizer Inc.*, com apenas seis itens e que implica a interpretação de informação escrita e de informação numérica.

Antes de responder a cada item, a pessoa tem de ler um rótulo nutricional de gelado, que é consultado ao longo de toda a avaliação. A interpretação dos resultados é feita atribuindo 1 ponto por cada resposta certa e zero pontos por cada resposta errada, sendo que as pessoas que responderem de forma correta entre 0 - 1 questões apresentam 50% ou mais de probabilidade de literacia limitada. Se responderem entre 2 a 3 questões corretas indicam possibilidade de literacia limitada, se superior a 4 respostas certas demonstram níveis elevados de literacia em saúde (Andrade & Correia, 2013).

### Resultados iniciais de conhecimentos

O quadro seguinte (Quadro 1) mostra que no total da escala e antes da intervenção, os participantes responderam corretamente a mais de 50% das questões colocadas, sendo que em 27.4% das respostas os mesmos afirmaram não saber.

**Quadro 1- Medidas resumo da pontuação total da Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire" (n=19)**

	Respostas Certas	Respostas Erradas	Não sabe
	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Total da Escala DKQ</b>	256(56.1%)	75(16.5%)	125(27.4%)

Analisando o quadro 2 que apresenta o total de respostas certas e erradas da escala "Newest Vital Sign", pode-se aferir que a maioria dos participantes não sabia a resposta correta às questões colocadas sobre a informação nutricional de um rótulo.

**Quadro 2- Medidas resumo das subescalas e da pontuação total da Escala "Newest Vital Sign" (n=19)**

	Respostas Certas	Respostas Erradas
	n(%)	n(%)
Total da Escala "Newet Vital Sign"	17(14.9%)	97(85.1%)

## 2.2-Objetivos

Ajudar a pessoa com diabetes a gerir o seu regime terapêutico de forma eficaz é um grande desafio para equipa de saúde, que faz desta área o seu foco de atenção.

Deste modo, pretendemos com a elaboração deste projeto concretizar os seguintes objetivos:

### Gerais:

- Promover a literacia em saúde;
- Capacitar as pessoas com diabetes tipo 2 a gerir a sua saúde e a prevenir complicações secundárias.

### Específicos:

- Aumentar em 20% ou mais os conhecimentos das pessoas com diabetes tipo 2, sobre a doença, envolvidos no programa;
- Que no final das sessões as pessoas com diabetes tipo 2 melhorem em pelo menos dois domínios, a adesão nos autocuidados do seu regime terapêutico;
- Aumentar em 20% a literacia em saúde nas pessoas envolvidas no programa.

## **2.3-Planeamento de atividades**

### **Atividades**

O programa de intervenção foi desenvolvido na UCSP de Eiras, a um grupo de pessoas com diabetes tipo 2 que frequentam a consulta externa de diabetes, quer na sede da UCSP que situa em Eiras, quer numa das suas extensões que foi Souselas.

Efetuámos o pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo 2) que deu o parecer favorável, contactamos o Coordenador da Unidade para procedermos ao início do projeto.

Como critérios de inclusão na amostra as pessoas deveriam ter idade igual ou superior a 50 anos, aceitarem entrar no projeto, terem diabetes tipo 2 diagnosticada há mais de um ano. O período de recolha de dados da primeira avaliação, foi de 13 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2014 e optou-se por uma amostra de conveniência, uma vez que interferia o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas.

Antes de realizar a 1ª avaliação, foram tidas em conta algumas considerações éticas, ou seja os participantes receberam informação sobre o projeto assim como a confidencialidade dos dados, de forma que a sua colaboração fosse voluntária, preenchendo o consentimento informado (Anexo 3).

Iniciámos o projeto com a avaliação de conhecimentos das pessoas com diabetes tipo 2 sobre a doença. Esta foi realizada por entrevista, através de dois questionários (Questionário de conhecimentos: DKQ-24 e Escala de Atividades de Autocuidado com Diabetes), identificando eventuais défices, para poder adaptar os conteúdos e as estratégias de intervenção. Paralelamente, pretendemos avaliar a literacia em saúde (questionário *Newest Vital Sign*- versão portuguesa). Para caracterizar melhor a amostra utilizamos um questionário sociodemográfico e clínico.



Foi solicitada autorização aos autores das escalas originais da sua tradução e adaptação, via endereço eletrônico, tendo sido concedida pelos mesmos (Anexo 4). Portanto os instrumentos utilizados numa só aplicação foram: 1) o Questionário sociodemográfico e clínico, 2) o Questionário de conhecimentos da diabetes-DKQ- 24, 3) a Escala de Atividades de Auto-Cuidado com Diabetes e 4) o Questionário de literacia Newest Vital Sign-versão portuguesa (Anexo1).

### **Atividades formativas**

Na educação em grupo foram realizadas sessões formativas, utilizando métodos interativos e orientados em função dos níveis de literacia em saúde, para que se possa estabelecer uma relação de empatia e confiança entre os pares e os profissionais, tão importantes para garantir resultados em saúde e a efetividade das intervenções.

Dos 26 utentes selecionados para a nossa amostra, apenas 19 completaram o programa, os quais foram divididos em 2 grupos: 8 pessoas no grupo de Souselas (Grupo A) e 11 pessoas no grupo de Eiras (Grupo B). As atividades foram realizadas às quartas-feiras, no período da tarde, com início às 14:30 durante 1hora a 1:30h consoante os temas abordados (Tabela1).

Os temas desenvolvidos foram, a diabetes como doença crónica, sua fisiopatologia; complicações agudas e crónicas; a alimentação desde a escolha dos alimentos, a roda dos alimentos, leitura de rótulos e importância de uma alimentação equilibrada; cuidados ao pé, vigilância e prevenção de lesões; formas de tratamento e sua importância; autocontrolo glicémico e sua importância; exercício físico, benefícios, recomendações e cuidados a ter.

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

Tabela 1- Planeamento das sessões

TEMAS	ÁREAS/CONTEÚDOS A DESENVOLVER	METODOLOGIA	RECURSOS PEDAGÓGICOS	TEMPO
<b>T0-Avaliação inicial</b>		Entrevista	Questionário	25 minutos em média por doente
<b>1ª Sessão: Diabetes e fisiopatologia e tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é a diabetes</li> <li>- Tipos de diabetes</li> <li>- Fisiopatologia da doença</li> <li>- Formas de tratamento</li> <li>- Importância da autovigilância da glicemia</li> <li>- Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia</li> <li>- Prevenção de complicações agudas</li> </ul>	Expositivo Interativo	Mapa de conversação Brainstorming (debate de ideias)	1,30 Hora
<b>2ª Sessão: Alimentação saudável</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é alimentação saudável</li> <li>- Roda dos alimentos</li> <li>- Orientações alimentares</li> <li>- Leitura de rótulos</li> </ul>	Expositivo Interativo Demonstrativo	Mapa de conversação Brainstorming (debate de ideias)	1,30 Hora
<b>3ª Sessão: Exercício Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benefícios do exercício físico</li> <li>- Recomendações para a prática de exercício físico</li> <li>- Quais os exercícios mais adaptados</li> </ul>	Interativo Demonstrativo	Demonstração e Execução de exercícios	1 Hora
<b>4ª Sessão: Cuidados com os pés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância da vigilância do pé</li> <li>- Cuidados a ter para a prevenção de úlceras (inclui hábitos tabágicos)</li> </ul>	Interativo Demonstrativo	Mapa de conversação Amostra de materiais	1 Hora
<b>T1-Avaliação final</b>		Entrevista	Questionário	25 minutos em média por doente

## Estratégias

A estratégia metodológica das sessões foi o de privilegiar a interação, e os métodos ativos (Participativo, Demonstrativo), tendo sido participada ativamente pelo grupo, onde foi estimulado que partilhassem a sua experiência pessoal.

No final das sessões foi distribuído aos participantes uma informação escrita, sobre o tema tratado, porque este tipo de abordagem pode influenciar na melhoria de conhecimentos relativamente à doença e refletir-

se no tratamento, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do seu esquema proposto.

É de realçar a importância da educação em grupo também pela partilha de conhecimentos entre os pares e pela troca de experiências vivenciadas com a doença.

No sentido de criar um espaço de partilha, de amizade e fomentar o convívio entre os participantes, no final de cada sessão era servido um pequeno lanche para promover o bem-estar e a motivação na continuidade deste projeto.

### **Recursos**

O projeto foi desenvolvido com ajuda de recursos humanos e materiais. Relativamente aos recursos humanos, foi-nos concedido o apoio de três alunas do 3º ano do Curso de Fisioterapia, para colaborar na sessão do exercício físico, as restantes sessões foram realizadas pela discente do projeto.

Quanto aos recursos materiais, o espaço físico utilizado para a realização das sessões foi a sala de espera dos centros de saúde, uma vez que à quarta-feira no período da tarde não havia consultas médicas e o espaço se encontrava livre.

Os “mapas de conversação” foram uma ferramenta de educação utilizada, elaborado pela Lilly Diabetes, mas desenvolvido pela Healthy Interactions Inc, em parceria com a Federação Internacional de Diabetes- Europa (Anexo 5).

O objetivo dos mapas de conversação é o de envolver pequenos grupos de pessoas com diabetes, num debate aberto e com significado sobre a sua doença. As sessões permitem aos participantes colocar questões sobre o que mais gostariam de esclarecer e que cada participante aprenda com o conhecimento e experiência de outra pessoa na mesma situação. Esta pode

ser uma forma importante de aprendizagem para os adultos, ajudando-os a mudarem os seus comportamentos para autocontrolo da sua doença.

Através da conversação interativa e dinâmica, este método é um contributo para ajudar a diminuir a progressão e impacto da doença e assenta em alguns princípios orientadores, como a reprodução de situações e momentos do dia-a-dia de uma pessoa com diabetes, o potenciar a exposição da opinião individual de cada participante e o estimular a ouvir e comentar a opinião dos restantes participantes. Os mapas de conversação disponibilizam uma experiência de aprendizagem verbal e visual interativa que pode permitir uma melhor interiorização da informação. É a ouvir, a ver, a debater e a executar que se aprende e os mapas potenciam estes princípios.

Existem cinco mapas de conversação diferentes para a diabetes tipo 2, apenas três foram utilizados neste programa: Como funciona a diabetes, Alimentação saudável e Cuidados com os pés.

Esta metodologia de ensino exige alguma habilidade na condução da sessão, porque a pessoa que o está a fazer, tem um papel de facilitador, ou seja, criar um ambiente no qual os participantes possam aprender através de materiais apresentados, através da interação uns com os outros e através do próprio facilitador. É de valorizar que o facilitador tenha um papel importante em tornar a aprendizagem e descoberta de novas ideias divertidas e positivas para todos os participantes.

É de realçar que um dos aspetos mais importantes das sessões com os mapas de conversação é o de levar os participantes a refletir sobre os seus comportamentos e contribuir para a mudança, no sentido de poderem controlar melhor a sua diabetes.

Esta ferramenta é utilizada em pessoas não tendo limite de idade ou literacia uma vez que foi concebido para ser muito visual e intuitivo.

Na sessão de exercício físico realizada pelas alunas de fisioterapia, a sessão foi essencialmente prática utilizando o método demonstrativo, recorrendo a exercícios muito simples, de flexibilidade e de estímulo da sensibilidade dos músculos, incidindo mais nos membros inferiores.

## 2.4-Implementação e avaliação

A implementação do projeto decorreu de acordo com o mostrado na tabela 2

Tabela 2- Cronograma das sessões

Tema	Grupo	Data	Formador
Diabetes, fisiopatologia e tratamento	A (Souselas)	19 de Fevereiro	Isabel Lopes
	B (Eiras)	26 de Fevereiro	
Alimentação saudável	A	5 de Março	Isabel Lopes
	B	19 de Março	
Cuidados com o pé	A	26 de Março	Isabel Lopes
	B	16 de Abril	
Exercício físico	A	9 de Abril	Soraia Gavinhos Inês Gaspar Joana Barreto
	B	23 de Abril	

O modo de avaliação do projeto foi através da utilização dos questionários de conhecimentos (DKQ-24), a Escala de Atividades de Autocuidado com Diabetes (SDSCA) e o questionário de literacia Newest Vital Sign- versão portuguesa, comparando os resultados antes do projeto e após a implementação do projeto.

A avaliação das sessões foi realizada no final de cada sessão, através de um pequeno questionário de conhecimentos sobre o tema tratado (Anexo 6).

### 3-RESULTADOS

#### 3.1- Caracterização geral da amostra

Analizando as características sociodemográficas da amostra Quadro 3, opta-se por apresentar de forma diferenciada as características dos indivíduos que acabaram e que não acabaram a intervenção. Assim, verifica-se que a maioria dos participantes é do sexo masculino, existindo maior percentagem de mulheres no grupo que não acabou a intervenção (26.3% vs 42.9%).

No que respeita ao IMC e olhando para o total dos dois grupos observa-se que quase a totalidade dos participantes (96.2%) apresenta um IMC acima do peso ideal. Observando as habilitações académicas verifica-se que no geral o grau de escolaridade é baixo, sendo que no segundo grupo a totalidade dos participantes só estudou até ao 4º ano. Relativamente ao tipo de tratamento para a Diabetes, este é maioritariamente composto apenas por antidiabéticos orais (73.1%). A maioria dos participantes é casada (76.9%) e reformada (84.7%).

**Quadro 3- Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n= 26)**

Variáveis	Grupo que acabou a intervenção		Grupo que não acabou a intervenção		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Género:</b>						
Feminino	5	26.3	3	42.9	8	30.8
Masculino	14	73.7	4	57.1	18	69.2
<b>IMC:</b>						
Peso Ideal	1	5.3	-	-	1	3.8
Sobrepeso	13	68.4	3	42.9	16	61.5
Obesidade Grau I	2	10.5	3	42.9	5	19.2
Obesidade Grau II	3	15.8	1	14.2	4	15.5
<b>Habilitações Académicas:</b>						
Até ao 4º ano	13	68.4	7	100.0	20	76.9
Do 5º ao 9º ano	1	5.3	-	-	1	3.8
Ensino Secundário	4	21.1	-	-	4	15.5
Ensino Superior	1	5.3	-	-	1	3.8

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

<b>Tipo de Tratamento para Diabetes:</b>						
Antidiabéticos orais	15	78.9	4	57.1	19	73.1
Insulina	1	5.3	-	-	1	3.8
Antidiabéticos orais + Insulina	3	15.8	3	42.9	6	23.1
<b>Estado Civil:</b>						
Casado(a)	15	78.9	5	71.4	20	76.9
Viúvo(a)	3	15.8	2	28.6	5	19.3
Divorciado(a)	1	5.3	-	-	1	3.8
<b>Situação profissional:</b>						
Reformado(a)	16	84.2	6	85.7	22	84.7
Doméstica	2	10.5	1	14.3	3	11.5
Mecânico	1	5.3	-	-	1	3.8

Analisando agora a estatística resumo das variáveis numéricas (Quadro 4), verifica-se que os participantes apresentam em média 66.65 ( $\pm 5.91$ ) anos, variando entre 57 e 80 anos, um “IMC” médio de 29.69 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 3.98$ ), um “Perímetro abdominal” médio de 104.12 cm ( $\pm 9.00$ ), uma “Tensão arterial – diastólica” média de 83.83 mmHg ( $\pm 14.59$ ) e “Tensão arterial sistólica” média de 144.92 mmHg ( $\pm 15.58$ ). Já a “Hemoglobina glicada” média é de 6.8% ( $\pm 1.11$ ). Os participantes são diabéticos em média, há cerca de 12 anos (11.77  $\pm 9.21$  anos), com o mínimo de 1 ano e o máximo de 36 anos de doença diagnosticada

**Quadro 4- Estatística resumo das variáveis “Idade”, “IMC”, Perímetro Abdominal”, “Tensão Arterial Diastólica”, “Tensão Arterial Sistólica”, “Hemoglobina Glicada” e “Tempo com Diabetes” (n=26)**

Variáveis	Grupo que acabou a intervenção				Grupo que não acabou a intervenção				TOTAL			
	$\bar{X}$	s	Min.	Máx.	$\bar{X}$	s	Min.	Máx.	$\bar{X}$	s	Min.	Máx.
Idade (anos)	65.42	4.61	58	74	70.00	7.98	57	80	66.65	5.91	57	80
IMC	29.38	4.28	24.00	38.50	30.54	3.17	26.22	35.50	29.69	3.98	24	38.50
Perímetro Abdominal (cm)	102.95	10.00	85	124	107.29	4.68	101	114	104.12	9.00	85	124
Tensão Arterial - Diastólica(mmHg)	83.74	14.53	57	104	84.14	15.90	53	102	83.85	14.59	53	104
Tensão Arterial - Sistólica (mmHg)	143.11	17.80	105	172	149.86	4.63	144	157	144.92	15.58	105	172
Hemoglobina Glicada (%)	6.69	1.04	5.20	9.50	7.10	1.32	5.50	8.90	6.80	1.11	5.20	9.50
Tempo com Diabetes (anos)	11.74	9.79	1	36	11.86	8.15	1	22	11.77	9.21	1	36

### **Instrumentos utilizados e estudo de fidelidade**

Relativamente às características psicométricas das versões das escalas utilizadas, foi determinada a sua fidelidade mediante o cálculo do Alfa de Cronbach (Quadro 5).

Verificamos assim que nos totais das três escalas utilizadas, o coeficiente *Alfa de Cronbach* varia entre os valores aceitáveis ( $> 0.65-0.70$ ) a bons ( $>0.80$ ) (Maroco & Garcia-Marquez, 2006), sendo que para as subescalas da Escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" os valores são muito irregulares havendo até valores negativos e um que não se conseguiu obter.

**Quadro 5 – Valores do coeficiente Alpha de Cronbach para a Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire", Escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" e as suas subescalas e para a Escala de Literacia "Newest Vital Sign" (n=19)**

<b>Dimensões</b>	<b>n.º itens</b>	<b>Alfa (<math>\alpha</math>)</b>
Total da Escala Diabetes Knowledge Questionnaire	24	0.864
Total da Escala de Autocuidados	19	0.696
Alimentação Geral	3	0.235
Alimentação Específica	6	0.651
Atividade Física	2	-1.383
Monitorização da Glicémia	2	0.943
Cuidado com os Pés	3	0.782
Medicamentos	3	(1)
Total da Escala Newest Vital Sign	6	0.686

(1) Não obtido

### **Tratamento estatístico dos dados**

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa IBM SPSS® 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Assumiu-se  $\alpha=.05$  como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior a esse valor ( $p<.05$ ).



Para a determinação dos testes estatísticos e no sentido de determinar a possibilidade de utilização de testes paramétricos (mais potentes) procedeu-se à validação dos seus pressupostos, começando-se pelo pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente.

De acordo com os testes realizados apresentados no Quadro 6, não se pode assumir a normalidade da distribuição da variável dependente, não só pela falta de normalidade em todas as Escalas e subescalas, mas também devido ao reduzido número de participantes, pelo que se opta pela realização de testes não paramétricos (teste de Wilcoxon).

**Quadro 6 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk para avaliação da aderência à normalidade da Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire", da Escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" e as suas subescalas e da Escala de Literacia "Newest Vital Sign" (n=19)**

Dimensões e total da escala	Shapiro-Wilk	
	Estatística	p
Total da Escala DKQ	<b>0.945</b>	<b>0.326</b>
Total da Escala de Autocuidados	<b>0.982</b>	<b>0.967</b>
Alimentação Geral	<b>0.929</b>	<b>0.165</b>
Alimentação Específica	<b>0.960</b>	<b>0.577</b>
Atividade Física	0.814	0.002
Monitorização da Glicémia	0.869	0.014
Cuidado com os Pés	0.440	0.000
Medicamentos	0.370	0.000
Total da Escala Newest Vital Sign	0.744	0.000

### 3.2-Apresentação de resultados antes e após a intervenção

#### Análise da Escala "Diabetes Knowledge Questionnaire"

Para se obter uma noção da diferença entre as avaliações, optou-se por realizar um teste estatístico para amostras emparelhadas que coloca em evidência quais os itens em que a diferença entre a primeira e a segunda avaliação é estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Assim, pode-se observar (Quadro 7) que apenas 6 itens (1, 5, 8, 15, 16 e 20) não apresentam

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

diferença estatisticamente significativa. Nos restantes casos observando os rankings positivos e negativos, nota-se uma clara perçetibilidade quanto à aprendizagem entre as avaliações.

**Quadro 7– Valores do teste de Wilcoxon realizado à escala de "Diabetes Knowledge Questionnaire" referente aos resultados da 1ª e 2ª avaliação (n=19)**

Item	Valor do teste wilcoxon	Sig. (2-tailed)	Diferença entre 1ª e 2ª avaliação		
			<sup>a</sup> rank positivo	Empate	<sup>b</sup> rank negativo
<b>Total da Escala DKQ</b>	-3.825	<b>0.000</b>	19	0	0
1. Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes.	-1.000	0.317	1	15	3
2. A causa comum da diabetes é a falta de insulina efetiva no corpo.	-2.828	<b>0.005</b>	8	11	0
3. A diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina	-3.606	<b>0.000</b>	13	6	0
4. Os rins produzem insulina	-3.000	<b>0.003</b>	9	10	0
5. Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe	-1.414	0.157	2	17	0
6. Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos	-2.236	<b>0.025</b>	5	14	0
7. A diabetes pode ser curada	-2.828	<b>0.005</b>	8	11	0
8. Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado	-1.732	0.083	3	16	0
9. A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises á urina	-2.236	<b>0.025</b>	5	14	0
10. O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes	-2.449	<b>0.014</b>	6	13	0
11. Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e Tipo 2 (não-dependente de insulina	-2.449	<b>0.014</b>	6	13	0
12. Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue	-2.236	<b>0.025</b>	5	14	0
13. A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes	-2.333	<b>0.020</b>	8	10	1
14. A diabetes provoca, por vezes má circulação	-2.646	<b>0.008</b>	7	12	0
15. Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos	-1.414	0.157	2	17	0
16. Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés	-1.732	0.083	3	16	0
17. Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool	-2.646	<b>0.008</b>	7	12	0
18. A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro	-2,000	<b>0.046</b>	4	15	0
19. A diabetes pode causar danos nos meus rins	-2.449	<b>0.014</b>	6	13	0
20. A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés	-1.732	0.083	3	16	0
21. Tremor e suor são sinais de açúcar elevado no sangue	-3.317	<b>0.001</b>	11	8	0
22. Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue	-3.742	<b>0.000</b>	14	5	0
23. Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos	-3.464	<b>0.001</b>	12	7	0
24. Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais	-2.646	<b>0.008</b>	7	12	0

a. Rank positivo = 2ª avaliação > 1ª avaliação

b. Rank negativo = 1ª avaliação > 2ª avaliação

### Análise da Escala “Atividade de Autocuidado com a Diabetes”

Da análise desta escala obtiveram-se resultados semelhantes antes e depois da intervenção. Antes da intervenção, os autocuidados com pontuações mais elevadas foram o "Cuidado com os pés" ( $\bar{x}$ =6.54; s=1.24) e a "Medicação" ( $\bar{x}$ =6.71; s=0.90), enquanto os menos pontuados foram a "Atividade Física" ( $\bar{x}$ =2.05; s=1.46) e a "Monitorização da Glicémia" ( $\bar{x}$ =3.97; s=2.46). Contudo, os autocuidados onde se verificou maior mudança após a intervenção foram a "Alimentação" ( $\bar{x}$ =4.37 para  $\bar{x}$ =5.91) e a "Alimentação Específica" ( $\bar{x}$ =4.67 para  $\bar{x}$ =5.41).

**Quadro 8- Medidas resumo das subescalas e da pontuação total da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" (n=19)**

Subescalas e total	1ª Avaliação		2ª Avaliação		2ª av. - 1ª av.
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$
Total da Escala ADD	<b>4.80</b>	0.81	5.48	0.60	<b>0.68</b>
Alimentação	<u>4.37</u>	1.51	<b>5.91</b>	0.91	<b>1.54</b>
Alimentação Específica	4.67	1.45	<u>5.41</u>	0.98	<b>0.74</b>
Atividade Física	<u>2.05</u>	1.46	<u>2.71</u>	1.56	0.66
Monitorização da Glicémia	<u>3.97</u>	2.46	<u>4.24</u>	2.21	<u>0.27</u>
Cuidado com os pés	<b>6.54</b>	1.24	<b>6.86</b>	0.34	<u>0.32</u>
Medicação	<b>6.71</b>	0.90	<b>6.95</b>	0.23	<u>0.24</u>

Na observação da escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" pode observar-se que os itens mais pontuados aquando da primeira avaliação foram o “18. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?” “17. Em quantos dos

últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos) ” e o “15. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?” ( $\bar{x}=6.74\pm1.15$ ). Já no que concerne à segunda avaliação os itens mais pontuados foram exatamente os mesmos da primeira, com ligeiras variações no valor das médias sendo estas de 7.00 para os dois itens mais pontuados e de 6.95 para o terceiro item.

Na relação entre as duas avaliações constata-se que os itens com maior evolução foram os itens “6. Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?”, o “1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?” e o “ 2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?” com médias de 1.89, 1.84 e 1.79 respetivamente. Já os de menor evolução foram os itens “18. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?”, onde não houve qualquer evolução, o item “7. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?” com uma média de 0.05 e o item “17. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos)” onde a média é de 0.11.

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

**Quadro 9- Medidas resumo dos itens da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" (n=19)**

Em quantos dos últimos SETE DIAS:	1ª Avaliação		2ª Avaliação		2ª Av. - 1ª Av.
		s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$
1. ... seguiu uma alimentação saudável?	<u>3.58</u>	2.567	5.42	1.387	<b>1.84</b>
2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	3.74	2.535	5.53	1.307	<b>1.79</b>
3. ...comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?	5.79	2.097	6.79	0.535	1.00
4. ...comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	5.16	1.537	5.63	1.116	0.47
5. ...comeu pão acompanhado à refeição do almoço ou jantar?	2.32	2.982	<u>3.26</u>	3.160	0.94
6. ...no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?	4.58	2.479	6.47	0.841	<b>1.89</b>
7. ...consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	3.95	3.488	4.00	3.317	<u>0.05</u>
8. ...consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	6.11	1.969	6.89	0.459	0.78
9. ...comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	5.89	1.150	6.21	0.787	0.32
10. ...praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	<u>2.37</u>	2.753	<u>3.05</u>	2.223	0.68
11. ...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)?	<u>1.74</u>	2.621	<u>2.37</u>	2.166	0.63
12. ...avaliou o açúcar no sangue?	3.95	2.527	4.16	2.316	0.21
13. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	4.00	2.539	4.32	2.136	0.32
14. ...examinou os seus pés?	6.68	1.157	6.84	0.501	0.16
15. ...lavou os seus pés?	<b>6.74</b>	1.147	<b>6.95</b>	0.229	0.21
16. ...secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	6.21	1.988	6.79	0.713	0.58
17. ... tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos)	<b>6.89</b>	0.459	<b>7.00</b>	0.000	<u>0.11</u>
18. ...tomou conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?	<b>7.00</b>	0.000	<b>7.00</b>	0.000	<u>0.00</u>
19. ...tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	6.50	1.689	6.89	0.471	0.39

Como a subescala sobre "Hábitos Tabágicos" não possui o mesmo tipo de resposta que as restantes subescalas, optou-se por apresentar as suas frequências num quadro à parte Quadro10. Assim sendo, pode observar-se que nenhum participante fumou na semana anterior à realização das duas avaliações e que apenas há um participante que foi fumador, apesar de ter deixado há mais de dois anos.

**Quadro 10- Dados relativos à subescala "Hábitos Tabágicos" da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" (n=19)**

	1ª avaliação	2ª avaliação
	n(%)	n(%)
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?		
Sim		
Não	19(100%)	19(100%)
Quando fumou o seu último cigarro?		
Nunca fumou	18(94.7%)	18(94.7%)
Há mais de 2 anos	1(5.3%)	1(5.3%)

Para concluir a apreciação de resultados da Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes", apresenta-se o quadro 11 com as diferenças entre avaliações tanto dos itens da escala como também das suas subescalas e do total da escala. Pode visualizar-se que apenas o total da escala e as duas subescalas referentes à alimentação possuem diferença estatisticamente significativa, notando-se (pela análise dos rankings) uma melhoria na segunda avaliação.

Quanto à análise dos itens individualmente, apenas os itens "1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?", "2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano

alimentar recomendado por algum profissional de saúde?", "3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?", "5. Em quantos dos últimos SETE DIAS, comeu pão acompanhado á refeição do almoço ou jantar?\*" e "6. Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?\*" apresentam resultados estatisticamente significativos, conduzindo novamente a uma evolução positiva na aprendizagem, da primeira para a segunda avaliação. É de realçar que estes itens ajudaram a formar as mesmas subescalas que apresentam as diferenças apresentadas no parágrafo anterior.

**Quadro 11- Valores do teste de Wilcoxon realizado à Escala "Atividade de Autocuidado com a Diabetes" referente aos resultados da 1ª e 2ª avaliação (n=19)**

Item	Valor do teste wilcoxon	Sig. (2-tailed)	Diferença entre 1ª e 2ª avaliação		
			<sup>a</sup> rank positivo	Empate	<sup>b</sup> rank negativo
<b>Total da Escala ADD</b>	-3.726	<b>0.000</b>	18	1	0
Alimentação	-3.732	<b>0.000</b>	18	1	0
Alimentação Específica	-3.356	<b>0.001</b>	15	3	1
Atividade Física	-1.955	0.051	9	5	5
Monitorização da Glicémia	-1.802	0.072	5	13	1
Cuidado com os pés	-1.051	0.293	4	13	2
Medicação	-1.342	0.180	2	17	0
1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	-3.209	<b>0.001</b>	13	6	0
2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	-3.090	<b>0.002</b>	15	3	1
3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?	-2.226	<b>0.026</b>	6	13	0
4. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?*	-1.565	0.118	8	7	4

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

5. Em quantos dos últimos SETE DIAS, comeu pão acompanhado á refeição do almoço ou jantar?*	-2.023	<b>0.043</b>	5	14	0
6. Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?*	-3.076	<b>0.002</b>	12	7	0
7. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?*	-0.365	0.715	3	15	1
8. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?*	-1.625	0.104	4	14	1
9. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?*	-1.732	0.083	7	10	2
10. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade continua, inclusive andar)	-1.615	0.106	8	10	1
11. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho)?	-1.029	0.304	7	8	4
12. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	-1.414	0.157	4	14	1
13. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	-1.656	0.098	4	14	1
14. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	-0.184	0.854	2	15	2
15. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	-0.447	0.655	1	17	1
16. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	-1.461	0.144	3	15	1
17. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos)	-1.000	0.317	1	18	0
18. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?	0.000	1.000	0	4	4
19. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	-1.342	0.180	2	16	0

\* - itens com a cotação invertida

a. Rank positivo = 2ª avaliação > 1ª avaliação

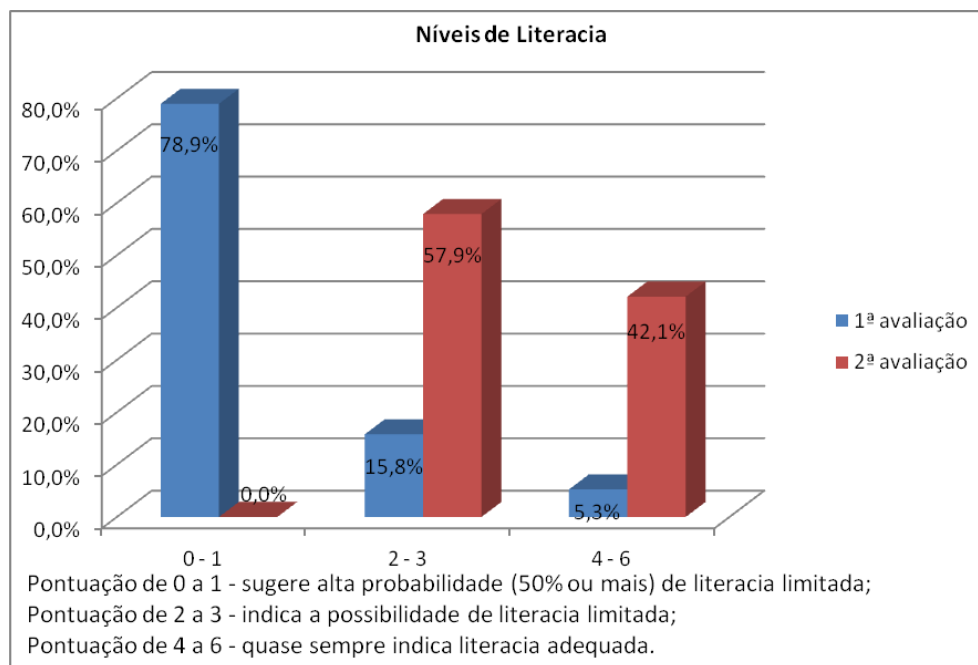
b. Rank negativo = 1ª avaliação > 2ª avaliação



### **Análise das variáveis da escala Newest Vital Sign**

Na análise do Gráfico 1 onde se encontra a representação dos níveis de literacia dos participantes referentes às duas avaliações, pode verificar-se que houve uma importante aprendizagem entre as mesmas, já que na primeira avaliação quase a totalidade dos participantes possuíam literacia limitada face à data da segunda avaliação, em que já apresentaram resultados muito mais elevados, com uma melhoria de 42,1% dos indivíduos para um nível de literacia adequada.

**Gráfico 1 - Níveis de Literacia para a 1ª e 2ª avaliação referente à Escala "Newest Vital Sign" (n=19)**



Para terminar, apresenta-se no quadro 12 o teste de wilcoxon (não paramétrico) realizado à Escala "Newest Vital Sign", onde se podem

verificar as diferenças entre a primeira e segunda avaliação. Assim, apenas a pergunta 3 "...Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?" não apresenta diferença estatisticamente significativa. Todas as restantes perguntas e o total da escala apresentam uma significância inferior a 0.05 e um ranking negativo igual a zero. Estes resultados indicam claramente que na segunda avaliação os participantes responderam corretamente às questões, o que se traduz num maior número de respostas corretas.

**Quadro 12- Valores do teste de Wilcoxon realizado à escala de "Newest Vital Sign" referente aos resultados da 1ª e 2ª avaliação (n=19)**

Item	Valor do teste wilcoxon	Sig. (2-tailed)	Diferença entre 1ª e 2ª avaliação		
			<sup>a</sup> rank positivo	Empate	<sup>b</sup> rank negativo
<b>Total da Escala NVS</b>	-3.772	<b>0.000</b>	18	1	0
1. Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?	-3.317	<b>0.001</b>	11	8	0
2. Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?	-2.449	<b>0.014</b>	6	13	0
3. Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?	-1.000	0.317	1	18	0
4. Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção?	-2.236	<b>0.025</b>	5	14	0
5. É seguro para si comer este gelado?	-3.742	<b>0.000</b>	14	5	0
6. (Pergunte, apenas, se a resposta à questão anterior foi "Não"). Porque não?	-3.873	<b>0.000</b>	14	5	0

a. Rank positivo = 2ª avaliação > 1ª avaliação

b. Rank negativo = 1ª avaliação > 2ª avaliação

#### **4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este programa de intervenção teve por base a educação da pessoa com diabetes, com o objetivo de aumentar os seus conhecimentos, para assim poder ter uma gestão mais eficaz da doença.

Em Portugal são escassos os estudos sobre programas de intervenção em educação em diabetes, quer sejam desenvolvidos por enfermeiros ou outros profissionais que acompanham estes doentes, facto também referido por Otero, Zanetti & Ogrizio (2008).

Para APDP (2009) a diabetes está associada a excesso de peso e com acumulação de gordura, predominantemente, na região abdominal, igual resultado acontece no nosso estudo, em que a maioria dos participantes têm um peso acima do peso ideal em que a média de IMC é de 29.69 Kg/m<sup>2</sup> e o perímetro abdominal a média é 104.12 cm.

É de referir que a terapêutica insulínica é pouco utilizada como opção de tratamento, a maioria dos participantes neste estudo (73.1%) tomam antidiabéticos orais, o que está em concordância com o número de determinações de glicemia por semana, uma vez que as pessoas com diabetes tipo 2 a monitorização da glicemia recomendada não é diária, a média das avaliações de glicemia é de quatro vezes por semana.

Dos dados obtidos, quando analisamos os conhecimentos dos doentes antes e após o programa de educação, podemos afirmar que houve um aumento significativo de conhecimentos (35%) acerca da doença, o que superou o objetivo inicialmente proposto.

À semelhança do estudo efetuado por Sousa & McIntyre (2008) os níveis de conhecimentos são mais elevados nas dimensões do tratamento, duração e controlo da doença e menos conhecimentos nas dimensões na identidade e causas da doença; com mais evidência nas perguntas com maior respostas erradas foi “Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes” e “os rins produzem insulina”. Os níveis de conhecimentos

aumentaram após o programa de educação (35%), no entanto existiu algumas questões sobre o qual não foi eficaz, nomeadamente na questão “Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes”. Podemos talvez pensar que as respostas erradas, deve-se frequentemente a falsos mitos ou crenças erróneas existentes na nossa população.

É importante realçar que, conhecimento é mais do que reproduzir informações, e pressupõe modificação de atitudes, comportamentos e hábitos de vida. Neste estudo tivemos este aspeto em consideração uma vez que também avaliamos o quanto o programa contribuiu na aquisição de habilidades para o autocuidado.

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Menino, Dixe, Louro & Roque (2013) que analisa diversos programas de educação dirigidos a pessoas com diabetes, mostra que um dos programas efetuado por Silva e colaboradores em 2011, um dos resultados obtidos a nível do comportamento foi uma mudança a nível da alimentação. Tal facto aconteceu neste estudo em que a subescala "Alimentação" e a subescala "Alimentação Específica", foram as que obtiveram uma maior melhoria.

Relativamente à prática do exercício físico, a maioria dos participantes reconhece o quanto é importante fazer caminhadas para controlar a sua doença, no entanto muitos deles referem dificuldades em realizá-las principalmente por problemas de saúde, nomeadamente ao nível do sistema articular. Com a intenção de proporcionar métodos alternativos e ajustar o exercício às condições físicas das pessoas, foi muito importante a sessão de exercício orientada pelas alunas de fisioterapia.

O nível de escolaridade pode ser, ou é considerado fator determinante na efetividade deste tipo de programas, uma vez que as pessoas necessitam de adquirir conhecimentos para desenvolverem o autocuidado. No decorrer do programa os participantes demonstraram interesse pelos aspetos mais

práticos do conhecimento, no entanto os aspetos fisiológicos ou alterações patológicas que ultrapassa a sua necessidade de compreensão, demonstraram menos interesse, tal facto estará também relacionado com o baixo nível de literacia e baixo nível educacional.

A educação terapêutica constitui uma ferramenta importante na prática clínica, pois vai permitir uma partilha de responsabilidades e para Boavida (2010) esta “implica uma transferência real, planeada e organizada de competências do educador para o doente, com o objetivo de progressivamente, transformar a dependência da doença em responsabilidade e parceria com a equipa de profissionais de saúde”. Neste contexto o papel do enfermeiro é extremamente importante e há estudos que referem que os enfermeiros são dos profissionais que mais motivam nas tomadas de decisão, considerando a proximidade e o tempo despendido com o doente e a adaptação da linguagem a cada pessoa.

As estratégias utilizadas na educação do doente são muito importantes na eficiência do tratamento, estas devem ser interativas que possam fortalecer uma atitude positiva frente às adversidades que se impõe no seu quotidiano. A educação em grupo, com o relato das experiências de cada um e as reflexões relacionadas com os seus próprios atos, são o caminho eficaz para facilitar a possibilidade de novos hábitos de vida e para o desenvolvimento e aquisição de atitudes para o autocuidado.

## **5- CONCLUSÃO**

A diabetes é uma doença complexa e com um tratamento multifacetado que exige muito da intervenção da própria pessoa. Tem complicações sérias a longo prazo e é no sentido de as prevenir que os enfermeiros desenvolvem esforços na educação da pessoa com diabetes.

Assim os enfermeiros devem ser agentes de mudança no sentido de lhes proporcionar toda a informação e cuidados a ter face á doença, para prevenir o aparecimento das complicações, envolvendo-os no seu processo de autocuidado.

Após o término deste projeto constatamos que os objetivos traçados foram alcançados, porque os resultados demonstraram um aumento em 35% de conhecimentos sobre a doença, uma melhoria na adesão do autocuidado nos domínios alimentação e alimentação específica, um aumento em 36,8% dos indivíduos com um nível de literacia adequada e uma melhoria em 42,1% de pessoas com literacia limitada.

Como limitações deste estudo, pensamos que a redução do tamanho da amostra que não é representativa e daí impedir outras possíveis diferenças, mesmo assim foi possível identificar ganhos em conhecimentos das pessoas com diabetes.

Outra limitação, foi a duração do projeto de apenas dois meses, um curto período de acompanhamento para avaliação do programa educativo, que idealmente deve ser superior a 12 meses, para melhor avaliar o efeito da intervenção (Torres, Franco, Stradioto, Hortale & Schall, 2009).

A realização deste estudo foi para nós, mais uma oportunidade de aprendizagem e uma forte motivação para o prosseguimento da nossa atividade laboral junto das pessoas com diabetes, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R., Funnell, M. (2004). *Empowerment and Self-Management*. Clinical Diabetes, 22 (3), 123- 127. Acedido de <http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full.pdf>.
- Andrade, I., Martins, A.C. (2013) (*in press*). “Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Newest Vital Sign”, revista Referência da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- APDP (2009). *Diabetes tipo 2: um guia de apoio e orientação*. Lisboa: Lidel
- Assal et al (2010). *Guia do Cidadão na Doença Crónica: para uma cidadania na saúde*. Lisboa: Colibri.
- Bastos, F.S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto- Faculdade de Medicina, Portugal. Acedido de [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9654/3/5038\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9654/3/5038_TM_01_P.pdf)
- Bastos, F.,Severo, M., Lopes.,C. (2007). *Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada*. Acta Médica Portuguesa (20), 11-20. Acedido de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/836/512>
- Boavida, J. (2013). *Educação do Doente Terapêutico no Tratamento da Diabetes*. Revista Portuguesa Cardiologia, vol 32 (Supl.I), 32-34.
- Boavida, J. (2010). *Educação terapêutica do doente com diabetes mellitus*. In Nunes J. (Ed), *Diabetes uma abordagem global* (173-178). Alges:Edições Médicas.
- DGS (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus nº 14*. Ministério da Saúde.
- DGS (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes nº 23*. Ministério da Saúde.

- Guerra, M.T.B.P.F. (2012). *Empoderamento da Pessoa com Diabetes Tipo 2*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja- Escola Superior de Saúde, Portugal.
- International Diabetes Federation (2002). *International Curriculum for Diabetes Health Professional Education*. Brussels: IDF Publications. Acedida de [http://moh.mn/moh%20db/healthreports.nsf/32fe9f3e7452a6f3c8256d1b0013e24e/aebd727ad9c98676c8256fdd00259c0a/\\$FILE/IDF\\_Introduction\\_1.pdf](http://moh.mn/moh%20db/healthreports.nsf/32fe9f3e7452a6f3c8256d1b0013e24e/aebd727ad9c98676c8256fdd00259c0a/$FILE/IDF_Introduction_1.pdf)
- Loureiro, L. et al (2012). *Literacia em Saúde Mental de adolescentes e Jovens: Conceitos e desafios*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (6), 157-166.
- Loureiro, L. et al (2014). *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir*. Coimbra: Unidade de Investigação de Ciências de Enfermagem-Escola Superior de Enfermagem.
- Luis, L.F.S. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação saudável: os novos produtos e a escolha dos alimentos*. Dissertação de Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Maroco J.& Garcia-Marques, T.(2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?*. Laboratório de Psicologia, 4 (1), 65-90.
- Menino, E., Dixe, M., Louro, M. &, Roque, S. (2013). *Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência, III Série (10) 135-143.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International, 5 (3): 259-267. Acedida de <http://www.allianz->



gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/Health\_Promot  
.\_Int.2000Nutbeam25967.pdf

- Raposo, J. (2004). *Educação Terapêutica: Partilhar Responsabilidades- Porquê e Como?* Diabetes Viver em Equilíbrio (31), 28-30.
- Santos, O. (2010). *O Papel da Literacia em Saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal.* Contribuição Especial, vol 4 (3), 127-134.
- Sousa, M., McIntyre, T. (2008). *Conhecimento do Diabético sobre a Doença e a Repercussão no Tratamento.* RBPS, 21 (4), 281- 289. Acedido de <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/574/2238>
- Tang, T., Funnell, M. (2006). *Group Education Strategies for Diabetes Self-Management.* Diabetes Spectrum, 19 (2), 99- 105. Acedido de <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/19/2/99.full.pdf+html>
- Tanqueiro, M. (2013). *A Gestão do Autocuidado nos Idosos com Diabetes: Revisão Sistemática da Literatura.* Revista de Enfermagem Referência, III Série (9), 151- 160.
- Torres, H.; Franco, L.; Stradioto, M.; Hortale, V. & Schall, V. (2009). *Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes.* Revista de Saúde Pública, 43(2), 291-298.
- OMS (1998). *Therapeutic patient education: Continuing Education Programms for Healthcare Providers in the Fied of prevention of Chronic Diseases.* Report of a Working Group. Copenhagen. Acedido de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/145294/E63674.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf)
- OMS (2003). *Adherence to Long- Term Therapies.* Evidence for Action. Genevea. Acedido de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

## ANEXO 1- Questionário de colheita de dados

QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE E  
EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA: CAPACITAR A  
PESSOA COM DIABETES TIPO 2 A LIDAR COM  
A SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

#### Parte 1- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade \_\_\_\_\_ anos

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

Índice de massa corporal: \_\_\_\_\_ Kg/m

Perímetro Abdominal: \_\_\_\_\_ cm

Tensão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg

Hemoglobina glicada: \_\_\_\_\_ % (mais recente)

Nível de escolaridade:

Ensino Básico

Até 4 anos ☐

5 ou mais anos ☐

Ensino Secundário ☐

Ensino Superior ☐

Não sabe ler nem escrever ☐

Há quantos anos é diabético? \_\_\_\_\_ anos

Tipo de tratamento para diabetes:

Antidiabéticos orais: ☐

Insulina : ☐

Estado civil:

Solteiro(a) ☐

Casado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

Divorciado(a) ☐

Outro: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

Parte 2- QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES

Tradução para Português de “Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)-24”

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a Diabetes

ITEM	Questões	Sim	Não	Não sei
1	Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes			
2	A causa comum da diabetes é a falta de insulina efectiva no corpo			
3	diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina			
4	Os rins produzem insulina			
5	Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe			
6	Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos			
7	A diabetes pode ser curada			
8	Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado			
9	A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises á urina			
10	O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes			
11	Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e Tipo 2 (não-dependente de insulina)			
12	Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue			
13	A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes			
14	A diabetes provoca, por vezes má circulação			
15	Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos			
16	Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés			
17	Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool			
18	A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro			
19	A diabetes pode causar danos nos meus rins			
20	A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés			
21	Tremer e suar são sinais de açúcar elevado no sangue			
22	Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue			
23	Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos			
24	Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais			

## Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

### Parte 3- ESCALA DE ATIVIDADE DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

Traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities

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

<b>1- ALIMENTAÇÃO</b>	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>2- ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS, comeu pão acompanhado á refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, ás principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>3- ACTIVIDADE FÍSICA</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade continua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho)?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>4- MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0 1 2 3 4 5 6 7

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

<b>5- CUIDADOS COM OS PÉS</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>6- MEDICAMENTOS</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos)	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>7- HÁBITOS TABÁGICOS</b>	
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
Se Sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? Numero de cigarros _____	
Quando fumou o seu último cigarro?  <input type="checkbox"/> Nunca fumou  <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás  <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás  <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás  <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás  <input type="checkbox"/> No último mês  <input type="checkbox"/> Hoje	

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

Parte 4- QUESTIONÁRIO DE LITERACIA “NEWEST VITAL SIGN”- VERSÃO PORTUGUESA

Esta informação nutricional está na parte de trás de uma embalagem de gelado

<b>Informação Nutricional</b>		
Tamanho da porção	100ml	
Porções por embalagem	4	
Quantidade por porção		
Valor energético		
Calorias	250 kcal	
% DDR ★		
<b>Gordura total</b>	13g	20%
Gorduras saturadas	9g	40%
<b>Colesterol</b>	28mg	12%
<b>Sódio</b>	55 mg	2 %
<b>Total de Hidratos de Carbono</b>	30g	12%
Fibras Alimentares	2 g	
Açúcares	23 g	
<b>Proteínas</b>	4 g	8%
★ Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.		
Ingredientes: Natas, leite condensado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha		



Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

	Sim	/	Não
PERGUNTAS:			
1. Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?			
2. Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?			
3. Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?			
4. Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção?			
<b>Imagine que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelha.</b>			
5. É seguro para si comer este gelado?			
6. (Pergunte, apenas, se a resposta à questão anterior foi “Não”). Porque não?			

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

## ANEXO 2- Pedido de autorização á comissão de ética

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:	DESPACHO: <i>Homologado o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>30.1.2014.</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
FAVORÁVEL	

*Dr. José Manuel Azenha Teresa*  
Presidente,

ASSUNTO: "Literacia em saúde e educação terapêutica: capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde" – 1/2014

*Dr. Luís Manuel Milhão Mendes Cabral*  
Vogal,

*Dr.ª Maria Augusta Mota*  
Vogal,

### Apreciação Geral:

Estudo com interesse limitado.

No geral, o estudo não terá dificuldade em ser concretizado.

Trata-se de um interventivo, investigacional, numa coorte, com interesse, mas com limitado impacto por não haver comparação com a intervenção usual

O Relator

*(Prof. Dr. Luiz Santiago)*

O Presidente da CES

*(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)*

23 de janeiro de 2014

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

### ANEXO 3- Consentimento informado dos doentes

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título do trabalho de projeto:** Literacia em saúde e educação terapêutica: capacitar a pessoa com diabetes tipo2 para lidar com a sua condição de saúde

Eu abaixo assinado \_\_\_\_\_

compreendi a explicação e informação que me foi prestada sobre os objetivos e os métodos deste estudo estudo, tendo sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei serem necessárias. Foi-me garantido todo o sigilo das informações dadas.

Com base nesta informação, aceito participar como voluntário(a) neste estudo.

Coimbra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

#### ANEXO 4- Pedido de autorização da utilização das escalas

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Isabel Cruz Cordeiro Lopes

Doutoramento em Enfermagem,

Mestrado em Educação para a Saúde na ESTeS e ESEC de Coimbra Universidade

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

Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à estudante de Mestrado em Educação para a Saúde na ESTeS e ESEC de Coimbra, no âmbito do seu projeto “Literacia em Saúde e Educação Terapêutica: capacitar a pessoa com diabetes tipo 2” para a utilização das versões em Português do questionário e escala acima referenciados, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional. Gostaria que me informassem da evolução do projecto e dos resultados que obtenham.

Ao dispor,

Porto, 22 Novembro de 2013

Fernanda Santos Bastos

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

## ANEXO 5- Mapas de conversação





Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde

## ANEXO 6- Questionários de avaliação das sessões

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **TEMA: DIABETES – O QUE É COMO FUNCIONA E SEU TRATAMENTO**

1- Qual o órgão que produz a insulina?

Estomago ☐

Intestino ☐

Pâncreas ☐

Rim ☐

2- Quantos tipos de diabetes existem?

Tipo 1 ☐

Tipo 2 ☐

3- Qual o tipo de tratamento para a diabetes?

Medicação ☐

Alimentação ☐

Exercício físico ☐

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **TEMA: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

1- Quais são os alimentos que interferem no aumento da glicemia?

Batata, arroz , massa ☐

Peixe ou carne ☐

Saladas e hortaliças ☐

Fruta ☐

2- Quantas peças de fruta se aconselha comer por dia?

Nenhuma ☐

3 a 5 peças ☐

6 a 8 peças ☐

3- Quantas refeições se recomenda a fazer por dia?

Duas refeições ☐

3 a 4 refeições ☐

5 a 6 refeições ☐

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **TEMA: EXERCÍCIO FÍSICO**

1- Os exercícios realizados foram importantes para si?

Pouco importantes ☐

Importantes ☐

Muito importantes ☐

2- Após esta sessão, como ficaram os seus conhecimentos sobre atividade física de forma a poder controlar melhor a sua diabetes?

Confusos ☐

Iguais ☐

Aumentados ☐

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **TEMA: CUIDADOS COM OS PÉS**

#### **1- Como cortar as unhas?**

Usar tesoura ☐

Usar lima ☐

Usar faca ☐

#### **2- Quando lavar os pés?**

Todos os dias ☐

4 vezes por semana ☐

1 a 2 vezes por semana ☐

#### **3- Como aquecer os pés quando está frio?**

Usar meias de lã e manta quente ☐

Usar botija de água quente ☐

Estar próximo da lareira ☐

#### **4- Como aliviar as calosidades?**

Usar creme hidratante ☐

Usar calicida ☐

Não fazer nada ☐