

VIVER EM EQUILÍBRIO

REVISTA OFICIAL



DIABETES

Nº 106 • € 3,99 (Cont.) • Trimestral • abril a julho de 2023

Tecnologia na Diabetes

Como dispositivos e software podem ajudar a monitorizar os níveis de glicose, fazer ajustes na terapia e modificar o seu estilo de vida.

Entrevista

Richard Osborne

"Em muitos aspectos, literacia em saúde é um direito humano"

O café faz bem à saúde?

Saiba como aproveitar os benefícios

DELICIOSAS RECEITAS COM CAFÉ



CLÍNICA de DIABETES

CUIDADOS INTEGRADOS À PESSOA COM DIABETES

Acordos com o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde,
várias seguradoras e consultas particulares



Cardiologia



Diabetologia



Endocrinologia



Oftalmologia



Nefrologia



Nutrição



Apoio Psicológico



Laboratório



Pé Diabético



Saúde Reprodutiva



Urologia

INFORMAÇÕES E MARCAÇÃO DE CONSULTAS

📞 21 381 61 00

✉️ consultas.primeiravez@apdp.pt

📍 Rua Rodrigo da Fonseca, nº1, 1250-189 Lisboa

Saiba mais em www.apdp.pt

NOVOS DISPOSITIVOS AUTOMÁTICOS DE INSULINA: GANHÁMOS A PRIMEIRA BATALHA!

O Ministro da Saúde anunciou, em despacho, a criação de um programa para acesso universal ao tratamento com os novos dispositivos automáticos de insulina, a ser aplicado até 2026, para 15 mil pessoas com diabetes tipo 1. Esta decisão surge na sequência da enorme adesão à petição subscrita por cerca de 20.000 portugueses, na sua maioria pessoas com diabetes e seus familiares, clamando por esse objetivo.

É um programa que resulta do trabalho desenvolvido por uma comissão de peritos, onde a APDP participou e que estimou a existência de 30 mil pessoas com diabetes tipo 1 em Portugal, assumindo que metade quererá utilizar os novos dispositivos automáticos de insulina.

A APDP saúda o anúncio deste programa, e disponibiliza-se, mais uma vez, a colaborar para que a resposta seja mais ágil e imediata e os prazos para a sua implementação encurtados, pois as pessoas anseiam por esta grande mudança e pela qualidade de vida que lhes vai proporcionar. Tendo em conta esta necessidade e porque queremos acompanhar a concretização do programa, aguardamos pela proposta de calendarização que será divulgada no início de outubro.

Estamos convictos que o processo pode ser mais simples e que a chegada de maiores inovações vai permitir uma grande diminuição de custos. O aproveitamento do sistema de distribuição das farmácias, com poupanças no armazenamento e na distribuição, é o que nos parece ser a melhor forma de dispensa desta importante inovação com maior rapidez e eficiência. A formação e o acompanhamento deverão continuar a ser nos mesmos locais onde as pessoas são seguidas e a APDP espera que não lhe sejam impostas nenhuma barreiras ao alargamento da sua capacidade de colocação de “bombas”. Foi o nosso esforço mostrado ao Dr. Manuel Pizarro.

Também na área da diabetes tipo 1, a APDP vai integrar uma rede europeia de rastreios e iniciaremos, ainda este mês, consultas de avaliação de risco da diabetes tipo 1 em crianças e jovens, familiares em 1.º grau de pessoas com diabetes tipo 1. Um dos grandes objetivos é, junto desta população considerada como de maior risco, confirmar, através de análises, que o risco é reduzido no momento da avaliação. Por outro lado, nos casos de risco identificados, possibilitar, no futuro próximo, acesso a intervenções precoces. Toda a informação sobre esta consulta estará brevemente disponível no nosso website.

O mundo continua a girar e algumas respostas começam a aparecer. Enquanto isso, a APDP continuará a encetar todos os esforços para que a melhoria da qualidade de vida das pessoas com diabetes seja uma realidade. Esse é o nosso compromisso. E para tal não pouparemos esforços.



JOSÉ MANUEL BOAVIDA

Presidente APDP

“

A APDP continuará a encetar todos os esforços para que a melhoria da qualidade de vida das pessoas com diabetes seja uma realidade.”

■ Testemunhos do leitor

"Fácil para mim nunca foi. Agora já aposentado tenho a vantagem de ser eu a fazer a minha comida. O meu dia começa com duas torradas de pão de centeio barrado com creme vegetal e uma chávena de café. Ao almoço, num dia como peixe grelhado ou cozido, no dia seguinte carne grelhada, ou cozida (peru frango ou suíno). Uma vez por semana almoço carne de vitela cozida ou grelhada. Os jantares são sempre uma tigela de sopa e uma sandes. Antes de deitar, como uma peça de fruta. Como três peças de fruta diárias. Mas sempre fruta de calibre muito pequeno. Não consigo deixar de comer pão, mas já reduzi bastante e não encontro outro substituto do pão."

Joaquim Tábuas

"No meu caso desde que mudei para a APDP a 4 de outubro de 2022 já lá vão 13kg perdidos, com ajuda de dieta, medicação e do ginásio. Há alturas em que controlar o que se come é mais difícil mas, com estas ajudas, tem sido fácil comer bem mas sem asneiras e um pouco de tudo."

Ana Rita Saraiva

Correio do leitor

A APDP pergunta

Tem sido fácil fazer as adaptações alimentares sugeridas pelo seu médico assistente?



A melhor resposta...

"Tem sido fácil, uma vez que sou orientada por um nutricionista que procura sempre adaptar a minha alimentação aos meus horários, hábitos e gostos alimentares e tenho um acompanhamento constante sempre que necessário."

Isabel Ramos



No início um pouco difícil renunciar aos pastéis de nata, mas hoje já não sou capaz de comer doces.

"Sim sem problema. Hoje só com o cuidado na alimentação tenho a minha diabetes controlada. No início foi um pouco difícil renunciar aos pastéis de nata, mas hoje já não sou capaz de comer doces. Comia muito pão, que fui reduzindo gradualmente. Deixo aqui uma informação que pode ser útil: durante muito tempo a minha glicémia não baixava de 160 e a maior parte dos dias 200 e tantos, depois de muitos testes no laboratório, que é a cozinha, descobri que a causa estava no leite que tomava ao pequeno almoço com os cereais. Primeiro cortei com os cereais sem resultados positivos. Voltei aos cereais e acabei com o leite e foi a escolha acertada. Hoje a minha glicémia estava em 106 de manhã e 96 à noite."

Claudino José



Próxima pergunta

Participe e partilhe a sua opinião

Caso seja utilizador de um dos novos dispositivos automáticos de insulina, que melhorias sentiu na gestão da sua diabetes?



A SUA OPINIÃO:

Envie-nos o seu testemunho ou resposta, com o seu nome, para o e-mail revista@apdp.pt

vozesAPDP

SOBRE A PREVALÊNCIA DA DIABETES EM PORTUGAL SER SUPERIOR À MÉDIA EUROPEIA

“
Em Portugal, continuamos a não ser capazes de debelar o crescimento da diabetes. (...) Os números resultam do nosso modelo de desenvolvimento económico, por um lado, e, por outro, do envelhecimento populacional. Dado que não analisámos convenientemente estas causas, nem as intervenções a elas dirigidas, não conseguimos inverter esta tendência de crescimento.”

João Filipe Raposo,
Diretor Clínico da APDP
In HealthNews

“
A nossa mudança de estilo de vida é razoavelmente mais recente comparando com outros países da União Europeia. Sabemos que povos que entraram mais tarde nesta transição demográfica e social têm prevalências mais altas de excesso de peso, obesidade e diabetes.”

Idem



Falar de como um país trata a diabetes é falar de como um país trata a saúde da sua população.

A diabetes deve servir de modelo à forma como os cuidados de saúde devem estar organizados para dar resposta à epidemia das doenças crónicas não transmissíveis.”

José Manuel Boavida, Presidente da APDP
In “Diário de Notícias” a 13 de maio de 2023

“A escassez de acesso a cuidados de saúde integrados e multidisciplinares nas doenças crónicas é um problema mundial e muito atual em Portugal.”

Idem

“
Um dos maiores problemas que nós temos é que, às vezes, assumimos que a prevenção da diabetes, tal como o controlo da diabetes, passa exclusivamente pela responsabilidade individual”; mas “essas doenças crónicas não transmissíveis são doenças de sociedade”. “Portanto, é esta cidadania ativa que é necessária”

João Filipe Raposo,
Diretor Clínico da APDP
In HealthNews



SOBRE O ANIVERSÁRIO DA APDP

“A APDP manteve-se sempre como uma organização da sociedade civil que quer e insiste em participar na discussão das políticas públicas de saúde. É diferenciadora por se posicionar na vanguarda das orientações nacionais sobre diabetes e doenças crónicas, e pela compreensão do papel que as pessoas desempenham na gestão da sua doença.”

José Manuel Boavida,
Presidente da APDP
In “Diário de Notícias” a 13 de maio de 2023



p.18

**CLÍNICA QORPO:
A SAÚDE DA MELHOR FORMA**



p.26

**A TECNOLOGIA
NA DIABETES**



p.20

**ENTREVISTA
RICHARD OSBORNE**



p.32

**FACTOS E MITOS
SOBRE INSULINA**



p.38

**VANTAGENS
E ORIENTAÇÕES
PARA CAMINHAR
NA PRAIA**

REVISTA DIABETES
VIVER EM EQUILÍBRIO

DIRETOR
José Manuel Boavida

EDITOR
Pedro Matos

EDITORAS-EXECUTIVAS
Maria João Sequeira e Violante Assude

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Cristina Paiva, Ana Luisa Costa, Bruno Almeida, Carolina Neves, Dulce do Ó, Isabel Correia, João Filipe Raposo, João Valente Nabais, João Nunes Corrêa, José Manuel Boavida, Lúcia Narciso, Luis Gardete Correia, Lurdes Serrabulho, Maria Paula Macedo, Patrícia Branco, Pedro Matos, Raquel Coelho, Rita Birne, Rita Nortadas, Rogério Ribeiro, Rui Oliveira, Susana Bettencourt.



PROPRIEDADE E REDAÇÃO
APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
Rua do Salitre, 118-120
1250-203 Lisboa
NIPC: 500 851 875

APOIO A SÓCIOS
Célia Costa
Tel.: 213816122
socios@apdp.pt

SECRETARIADO
Carla Trincheiras
Tel.: 213816112
revista@apdp.pt

COLABORARAM NESTA EDIÇÃO

Bruna Gonçalves, Bruno Almeida, Daniel Simões, Duarte Matos, Dulce do O, Inês Timóteo, Maria João Ribeiro, Maria João Sequeira, Marina Dingle, Marisa Araújo, Pedro Matos, Raquel Coelho, Rita Nortadas, Rogério Ribeiro, Violante Assude.

PUBLICIDADE
Maria João Sequeira
Tel.: 213816178
revista@apdp.pt

PERIODICIDADE
Trimestral - de abril a julho de 2023

PREÇO DE CAPA
3,99 euros

VALOR DE ASSINATURA
12,80 euros

DESIGN GRÁFICO
Jorge Morgado

FOTOGRAFIA
Luís Ribeiro, Contraste Fotografia, Pepper Brand Taste

BANCO DE IMAGENS
Shutterstock

TIRAGEM
15.000 exemplares

IMPRESSÃO
Lidergraf
Rua do Galhano, 15, Árvore
4480-089 Vila do Conde

INSCRIÇÃO NA ERC 101391

DEPÓSITO LEGAL 101662/96

ISSN 0873-45DX

DIREÇÃO APDP

PRESIDENTE
José Manuel Boavida

DIRETOR CLÍNICO
João Filipe Raposo

SECRETÁRIA
Antónia Maria Almeida Santos

TESOUROIRO
Horácio da Silva Negrão

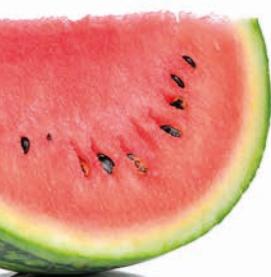
VOGAL
Lurdes Serrabulho

SECRETARIADO
Carla Trincheiras, Cristina Silva, Sónia Silva

ESTATUTO EDITORIAL
apdp.pt/apdp/revista-diabetes

SEDE SOCIAL
Rua do Salitre, 118-120
1250-203 Lisboa
Tel: 213 816 100 | Fax: 213 859 371
www.apdp.pt





ATUALIDADE

- 8 NOTÍCIAS**
- 14 APDP NA RUA**
- 16 6.ª EDIÇÃO DO PROJETO
“DIABÉTES COM A(L)TITUDE”**
- 16 DIABETES (EM)CAMINHADA**
- 18 CLÍNICA QORPO:
A SAÚDE DA MELHOR FORMA**
- 20 ENTREVISTA RICHARD OSBORNE
“EM MUITOS ASPECTOS, LITERACIA
EM SAÚDE É UM DIREITO HUMANO”**

CUIDAR BEM DA DIABETES

- 26 A TECNOLOGIA NA DIABETES**
- 32 FACTOS E MITOS SOBRE INSULINA**
- 38 VANTAGENS E ORIENTAÇÕES
PARA CAMINHAR NA PRAIA**
- 40 CONSULTÓRIO SOCIAL – SUBSÍDIO POR
ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA**
- 41 CONSULTÓRIO CLÍNICO – TENHO DIABETES E
GOSTARIA DE AVALIAR O RISCO DE OS MEUS
FILHOS VIREM A TER DT1**

COMER BEM

- 44 SAIBA COMO APROVEITAR
OS BENEFÍCIOS DO CAFÉ**
- 51 CONHEÇA E COMPARE - LANCHES DA MANHÃ**
- 52 FRUTA DA ÉPOCA - MELANCIA**
- 54 RECEITAS**



E AINDA...

- 1 MENSAGEM DO PRESIDENTE**
- 2 CORREIO DO LEITOR**
- 3 VOZES DA APDP**
- 6 EDITORIAL**
- 63 CURSOS APDP**
- 64 DIABÉTICO ILUSTRE**

CUIDADOS DE SAÚDE E NOVAS TECNOLOGIAS NA DIABETES - UMA QUESTÃO DE ACESSIBILIDADE



PEDRO MATOS
Editor

“

O nosso modelo de saúde não foi pensado para a doença crónica. O problema é que, ao melhorarmos o processo de tratamento da doença aguda, vamos aumentando exponencialmente os números das patologias crónicas, como a diabetes, a insuficiência cardíaca, a doença renal, as doenças oncológicas e a demência.”

Por opção do autor, este texto não está conforme as normas do Acordo Ortográfico.

Nos dias de hoje temos cada vez mais possibilidades de abordar a Diabetes de forma compreensiva, de forma a reduzir as suas complicações. Temos ao nosso dispor novos tratamentos farmacológicos, com impacto relevante no prognóstico, e também novas tecnologias diagnósticas, de optimização do controlo metabólico e do seguimento da pessoa com diabetes.

A Diabetes é uma doença crónica e, por isso exige um acompanhamento sistemático, integrado e de acordo com as recomendações baseadas na evidência científica. O grande problema tem sido transpor para o mundo real aquilo que sabemos ser o mais adequado para cada pessoa. Os factores para esta dissidência são múltiplos e conhecidos, indo desde a inérvia dos profissionais, questões económicas, iliteracia e deficiente empoderamento das pessoas para a sua doença. Mas talvez um dos mais importantes, senão mesmo o mais importante de todos, seja a acessibilidade.

E porquê? Porque ela depende de factores individuais, como a capacidade financeira da cada um, e de outros muito mais complexos, como a localização geográfica (existe, como se sabe, uma enorme assimetria nos diferentes pontos do globo), as directrizes ao nível central (IDF, EASD ou ADA) e, em especial, as políticas governamentais, habitualmente mais preocupadas com a doença aguda, do que com a crónica. É mais apelativo (e sejamos justos, mais fácil e rápido) organizar vias verdes, seja do enfarte ou do AVC, do que projectar e pôr no terreno uma estratégia para quem tem patologias prolongadas, complexas, multiorgânicas e que exigem cuidados continuados ou seguimentos longos, que envolvem diferentes especialidades e formas de colaboração recíproca.

Tudo isto a propósito da recente discussão no Parlamento sobre as bombas de insulina para adultos, tema que se vem arrastando sem solução há já algum tempo e onde a nossa Associação esteve directa e empenhadamente envolvida. As promessas existem, são reforçadas pelos governantes, mas depois demoram uma eternidade até se concretizarem. E, se muitas vezes, nós próprios temos grandes dificuldades em fazer a translação das recomendações e exigências para todos as pessoas com diabetes, neste caso o problema está na inérvia da decisão política ou nas prioridades que os mesmos decisões optam por colocar em cima da mesa, na gestão dos recursos.

O nosso modelo de saúde não foi pensado para a doença crónica. O problema é que, ao melhorarmos o processo de tratamento da doença aguda, vamos aumentando exponencialmente os números das patologias crónicas, como a diabetes, a insuficiência cardíaca, a doença renal, as doenças oncológicas e a demência. Talvez possamos estar em fase de mudança, mas o tempo não pára e as vontades dispersam-se. Para diagnosticar mais precoceamente a diabetes, fazer prevenção atempada das complicações, optimizar o controlo metabólico e providenciar os melhores tratamentos, precisamos de um esforço conjunto. Mas a palavra-chave é ACESSIBILIDADE. E, para isso, exigem-se decisões céleres.

CONTOUR®NEXT

A luz que o guia com confiança



- Exatidão notável
- Fácil de compreender
- Reaplicação gota de sangue
- Fácil de usar
- Ligação à Contour Diabetes® App
- Ligação ao GlucoContro.online

Saiba mais em:



Informe-se com a sua equipa de saúde como o sistema CONTOUR® NEXT o pode ajudar na gestão da sua diabetes ou contacte-nos.

808 269 269
(dias úteis, 9h-17h)
Contour Diabetes Solutions diabetescare.portugal@ascensia.com www.diabetes.ascensia.pt

Rogério Ribeiro | Investigador da APDP

ESTUDO EVIDENCIAM IMPACTO DA OBESIDADE NA DIABETES E NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO SNS

O Dia Mundial da Obesidade, assinalado a 4 de março, deixou este ano o mote “Mudança de Perspectivas: Vamos falar de Obesidade”, sublinhando como mensagem a necessidade de contrariar uma visão simplista da obesidade, promovendo o combate ao estigma social e o apoio à monitorização do estado de saúde da população portuguesa. A obesidade é uma doença crónica complexa e multifatorial que está associada a mais de duzentas outras patologias, sendo que as pessoas com obesidade, especialmente quando apresentam excesso de peso desde idade jovem, possuem um risco 800 vezes superior para desenvolver diabetes.

Nesse sentido, num estudo publicado recentemente na revista científica *BMC Primary Care*, investigadores da Universidade do Porto vêm traçar um retrato da obesidade na população adulta moradora no Norte de Portugal, baseado nos registos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Assim, foram inicialmente recolhidos dados de quase meio milhão de indivíduos maiores de 18 anos de idade.

Dados da região norte de Portugal

Para facilitar a comparação com a população portuguesa, nomeadamente com o estudo nacional

INSEF, foram consideradas as pessoas entre os 25 e 74 anos de idade, onde se observou uma prevalência de obesidade que variou de 7,7%, entre os 25 e 34 anos, e os 16,1%, entre os 65 e 74 anos de idade; afetando no total mais de 250 mil pessoas. Dados adicionais apontam para uma prevalência de obesidade entre os 60 e 80 anos de idade de quase 20%. O diagnóstico registado de obesidade foi observado no dobro das mulheres em relação aos homens.

Doenças associadas à obesidade
Nestas pessoas, as doenças associadas mais frequentes foram a hipertensão e a diabetes tipo 2, tanto antes como depois do diagnóstico clínico de obesidade. No entanto, o tempo de exposição à obesidade surgiu fortemente associado com um aumento do desenvolvimento de diabetes. Quanto à utilização dos serviços de saúde do SNS, as pessoas com obesidade necessitaram de mais consultas, medicação e meios complementares de diagnóstico do que as pessoas sem indicação clínica de obesidade. Estas diferenças fizeram-se sentir mais na população entre os 18 e 50 anos de idade, sublinhando a forma como a obesidade origina

A redução da obesidade é cada vez mais relacionada com o controlo da diabetes.

Prevalência de obesidade na região norte de Portugal

7,7%
entre os 25 e 34 anos de idade

16,1%
entre os 65 e 74 anos de idade

20%
entre os 60 e 80 anos de idade

a antecipação da gravidade dos problemas de saúde, do absenteísmo e das baixas médicas em várias décadas. Do ponto de vista de custos do SNS, a presença de obesidade representou em média a duplicação do valor gasto em relação a uma pessoa da mesma faixa etária.

Acresce a este estudo que a redução da obesidade é cada vez mais relacionada com o controlo da diabetes, falando-se atualmente no seu papel para a reversão da pré-diabetes e para a remissão (manutenção de valores normais de açúcar no sangue, sem medicação por mais de três meses) da diabetes tipo 2.

Por Maria João Sequeira

1 EM CADA 20 NOVOS CASOS DE DIABETES PODE ESTAR LIGADO À COVID-19



Segundo um estudo realizado por investigadores da Universidade British Columbia, em Vancouver, no Canadá, cerca de 1 em cada 20 novos casos de diabetes tipo 2 pode estar relacionado com a Covid-19.

De acordo com a equipa de investigação, as pessoas que desenvolveram sintomas mais graves, apresentam um maior risco de desenvolver diabetes e a associação entre a infecção prévia por Sars-CoV-2 e o risco de diabetes foi mais significativa nos homens.

Citado pelo jornal *The Guardian*, o investigador principal, Naveed Janjua, explica que "Outra forma de expressar isto é: de 100

pessoas com diabetes, entre 3 e 5% dos casos estão relacionados com a infecção por Sars-CoV-2", destacando que estes resultados alertam para "a importância das organizações de saúde e médicos estarem atentos ao possível impacto a longo prazo da Covid-19".

O estudo, publicado na revista *JAMA Network Open*, envolveu a análise de dados, entre 2020 e 2021, de mais de 600 mil pessoas registadas na plataforma de saúde pública gerida pelas entidades oficiais da província British Columbia e que inclui informações sobre infecções e vacinas contra a Covid-19, além de dados sociodemográficos e de saúde.

Pausas ativas e curtas a cada 30 minutos podem reduzir risco cardiometabólico

O sedentarismo é um problema comum a muitos ambientes de trabalho e pode trazer graves consequências para a saúde a longo prazo. No entanto, um estudo recente publicado na *Medicine & Science in Sports & Exercise*, sugere que pequenas pausas ativas de 5 minutos, a cada 30 minutos, podem ser suficientes para reduzir o risco cardiometabólico, associado a este estilo de vida. O estudo, desenvolvido por uma equipa de investigadores da Columbia University Medical Center, em Nova Iorque, E.U.A., analisou os efeitos das pausas ativas na rotina do trabalho sedentário e concluiu que a introdução de atividades simples, como caminhadas de intensidade leve, subir e descer escadas ou fazer alongamentos, pode diminuir significativamente o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas.



CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS ASSOCIADO A RISCO DE MORTE PREMATURA NA DIABETES TIPO 2

Consumir bebidas açucaradas em excesso pode estar associado a um elevado risco de morte prematura e doenças cardiovasculares em pessoas com diabetes tipo 2. Esta é a conclusão de um grupo de investigadores da *Harvard T. H. Chan School of Public Health* e que resulta de um estudo que analisou os dados de saúde de mais de 9 mil mulheres e de 3 mil homens com diabetes tipo 2, ao longo de um período de 18 anos, durante os quais os participantes forneciam informação sobre a frequência do consumo de bebidas.

Os resultados demonstraram que as bebidas açucaradas, como refrigerantes, ponches de fruta e limonada, estão associadas a um risco maior de morte prematura e problemas cardiovasculares. Por outro lado, bebidas como café, chá, leite magro e água, apresentaram uma menor relação com a

mortalidade prematura.

“É importante realçar que as bebidas são uma componente significativa na nossa alimentação e, portanto, as pessoas com diabetes tipo 2 devem ser mais conscientes nas escolhas que fazem para se hidratarem”, alerta o professor e investigador principal do estudo, Qi Sun.



3 comportamentos alimentares podem ser responsáveis pelo aumento da diabetes tipo 2 no mundo

Há três comportamentos alimentares que podem estar relacionados com aumento da diabetes tipo 2 no mundo, conclui um estudo publicado na revista *Nature Medicine*. O primeiro é a não ingestão de cereais integrais, que são importantes fontes de fibra. O segundo, o consumo excessivo de arroz refinado, rico em amido e açúcar. Finalmente, o consumo exacerbado de carne processada, que contém altos níveis de gordura saturada, sal e aditivos.

Este estudo, desenvolvido por investigadores da *Friedman School of Nutrition Science and Policy* da Universidade Tufts, em Massachusetts, E.U.A., analisou dados dos anos de 1990 e de 2018, provenientes de 184 países. Os resultados indicaram que uma alimentação deficiente e pouco diversificada é um dos fatores mais relacionados com o aumento de casos de diabetes tipo 2, contribuindo para que, em 2018, existissem 14,1 milhões de pessoas com diabetes tipo 2, mais de 70% de novos diagnósticos em todo o mundo.

Dariush Mozaffarian, professor de nutrição e investigador sénior, afirma que “os resultados da nossa investigação sugerem ainda que a má qualidade dos hidratos de carbono é um dos principais impulsionadores da diabetes tipo 2”.

GlucoMen® areo

Medidor de
Glicemia + Cetonemia



**NOVO
MEDIDOR**
com as
MESMAS TIRAS

Maior Simplicidade e Fiabilidade
para pessoas com Diabetes



Elevada
Estabilidade



Tira
Grande



Botão de
Ejeção da tira



Números Grandes
com fácil leitura



Envio de resultados
ao Profissional de Saúde



www.glucomenday.pt

Linha de Apoio ao Utilizador: 800 200 468

 **A.MENARINI**
diagnostics

Viva uma Vida Nova

Projeto Europeu “COMER MELHOR, VIVER MELHOR”

Iniciativa de literacia alimentar explora e promove o papel de uma dieta saudável e sustentável na diabetes tipo 2

A APDP uniu esforços à Federação Francesa de Diabetes e à Federação Internacional da Diabetes – Europa, para desenvolver um projeto que tem como objetivo explorar e promover o papel de uma alimentação saudável e sustentável na gestão da diabetes tipo 2. Este projeto, que tem a duração de 18 meses, é patrocinado pelo movimento internacional *Healthy Food Healthy Planet* e integra o conceito

de dietas territoriais, como a dieta Mediterrânea e a dieta Nórdica.

O projeto envolve pessoas com diabetes, profissionais de saúde, investigadores e decisores políticos para recolher evidência científica, criar soluções e materiais educativos que promovam a adoção de uma alimentação com maior consumo de produtos de origem vegetal. Tem como objetivo otimizar a gestão da diabetes tipo 2 e obter melhores resultados de saúde para europeus com diabetes e pré-diabetes.

No âmbito do projeto realizar-se-ão sessões de trabalho com especialistas em torno da discussão



sobre os benefícios desta abordagem alimentar, as barreiras para a sua adoção e como garantir que a escolha saudável é a escolha mais fácil e acessível a todos. A primeira sessão decorreu em Paris, a 1 de junho de 2023, e foi organizada pela Federação Francesa de Diabetes.

As sessões de trabalho com especialistas servirão de base para a realização de uma série de workshops de comida saudável e sustentável para pessoas com diabetes, familiares, cuidadores informais e profissionais de saúde. A próxima realizar-se-á em novembro, em Lisboa.

“A APDP É A MINHA SEGUNDA CASA”

De saída para a sua merecida reforma, a médica Luísa Pereira deu consultas na APDP durante 34 anos.

Texto de Maria João Sequeira

Estava há 4 anos no Alentejo, colocada após o “exame de saída em clínica geral”, quando ouviu falar na APDP pelo colega e amigo Mário Jorge Neves, Presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Sul da altura. Aqui viu a oportunidade de voltar para junto da sua família, em Lisboa, e após a frequência do 1.º curso de diabetes da associação, o entusiasmo cresceu e acabou por ficar. Luísa Pereira, médica, exerceu funções na APDP durante 34 anos. Chegou com 32.

De saída para a tão merecida reforma, Luísa vai deixar saudades. Os seus utentes e colegas bem o sublinham. “A APDP é a minha segunda casa e sempre tive o apoio da equipa multidisciplinar”, refere Luísa com a alegria de quem

abraçou a missão e a causa da diabetes e agora segue para um novo ciclo da vida.

Quando chegou à associação ainda só existia o primeiro edifício e o diretor clínico era Manuel Sá Marques. Largou o vínculo que tinha com a função pública para aqui ficar, mas nunca se arrependeu da sua opção. Lembra-se bem das consultas de grupo de jovens que dinamizou com a colega Fernanda Gonçalves e com a nutricionista Margarida Barradas “chezámos a fazer de palhaços, foi muito engracado”. Também na memória ficam os primeiros campos de férias para jovens com diabetes tipo 1.

Hoje acompanha maioritariamente adultos e frisa a diferença no tratamento desde há 30 anos: “Há uma evidente melhoria da compensação na maioria



das pessoas com diabetes”. Sobre a evolução da APDP ao longo dos anos, Luísa destaca a oferta crescente de diferentes especialidades médicas que vieram ajudar muito o acompanhamento integrado e multidisciplinar aos utentes, “As pessoas acabam por fazer tudo cá”, explica.

Como mensagem aos seus utentes, Luísa diz que não os irá esquecer e que deseja que “consigam continuar a melhorar com a ajuda dos colegas”. Já aos colegas, deseja “felicidades para os novos projetos e que acreditem nos resultados positivos no futuro. Gostei muito de trabalhar convosco.”

APDP PEDE AÇÃO URGENTE NA DIABETES PERANTE ESTIMATIVAS DE MAIS DE MIL MILHÕES DE PESSOAS COM A DOENÇA NO MUNDO ATÉ 2050

Estima-se que os casos de diabetes em todo o mundo ultrapassem os 1,310 milhões até 2050, mais do dobro face a 2021, caso não sejam adotadas medidas mais eficazes, alerta uma série de estudos publicados pela revista científica *The Lancet*. A APDP volta assim a pedir a adoção urgente de um programa de prevenção da diabetes.

"Estes números corroboram todos os avisos que enquanto associação temos feito ao longo dos anos. É necessário diagnosticar de forma mais precoce, tratar melhor e, principalmente, adotar estratégias de prevenção eficazes.", defende José Manuel Boavida, presidente da APDP.

Para o conseguir, a associação defende a urgência da implementação de um programa de prevenção da diabetes. "A APDP reuniu-se com deputados de todos os grupos parlamentares, tendo proposto à Comissão de Saúde da Assembleia da República um grande encontro para assinalar o Dia Mundial da Diabetes, no próximo dia 14 de novembro, no qual estejam presentes todos os decisores cuja área tenha impacto

direto na diabetes, como é o caso das Comissões do Ambiente e do Trabalho. Mais do que discutir o problema que a diabetes representa para o futuro da nossa população, é necessário agir, pelo que aguardamos a colaboração dos deputados para dar início à reunião que poderá mudar o panorama da diabetes em Portugal.", alerta o

A diabetes será uma doença definidora deste século. A forma como a comunidade de saúde lidar com a diabetes nas próximas duas décadas irá moldar a saúde da população e a expectativa de vida durante os próximos 80 anos.

endocrinologista.

Em 2021, estimava-se a existência de 529 milhões de casos de diabetes, 90% dos quais tipo 2, que se prevê que seja também a principal responsável pelo provável aumento de casos, uma vez que se relaciona fortemente com o aumento da obesidade. Atualmente, a taxa de prevalência global da diabetes, uma das principais causas de morte e incapacidade, é de 6,1%, sendo especialmente evidente em pessoas com 65 ou mais anos.

"A diabetes será uma doença definidora deste século. A forma como a comunidade de saúde lidar com a diabetes nas próximas duas décadas irá moldar a saúde da população e a expectativa de vida durante os próximos 80 anos. O mundo falhou no que diz respeito à percepção da natureza social da diabetes e subestimou a verdadeira escala e ameaça que esta doença representa.", lamenta o *The Lancet*

APDP NA RUA

Projetos desenvolvidos na comunidade

Texto de **Dulce do Ó**

A noção, por demais evidente, que a maioria das decisões das pessoas relacionadas com a gestão da diabetes são realizadas nos contextos de vida diária, contribuiu para que a APDP saísse à rua, ao encontro das comunidades, no intuito de conhecer as reais necessidades da população e desenvolver estratégias e intervenções adequadas, em parceria com as entidades locais.

Casa da Diabetes

Como mostra das atividades desenvolvidas recentemente, apresentamos a Casa da Diabetes, em Proença-a-Nova e Penha de França. Este projeto de intervenção comunitária e social, educativa e integrativa, realiza-se

localmente, através de atividades que contribuem para a capacitação das pessoas com diabetes para a autogestão e utilização dos conhecimentos adquiridos no processo de decisão informada, para a melhoria da compensação da diabetes, vigilância periódica, alimentação e atividade física, com consequente promoção da saúde e da qualidade de vida.

Aceder Saúde

Projeto destinado à população migrante, refugiados e minorias étnicas, com o objetivo de aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde, através de um acompanhamento especializado por uma equipa multidisciplinar. Pretende-se igualmente aumentar



Casa da Diabetes, na Freguesia de Penha de França



Casa da Diabetes no Município de Proença-a-Nova

a capacidade das pessoas para navegarem no sistema de saúde e social e de gestão da diabetes.

Cuidados ao pé diabético no domicílio

A deslocação ao domicílio permite encontrar formas de ajudar, mobilizando familiares ou até vizinhos para serem cuidadores informais, ministrando-lhes a formação necessária para adaptarem os conhecimentos que possuem ao contexto das situações que vivem todos os dias. A acessibilidade a cuidados especializados e a melhoria clínica, promotoras da diminuição do isolamento social, são sem dúvida uma enorme mais-valia para a população.

Rastreios de Diabetes tipo 2

Através da aplicação do questionário de risco de diabetes tipo 2 e aconselhamento individualiza-

do sobre os fatores modificáveis identificados, contribuímos para a consciencialização do risco e percepção da necessidade de mudança de comportamentos. A APDP tem contribuído ativamente para a identificação precoce do risco de diabetes e, em 2023, já realizou 7 rastreios, num trabalho em parceria com diferentes entidades, entre as quais, a Câmara Municipal de Lisboa, Lions Clube Setúbal e Feira do Livro.



Rastreios de Diabetes tipo 2



6.ª edição do projeto “Diabetes com A(l)titude”

A 6.ª edição do projeto "Diabetes com A(l)titude" decorreu de 10 a 12 de junho na zona de Lousã.

Um grupo de 20 pessoas com diabetes tipo 1, profissionais de saúde e guias da Federação de Campismo e Montanhismo de Portugal passaram 3 dias radicais com o desafio de controlar a glicemia e contornar os medos em atividades físicas desafiadoras.

O primeiro dia da Expedição Radical foi um trekking de 5 horas pela Serra da Lousã, com visitas às Aldeias do Xisto do Talasnal e Casal Novo. O segundo dia fez jus ao nome deste ano da Expedição, em que os participantes se desafiaram nas alturas na segunda mais difícil via ferrata do país, com dificuldade K3, 2190 metros de comprimento e 590 a 614 metros de altitude.

No terceiro dia foi a estreia absoluta de uma atividade de Espeleologia na gruta do Soprador do Carvalho, com 3000 a 4500 metros de extensão, sendo a maior gruta de progressão horizontal do país.

Para todas as atividades, foram realizados ajustes de glicemias e terapêuticas, pois obrigam à otimização da autogestão da diabetes, já que o auto controlo da mesma é fundamental para qualquer desafio que seja necessário enfrentar.

A iniciativa tem como objetivos educar para o tratamento da diabetes em contexto de exercício físico, que é um dos pilares da gestão diária de um eficaz tratamento da doença, promovendo assim uma vida saudável, bem como privilegiar o apoio entre os pares, como tão bem descreve este testemunho “Foi uma oportunidade de fazer experiências a vários níveis, destacando a importância da entreajuda na tomada de decisões e conselhos relativos à gestão da diabetes mas também a cooperação nos desafios mais desafiadores em termos físicos e emocionais”.



A segunda mais difícil via ferrata do país, com entre 590 a 614 metros de altitude. Trekking pelas Aldeias de Xisto do Talasnal e Casal Novo.

Podcast

Conversas sem Açúcar

Sê bem-vindo(a)
às Conversas sem Açúcar!

Esta nova plataforma para participantes e ouvintes, é um espaço onde todos nos podemos sentir compreendidos, validados e capacitados na nossa jornada com a Diabetes.

Cada episódio será baseado em experiências reais, vindas de pessoas reais, sobre os desafios reais que enfrentamos, assim como as inúmeras formas que encontramos para lidar com eles.

Convidamos pessoas com diabetes tipo 1, de todas as idades, a participar nesta série de podcasts, onde poderão partilhar a(s) sua(s) história(s). O objetivo é refletir as diferentes perspetivas sobre a vida com a diabetes e como gerimos a diabetes no nosso dia-a-dia.

Vem participar connosco nesta jornada de descoberta e de partilha sobre nós, a nossa vida e a Diabetes. Inscreve-te para participar em podcast@apdp.pt

Juntos, vamos simplificar e fortalecer a experiência de viver com Diabetes.

PARTILHA AS TUAS IDEIAS COM O NJA ATRAVÉS DO EMAIL nucleo.jovem@apdp.pt

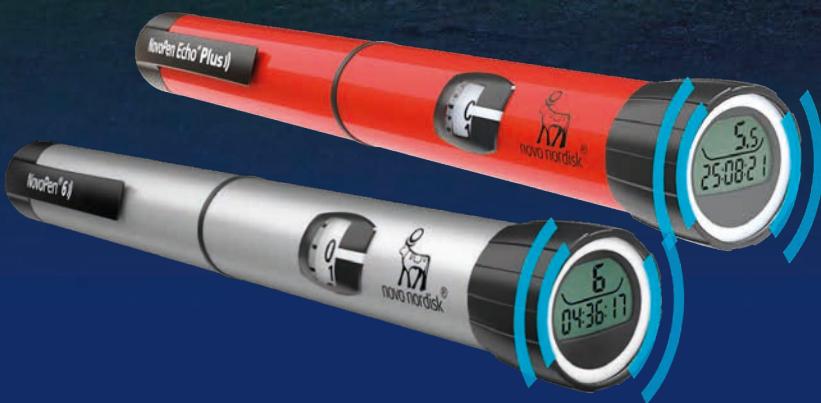
CANETAS INTELIGENTES

Para uma gestão personalizada do tratamento com insulina*

Registo automático e fiável de injeções de insulina a acontecer aqui

NovoPen® 6) NovoPen Echo® Plus)

- Registam informação das injeções de insulina
- Permitem ver o efeito de cada injeção de insulina na glicemia*
- Integração com aplicações de diabetes compatíveis



Compatíveis com os cartuchos de insulina da Novo Nordisk.

*Quando usadas em conjunto com uma aplicação compatível. A NovoPen® 6 e a NovoPen Echo® Plus são compatíveis com as seguintes aplicações: mySugr®, FreeStyle LibreLink, Glooko® e com os produtos Dexcom® através da integração com a Glooko®. Estas aplicações não são comercializadas pela Novo Nordisk.

NovoPen® 6 e NovoPen Echo® Plus são dispositivos médicos. Canetas inteligentes que registam automaticamente a informação de cada injeção de insulina. Precauções de utilização: não deixe cair a sua caneta nem bata com a mesma em superfícies duras. Mantenha a sua caneta ao abrigo da luz direta do sol e não a exponha a pó, sujidade, líquidos ou temperaturas extremas. Não tente reparar a sua caneta nem desmontá-la. A sua caneta tem uma pilha de lítio no interior. Para sua segurança, a pilha não é substituível. A caneta deve ser mantida seca. Quando a caneta tiver um cartucho de insulina colocado, veja as instruções de conservação no folheto informativo do cartucho. Quando a caneta não tiver um cartucho de insulina colocado, conserve a sua caneta à temperatura ambiente. Não guarde a sua caneta com uma agulha colocada. Não congele a sua caneta nem a guarde no frigorífico ou perto de geradores de frio. Para mais informações, ler cuidadosamente a rotulagem e instruções de utilização contidas na embalagem. NovoPen® 6 e NovoPen Echo® Plus são marcas registadas da Novo Nordisk A/S.



Novo Nordisk Portugal, Lda.
Rua Quinta da Quinta, n.º 1 - 1.º Quinta da Fonte
2770-203 Paço de Arcos, Portugal | Contribuinte nº 501 485 210
Capital Social 250.000 | www.novonordisk.pt | PT22NPE00005

Para mais informações faça scan no QR Code ou visite o nosso site:

www.novonordisk.pt



CLÍNICA QORPO: A SAÚDE DA MELHOR FORMA

A clínica Qorpo chegou à APDP para prestar um serviço exclusivo a todos os que procuram um programa de gestão de peso personalizado. A médica endocrinologista Carolina Neves, diretora clínica da Qorpo, dá-nos a conhecer a missão e os objetivos deste novo espaço.

Texto de **Maria João Sequeira**
Fotografias de **Pepper Brand Taste**



O que é e como nasceu a clínica Qorpo?

A Qorpo é uma clínica de gestão de peso que nasce da vontade da APDP em oferecer um serviço diferenciador para todos aqueles que procuram, por um lado, perder peso e, por outro, manter um peso saudável a longo prazo.

Nasce também num tempo de mudança no que respeita às respostas farmacológicas que existem para o tratamento do excesso de peso e da obesidade. Durante décadas, tivemos apenas duas opções, a intervenção comportamental, com o tratamento nutricional e dietas de redução calórica, associadas à atividade física, e a cirurgia (bariátrica ou metabólica).

A adoção de mudanças comportamentais é fundamental, mas, como ato isolado, não é suficiente na maioria dos casos. Com a ajuda de fármacos, integrados numa lógica de acompanhamento multidisciplinar, integrado e continuado, as respostas atualmente

existentes nesta área podem fazer toda a diferença na vida de uma pessoa.

Qual a missão desta clínica?

A missão da clínica Qorpo é promover o peso saudável em benefício da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar físico e psicológico. O nosso foco é a saúde da pessoa e que a perda de peso promova a redução de risco de várias doenças associadas ao excesso de peso e à obesidade.

Que especialidades podemos encontrar na Qorpo?

A equipa da Qorpo é uma equipa multidisciplinar, com uma vasta experiência em doença crónica, em particular na diabetes. Temos especialistas na área da endocrinologia, pediatria, nutrição, psicologia, enfermagem e, em breve, fisiologia do exercício.

Quais os valores que sustentam a sua intervenção?

Baseamo-nos em valores como a cre-

dibilidade e a confiança da equipa. Trabalhamos e discutimos os casos em conjunto, para encontrar a solução mais adequada a cada pessoa. Sustentamos a nossa prática na medicina baseada em evidência, pois os nossos tratamentos são validados científicamente e seguem as orientações internacionais.

Por fim, a empatia e a prática da medicina humanizada. Queremos oferecer, além de um apoio continuado a quem nos procura, uma proximidade e familiaridade que lhes permita sentirem-se acompanhados nas suas dificuldades e com respostas adaptadas às suas especificidades.

Em que consistem os programas de perda de peso da Qorpo?

Temos programas desenhados de perda de peso que são específicos para cada grupo de pessoas com características e dificuldades comuns: mulheres na menopausa, mulheres no pós-parto, mulheres com síndrome do

Equipa da Qorpo

Da esquerda para a direita: nutricionista Lúcia Narciso, enfermeiros Duarte Matos, Márcia Leitão e Tiago Silva, psicóloga Ana Lúcia Covinhas, médica pediatra Raquel Coelho e médicos endocrinologistas João Filipe Raposo, Carolina Neves e Ana Filipa Lopes, administrativas Sara Piçarra e Anabela Gaspar.



ovário poliquístico, homens, idosos, crianças e jovens, pessoas com elevado risco cardiovascular e pessoas com diabetes.

Temos ainda o programa da remissão da diabetes. Trata-se de um programa para pessoas com pré-diabetes, recém-diagnosticadas, ou com até 5 anos de evolução da doença. Há evidência que nos mostra que, com uma redução do peso corporal de, pelo menos, 10%, a diabetes pode entrar em remissão nestas situações.

O que vai variar nos programas é o número de consultas, o tipo de consultas que envolve e a nossa abordagem do ponto de vista dos exames complementares e tratamento. Vamos sempre adequando para irmos ao encontro das necessidades individuais.

Qual a relação da Qorpo com a APDP?

A clínica Qorpo é diferente da clínica da diabetes da APDP. É um novo serviço que a APDP dispõe, com uma

equipa exclusiva para os programas de perda de peso.

Qual o impacto que o excesso de peso e a obesidade podem ter na vida de uma pessoa?

Perder peso é muito mais do que uma questão estética. É uma atitude de prevenção para várias doenças. As pessoas que vivem com excesso de peso e obesidade são muitas vezes responsabilizadas pela sua condição. Temos de mudar esta perspetiva, pois as pessoas não têm necessariamente culpa do excesso de peso que têm.

A obesidade é uma doença multifatorial, com uma forte componente genética, que pode causar várias complicações, como hipertensão, doença coronária, enfartes, vários tipos de cancros, diabetes, doenças respiratórias e doenças osteoarticulares, que comprometem a mobilidade.

Outro grande impacto, que é muitas vezes esquecido, é o impacto na saúde mental. A obesidade pode promover

a perda de autoestima, pode facilitar o síndrome depressivo e está associada à ansiedade.

Que mensagem gostaria de deixar aos nossos leitores?

Não existe um peso ideal. Existe o melhor peso para cada pessoa. Temos de deixar cair a ideia de que fazer dietas autolimitadas e com respostas imediatas é a melhor solução. É importante encontrar aquele peso que é sustentável ao longo do tempo e não apenas a redução de peso por si.



Morada: Rua Rodrigo da Fonseca, n.º 1, 3.º andar

Tel.: 935 281 456

Email: geral@qorpo.pt

Site: <https://qorpo.pt/>

Siga a Qorpo no **Facebook**

e no **Instagram:** @qorpoclinica

ENTREVISTA RICHARD OSBORNE

“EM MUITOS ASPETOS, LITERACIA EM SAÚDE É UM DIREITO HUMANO”

Richard Osborne criou o primeiro Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde dedicado à Literacia em Saúde e é um dos autores mais referenciados da área. Aproveitámos a sua vinda ao Congresso Português de Diabetes para uma conversa sobre a importância da literacia para os sistemas de saúde.

Entrevista de Rogério Ribeiro e Dulce do Ó | Edição de Maria João Sequeira | Fotografia de Contraste Fotografia

Falamos muito nos serviços de saúde centrados na pessoa. Como é que este conceito se enquadra na Literacia em Saúde?

A literacia em saúde tem três vertentes principais: a pessoa, a comunidade e o sistema. Literacia em saúde não é só sobre o que uma pessoa faz. A comunidade e a sociedade influenciam o modo como as pessoas se comportam com a sua saúde.

Num primeiro plano, literacia em saúde está relacionada com as nossas competências individuais para acedermos à informação sobre os serviços de saúde de que necessitamos. Contudo, nem todas as pessoas falam a mesma língua e têm as mesmas capacidades cognitivas. Assim, a literacia em saúde está também preocupada com a forma como os serviços de saúde estão organizados para conseguirem proporcionar a todas as pessoas, independentemente das suas competências, a oportunidade de terem uma boa saúde. Em muitos aspectos, literacia em saúde é um direito humano.

A capacidade que uma pessoa tem de ter uma vida saudável está, ainda, muito dependente das pessoas que a rodeiam e do apoio que recebe. Pode ser os filhos, os pais, ou outra pessoa da sua rede social. Em suma, literacia em saúde é muito sobre a dinâmica que existe entre a pessoa e o ambiente que a rodeia.

Acredita que a especificidade de cada um é determinante para a eficácia de uma mudança de comportamento em relação à saúde?

A absolutamente. Cada indivíduo é único, difere nas suas necessidades e aquilo que dispõe para conseguir satisfazê-las. Não há nenhum bom clínico que prescreva o mesmo medicamento ou fale da mesma maneira para todos os seus pacientes.

Quando olhamos para a diversidade de pessoas que existem, com as suas forças e as suas fraquezas, há uma série de mecanismos a que podemos recorrer. Usamos a literacia em saúde para compreender diferentes tipos

de pessoas e construir eixos de intervenção para que ninguém fique para trás. Para mim, a literacia em saúde tem muito a ver com isso. Serve para ajudar os profissionais de saúde e os políticos a perceberem quem está a ficar para trás e como fazer para que isso não aconteça, ao desenvolver intervenções à medida.

Quem é a pessoa, o grupo ou o profissional que vê como promotor natural da literacia em saúde?

A pessoa, ou o grupo, mais importante que irá apoiar o indivíduo na sua jornada de saúde, pode muito bem ser uma pessoa do seu círculo mais imediato. Em muitas comunidades, a tendência é que seja uma pessoa em particular que se torna o especialista. Por exemplo, em projetos na área da diabetes em que participei na Somália, havia uma pessoa a que toda a comunidade recorria para aconselhamento. Há pessoas que são ajudantes naturais e são de uma importância extrema.



No geral, o profissional mais importante na gestão da diabetes é, realmente, o enfermeiro. São os enfermeiros quem têm mais contacto com a pessoa ao longo do tempo, que melhor conseguem compreendê-la, saber o que entende e o que não entende, apoando-a nas decisões clínicas. Sem essa força comunicativa dos enfermeiros, não temos grande hipótese de controlar a epidemia da diabetes.

Contudo, é necessário alargar o campo de intervenção da enfermagem. Precisamos de auxiliares de enfermagem e de mais especialistas para preencherem a lacuna crescente nos cuidados de saúde primários. Principalmente em áreas rurais e junto das populações mais vulneráveis.

E os assistentes sociais? Qual considera ser o papel destes profissionais para a literacia em saúde?

Voltando à ideia dos cuidados centrados na pessoa. O oposto será cuidados centrados no médico. Ambos não funcionam.

A literacia em saúde não é sobre o médico informar a pessoa sobre o que fazer e a pessoa receber a melhor informação do seu médico. É sobre uma interação bem mais completa que isso. Prefiro o termo processo de cuidados sensível, isto é, apoiar a pessoa da forma mais dinâmica possível para compreender a sua saúde física, mental e social. Existem pessoas com vidas muito difíceis, com problemas familiares e financeiros complicados, entre outras situações que também vão influenciar a sua capacidade de gerir a doença. Os assistentes sociais são muito importantes neste campo.

É através do contacto com alguém como um assistente social, um enfermeiro ou um médico, ou outro profissional de saúde, que trata a pessoa com dignidade, que consegue estabelecer uma relação, ouvindo-a, é que conseguimos, efetivamente, que ninguém fique para trás.

Como o Richard demonstrou com a abordagem de otimização da literacia e do acesso em saúde

(Ophelia), a literacia em saúde é um recurso fundamental para a prevenção e diminuição dos riscos de várias doenças crónicas. Pode explicar-nos como funciona esta abordagem?

O termo Ophelia é grego e significa Ajuda e Apoio. Desenvolvemos esta abordagem porque não encontrávamos na maioria da literatura e da investigação, informação útil que nos ajudasse a contribuir para melhorar os serviços e os sistemas de saúde, assim como para compreender a experiência de viver com diabetes ou outras condições.

O que constatámos é que existem pessoas que estão muito bem, apesar do sistema de saúde, apesar, talvez, do acesso limitado a profissionais de saúde. Apesar disso tudo, conseguem lidar com a sua condição e terem motivação para fazer coisas.

A Ophelia foi desenhada para ouvir os membros das comunidades, mas também os profissionais de saúde. Ouvir sem preconceitos, com a mente aberta e atenção plena ao que acontece com as pessoas, saber quais são as suas lutas e aprender com elas.

Profissionais interessados que conseguem compreender as pessoas, saber quem são, de onde vêm ou para onde precisam de ir, podem recorrer à Ophelia para aumentar o seu conhecimento e enriquecer a sua experiência clínica, o amor e o cuidado para com a comunidade.



Ophelia não procura reinventar a roda, procura inspirar-se na sabedoria coletiva e desenhar intervenções baseadas naquilo que realmente é benéfico e útil para as comunidades.

Em quantos países já foi a Ophelia implementada?

Em 20 países. Há dois projetos muito importantes a decorrer em Portugal. Um é da APDP e outro é liderado pela Universidade Nova de Lisboa. Constituem 2 dos 16 exemplos salientados pela Organização Mundial da Saúde no seu relatório no final do ano passado.

Os serviços de saúde estão cada vez mais digitais e muitos destes processos são obrigatórios. Acredita que a literacia em saúde digital acompanha esta transformação?

A literacia em saúde digital é muito apelativa para os políticos e para os programadores, mas há uma lacuna gigante entre o que eles querem fazer e o que será uma experiência útil e efetiva para os pacientes e suas famílias. Se as tecnologias digitais de saúde não forem sistemáticas e de fácil compreensão, vão criar um problema.

A literacia em saúde digital é complexa. Não é só sobre as competências individuais, não é só sobre a qualidade do sistema de saúde, mas é também sobre a qualidade da interação das pessoas com o sistema. Tudo isto precisa de ser compreendido, para entrarmos dentro da experiência das pessoas e perceber o que as impede de se envolverem.

Para algumas pessoas é simplesmente a falta de confiança. Têm as competências e o conhecimento, mas não confiam no sistema. Alguns grupos simplesmente não têm os recursos necessários, outros ainda podem ter receio de dispositivos digitais. Há todo um conjunto de pessoas, com

determinadas características, que precisam de ser incluídas no desenvolvimento das tecnologias digitais.

Muitos países, incluindo a Austrália e o Reino Unido, investiram milhares de euros na implementação de programas de saúde digital que foram autênticos fracassos. E isso acontecerá em todos os países que não acautelaram a experiência do usuário.

Que competências considera que devem ter os profissionais que trabalham a literacia em saúde?

Muitos profissionais já são praticantes de literacia em saúde por natureza. É o que fazem todos os dias. Acredito até que eles fiquem chateados com o termo e o classifiquem como mais um termo académico. Têm razão! Muito do trabalho académico não é prático e não lhes é útil no dia a dia.

A abordagem Ophelia tem um conjunto de fundamentos e um dos primeiros é, se vamos fazer alguma coisa, tem de servir para apoiar os profissionais. Porque eles já estão sobrecarregados com um trabalho difícil, muito devido à literacia em saúde dos pacientes e das suas famílias. Por ser duro, há técnicas que podem ser aplicadas para ajudar o médico a compreender se o seu paciente o percebeu ou não e, se for o caso, corrigir.

Precisamos ainda que os nossos profissionais de saúde sejam centrais no cuidado, que sejam apoiados pelos governos e pelas políticas para desenvolverem intervenções fáceis e acessíveis, que são muito sobre comunicação, conexão, motivação e boa informação de múltiplas fontes.

gullón

Zero® sem açúcares adicionados



Zero açúcares adicionados, muito sabor

GULLÓN ZERO, após 30 anos a liderar o mercado de bolachas sem açúcares.

As bolachas Gullón Zero são para tod@s as pessoas, por isso incorporam o **selo vegetariano V-Label**, garantindo que todos os ingredientes provêm de origem vegetal.



www.gullonzero.es





Cuidar bem da **DIABETES**

- A TECNOLOGIA NA DIABETES
- FACTOS E MITOS SOBRE A INSULINA
- VANTAGENS E ORIENTAÇÕES PARA CAMINHAR NA PRAIA
- CONSULTÓRIO SOCIAL
- CONSULTÓRIO CLÍNICO



A TECNOLOGIA NA DIABETES

Software e dispositivos para otimizar a gestão do dia a dia, monitorizar os níveis de glicose, fazer ajustes na terapia e modificar o seu estilo de vida.

Texto de Duarte Matos e Marina Dingle, Enfermeiros do Departamento de Crianças e Jovens da APDP | Edição de Violante Assude

A evolução tecnológica transformou a sociedade, simplificou e melhorou o quotidiano das pessoas. A sua aplicabilidade à saúde revolucionou procedimentos e a forma como se passou a abordar os cuidados, nesta área, melhorando a oferta e a qualidade dos mesmos. A diabetes tem representado um campo fértil para o desenvolvimento de tecnologias, algo que tem possibilitado novos métodos de tratamento e metas de tratamento mais estritas – 70-180 mg/dl.

A tecnologia na diabetes é um conceito utilizado para descrever software e dispositivos que as pessoas com diabetes utilizam para otimizar a gestão do dia a dia, monitorizar os níveis de glicose, fazer ajustes na terapia e modificar o seu estilo de vida. Em termos históricos, esta tecnologia tem sido dividida em dois grandes grupos: a administração de insulina (onde estão incluídas as canetas e bombas de insulina) e a avaliação da glicose (através da avaliação da glicose capilar e monitorização contínua da glicose).

Com a evolução da inteligência artificial, será fundamental uma terceira vertente: dar destaque aos algoritmos.

A ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

A administração de insulina é uma terapêutica essencial na diabetes. Os sistemas de perfusão subcutânea con-

tínuas de insulina (PSCI), vulgarmente apelidados de bombas de insulina, têm adquirido destaque no tratamento da diabetes tipo 1 (DM1). Estes dispositivos administram insulina de forma contínua, ao longo de 24h (basal) e possibilitam a administração de bólus para correção da glicose e/ ou cobertura dos hidratos de carbono ingeridos.

Existem diversos tipos de PSCI: as bombas não integradas, abordadas acima; as *sensor augmented pumps* (SAP) que recebem informação da monitorização contínua da glicose (MCG) mas não ajustam a insulina; os *low glucose suspend system* (LGS) que suspendem a administração de insulina quando as leituras da MCG atingem um valor estabelecido; os *predictive low glucose suspend system* (PLGS) que suspendem a administração de insulina quando há uma previsão das leituras da MCG atingirem um valor estabelecido; e *automated insulin delivery system* (AID) ou *hybrid closed loop* (HCL) que são constituídos por uma bomba de insulina e um sistema de MCG que funcionam com um algoritmo que aumenta ou diminui a administração de insulina em resposta aos níveis de glicose avaliados, tendo um objetivo de correção definido.

As canetas de insulina continuam a ser úteis na garantia deste tratamento quer para as pessoas que não querem

O Ministério da Saúde anunciou a criação de um programa de acesso ao tratamento com os novos dispositivos automáticos de insulina para 15 mil pessoas com diabetes tipo 1, a ser implementado, gradualmente, até 2026.



Para o auto controlo da diabetes é fundamental ter conhecimento sobre as variações da glicose ao longo do dia.

ou não têm critério para a utilização das bombas de insulina, quer quando existe falência do tratamento com PSCI.

A AVALIAÇÃO DA GLICOSE

Para o auto controlo da diabetes é fundamental ter conhecimento sobre as variações da glicose ao longo do dia. A MCG tem assumido um papel determinante na identificação das variações da glicose ao longo do dia. No passado apenas se podia ter noção do valor do momento supondo-se o que aconteceria entre dois valores de glicemia capilar. A monitorização possibilita que um sensor esteja a avaliar continuadamente os valores de glicose no líquido intersticial, enviando os resultados para um receptor (aparelho, telemóvel, *smartwatch* ou PSCI), pos-

sibilitando a observação do valor do momento, das últimas horas e setas de tendência para o futuro. Para além disso, é possível programar alarmes de alerta em caso de hipoglicemias e hiperglicemias, prevenindo/diminuindo a ocorrência das mesmas.

A informação gerada por esta tecnologia também possibilitou estabelecer novas metas de tratamento, dando destaque a conceitos como o tempo no intervalo-alvo, o tempo acima e abaixo do intervalo-alvo e a variabilidade da glicose.

As pesquisas de glicemia capilar continuam a ser um método válido para aferir o valor da glicose no momento, em momentos de hipoglicemias/hiperglicemias, em dias de doença ou para comparar com algum valor da MCG que possa ser discrepante.

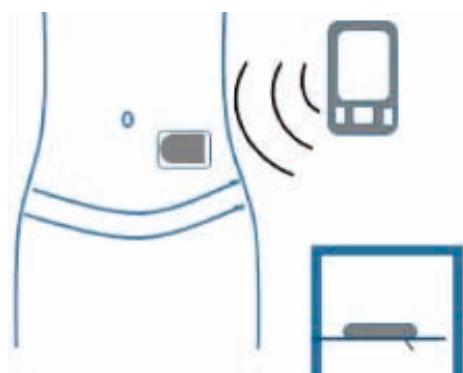
BOMBAS DE INSULINA

COMO USAR ESTA TECNOLOGIA

BOMBA DE INSULINA CONVENCIONAL



Uma bomba de insulina é um dispositivo que fornece insulina através de uma pequena cânula inserida no tecido subcutâneo e fixada na pele com adesivo. A maioria destes dispositivos tem um tubo de plástico que infunde a insulina da bomba para a cânula inserida no tecido subcutâneo, chamado de conjunto de infusão.



Existe uma bomba que não tem tubo e a bomba adere diretamente à pele, pois contém o conjunto de infusão na bomba em si, referida como uma "bomba patch". As bombas patch geralmente têm um dispositivo portátil que é usado para operar as funcionalidades da bomba de insulina.

Para imitar a secreção fisiológica de insulina, as bombas de insulina fornecem insulina de duas maneiras: uma administração contínua de insulina, conhecida como basal e doses maiores de insulina para controlar o aumento da glicemia após as refeições e/ou reduzir um nível elevado de glicose, referido como bólus.

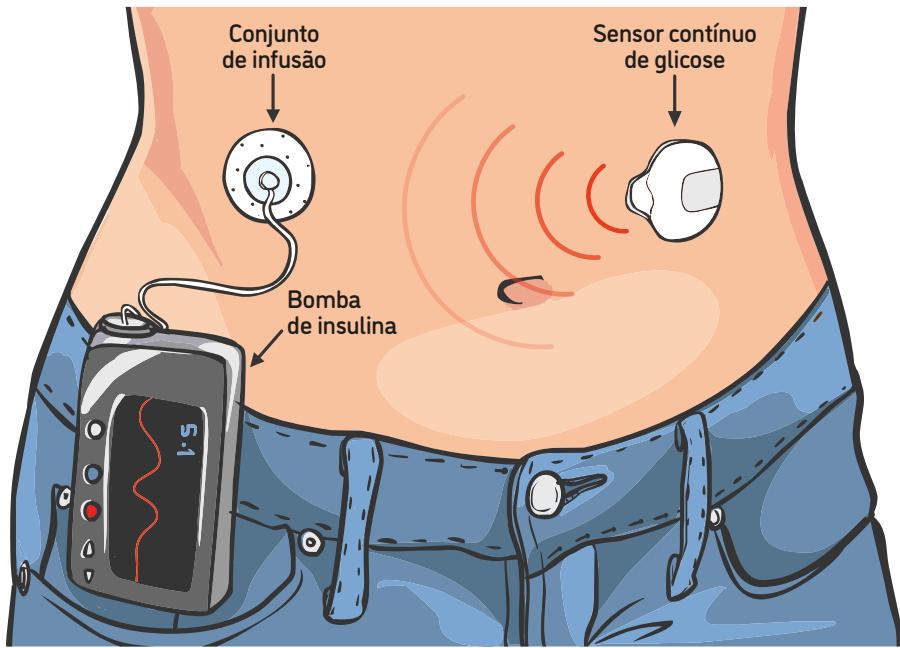
O objetivo da basal é manter os níveis de glicose entre refeições e durante o sono. As necessidades da basal são influenciadas por vários fatores, incluindo fisiologia, idade, nível de atividade, e horário de sono.

Na terapia convencional com bomba de insulina, as doses de insulina basal são individualizadas para cobrir as 24 horas do dia, em incrementos pequenos, e podem ser programados vários perfis de basal para melhor otimizar o controlo glicémico.

Uma das funcionalidades das bombas de insulina é a basal temporária, que permite que se altere temporariamente a dose da basal programada. Este recurso é útil para situações em que as necessidades de insulina podem mudar, como exercício ou doença aguda.

As bombas têm ainda um calculador de bólus, usado para calcular as doses do bólus de insulina. Uma vez a calculadora de bólus programada, o utilizador precisa apenas do valor da glicose e introduzir o total de gramas de hidratos de carbono que vai ingerir, para calcular o bólus (quantidade de insulina) a administrar.

BOMBA DE INSULINA AVANÇADA



O desenvolvimento da MCG veio revolucionar o tratamento da diabetes.

Estes sistemas usam algoritmos que suspendem a administração de insulina ou ajustam a administração de insulina automaticamente em resposta aos valores de glicose e tendências que a bomba recebe da MCG. Estes sistemas avançados também incluem tecnologias de suspensão em hipoglicemia e sistemas automatizados de administração de insulina basal.

Para otimizar este tratamento, também é importante que os utilizadores usem uma cânula eficaz, identificando os locais apropriados para garantir a administração de insulina no tecido subcutâneo.

Para obter esses benefícios, as pessoas com diabetes requerem a aquisição de conhecimentos e competências para manusear a bomba de insulina de forma eficaz e solucionar problemas que podem surgir com estes dispositivos.

Finalmente, a terapia com bomba requer adesão a comportamentos de autocuidado para melhorar o controle glicêmico e garantir a segurança, seja qual o dispositivo a utilizar.

Esse facto faz com que a MCG e a glicemia capilar não sejam métodos concorrentes, mas sim complementares.

OS ALGORITMOS

Os algoritmos são o elo que faltava para otimizar o funcionamento dos sistemas AID. Estes têm por base os princípios da inteligência artificial e vão aprendendo os padrões de glicose que a MCG vai avaliando na pessoa com diabetes. De acordo com esses padrões fazem ajustes imediatos na administração de insulina e preveem oscilações no futuro.

Cada algoritmo tem um modo de funcionamento próprio, dependendo da equipa que o desenvolveu e isso deve ser tido em conta quando da escolha do sistema, para adequar o mais possível a tecnologia à pessoa e suas necessidades.

No mesmo sentido, no futuro pretende-se que todos os aparelhos comuniquem entre si, independentemente do seu fabricante, para que a pessoa possa escolher, com a ajuda da equipa que a segue, quais os sistemas que melhor se adequam ao seu dia a dia.

A conjugação destas três vertentes está associada a uma melhoria signifi-

Os adultos com DM1 que possam ter acesso a estes novos dispositivos também têm melhor controlo glicémico, menor risco de hipoglicemia e menor variabilidade glicémica, contribuindo para diminuição do stress associado à diabetes e absentismo laboral.

ficativa da qualidade de vida, melhor controlo metabólico, diminuição das complicações e do impacto da gestão da diabetes na vida das pessoas com diabetes e seus familiares.

Em Portugal o tratamento com PSCI é cada vez mais utilizado pelas crianças e jovens com diabetes tipo 1, sendo o *gold standard* do tratamento. As vantagens da bomba de insulina são muitas em comparação com o tratamento com canetas de insulina. Vários estudos demonstraram melhor controlo glicémico e diminuição de eventos de hipoglicemia e hiperglicemias.

Para obter esses benefícios, as pessoas com diabetes requerem a aquisição de conhecimentos e competências para manusear a bomba de insulina de forma eficaz e solucionar problemas comuns que podem surgir com estes dispositivos.

SAÚDE ESCOLAR

As crianças e os jovens passam maior parte do seu dia na escola, pelo que a gestão da DM1 em contexto escolar deve ser apoiada, na medida das necessidades individuais, com vista à otimização do controlo metabólico, pelos enfermeiros da saúde escolar em estreita ligação com a comunidade escolar e em parceria com os cen-

tos de referência onde estas crianças e jovens são seguidos na diabetes. Para prestarem este apoio, precisam de (in)formação sobre os tratamentos e dispositivos mais recentes, isso irá contribuir para a melhoria não só do controlo glicémico como também da qualidade de vida e segurança da população mais jovem e da comunidade educativa.

Os enfermeiros da saúde escolar, os professores e profissionais não docentes, assumem deste modo, um importante papel no reconhecimento e consequente atuação em eventos relacionados com a condição de saúde das crianças com diabetes, tornando-se imprescindível que estejam capacitados com mais conhecimentos para se sentirem confiantes, para intervirem junto das crianças e jovens em contexto escolar.

No Curso para as Escolas, que a APDP disponibiliza, os profissionais docentes e não docentes referem que a utilização da bomba de insulina veio melhorar a confiança e segurança na realização do tratamento da DM1.

As escolas em todos os países precisam de estar preparadas e ter planos de ação para atender às necessidades dos alunos com diabetes. A tecnolo-

gia para o tratamento da DM1, está em constante evolução, pelo que a (in)formação da comunidade escolar e da população em geral sobre estes dispositivos e tratamento da DM1 é fundamental para promoção da qualidade de vida da criança/jovem com diabetes e seus familiares.

Estes dispositivos ainda não estão disponíveis/acessíveis a todas as pessoas com DM1, pelo que se deverá intensificar a sua divulgação quer entre equipas de saúde e pessoas com DM1 e seus familiares para dar visibilidade a esta temática, salientando as suas vantagens para a qualidade de vida de todos os envolvidos direta e indiretamente.



FACTOS E MITOS SOBRE A INSULINA

Toda a verdade sobre a insulina

Compreenda melhor todas as questões relacionadas com a insulina e conheça as medidas a seguir para a administrar e guardar em segurança.

Texto de Bruno Almeida, Adjunto do Diretor Clínico da APDP. Edição de Violante Assude

1. A INSULINA É A HORMONA QUE PERMITE QUE AS CÉLULAS DO NOSSO ORGANISMO CAPTEM A GLICOSE E FUNCIONEM NORMALMENTE.

A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas, que circula no sangue com o objetivo de manter os níveis de glicose em intervalos normais. É libertada de forma contínua ao longo de 24 horas, mas quando ingerimos uma refeição é libertada uma quantidade suplementar para regular os níveis de açúcar e evitar situação de hiperglicemia (níveis elevados de açúcar no sangue). É uma hormona fundamental para que as células do nosso organismo possam captar a glicose e funcionem normalmente.

2. AS PESSOAS COM DIABETES TIPO 1 NECESSITAM DA ADMINISTRAÇÃO DIÁRIA DE INSULINA.

Nas pessoas com diabetes tipo 1, como não produzem insulina, é necessária a sua administração diária. Deverá ser realizada administração de insulina de ação prolongada (1 ou 2 vezes por dia em função da insulina e das características individuais de cada pessoa) e administração de in-

sulinas de ação rápida, pelo menos 4 vezes por dia antes das refeições.

3. NO CASO DA DIABETES TIPO 2, ALGUMAS PESSOAS PODERÃO NECESSITAR DE INSULINA PARA ATINGIR VALORES ADEQUADOS DE GLICEMIA.

Nas pessoas com diabetes tipo 2, o pâncreas é capaz de produzir insulina. Contudo, a alimentação incorreta, a vida sedentária e a obesidade tornam o organismo resistente a ação da insulina obrigando o pâncreas a um esforço adicional de produção. A diabetes tipo 2 é uma doença progressiva, fazendo com que algumas pessoas poderão necessitar de insulina para atingir valores adequados de glicemia.

4. AS INSULINAS ATUAIS SÃO SEGURAS E SÃO UM DOS MEDICAMENTOS MAIS EFICAZES NA REDUÇÃO DAS HIPERGLICEMIAS.

Deverá seguir os conselhos da equipa de saúde relativa às horas de administração da insulina(s), bem como realizar uma boa rotação das áreas onde a administra e ajuste das doses



Cuidar bem da diabetes



■ Cuidar bem da diabetes

às refeições (para quem realiza insulinas de ação curta). Deverá ter em atenção que a realização de exercício físico (moderado a intenso) poderá implicar a redução das doses de insulina (nomeadamente as de ação rápida). Não deverá ter receio da sua administração dado que as insulinas atuais são seguras e são um dos medicamentos mais eficazes na redução das hiperglycemas.

5. A ADMINISTRAÇÃO DA INSULINA REQUER UMA APRENDIZAGEM DA PESSOA COM DIABETES E POR VEZES DOS SEUS FAMILIARES.

Atualmente o processo de administração de insulina é cada vez mais fácil e cômodo, através da utilização de canetas com agulhas praticamente indolores, o que facilita a adaptação da pessoa a este tratamento. As equipas de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo) trabalham de forma integrada para facilitar esta aprendizagem e retirar dúvidas. A administração da insulina requer uma

aprendizagem por parte da pessoa com diabetes e por vezes dos seus familiares.

6. A PESSOA QUE FAZ INSULINA DEVERÁ UTILIZAR UM SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DA GLICEMIA E/OU TRANSPORTAR CONSIGO UMA MÁQUINA DE DETERMINAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR DE FORMA A ADEQUAR AS DOSES DE INSULINA AO NÍVEL DE GLICEMIA.

Existem cuidados especiais a ter com a insulina. Realizar a sua administração, através de injeção subcutânea, nos locais adequados às características da insulina, mantendo a insulina em utilização a temperaturas adequadas. A pessoa que faz insulina deverá utilizar um sistema de monitorização contínua da glicemia e/ou transportar consigo máquina de determinação da glicemia capilar de forma a adequar as doses de insulina ao nível de glicemia.

As equipas de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo) trabalham de forma integrada para facilitar a aprendizagem da administração de insulina e retirar dúvidas.



7. A INSULINA DEVE SER ADMINISTRADA POR INJEÇÃO SUBCUTÂNEA, ISTO É, NO TECIDO ADIPOSO DEBAIXO DA PELE E NÃO NO MÚSCULO.

A insulina pode ser administrada na região abdominal, coxas, braços e nádegas. Convém proceder à rotação dos locais de administração dentro das áreas injetando a uma distância de pelo menos 3 cm da administração anterior, de modo a evitar um aumento de volume da gordura naquele local, dificultando a absorção da insulina. A insulina deve ser administrada por injeção subcutânea, isto é, no tecido adiposo debaixo da pele e não no músculo. Aconselha-se a fazer uma prega de pele quando se administra a insulina, para evitar injeções no músculo, exceto em pessoas obesas ou quando se utilizam agulhas muito curtas (5 ou 6mm).

8. EXISTEM INSULINAS DE AÇÃO CURTA, RÁPIDA/ULTRA-RÁPIDA, INTERMÉDIA, PROLONGADA OU PRÉ-MISTURAS.

As insulinas de ação curta são soluções de insulina humana regular, que devem ser administradas 30 minutos antes das refeições, e as insulinas de ação rápida/ultra-rápida são análogos de insulina (lispro, aspártico e glulisina), que devem ser administradas entre 10 a 20 minutos antes das refeições (para as insulinas rápidas) ou 5 a 10 min antes das refeições (para as insulinas de ação ultra-rápidas)

As insulinas de ação intermédia (NPH) têm um início de ação entre 2 a 3 horas e uma libertação mais gradual. A sua duração de ação é de 16 a 20 horas.

As insulinas de ação prolongada foram desenvolvidas para prolongar a duração da ação da insulina (máximo de 42 horas) e têm um início de ação entre 1 a 2 horas. Atualmente são comercializadas as insulininas detemir,

TIPOS DE INSULINAS

Existem insulininas de ação curta, intermédia, prolongada ou pré-misturas.

Insulininas de AÇÃO CURTA

- Soluções de insulina humana regular. Devem ser administradas 30 minutos antes das refeições.

Insulininas de AÇÃO RÁPIDA

- Análogos de insulina (aspártico, glulisina, lispro). Devem ser administradas entre 10 a 20 minutos antes das refeições.

Insulininas de AÇÃO ULTRA-RÁPIDA

- Análogos de insulina (aspártico, lispro). Devem ser administradas entre 5 a 10 minutos antes das refeições.

Insulininas de AÇÃO INTERMÉDIA (NPH)

- Têm um início de ação entre 1 a 2 horas e uma libertação mais gradual.
- A sua duração de ação é de 16 a 20 horas.

Insulininas de AÇÃO PROLONGADA

- São desenvolvidas para prolongar a duração da ação da insulina (máximo de 42 horas).
- Atualmente são comercializadas as insulininas detemir, glarginha, glarginha 300 e degludec. A insulinina detemir tem uma duração de ação até às 24 horas (dependendo da dose que é administrada). A insulinina glarginha tem uma duração de ação de 24 horas e a insulinina glarginha 300 até 36 horas. A insulinina degludec tem uma duração de ação de 42 horas.
- As insulininas pré-misturas estão disponíveis com várias composições e com várias quantidades de insulinina de ação rápida (25 a 50%) e intermédia (50 a 75%).

glarginha 100, glarginha 300 e degludec. A insulinina detemir tem uma duração de ação até às 24 horas (dependendo da dose que é administrada). A insulinina glarginha tem uma duração de ação de 24 horas e a insulinina glarginha 300 até 36 horas. A insulinina degludec tem uma duração de ação de 42 horas.

As insulininas pré-misturas estão disponíveis com várias composições e com várias quantidades de insulinina

Cuidar bem da diabetes

de ação rápida (25 a 50%) e intermédia (50 a 75%).

9. AS INSULINAS ENCONTRAM-SE DISPONÍVEIS PARA UTILIZAÇÃO EM CANETAS REUTILIZÁVEIS OU EM CANETAS PRÉ-CHEIAS.

As insulinas encontram-se disponíveis em frascos de 3 ml para utilização em canetas reutilizáveis e/ou em canetas pré-cheias. Existem algumas insulinas disponíveis em frascos de 10 ml utilizadas para encher os depósitos das “bombas de insulina”. Podem também, em alternativa, utilizar-se seringas que estão preparadas para a administração de insulina. As canetas pré-cheias são canetas que trazem colocadas a carga de insulina e que são descartáveis, isto é, são deitadas fora no fim da utilização. As reutilizáveis são canetas recarregáveis em que é necessário colocar os frascos de insulina.

10. A INSULINA DEVE SER BEM ARMAZENADA E PROTEGIDA DAS TEMPERATURAS EXTREMAS E DA LUZ DO SOL.

A insulina é estável a 25°C durante cerca de 24 meses. Os frascos/canetas de insulina não utilizadas deverão ser mantidos no frigorífico. Os frascos/canetas de insulina já utilizadas deverão ser mantidos no frigorífico e utilizados até 3 meses. Frascos/canetas pré-cheias de insulina em utilização deverão ser mantidas à temperatura ambiente até 1 mês. Os fatores mais importantes a serem evitados no que respeita a insulina são as temperaturas extremas e a luz do sol.

3 MITOS SOBRE A INSULINA

1. A injeção de insulina é dolorosa.

A maioria das pessoas que fazem insulina é agradavelmente surpreendida na primeira administração, quando percebe que o incômodo é bem menor do que o esperado.

2. Ao começar a usar insulina, a pessoa ficará dependente dela para resto da vida.

Embora seja fundamental no tratamento das pessoas com diabetes tipo 1 (que não produzem insulina), nas pessoas com diabetes tipo 2 poderá ser utilizada por alguns períodos, variando conforme o controle glicêmico e outras características das pessoas. Na diabetes gestacional a insulina poderá apenas ser necessária durante o período da gravidez.

3. A insulina pode levar à cegueira.

Não há absolutamente nenhuma evidência de que o tratamento com insulina provoque cegueira. Pode-se dizer, na verdade, que o oposto é verdadeiro: pacientes que não controlam os valores de glicose podem vir a desenvolver alterações da visão (retinopatia). Estudos demonstraram que o tratamento com insulina realizado de forma adequada reduz o risco de doença ocular.

CUIDADOS COM A INSULINA

INSULINA A 25°C DURANTE CERCA DE 24 MESES

- Fatores que garantem a estabilidade da insulina

MANTENHA GUARDADOS NO FRIGORÍFICO

- Frascos/cartuchos e canetas de insulina não utilizadas

MANTENHA GUARDADOS NO FRIGORÍFICO E UTILIZADOS ATÉ 3 MESES

- Frascos/ cartuchos e canetas de insulina já utilizadas

MANTENHA À TEMPERATURA AMBIENTE ATÉ 1 MÊS

- Cartuchos/canetas pré-cheias de insulina em utilização

PROTEJA A INSULINA DE FATORES EXTERNOS

- Temperaturas extremas e a luz do sol



GINÁSIO
CLUBE
PORTUGUÊS

QUEREMOS AJUDÁ-LO A CUIDAR DE SI!

○ PROFISSIONALISMO

No Ginásio Clube Português encontra profissionais com formação superior qualificada capazes de enquadrar pessoas com condições especiais de saúde, como a Diabetes, através de um serviço personalizado e adaptado.

○ A NOSSA OFERTA

Temos à sua disposição uma Sala de Avaliação e Aconselhamento Técnico (SAAT), Aulas de Grupo, Treino Personalizado e Sala de Exercício com supervisão técnica permanente.



**FAÇA EXERCÍCIO EM SEGURANÇA
E CUIDE DA SUA SAÚDE CONNOSCO!**

Pr. Ginásio Clube Português, 1 - Lisboa (às Amoreiras)

www.gcp.pt



VANTAGENS E ORIENTAÇÕES PARA CAMINHAR NA PRAIA

Caminhar faz bem ao corpo e à alma, mas se tem diabetes tome nota de três orientações essenciais que deve ter em atenção.

No Verão uma das atividades mais procuradas são as caminhadas e as corridas à beira-mar. Sem dúvida alguma que a sua realização promove benefícios físicos e mentais. Em termos físicos, observou-se que as caminhadas e as corridas contribuem para melhorias do índice de massa corporal (IMC), da Hemoglobina A1c (HbA1c), do perímetro da cintura e da qualidade de vida. No que toca aos benefícios mentais, verificou-se melhorias de humor e de vitalidade, contribuindo para a luta contra a depressão. Todavia, e apesar dos seus benefícios inegáveis, é preciso ter em conta aspectos importantes quando realizamos alguma atividade física na praia, principalmente se temos diabetes. Os cuidados com o pé são uma parte importante dos cuidados a ter. Deixamos-lhe algumas orientações para quando estiver a pensar em praticar alguma atividade à beira-mar:

NÃO ANDE DESCALÇO

Uma das preocupações frequentes da diabetes é o pé diabético. Este ocorre, sobretudo, devido ao desenvolvimento de neuropatia diabética que, entre outras implicações, pode reduzir a sensibilidade nas extremidades do corpo. Ou seja, pode não se dar conta de que a temperatura da areia está demasiado alta ou do calor do sol sobre os pés, aumentando o risco de desenvolver lesões nas extremidades. Aconselhamo-lo, assim, a não andar descalço, mesmo na praia, para evitar qualquer tipo de lesão, seja uma queimadura ou algum corte.

EXAMINE OS SEUS PÉS DIARIAMENTE

Apesar de já ser algo que deve ter na sua rotina de higiene diária, deve ser ainda mais minucioso no verão e principalmente se pretende ir à praia. Este exame deve ser orientado para a procura de possíveis fissuras, cortes, bolhas ou qualquer tipo de pele que se possa transformar numa infecção. Preocupe-se em verificar as solas e todo o pé, bem como os tornozelos, e faça-o antes e depois de sair da praia.

HIDRATE OS PÉS

A areia da praia derivada às suas propriedades e juntamente com o calor, levam a um aumento considerável da pele seca. Assim sendo, é importante que hidrate os seus pés de forma a evitar a ocorrência de pele seca e gretada levando à ocorrência de feridas. Apesar de ser no verão, onde se verifica uma maior tendência para a ocorrência da pele seca, esta hidratação deve ser diária e anual.



DANIEL SIMÕES

Fisiologista do Exercício no Ginásio Clube Português



SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA DE TERCEIRA PESSOA: O QUE É, AS SUAS CONDIÇÕES, COMO OBTER E OS SEUS DEVERES?



MARISA ARAÚJO
Assistente Social
da APDP

O que é?

O Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa é uma prestação mensal no valor de 117,73€, para as famílias com crianças, adultos ou idosos com deficiência e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa.

Quais as condições para ter direito a este subsídio?

Para fazer o pedido tem de ter ao seu cuidado a pessoa com deficiência e ter registo de remunerações nos primeiros 12 meses dos 14 anteriores, a contar da data da entrega do requerimento.

As pessoas que necessitem de acompanhamento de uma terceira pessoa têm de ser titulares de Abono de Família para Crianças e Jovens com Bonificação por Deficiência e estar em situação de dependência.

Posso receber este subsídio se estiver a receber outros subsídios ou prestações do Instituto da Segurança Social?

Sim, o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa é acumulável com o Abono de Família para Criança e Jovens, Bonificação por De-

ficiência, Rendimento Social de Inserção, e, por fim, a Pensão de Sobrevivência.

Contudo, não é acumulável com o Subsídio de Educação Especial, a Pensão Social de Velhice, a Pensão Social de Invalidez, o Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal, a Prestação Social para a Inclusão, e por fim, com o Complemento por Dependência.

Como posso ter este Subsídio?

O pedido do Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa é feito na Segurança Social, sendo necessário preencher o “Requerimento de Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa” (RP5036-D-GSS) e “Informação Médica – Avaliação da Incapacidade” (SVI 7- DGSSI), devidamente explicada a situação de dependência do interessado. Este último requerimento deve ser preenchido pelo seu Médico de Família ou Médico de recurso do Centro de Saúde onde se encontra inscrito(a).

Para além destes dois documentos, é necessário também a cópia do documento de identificação da pessoa

ou das pessoas que prestam assistência, um documento comprovativo do IBAN, caso pretenda que o pagamento seja feito por transferência bancária e, por fim, um documento que comprove que a pessoa com deficiência vive e está aos cuidados da pessoa que realiza os cuidados.

Quais os deveres e sanções para quem realiza o pedido?

Como deveres, a pessoa requerente deste subsídio deve informar a Segurança Social, no prazo de 30 dias, se a pessoa dependente começar a trabalhar e ficar enquadrada por um regime de proteção social obrigatório; se começar a receber assistência permanente num estabelecimento de saúde ou de apoio social, quer seja oficial ou particular, sem fins lucrativos; se a composição do agregado familiar se alterar; e por fim, se deixar de estar em situação de carência, ou seja, se os rendimentos do agregado familiar forem superiores a 720,65€.

A nível das sanções, caso apresente falsas declarações para conseguir o sub-



TENHO DIABETES E GOSTARIA DE AVALIAR O RISCO DE OS MEUS FILHOS VIREM A TER DT1. A APDP PODE AJUDAR-ME?

Pergunta de leitor enviada por email

sídio, ou não comunique as alterações de situação, no prazo de 30 dias de ter recebido a resposta positiva da prestação, pode pagar uma coima que vai de 99,76€ a 249,40€.

Onde posso encontrar mais informações sobre o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa?

No Guia Prático sobre o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa no website da Segurança Social ou dirigir-se a um atendimento no Balcão de Inclusão, fazendo a marcação através do contacto telefónico 300 505 505/210 545 400.

O Gabinete de Serviço Social da APDP encontra-se ao seu dispor para qualquer esclarecimento adicional.

**RAQUEL COELHO
E RITA NORTADAS**
Médicas

A RADAR1 é uma consulta de avaliação de risco da DT1 dirigida a crianças e jovens, entre os 3 e os 18 anos, com primeiro grau de parentesco, ou seja, que sejam filhos/as de pessoas com DT1. A avaliação de risco faz-se através de uma simples colheita de sangue com o intuito de pesquisar a presença de anticorpos normalmente presentes na DT1. Na actualidade, sabe-se que estes anticorpos podem ser detetados no sangue alguns anos antes da manifestação clínica da doença e do aparecimento dos sintomas descritos.

Vários estudos demonstraram que a progressão para DT1 é mais frequente em crianças e jovens que apresentam múltiplos anticorpos do que naqueles que têm apenas um ou nenhum anticorpo presente. Estes mesmos estudos indicam que 3 em cada 4 pessoas com 2 anticorpos positivos desenvolverão sintomas num período de 10 anos. Pessoas com apenas 1 anticorpo positivo têm menor risco, no entanto, devem manter vigilância clínica pela possibilidade que existe de virem a desenvolver

mais anticorpos no futuro e de ver o seu risco de aparecimento da doença aumentar. Nos casos de filhos de pessoas com DT1 em que não sejam detetados anticorpos na análise sanguínea, o risco é reduzido no momento da avaliação. No entanto, este risco não é nulo, pela que a sua vigilância periódica também está recomendada.

Como irá decorrer a consulta RADAR1?

A consulta inclui uma sessão de apresentação, esclarecimento de dúvidas e realização de um teste ao sangue para analisar a existência de anticorpos. Todos os participantes serão informados dos resultados. As crianças e os jovens com teste positivo, repetem a análise para confirmar os resultados. Os casos confirmados, devem manter acompanhamento e, quando necessário, realizar testes complementares. Ao longo de todo o acompanhamento, serão realizadas consultas adequadas a cada situação.





Aprenda a **COMER BEM**

- SAIBA COMO APROVEITAR OS BENEFÍCIOS DO CAFÉ
- CONHEÇA E COMPARE QUEIJOS
- FRUTA DA ÉPOCA MELANCIA
- RECEITAS



Aprenda a comer bem



SAIBA COMO APROVEITAR OS BENEFÍCIOS DO CAFÉ

O consumo moderado de cafeína pode trazer benefícios para a saúde, incluindo a prevenção de várias doenças, no entanto, o seu consumo em excesso representa risco para a saúde.

Texto de **Bruna Gonçalves, Estagiária de Nutrição** | Orientação de **Lúcia Narciso, nutricionista** | Edição de **Violante Assude**

Descoberto na Etiópia em 575 d.C, o café é originário dos grãos da planta do café, Coffe Rubiaceae. Segundo a narrativa mais comum, a descoberta das propriedades do café atribui-se a um monge cristão que era prior de um mosteiro. Conta-se que um pastor de cabras se teria apercebido de que os animais que cuidava ficavam agitados e não conseguiam dormir depois da ingestão uma determinada planta. O prior verificou esse facto e utilizando os grãos da planta, fez uma infusão que ofereceu aos seus monges, resultando numa maior vigilância e atenção por partes dos mesmo durante os ofícios religiosos da noite.

A introdução do café comercial na Europa, iniciou-se em 1645, num café em Veneza. Em 1659 chegou a França e o seu consumo expandiu-se rapidamente e em grande escala. Em Portugal, o café surgiu no mesmo século e veio potencializar a abertura de vários cafés, sobretudo na região de Lisboa.

QUE ESPÉCIES DE CAFÉ CONSUMIMOS

Hoje em dia, as duas subespécies amplamente utilizadas comercialmente são C. arabica e C. canephora.

A espécie C. arabica é responsável pela produção do café arábica, conhecido pelo seu sabor suave e aromático. Representa cerca de 70% da produção a nível mundial e é cultivado em países como América, Quénia e Índia.

A espécie C. canephora origina o café robusta, amplamente cultivado no sudeste asiático e Brasil, representa 30% do mercado mundial. O café robusta possui um sabor mais amargo e contém 50% mais de cafeína em comparação ao café arábica.

QUANTOS CAFÉS POR DIA?

Um café expresso dependendo se é curto, normal ou cheio contem entre 62 a 88mg de cafeína, e que a quantidade de consumo que não representa risco para adultos saudáveis é de até 400mg por dia?

Sabia que em média, um café expresso dependendo se é curto, normal ou cheio contém entre 62 a 88mg de cafeína, e que a quantidade de consumo que não representa risco para adultos saudáveis é de até 400mg por dia?

Em caso de gravidez, e se não houver outra indicação, esta quantidade desce para metade, ou seja, até 200mg de cafeína por dia.



Em caso de gravidez, e se não houver outra indicação, esta quantidade desce para metade, ou seja, até 200mg de cafeína por dia.

Na maioria dos países europeus, o consumo de cafeína ronda os 202 a 390mg/pessoa/dia, e Portugal não é muito diferente.

É importante ter em conta que além de ser consumida na forma de infusão, a cafeína também está presente na alimentação de outras formas, como em preparados solúveis, alguns tipos de chá, refrigerantes, bebidas energéticas, molhos, bolas-chás, chocolate e gelados.

O café é uma das bebidas mais consumidas mundialmente graças aos seus efeitos estimulantes no sis-

tema nervoso central, e graças o seu sabor e aroma intenso tão característico.

BENEFÍCIOS DO CONSUMO MODERADO DE CAFÉ

De acordo com vários estudos publicados, um consumo moderado de café não provoca danos para a saúde, pelo contrário, pode até oferecer diversos benefícios para a saúde e para o bem-estar do indivíduo. Por um lado, o café é rico em antioxidantes, quase isento de calorias (2-5kcal por chávena de café, sem açúcar), contém potássio, magnésio, fósforo, vitaminas do complexo B e tem a capacidade de promover a sensação de concentração e energia. Por outro



Estudos demonstram que consumo regular e diário de cafeína (2 a 3 cafés expressos) esteja associado à diminuição do risco de Diabetes Mellitus Tipo 2 e de síndrome metabólica.

cardiovascular como o aumento dos níveis de pressão arterial.

O consumo excessivo de café manifesta-se no organismo através de vários sinais e sintomas como, insónias, stress, inquietação, batimentos cardíacos acelerados, tremores musculares, irritabilidade, dores de estômago, entre outros.

CAFÉ E DIABETES

Relativamente à associação cafeína-insulina e respetivo efeito na glicemias:

Por um lado, alguns estudos mostram que o consumo de 375mg de cafeína de uma só vez, provoca uma diminuição da sensibilidade à insulina, que geralmente se traduz num aumento da glicemias, em adultos saudáveis, em pessoas com obesidade e/ou com Diabetes Mellitus Tipo 2. Ressalvando sempre a individualidade no que respeita à sensibilidade à cafeína, ou seja, poderá haver pessoas que notam este aumento na glicemias com menores quantidades de cafeína.

Por outro lado, vários estudos epidemiológicos referem que o consumo regular e diário de cafeína (2 a 3 cafés expressos) esteja associado à diminuição do risco de Diabetes Mellitus Tipo 2 e de síndrome metabólica.

lado, o café, por ser uma bebida estimulante, pode originar um ligeiro aumento na pressão arterial. Ainda assim, atualmente não é considerado uma bebida com efeito hipertensor, quando ingerida com moderação. Portanto, ainda não existe evidência científica suficientemente sustentada relativamente ao consumo moderado de café e à sua ligação com o risco significativamente aumentado de doença cardiovascular. Importante lembrar que o consumo moderado será abaixo dos 2 a 3 cafés expressos por dia, para um indivíduo saudável.

MALEFÍCIOS DO CONSUMO EXCESSIVO DE CAFÉ

Em contrapartida, a ingestão excessiva, acima de 400mg de cafeína por dia, já poderá ser prejudicial para a saúde, estando relacionado com vários fatores de risco para a doença

EFEITOS PREVENTIVOS DO CAFÉ

Além do café ser benéfico na prevenção de várias doenças crónicas, como Diabetes Mellitus,



Crianças e adolescentes devem evitar o consumo de cafeína e outros estimulantes, pois ainda não há clareza sobre os níveis seguros para estas faixas etárias.

O café também tem um efeito preventivo em algumas doenças hepáticas e potencia uma baixa incidência de doenças neurológicas, como as doenças de Alzheimer e Parkinson. Mais ainda, o café provoca efeitos benéficos ao nível intestinal devido à sua eficácia na prevenção da obstrução.

É importante salientar que se recomenda que as crianças e adolescentes devem evitar o consumo de cafeína e outros estimulantes, pois ainda não há clareza sobre os níveis seguros para estas faixas etárias. Por esta razão, os pais devem estar atentos à presença de substâncias estimulantes em outros alimentos, além do café, que estão facilmente disponíveis para este público, como as bolachas,

refrigerantes, chocolate, gelados, entre outros.

Em suma, o consumo moderado de cafeína pode trazer vários benefícios para a saúde, incluindo a prevenção de várias doenças, no entanto, o seu consumo em excesso é prejudicial e representa risco para a saúde.



**JUNTE-SE
HOJE À**



Boas razões para ser sócio da APDP:

- Apoie uma causa justa, contribuindo para a luta contra a diabetes e suas consequências.
- Apoie a APDP em projetos de investigação e formação, com vista à prevenção da diabetes e à melhoria do tratamento e qualidade de vida das pessoas com diabetes, familiares e cuidadores.
- Receba gratuitamente as 4 edições anuais da revista "Diabetes – Viver em Equilíbrio".
- Receba informação personalizada sobre as atividades e estudos da APDP.
- Tenha acesso a descontos nos nossos cursos de formação e atividades desportivas.
- Usufrua de descontos nos nossos serviços: farmácia e serviços de saúde não cobertos por acordos, subsistemas ou seguros.
- Beneficie de descontos na aquisição de livros, publicações editadas pela APDP e outros materiais.
- Beneficie de condições especiais em entidades parceiras da APDP.
- Colabore na vida de uma associação ao serviço da comunidade, apoiando a sua atividade e desenvolvimento.

RECEBA A REVISTA DIABETES

Conheça e compare

LANCHES DA MANHÃ. A qualidade nutricional é um dos principais fatores a ter em conta no momento de ingerir algo entre refeições.

BRUNA GONÇALVES

Estagiária de Nutrição
(Orientação de Lúcia Narciso,
Nutricionista)

MAIS CALÓRICOS

1 Croissant Brioche com 1 fatia de fiambre

1



323 kcal
calorias

10 g
gordura

50 g
hidratos de carbono

MENOS CALÓRICOS

1 pão de mistura trigo e centeio com 1 fatia de queijo magro

2



256 kcal
calorias

4 g
gordura

41 g
hidratos de carbono

1 empada de frango (85g)

3



552 kcal
calorias

40 g
gordura

26 g
hidratos de carbono

3 Tostas integrais com 1 queijo fresco light

4



153 kcal
calorias

4 g
gordura

18 g
hidratos de carbono

Os lanches entre as refeições principais são essenciais para uma rotina alimentar saudável, não só para nos conferirem maior saciedade ao longo do dia, mas também para diminuir o intervalo entre as várias refeições.

Os menus 1 e 3 são opções a evitar por serem pobres do ponto de vista nutricional. Para além do alto valor energético e lipídico, são opções com baixo teor de fibra, o que não contribui para sensação de saciedade.

Os menus 2 e 4 são excelentes alternativas pelo seu baixo teor energético e lipídico. São compostas por alimentos integrais, e por isso ricas em fibras, que contribuem para melhorar/aumentar a saciedade, controlo glicémico, motilidade intestinal, entre outras.

Fotografia
Ricardo Polónio – Living Allowed®

Produção e foodstyling
Rita Amaral Dias – Living Allowed®

Fonte de informação nutricional: *Tabela de Composição dos Alimentos do Inst. Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e rótulo dos alimentos.*

Fruta

MELANCIA | Tem um sabor doce e refrescante, é muito apreciada no verão, sendo que é também a sua época ideal de consumo.

Por: Violante Assude | Adaptado da Tabela de Composição dos Alimentos do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

A melancia, tal como muitos dos frutos de verão, é composta maioritariamente por água (90% do seu peso). É rica em potássio e em antioxidantes, como o licopeno e o betacaroteno. Os licopenos em conjunto com os carotenoides e vitamina C são importantes na proteção celular estando relacionados com a redução do risco de certos tipos de cancro.

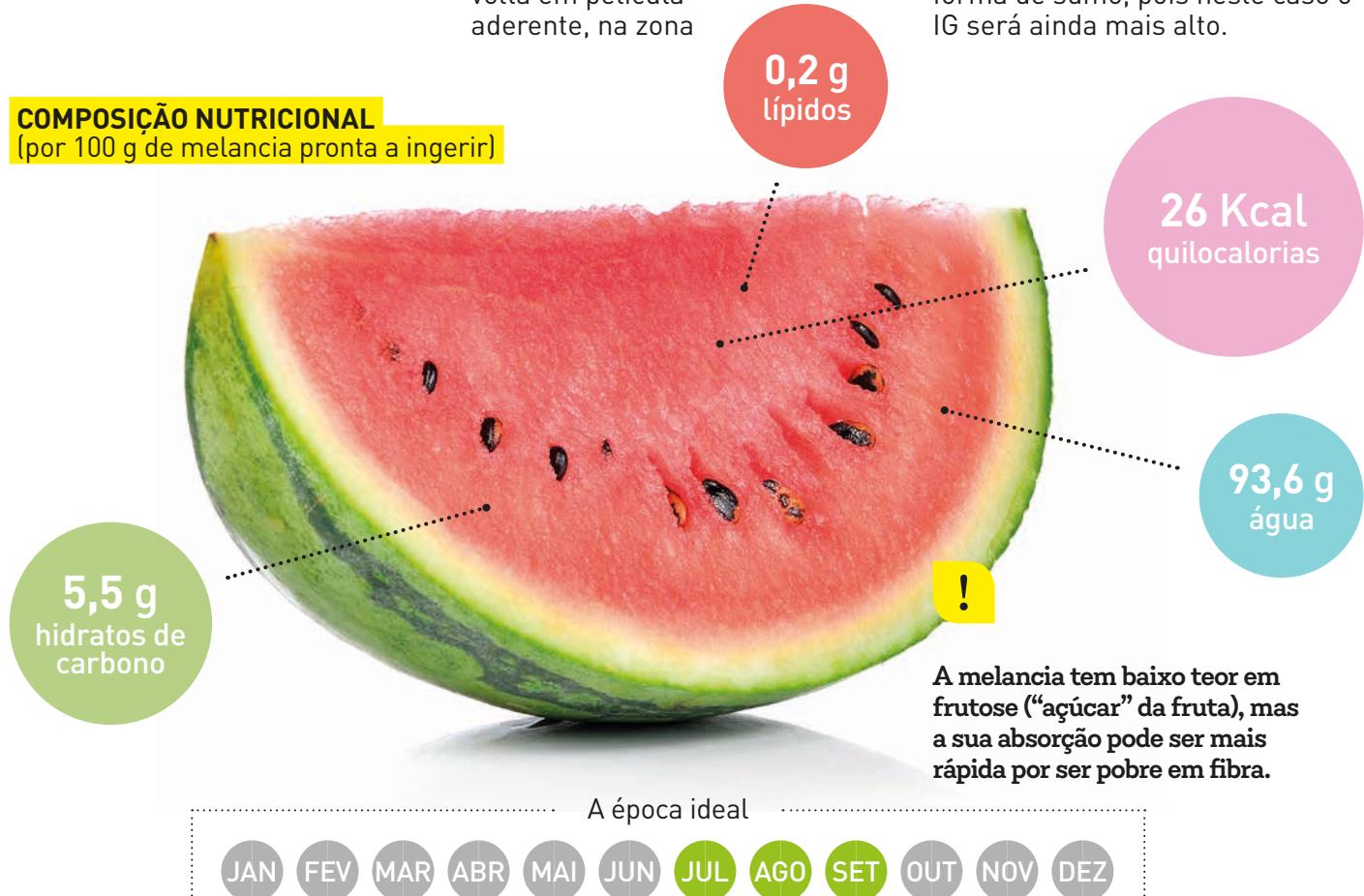
Dicas para comprar e guardar
Quando inteira, a melancia pode ser conservada à temperatura ambiente. Uma vez aberta, deve ser guardada no frigorífico, envolta em película aderente, na zona

menos fria do frigorífico para evitar alterações na sua textura. Deve ser consumida em poucos dias

Pessoas com diabetes podem consumir melancia

Apesar do seu elevado índice glicémico (IG) pode ser consumida por pessoas com diabetes desde que não seja em excesso e desde que o seu consumo seja combinado com outros alimentos ricos em fibra e/ou gordura saudável (como nozes ou amêndoas), que atrasam a absorção dos açúcares. Deve também evitar o consumi-la sob a forma de sumo, pois neste caso o IG será ainda mais alto.

COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL (por 100 g de melancia pronta a ingerir)



ACORDOS E CONVENÇÕES APDP

A ASSOCIAÇÃO
PROTECTORA
DOS DIABÉTICOS
DE PORTUGAL
(APDP), PRESTA
CUIDADOS DE SAÚDE
ESPECIALIZADOS
ÀS PESSOAS COM
DIABETES PARA
AS ÁREAS:

- Diabetologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Oftalmologia
- Pé Diabético
- Saúde Mental
- Saúde Reprodutiva
- Urologia

Para marcação de consulta(s),
exames complementares
ou informações adicionais
envie e-mail para:
consultas.primeiravez@apdp.pt
ou telefone para o 213816100

INFORMAÇÃO DISPONÍVEL EM
www.apdp.pt

ACORDOS DE COOPERAÇÃO

■ SNS – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*
- Administração Regional de Saúde do Alentejo (Évora)*
- Administração Regional de Saúde do Algarve*
- Administração Regional de Saúde do Centro (Aveiro, Leiria)*
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo*
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco*

* Com normas próprias, mais informação consultar www.apdp.pt
ou através do email consultas.primeiravez@apdp.pt

■ SEGUROS DE SAÚDE - CARTÃO VÁLIDO

- Advancare
- Future Healthcare
- Medicare
- Médis
- Multicare



■ SUBSISTEMAS DE SAÚDE - CARTÃO VÁLIDO

- ADM/IASFA
- ADSE
- Casa da Imprensa
- CGD
- GNR
- Imprensa Nacional Casa da Moeda
- Médis CTT
- PSP
- PT Multicare
- SAMS Quadros
- Embaixadas*

* Com Termo de Responsabilidade e Guia de Tratamento

■ REGIME PARTICULAR

- O desconto de associado (10%) é válido, para todas as consultas, apenas quando o utente tem a quotização regularizada até ao corrente mês;
- Os pedidos de receituário são gratuitos, no entanto, apenas estão disponíveis para utentes seguidos regularmente na APDP e cujo receituário já tenha sido anteriormente prescrito;
- As análises são cobradas, unitariamente, e de acordo com os valores da Tabela Particular;
- Caso exista a marcação de dois Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs) no mesmo dia, o utente terá um desconto de 5% relativamente ao valor que será faturado, aumentando esse desconto para 7% caso o número de MCDTs seja de três no mesmo dia.



Entrada

BRUCHETTA DE COGUMELOS E CAFÉ

INGREDIENTES (para 2 pessoas)

2 fatias de pão shape (60 g)
 1 c. de sopa de azeite extra-virgem
 1 dente de alho picado
 150 g de cogumelos Shitake
 10 mL de café forte
 5 mL de leite meio gordo
 Sal e pimenta preta q.b.
 Folhas de manjericão fresco para decorar

PREPARAÇÃO

- 1.** Torre o pão;
- 2.** Numa frigideira, aqueça o azeite, juntamente com água se necessário, e adicione o alho picado. Deixe-o refogar até alourar;
- 3.** Corte os cogumelos e adicione-os, temperando com sal e pimenta. Deixe cozinhar durante 5 minutos;
- 4.** Junte café forte e deixe cozinhar durante 2 a 3 minutos, até que a maior parte do líquido tenha evaporado;
- 5.** Acrescente o leite e mexa até obter uma mistura cremosa;
- 6.** Espalhe a mistura de cogumelos sobre as fatias de pão crocante;
- 7.** Decore com folhas de manjericão fresco e sirva.

Receitas elaboradas por:

Maria João Ribeiro e Inês Timóteo

(estagiárias de Nutrição)

Revisão:

Lúcia Narciso

Nutricionista APDP

Informação NUTRICIONAL

.....
 aproximada por pessoa

calorias

140 kcal

hidratos de carbono

10 g

proteínas

7 g

gorduras

8 g

Prato de Carne

STROGONOFF DE PERU COM MOLHO DE CAFÉ

INGREDIENTES (para 2 pessoas)

1 colher de sopa de azeite extra virgem
75 g cebola cortada em pedaços
1 dente de alho
200 g bifes de peru cortado em tiras finas
25 g vinho branco
1 colher chá de sal
Pimenta preta q.b.
1 colher sopa de cebolinho picado, mais q.b. p/ guarnecer
100 g cogumelos frescos laminados
50 g natas light de soja
15 mL de café solúvel

PREPARAÇÃO

1. Pique a cebola e o alho;
2. Num tacho coloque o azeite e deixe a cebola e o alho alourar;
3. Adicione o peru, o sal e a pimenta e deixe refogar durante 5 minutos;
4. Junte o vinho e o cebolinho e cozinhe durante 5 minutos;
5. Adicione os cogumelos e cozinhe durante 15 minutos;
6. Adicione as natas vegetais, o café e 1 pitada de pimenta e cozinhe durante 15 minutos;
7. Guarneça com o cebolinho e sirva.

Sugestão: pode acompanhar este prato com arroz basmati e uma salada variada.

Informação NUTRICIONAL

aproximada por pessoa

calorias

181 kcal

hidratos de carbono

3 g

proteínas

25 g

gorduras

6 g





Prato de Peixe

SALMÃO COM CROSTA DE BROA E CAFÉ

INGREDIENTES (para 2 pessoas)

2 filetes de salmão (200 g)
 2 colher de chá de azeite extra-virgem
 75 g broa
 3 g coentros
 ½ limão - raspa e sumo
 6 g grãos de café
 50 mL de café expresso
 40 g polpa de tomate
 50 g cenoura baby
 50 g grelos
 q.b. alecrim
 q.b. sal (o mínimo possível)
 q.b. pimenta

PREPARAÇÃO

- 1.** Triture a broa com os coentros e os grãos de café. Misture 1 c. de chá de azeite, a raspa e ½ do sumo de limão.
- 2.** Tempere os lombos de salmão com sal, pimenta e o restante sumo de limão.
- 3.** Lave e corte os grelos e a cenoura baby ao meio, no sentido longitudinal.
- 4.** Coloque um tacho ao lume 1 c. de chá de azeite e refogue os legumes durante 3 minutos. Adicione a polpa de tomate e o café expresso. Deixe cozinhar 10 minutos e tempere com pouco sal e pimenta.
- 5.** Numa frigideira ao lume quente, sele os lombos de salmão.
- 6.** Retire do lume e adicione a crosta de broa e café. Leve ao forno pré-aquecido a 180°C, durante 10 minutos.
- 7.** Sirva os lombos de salmão sob uma cama com os legumes e decore com coentros e alecrim..

Curiosidade: Sabia que o salmão é um peixe rico em gordura de boa qualidade (rico em ómega-3), tal como a cavala, a sardinha e o carapau. Dado os seus importantes benefícios para a saúde, recomenda-se o consumo de peixe gordo pelo menos duas vezes por semana.

Informação NUTRICIONAL

aproximada por pessoa

calorias
306 kcal

hidratos de carbono
15 g

proteínas
21 g

gorduras
17 g

SOBREMESA PANNA COTTA DE CAFÉ EXPRESSO

INGREDIENTES (para 4 pessoas)

125 mL + 5 mL café expresso acabado de fazer (ou café forte)
1 colher de chá de gelatina em pó não aromatizada
12 mL de Stevia
3 iogurtes de aroma de baunilha com baixo teor de gordura e baixo teor de açúcar, coado com um coador de malha fina
3 g cacau em pó
Sal q.b

PREPARAÇÃO

1. Numa tigela pequena, adicione 5 mL de café expresso e a gelatina. Mexa até toda a gelatina se dissolver. Deixe repousar até engrossar;
2. Numa panela, verta os 125 mL de café expresso quente e adicione o adoçante, mexendo até que este se dissolva. Adicione o iogurte e o sal e envolver;
3. Coloque esta mistura em lume médio até começar a ferver e retire do lume;
4. Com um garfo, adicione o preparado de gelatina/cafê expresso à panela.

5. Bata até ficar bem combinado, mantendo a panela fora do lume;
6. Deixe a mistura repousar durante 1 minuto;
7. Divida cuidadosamente a mistura em 4 ramequins e deixe arrefecer até à temperatura ambiente;
8. Cubra cada porção individual com filme plástico e deixe refrigerar durante 4 horas ou durante a noite;
9. Para desenformar facilmente, mergulhe o fundo de cada ramequim, um de cada vez, em água fervida, durante aproximadamente 8 segundos. Após retirar da água, coloque um prato por cima e vire o ramequim para desenformar;
10. Polvilhe o topo de cada panacota com o cacau e está pronto a servir!

Informação NUTRICIONAL

aproximada por fatia

calorias

48 kcal

hidratos
de carbono

7 g

proteínas

4 g

gorduras

0 g



Conhece os
seus direitos
em relação
aos seus dados
pessoais
?

ESPAÇO PROTEÇÃO DE DADOS

Sabia que, por lei, tem direitos sobre os seus dados pessoais? O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) confere-lhe os seguintes direitos:

Acesso - Pode aceder aos seus dados pessoais e obter informações sobre como estão a ser tratados (art. n.º 15 do RGPD).

Retificação - Pode solicitar a retificação e/ou atualização dos seus dados pessoais se estes estiverem incorretos ou incompletos (art. n.º 16 do RGPD).

Apagamento - Pode pedir o apagamento dos seus dados pessoais (art. 17.º, n.º 1 do RGPD).

Limitação - Pode solicitar a limitação do tratamento dos seus dados pessoais (art. 18º do RGPD).

Portabilidade - Pode pedir a transmissão dos seus dados para outro responsável, quando isso for tecnicamente possível, o tratamento se basear no consentimento e se for realizado por meios automatizados (art. 20.º do RGPD).

Oposição - Pode opor-se ao tratamento dos seus dados pessoais, por motivos relacionados com a sua situação particular (art. 21.º do RGPD).

Remoção do consentimento - Quando o tratamento se baseia no seu consentimento, pode retirá-lo, a qualquer altura, sem que tal comprometa a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento anteriormente dado (art. 7.º do RGPD).

Reclamação à CNPD - Pode efetuar uma queixa à CNPD, caso entenda que os seus dados não estão a ser tratados de forma lícita.

Informação - Tem direito a ser informado sobre os termos do tratamento dos seus dados pessoais [arts. 13.º e 14.º do RGPD].

C4

CURSOS DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
**CURSO AVANÇADO DE DIABETES
 PARA ENFERMEIROS**

Diretor Clínico e Pedagógico

João Filipe Raposo

Coordenação Pedagógica

Lurdes Serrabulho

Coordenação do Curso

Lurdes Serrabulho

Formadores

Duarte Matos, Dulce do Ó, Isabel Correia, Lúcia Narciso, Luís Prata, Lurdes Serrabulho, Manuel Laginha, Márcia Leitão, Marina Dingle, Raquel Cravinho, Rogério Ribeiro, Rita Nortadas, Tiago Ribeiro

APDP**Datas (2023)**

9-10 de Novembro

Formadores

Médicos, enfermeiros e nutricionistas e investigador biomédico

Destinatários

Enfermeiros

Modalidade

b-learning

Preço

400 euros

Link inscrição<https://cursoselearning.apdp.pt/c4>**Fundamentação**

Este Curso possibilita aprofundar os conhecimentos e a reflexão sobre os vários aspetos do tratamento da diabetes e sobre a educação terapêutica e o desenvolvimento de estratégias de intervenção facilitadoras de uma melhor adesão à terapêutica, compensação e qualidade de vida das pessoas com diabetes, através da formação e da observação da consulta de diabetes.

Objetivos

Pretende-se que os participantes sejam capazes de:

- Aprofundar conhecimentos e melhorar as competências relativamente aos diferentes aspetos do tratamento da diabetes;
- Aprofundar conhecimentos e melhorar as competências sobre as manifestações agudas e tardias da diabetes e sua prevenção e tratamento, nomeadamente os cuidados preventivos e curativos ao pé e a orientação de pessoas com diabetes e baixa visão.
- Aprofundar conhecimentos e melhorar as competências na prática da Educação Terapêutica na Diabetes, na consulta individual e em grupo;
- Aprofundar conhecimentos na área da Investigação Clínica e Educacional e Planeamento em Saúde;
- Perspetivar a implementação das competências adquiridas nos seus locais de trabalho, de modo a melhorar a prestação de cuidados às pessoas com diabetes.

Metodologias

Curso na modalidade b-learning.

Metodologias teórico-práticas.

Metodologias ativas: estudo de casos clínicos, trabalhos de grupo, participação em sessões de educação em grupo. Treino prático em observação de atividades: Observação de consultas - 9 horas.

PROGRAMA**e-learning:****MÓDULO 1**

- Introdução à Diabetes

MÓDULO 2

- Viver com Diabetes tipo 1
- Apresentação de Caso Clínico de Diabetes Tipo 1
- Perspetiva da Enfermeira
- Perspetiva da Médica
- Perspetiva da Nutricionista

MÓDULO 3

- Viver com Diabetes tipo 2
- Apresentação de Caso Clínico de Diabetes Tipo 2
- Perspetiva da Enfermeira
- Perspetiva da Médica
- Perspetiva da Nutricionista

MÓDULO 4

- Educação Terapêutica na Diabetes:
- A Educação Terapêutica na Consulta individual
- Educação Terapêutica na Educação em grupo

MÓDULO 5

- Terapêutica nutricional na Diabetes tipo 1 e tipo 2

MÓDULO 6

- As novas tecnologias na diabetes:
- Sistemas de Perfusion Subcutânea Contínua de Insulina e Monitorização Contínua de Glicemia

MÓDULO 7

- Pé Diabético

MÓDULO 8

- Aprender a viver com Diabetes e baixa visão

MÓDULO 9

- Investigação Clínica e Educacional

MÓDULO 10

- Planeamento em Saúde

Modalidade presencial**MÓDULO 11**

- Treino prático – Consultas de Enfermagem de Diabetes [6h]

MÓDULO 12

- Treino prático – Consultas de Enfermagem de Pé Diabético [3h]

MÓDULO 13

- Trabalhos de grupo. Estudos de casos Clínicos

MARLON BRANDO ÍCONE REBELDE

Poucos são os nomes na história do cinema que podem ser considerados ícones. Actores que se imortalizaram para além deles próprios através de impersonificações que ficaram para a posteridade. Talvez Bogart no Rick de Casablanca, John Wayne nos filmes de Ford, Gable no "E tudo o vento levou", Chaplin no Charlot.

Texto: Pedro Matos

Brando é o mais icónico de todos. Começou logo assim, como Stanley Kowalski em "O eléctrico chamado desejo", a que se seguiu a poderosa figura de Terry Malloy, em "Há Lodo no Cais". Mais tarde, a sua "coroa de glória, uma das figuras mais lembradas no mundo dos filmes. O "Padrinho" de Francis Ford Coppola. Desde então, para sempre, Brando passou a ser o Godfather de todos os filmes de gangsters. E todos os godfathers trarão à memória a imagem de Brando.

Marlon Brando nasceu na América profunda, no Nebraska, uma terra distante onde a vida decorria sem nada de relevante para contar. Filho de emigrantes e com uma infância turbulenta.

Refinou o seu modelo de representação no "Actor's Studio", dirigido por Stella Adler, a sua mentora. O chamado "método" baseava-se numa plena assumpção do personagem pelo actor, dando uma imagem tão natural quanto possível.

A carreira de Marlon Brando foi uma verdadeira montanha russa. Momentos sublimes, alternando com fracassos gigantescos. Fora do cinema a sua vida também daria um filme.

Foi sempre um actor em contra-corrente com o sistema. Recusou óscars, incompatibilizou-se com quase tudo o que mexia no universo do cinema. Mas a sua personalidade forte e rebelde foi sempre imagem de marca.

Na vida pessoal teve problemas de dependência, amores fogosos e imprevisíveis, filhos problemáticos (Christian preso por matar o namorado da meia-irmã, ela mesma suicidando-se anos mais tarde). Durante anos isolou-se do mundo, ao refugiar-se numa ilha que comprou no Tahiti, onde viveu com as paixões que conheceu na Revolta da Bounty.

Quando todos o tinham morto e enterrado para o mundo real, renasceu das cinzas, com o Godfather, e logo a seguir, na personagem nihilista e obsessiva (autobiográfica?) do "O Último Tango em Paris". Quase uma década mais tarde, de novo enterrado, criou a imagem obscura e fantasmagórica do coronel Kurtz no Apocalypse Now. Poucos actores teriam o carisma para ter um filme inteiro (e que filme...) à sua espera. No genial filme de Coppola, Kurtz é o objectivo, a incógnita, o mistério. É nele que se centraliza toda a viagem pelo Vietname acima.



Edward Cronenweth

bi.

Marlon Brando nasceu na América profunda, no Nebraska. Filho de emigrantes, teve uma infância turbulenta.

Construiu uma carreira sublime. Brando acabou solitário, obeso, diabético e perdido na sua própria existência.

Mantém-se como ícone para lá da sua morte.

Foi a referência para uma geração de actores, também eles emblemáticos, polémicos, criativos. James Dean criou um modelo de representação que lhe serviu de inspiração, antes de sua precoce tragédia. Warren Beatty, Paul Newman, Steve McQueen, Jack Nicholson, todos lhe quiseram seguir as pisadas de Brando e a sua metodologia de representar. Todos foram seus "filhos", como o reconhecem.

Brando acabou solitário, obeso, diabético e perdido na sua própria existência. Sempre em rebeldia contra o mundo e os conformismos. Mantém-se como ícone para lá da sua morte. O ícone rebelde.

RADAR1

Consulta de avaliação
de risco da diabetes tipo 1
em crianças e jovens



NOVA CONSULTA

Para crianças e jovens, entre os 3 e os 18 anos, familiares diretos de pessoas com diabetes tipo 1 (DT1).



Porquê esta Consulta?

- Avaliar o risco imediato de desenvolver DT1.
- Identificar as crianças e jovens com maior risco de DT1.
- Dar a conhecer os sinais de alerta na eventualidade de diagnóstico.
- Possibilitar, no futuro próximo, acesso a projetos de intervenção precoce.

Mais informações: radar1@apdp.pt

INICIATIVA

ORGANIZAÇÃO

APOIO



CHEGOU O
LibreLinkUp

Acompanhamento das leituras e alarmes de glicose do FreeStyle LibreLink de familiares e amigos, mesmo à distância.¹



PODE FAZER AGORA NO SEU SMARTPHONE

Descarregue agora em:²




FreeStyle
Libre 2
SISTEMA FLASH DE MONITORIZAÇÃO DE GLICOSE

Saiba mais em
www.FreeStyle.abbott/pt-pt


life. to the fullest.[®]
Abbott

Imagen apenas para fins ilustrativos. Não são dados ou doentes reais.

1. A transferência de dados de glicose entre as aplicações depende de conexão à internet.

2. Aplicação LibreLinkUp apenas é compatível com determinados dispositivos móveis e sistemas operativos. Por favor, consulte o site www.LibreLinkUp.com para obter mais informações sobre a compatibilidade do dispositivo antes de usar a aplicação. A utilização do LibreLinkUp e FreeStyle LibreLink requer registo no LibreView. O LibreLinkUp não deve ser usado como sistema de monitorização de glicose primário: os utilizadores devem consultar o seu dispositivo principal e um profissional de saúde antes de qualquer interpretação médica ou ajustes no tratamento acerca da informação fornecida pela aplicação.

© Abbott 2022. FreeStyle, Libre e marcas relacionadas são marcas do Abbott. Publicidade de dispositivos médicos. Consultar cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização para obter informações, avisos e precauções relacionados com a utilização dos dispositivos. ADC-54112 v1 03/22