



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em
risco: Intervenção de enfermagem comunitária**

Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro



**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**
Relatório de Estágio

**Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em
risco: Intervenção de enfermagem comunitária**

Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro



Orientador: Professora Cláudia Bacatum



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Às minhas orientadoras, que com estímulo e confiança estiveram comigo neste percurso.

Aos participantes do projeto de intervenção, a quem quero manifestar o meu respeito e admiração, agradecendo todos os momentos que compartilhamos.

Ao Paulo, meu companheiro, pela compreensão dos tempos que não estivemos juntos.

À minha filha Alexandra, que mesmo longe, foi um estímulo constante.

Ao meu filho Ricardo pela força motivadora e incentivo.

Ao Boris, meu cão, pela companhia que me fez nos serões.

Lista de abreviatura e/ou siglas

ACeS ET- Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo

APP - Apresentação em *PowerPoint*

ARSLVT,IP - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CMAV – Camara Municipal de Arruda dos Vinhos

Diap. - Diapositivo

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DM 2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EPS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FINDRISC – *Finnish Diabetes Risk Score*

IFD – Federação Internacional da Diabetes

IMC – Índice de Massa Corporal

Min. - Minuto

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAI – Processo Assistencial Integrado

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PC – Perímetro de cintura

PND – Programa Nacional da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – *World Health Organization*

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences*

RESUMO

Hábitos alimentares, atividade física inadequados e peso excessivo representam fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). Sensibilizar a população para este problema, aumentar conhecimentos, e promover hábitos de vida saudáveis é fundamental para reduzir a sua incidência.

Com o objetivo de implementar intervenções comunitárias, relacionadas com estes fatores de risco, desenvolveu-se o projeto “Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco: Intervenção de enfermagem comunitária”, utilizando-se metodologia do planeamento em saúde. No diagnóstico da situação, foi selecionado como instrumento de colheita de dados “*Finnish Diabetes Risk Score*” (Direção Geral da Saúde, 2013). Os dados foram analisados através de análise descritiva.

A amostra incluiu 18 pessoas identificadas com grau de risco superior a 12 pontos e índice de massa corporal superior a 25. Os problemas de saúde foram priorizados através da grelha de análise, tendo-se identificado: peso e perímetro abdominal alterados; baixa prática de atividade física; baixo consumo de legumes; alimentação pouco fracionada.

Educação para a saúde, comunicação em saúde e articulação de cuidados foram as estratégias selecionadas, implementando-se um programa educativo de promoção de estilos de vida saudável organizado em sete sessões de grupo. Desenvolveram-se atividades promotoras de comportamentos de saúde sustentadas pelo modelo “Promoção de Saúde” (Pender, Murdaught & Parsons, 2015).

Da análise dos resultados conclui-se que a intervenção comunitária contribuiu para promoção de comportamentos de saúde (hábitos alimentares e de atividade física) com redução do grau de risco DM2 em 72% dos participantes, contribuindo para prevenção da DM2.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*, prevenção, hábitos alimentares, atividade física, enfermagem comunitária

ABSTRAT

Inadequate eating, physical activity habits and excessive weight represent risk factors for the development of Type 2 Diabetes Mellitus (DM2). Sensitizing the population to this problem, increasing knowledge, and promoting healthy lifestyle habits is essential to reduce its incidence.

With the goal to implement community interventions related to these risk factors, the project “Preventing Type 2 Diabetes Mellitus in a population at risk: Community nursing intervention” was developed, using a health planning methodology. In the diagnosis of the situation, the “Finnish Diabetes Risk Score” (Direção Geral da Saúde, 2013) data collection instrument was selected. The data was analyzed through descriptive analysis.

The sample included 18 people identified with a risk level greater than 12 points and a body mass index greater than 25. Health problems were prioritized through the analysis grid, having been identified: altered weight and abdominal circumference; low physical activity; low consumption of vegetables; low frequency of eating.

The strategies selected were health education, health communication and care articulation. An educational program for the promotion of healthy lifestyles” was implemented in seven group sessions. Activities promoting health behaviors were developed supported by the “Health Promotion” model (Pender, Murdaught & Parsons, 2015).

From results analysis, it can be concluded that the community intervention contributed to the promotion of health behaviors (eating and physical activity habits) with a reduction in the degree of DM2 risk in 72% of the participants, therefore contributing to the prevention of DM2.

Keywords: Diabetes *Mellitus*, prevention, *eating habits*, physical activity, community health nursing

ÍNDICE

PÁG.

INTRODUÇÃO	10
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1.Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 - epidemiologia	12
1.2. Fatores de risco da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	14
1.3. Prevenção da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	19
2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	19
2.2. Intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção da saúde	22
3. METODOLOGIA	23
3.1. Diagnóstico de Situação	23
3.1.1. Contextualização do local de intervenção	24
3.1.2. População alvo e amostra	24
3.1.3. Processo de recolha de informação	26
3.1.4. Procedimentos Éticos	27
3.1.5. Apresentação e análise dos resultados	28
3.1.6. Problemas identificados	30
3.1.7. Diagnósticos de enfermagem	30
3.2. Determinação de prioridades	31
3.3 Fixação de objetivos	32
3.4. Seleção de estratégias	34
3.5 Preparação operacional	36
3.6 Avaliação	40

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	46
5.CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	
Anexo 1- Ficha de “Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2”	
Anexo 2- Questionário de “Disponibilidade para a mudança”	
Anexo 3 - Protocolo Comissão Ética da ARSLVT IP	
Anexo 4 - Declaração da Direção Executiva do AceS ET	
Anexo 5 - Declaração da Coordenadora da UCC	
Anexo 6 - Autorização e Declaração do Responsável pelo Acesso à Informação	
APÊNDICES	
Apêndice 1- Revisão <i>Scoping</i>	
Apêndice 2 - Modelo de promoção da saúde de Nola Pender	
Apêndice 3 - Resultados da aplicação da “ Avaliação de Risco de DM2”	
Apêndice 4 - Reunião com equipa de profissionais do CSAV	
Apêndice 5 - Estratégias de intervenção	
Apêndice 6 - Questionário de caracterização sociodemográfica	
Apêndice 7 - Modelo de consentimento informado	
Apêndice 8 - Critérios de avaliação e medida das variáveis	
Apêndice 9 - Plano de Informatização do Questionário “ Avaliação de Risco DM2”	
Apêndice 10 - Caracterização da amostra	
Apêndice 11 - Plano operacional.....	
Apêndice 12 – Cronograma de Gant.....	
Apêndice 13 – Reunião com CMAV	
Apêndice 14 - Logotipo do Programa “ Mudar para Prevenir”	
Apêndice 15 - Reunião com formadores	
Apêndice 16 - Programa do Curso “ Mudar para Prevenir”	

Apêndice 17 - Planos de sessão do Curso “ Mudar para Prevenir”
Apêndice 18 - Instrumentos de registos
Apêndice 19 - Questionário de avaliação de satisfação
Apêndice 20 - Questionário de avaliação do “ Mudar para Prevenir”
Apêndice 21 - Manual do Formador “ Mudar para Prevenir”
Apêndice 22 - <i>Facebook</i>
Apêndice 23 - Guia de Recursos da Prática de Atividade Física

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Definição de prioridades através da técnica Grelha de Análise	31
Tabela 2 - Indicadores de Resultado.....	33
Tabela 3 - Indicadores de Atividade	34
Tabela 4 - Indicadores de Resultados.....	41
Tabela 5 - Indicadores de Resultados.....	41
Tabela 6 - Caracterização dos hábitos alimentares	42
Tabela 7 - Caracterização dos hábitos de atividade física	43

Índice de Figuras

Figura 1- Caracterização da amostra do grau de risco de desenvolver DM2.....	27
--	----

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde (WHO, 2016). A Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) é considerada atualmente como um dos principais problemas de saúde a nível mundial (Parlamento Europeu, 2012). Em Portugal estima-se que 13,1% da população adulta tenha DM2, dos quais 44% da população desconhecem que tem a doença (DGS, 2017).

A evidência científica publicada, sobre as intervenções para prevenção da DM2, sustenta que é uma doença suscetível de ser prevenida. Os fatores de risco podem ser controlados através de estratégias eficazes de prevenção, nomeadamente através de intervenções no estilo de vida ao nível dos hábitos alimentares e atividade física.

O presente relatório resulta do projeto de intervenção comunitária intitulado como “Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco: Intervenção de enfermagem comunitária” foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Saúde de Lisboa (ESEL). Teve como finalidade contribuir para a prevenção da DM2 na população com risco de desenvolver a doença no Concelho de Arruda dos Vinhos, com os objetivos de implementar intervenções comunitárias relacionadas com os fatores de risco e estilos de vida, nas pessoas identificadas com grau de risco superior a 12 pontos e Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25.

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), onde a intervenção comunitária na prevenção da DM2 surgiu como área estratégica de intervenção prioritária.

Na operacionalização do projeto utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde. Procedeu-se a revisão bibliográfica sobre a temática, incluindo documentos orientadores de cuidados na área do programa de diabetes, e revisão *scoping* (Apêndice 1) nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL* com a pergunta de pesquisa “Que intervenções de enfermagem na comunidade podem contribuir para a prevenção da DM2 na população em risco de desenvolver a doença?”.

Para diagnóstico da situação recorreu-se aos dados recolhidos através da aplicação da ficha de avaliação de risco de desenvolvimento da DM2 da “*Finnish Diabetes Risk Score*” (FINDRISC) presente no “Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2” (Circular Informativa N.º 001/2013 de 19/02/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS), aplicado no período de 1 a 7 de Abril de 2019, no âmbito da Comemoração do 2.º Aniversário de Unidade Móvel de Saúde do concelho da autarquia do ACeS.

Como referencial teórico de enfermagem, utilizou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaught & Parsons, 2015). Este baseia-se nos fatores que influenciam comportamentos de saúde, podendo ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde. Tem como foco de intervenção a identificação dos fatores que influenciam comportamentos saudáveis, pelo estudo da inter-relação de três eixos principais: características e experiências pessoais; conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento específico; e comportamento de promoção de saúde desejável.

Este relatório tem como objetivos sistematizar as atividades realizadas no projeto de intervenção comunitária desenvolvido segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde e os princípios da enfermagem comunitária, analisando as competências desenvolvidas nesse percurso.

O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento conceptual enfatizando o interesse desta problemática, o enquadramento da DM2 enquanto doença crónica, dados epidemiológicos, e as principais estratégias de intervenção ao nível da prevenção da doença. O segundo capítulo aborda referencial teórico do modelo de cuidados previsto para a intervenção, enquanto no terceiro capítulo se aborda a metodologia utilizada para a sua operacionalização com descrição das etapas realizadas na intervenção comunitária, bem como as considerações éticas e considerações finais da intervenção comunitária. Nos anexos encontra-se documentação de suporte ao relatório.

A estrutura do relatório obedece ao Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2018), que contempla as normas APA (*American Psychological Association*), 6.ª edição, e ao Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização da ESEL (2019). Foi redigido de acordo com novo acordo ortográfico.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.Diabetes *mellitus* tipo 2 - epidemiologia

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 é uma doença crónica de incidência crescente, que com o seu progresso, “pode trazer consequências para a saúde e bem-estar individual e está associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde” (DGS, 2017b, p.16).

Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a pandemia do século XXI, com previsões de poder atingir, nos próximos 20 anos, mais de 20% da população mundial” (DGS, 2017a, p.13).

A prevalência mundial da diabetes *mellitus* (DM) de 1980, para os dias atuais duplicou, passando de 4,7% a 8,5% na população adulta. Este aumento reflete o aumento dos fatores de risco associados à DM, nomeadamente a epidemia da obesidade. (DGS, 2017a, p.13)

Em Portugal, tendo por referência o Estudo da Prevalência de Diabetes em Portugal – PREVADIAB 2009, em 2015, foi estimada que a prevalência da DM na população portuguesa entre os 20 e 79 anos de idade foi de 13, 3%, sofrendo um aumento relativamente a 2009 (11,7%), encontrando-se 44% da população portuguesa por diagnosticar. (DGS, 2017b).

No Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016) relativamente à incidência da DM em 2015 afirma que se verificou “um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal nos últimos quatro anos, aproximando-se dos valores máximos registados entre 2010 e 2011” A taxa de incidência global da DM2 em Portugal em 2015 foi de 591,5 novos casos por 100 000 indivíduos.

Em 2016, na Europa (Richardson, Nolte, & Zaletel, 2016) com o objetivo desenvolver mensagens chave para apoiar evidências descritas nos Planos Nacionais da Diabetes de cada país, tendo como anfitriã a OMS e o Observatório Europeu dos Sistema de Saúde e Políticas, reafirmaram que a nível global o número de pessoas com diabetes duplicou durante os últimos 20 anos, tornando-se um dos maiores desafios de saúde.

as estimativas mais recentes da sugerem que em 2015, 415 milhões de pessoas vivem com DM em todo o mundo, orrespondendo ao previsto anteriormente para 2030. Também foi concluído que o problema da DM, tem sido subestimada por

todos ao longo de décadas, prevendo-se que em 2040 o número de pessoas com diabetes terá alcançado 642 milhões à medida que a população envelhece” (Richardson et al., 2016). Foi amplamente assumido a importância de incentivar estratégias nacionais para implementação de medidas eficazes de promoção de saúde (incluindo literacia em saúde, prevenção de doenças, deteção precoce e redução de fatores de risco ambientais). Foi também unânime que o acesso à educação que promova a alfabetização em saúde em todos os contextos da sociedade é um dos principais determinantes, a fim de permitir escolhas saudáveis e estilos de vida ativos.

“A prevalência da DM2 em Portugal é muito elevada. Este facto levou a OCDE a indicar, no seu relatório sobre saúde de 2017, Portugal como um dos países com taxa de prevalência da diabetes mais alta da Europa” (DGS, 2017b).

Tendo por base os dados de prevalência e incidência em Portugal, descritos anteriormente, o Plano Nacional da Diabetes (PND), apresenta como prioridade a prevenção e o diagnóstico precoce da DM, tal como refere “estima-se que em Portugal cerca de 44% das pessoas com diabetes estejam por diagnosticar, sendo por isso, o diagnóstico precoce, uma das prioridades do PND” (DGS, 2017, p. 13). A mesma orientação vem ser reforçada através do documento Modelo de Governação a 2020, no qual enuncia novamente que estas “são obrigatoriamente as grandes prioridades do PND” (DGS – Modelo de Governação a 2020).

No âmbito da prevenção da diabetes, o PND (DGS – Modelo de Governação a 2020) tem como Meta de Saúde a 2020 “diminuir o desenvolvimento de diabetes em 30000 utentes de risco identificados através da avaliação do cálculo de risco de desenvolver a doença”, tendo proposto como estratégias para alcançar o desenvolvimento de programas que possam combater o aparecimento da diabetes em Portugal:

“Desenvolver e implementar programas de prevenção, de diagnóstico e tratamento precoce da DM em todo o território nacional, de forma a limitar o crescimento da doença e a proporcionar a todas as pessoas residentes em Portugal, de forma igualitária, o acesso aos melhores cuidados de saúde, meios de diagnóstico, tratamento e reabilitação”. (DGS, 2017a, p.14)

1.2. Fatores de risco da diabetes *mellitus* tipo 2

A DM2 é considerada atualmente como um dos principais problemas de saúde a nível mundial (Parlamento Europeu, 2012). Em Portugal estima-se que 13,1% da população adulta tenha DM, dos quais 44% da população desconhecem que tem a doença.

Gallego (2005) refere que a DM2 é um exemplo das doenças crónicas das quais se conhecem fatores predisponentes, que permite identificar populações de risco nos quais se pode intervir, com evidente custo-benefício (comprovado por estudos de intervenção prospetivos) e, no entanto, o número de pessoas com DM cada vez é maior, tal como os custos do seu tratamento e das consequências sociais deste problema.

Esta realidade é reflexo do aumento relativo aos fatores de risco associados à DM2, nomeadamente a epidemia da obesidade. (DGS, 2017). Os fatores etiológicos podem ser não modificáveis, tais como fatores genéticos e envelhecimento populacional ou fatores etiológicos modificáveis, como a ingestão calórica excessiva, sedentarismo e obesidade.

Qualquer pessoa pode desenvolver a DM2, no entanto existem pessoas com maior risco. A etnia, história familiar de diabetes e diabetes gestacional anterior combinam com idade mais avançada, excesso de peso (Índice de Massa Corporal (IMC) > 25) e obesidade (IMC > 30), obesidade central ou visceral (perímetro abdominal H > 94 cm e M > 80 cm), dieta pouco saudável, inatividade física e tabagismo para aumentar o risco (WHO, 2016, pág. 11). O diagnóstico aparece geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associado à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência de diabetes (SPD, 2013).

Na prevenção da DM2, a evidência científica publicada refere que esta pode ser prevenida através de hábitos alimentares saudáveis e da prática de exercício físico em indivíduos com alto risco de desenvolver a doença (Tuomilhto et al., 2001).

Em 2012, o Parlamento Europeu através da Resolução sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na União Europeia, considera que a DM2 pode ser prevenida através de estratégias eficazes de prevenção nos fatores de risco tais como: alimentação desequilibrada, obesidade, a falta de atividade física e o consumo de álcool. Neste sentido, recomenda que os Estados Membros da União

Europeia implementem programas nacionais para a prevenção da diabetes, que visem a promoção da saúde, a redução dos fatores de risco, a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da diabetes, tanto para a população em geral como para os grupos de alto risco, e que visem igualmente reduzir as desigualdades e otimizar os recursos da saúde (Parlamento Europeu, 2012).

Segundo a Federação Internacional da Diabetes (Zimmet, Alberti, & Serrano Ríos, 2005), a prevenção da DM2 é possível, tendo duas abordagens a identificação e controlo dos fatores de risco modificáveis na população identificada com elevado risco de desenvolver a doença na totalidade da população.

A DGS, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade da Saúde e Programa Nacional da Diabetes, como estratégia para melhorar a qualidade de atendimento de saúde no percurso da pessoa com diabetes ou que apresente risco de a desenvolver, publica o Processo Assistencial para a Diabetes (PAI), que emite orientações para uma abordagem multidisciplinar integrada da pessoa no Serviço Nacional de Saúde, propondo atividades assistências baseadas na melhor evidência científica disponível (Saúde, 2013). Este documento recomenda que a todas as pessoas identificadas com risco de desenvolver diabetes, a equipa multidisciplinar, nomeadamente a enfermagem, deve planejar intervenções de educação para a saúde (EPS), avaliação e monitorização dos fatores de risco identificados, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos.

A prevenção primária passa pelo diagnóstico das necessidades da população, definindo estratégias de intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis na população alvo de cuidados. Para tal, as intervenções devem ter por base a epidemiologia conhecida das doenças crónicas não transmissíveis e a melhor evidência científica existente.

1.3. Prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2

A DM2 é a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de carência de insulina, com maior ou menor grau de insulinoresistência, correspondendo aproximadamente a 90% dos casos de diabetes, estando associada muitas vezes a obesidade, principalmente na zona abdominal, hipertensão arterial e a dislipidémia (Saúde, 2011).

É uma doença crónica que se manifesta muitas vezes apenas pelo aparecimento tardio das complicações macrovasculares (cardiopatia, doença cerebrovascular e doença arterial periférica) e microvasculares (retinopatia diabética, neuropatia diabética e nefropatia diabética). Na sua etiologia está associado tanto os fatores genéticos como fatores comportamentais, por exemplo a atividade física e os hábitos alimentares passíveis de intervir ao nível da prevenção.

Meneses de Almeida (2005) citando Sournia e Ruffie (1986) refere que como consequência dos avanços da engenharia genética humana, surgiu em finais do século XX uma nova perspetiva à medicina humana: a medicina preditiva, que nos permite identificar precocemente para cada pessoa os fatores de risco (genómicos).

Assim, é um facto que a medicina preditiva tem como objetivo melhorar a saúde das pessoas sem sintomas de doença, mas com risco de a vir a desenvolver. No entanto, será um desafio para os profissionais na posse destas informações desenvolverem intervenções de prevenção primária das doenças crónicas não transmissíveis, tendo como foco a intervenção nos estilos de vida, que representam um risco acrescido de doença.

No Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DGS, 2013) como estratégia de identificação de grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, contempla a utilização do questionário de avaliação de risco – “*Finnish Diabetes Risk Score*” (FINDRISC), desenvolvida pelo Programa Nacional para a Diabetes Finlandês em 2001. É uma escala de avaliação de risco de vir a desenvolver DM2 no prazo de 10 anos. Constituída por oito questões, que estão relacionadas com as variáveis relacionadas com os fatores de risco e o aparecimento de diabetes. Permite quantificar o risco/probabilidade de vir a desenvolver diabetes ao longo dos 10 anos, quantificando em diferentes níveis de risco. (Anexo 1).

Meneses de Almeida (2005), ao abordar a finalidade da prevenção primária, introduz o conceito de que este nível de prevenção tem um papel fundamental na

redução da incidência da doença. Tal deve-se à intervenção nos fatores de risco ou causas, “incluindo um conjunto de atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico” (Jamoulle, 2000; Jamoulle et al., 2002, citado por Meneses de Almeida, 2005, p.92).

“Deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico (Alwan, 1997, citado por Meneses de Almeida, 2005, p.92).

As Estratégias para a Saúde (Ministério da Saúde, 2011, p.2) referem que “O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes – períodos críticos (WHO, 2009)”. Este percurso da pessoa é fator influenciador, sendo que pode ser de forma positiva ou negativa. Salienta também que a “oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco, essencial para a prevenção da doença crônica e das complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p.3). Esta perspectiva de abordagem “retorna ganhos em saúde e em sustentabilidade, ao reforçar uma cadeia de potenciação dos efeitos positivos ou atenuação dos efeitos negativos de fatores de risco e determinantes” (Ministério da Saúde, 2011, p.3). Acrescenta ainda que existe evidência de benefício para a saúde a longo prazo através de intervenções nos estilos de vida saudáveis e controlo de fatores de risco como o excesso de peso, hipertensão arterial, tabaco, álcool, colesterol elevado, baixa ingestão de vegetais e frutas e inatividade física.

Pretende-se que os cuidados de saúde visem a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo como referência o ambiente em que a pessoa está inserida, o respeito pelas suas capacidades, pelo seu quadro de valores e crenças e de acordo com os desejos individuais. A consciência destas premissas é determinante para todo o desenvolvimento que se venha a realizar.

Tal como Gallego (2004, p. 75), salienta a importância de desenvolver “medidas de promoção de exercício físico, redução de peso, correção de fatores de associados como o tabagismo”.

Para procurar compreender e identificar intervenções de enfermagem na prevenção de DM2 em população com risco foi efetuada *revisão scoping*. Esta pretende identificar intervenções de enfermagem na comunidade passíveis de contribuir para a prevenção da DM2 na população em risco de desenvolver a

doença. Os resultados da revisão da evidência científica reafirma que a intervenção na modificação dos estilos de vida, com redução significativa no peso, IMC e perímetro de cintura são elementos cruciais para reduzir a incidência da DM2. Salienta-se que a população alvo tinha maioritariamente pessoas com IMC considerado em pré-obesidade e obesidade (Apêndice 1).

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Como futuros Enfermeiros Especialistas, considera-se fundamental relacionar de forma estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, conferindo um sentido científico, pois só assim é possível fundamentar as intervenções projetadas. É essencial relacionar, de forma estruturada, a prática com os conhecimentos teóricos. As teorias e modelos de enfermagem são a base para a implementação das intervenções de enfermagem, garantindo o caráter científico na prática de enfermagem, desassociando-a do empirismo.

O Regulamento n.º 428/2018 (2018, p.19356) preconiza que o Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária (EEEC) utilize “modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde”.

“A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas” (Janaína, Victor; Marcos, Lopes; Lorena, 2005).

2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Dos vários modelos possíveis de adotar para orientar as intervenções em enfermagem, optou-se pelo modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, pois apresenta uma perspetiva positiva da saúde, em que o mais importante é modo como cada pessoa define a sua própria saúde, assim como a probabilidade para que os modelos de estilo de vida saudável e comportamentos de promoção aconteçam. O modelo emerge como uma proposta para associar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, e que motivam as pessoas a aderirem a comportamentos promotores de saúde (Pender, 2015).

Neste modelo, o conceito de promoção de saúde é um processo que participa na realização de determinado objetivo, no sentido de promover a proteção da saúde e um nível elevado de bem-estar. Este modelo identifica quais os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a saúde, durante o ciclo da vida.

Tem por base a avaliação das perceções sobre a saúde com o objetivo de ajudar a pessoa a modificar o seu comportamento em relação à saúde, tendo como premissa que as pessoas mudando as suas perceções, possam alterar o seu

comportamento para se sentirem melhor física, psicológica e espiritualmente (Stanhope & Lancaster, 2015).

Santos (2018) citando Guerra (2012) afirma, referindo-se ao modelo de promoção de saúde de Nola Pender que:

“(...) os indivíduos se comprometem mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios; os obstáculos compreendidos dificultam todo o processo que leva ao comportamento desejado; a autoeficácia compreendida aumenta a probabilidade de compromisso com a adoção do comportamento. Nola Pender defende que quanto maior a autoeficácia menos barreiras percebidas, existindo uma maior probabilidade de adotar o comportamento pretendido, sendo que as emoções positivas relacionadas com determinado comportamento aumentam a autoeficácia, e esta vai aumentar a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde.” (Guerra, 2012).

Na conceção deste Modelo, a autora utilizou como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas (Janaína, Victor; Marcos, Lopes; Lorena, 2005).

Concetualmente é adequado à prática da enfermagem comunitária também porque, permite a abordagem da promoção de estilos de vida saudável, possibilitando ao enfermeiro, “realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação de suas ações” (Janaína, Victor; Marcos, Lopes; Lorena, 2005). Para a autora, os comportamentos estão relacionados com as experiências pessoais. Nos pressupostos deste Modelo a pessoa desempenha um papel ativo na gestão do seu comportamento de saúde, refletindo a influencia das ciências comportamentais.

Também, porque procura implementar um comportamento promotor de saúde na população alvo, pareceu indicado para ser aplicado em intervenções de enfermagem que tenha como foco a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, neste caso a DM2, em que a modificação de comportamentos de saúde são o desafio para o profissional e para a pessoa.

Para se entender o Modelo Promoção da Saúde de Nola Pender, surge a necessidade de definir alguns conceitos utilizados pela autora no seu Modelo, segundo (Janaína, Victor; Marcos, Lopes; Lorena, 2005):

Saúde é abordada ao nível da pessoa, família e comunitário numa perspetiva holística, em que o ênfase está no desenvolvimento de capacidades e não na ausência de doença, tendo como objetivo o seu bem-estar;

Ambiente é resultado das relações entre a pessoa e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, proporcionando um ambiente saudável;

Pessoa é visto como sendo capaz de tomar decisões, resolver problemas, mudando comportamentos;

Enfermagem está relacionada com as intervenções e estratégias que a enfermagem desenvolve para promover comportamentos de promoção de saúde;

Para (Janaína, Victor; Marcos, Lopes; Lorena, 2005), o Modelo de Nola Pender permite implementar e avaliar ações de promoção da saúde, através da identificação dos fatores que podem interferir no comportamento que leva à promoção da saúde: as características e experiências pessoais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e comportamento de promoção de saúde a atingir. Cada eixo é subdividido em várias categorias:

Comportamento anterior que por sua vez se subdividem em fatores biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade) e fatores psicológicos (autoestima, automotivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico).

Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento atingir composto pelas variáveis seguintes; percepção dos benefícios de comportamento promotor de saúde; percepção das barreiras desse comportamento; percepção da autoeficácia.

Influências interpessoais compreende as influências que podem intervir no comportamento de saúde.

Influências situacionais relaciona-se com as influências que o ambiente em que está inserido nos comportamentos de saúde.

Nos pressupostos deste Modelo teórico, a pessoa desempenha um papel ativo na gestão do seu comportamento de saúde, refletindo a influência das ciências comportamentais.

Apresenta-se uma intervenção educativa baseado no Modelo Promoção da Saúde de Nola Pender, tendo em consideração o objetivo do trabalho, que será intervir na promoção de estilos de vida saudável na prevenção da DM2 (Apêndice 2).

2.2. Intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção da saúde

O enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública, no desenvolvimento das suas competências, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas n.º428/2018, no art. 2.º (2018), deve “Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (p.19354) e deve promover junto da comunidade “programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (p.19355), que tenham como objetivo a alvo a promoção da saúde para as doenças que podem ser prevenidas através da prevenção primária.

A educação para a saúde tem um papel marcante como componente decisivo na estratégia global da promoção da saúde. Esta pode ser feita através da modificação dos estilos de vida, o que direta ou indiretamente, implica lidar com variáveis, tais como: motivação, avaliação de situações, expectativas pessoais, conhecimentos, tomadas de decisão, comportamentos e hábitos (Ribeiro, 1998).

Segundo Stanhope & Lancaster (2011,p.209) a “educação para a saúde comunica fatos, ideias e capacidades que modificam o conhecimento, as atitudes, os valores, as crenças, os comportamentos e as práticas dos indivíduos, famílias, sistemas e/ou comunidades”

O papel de educação para a saúde do EEEEC, pode ser decisivo, através da relação que estabelece “uma relação interpessoal com a comunidade, sistema, família ou indivíduo para aumentar ou melhorar a sua capacidade de *coping*” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.209).

De acordo com o Regulamento n.º428/2018 (2018) deve ter em consideração “a influência das diferentes etapas do desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas” (p.19357), na sua intervenção na comunidade. Tem a responsabilidade de “pesquisa e diagnostica problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas” (p.19356) “elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (p.19355), integrando os determinantes de saúde na sua realização. Estabelece prioridades de intervenção, tendo em consideração e integrando, as características da comunidade e as orientações estratégicas definidas

no Plano Nacional de Saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018) e Plano Nacional da Diabetes.

Assim, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na educação para a saúde tem um papel marcante como componente decisivo na estratégia global da promoção da saúde, visando a alteração de comportamentos, com vista à adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2012).

3. METODOLOGIA

Na realização deste projeto de intervenção foi utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde, preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, no perfil de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária, contemplando as etapas de diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Tavares, 1990).

Imperator e Giraldes (1993) definem Planeamento em Saúde como “racionalização do uso dos recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores” (pag.23).

No seu planeamento esteve presente a integração de recursos existentes na comunidade como uma mais-valia.

3.1. Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação de uma comunidade constitui uma das primeiras etapas do processo de enfermagem, precedendo a avaliação inicial /colheita de dados, sendo fundamental para todo o restante processo de intervenção comunitária.

Partir das necessidades de saúde identificadas na comunidade, tendo por base os seus determinantes de saúde, bem como os recursos existentes e mobilizáveis é imperativo no planeamento, mas também uma exigência deontológica, nomeadamente no que se refere à intervenção dos enfermeiros nesta área de prestação de cuidados de saúde.

3.1.1. Contextualização do local de intervenção

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da ARSLVT.

A UCC é uma unidade funcional, que tem como finalidade, de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, no seu artigo 11.º, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Assim, cabe à UCC, dar resposta aos utentes de acordo com o diagnóstico de saúde da comunidade, intervindo em grupos vulneráveis e de risco, promovendo a saúde, prevenindo complicações, identificando situações de risco, reabilitando, entre outras.

A UCC, exerce a sua atividade na totalidade das quatro freguesias do Concelho, numa área geográfica de 77,7 km², abrangendo uma população de 13 391 habitantes residentes (49,1% homens, 50,9% mulheres) com uma densidade populacional de 172,3 habitantes/Km².

A UCC articula-se com todas as unidades funcionais do ACeS, no sentido de garantir uma eficiente resposta às necessidades de saúde da população, numa perspetiva de continuidade de cuidados, complementaridade de funções e em rede. Neste sentido, no seu plano de ação, apresenta programas de parceria, nomeadamente com a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, colaborando na dinamização de ações de promoção e prevenção da DM2, conforme previsto no plano de atividades da referida unidade.

3.1.2. População alvo e amostra

Definiu-se como população, as 98 pessoas, às quais foi aplicado a escala “*Finnish Diabetes Risk Core*”, na semana de 1 a 7 de Abril de 2019, no âmbito da Comemoração do 2.º Aniversário de Unidade Móvel de Saúde do Concelho de onde a UCC está implantada.

É composta por 18 pessoas do sexo masculino e 80 do sexo feminino, das quais 51 pessoas apresentam um risco moderado a muito alto de vir a desenvolver a

DM2. A totalidade dos resultados são apresentados em tabelas e gráficos, em apêndice (Apêndice 3).

A amostra é “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo”(Fortin 2009, p.202) foi selecionada das 98 pessoas a quem foi aplicada a escala citada anteriormente, aplicando os seguintes critérios de inclusão:

- risco de desenvolver DM2 nos próximos 10 anos superior a 12 pontos;
- IMC igual ou superior a 25;
- sem diagnóstico de diabetes;
- inscritas no Centro de Saúde;
- aceitem participar no projeto de intervenção comunitária.

O recrutamento da amostra da realizou-se através de contacto telefónico para marcação de contacto individual, presencial na unidade de saúde, no período de 30 de setembro 2019 a 30 Outubro 2019.

Neste contacto apresentou-se o projeto de intervenção convidando os indivíduos a participarem de forma livre e esclarecida.

Na definição da amostra de acordo com os critérios de inclusão, foram aplicadas as estratégias no que diz respeito ao risco identificado, para o desenvolvimento de diabetes, em função da pontuação obtida, definidas no “Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2” (Circular Informativa Nº 001/2013 de 19/02/2013 da Direção Geral da Saúde, procedendo-se em função da pontuação obtida, que passo a enumerar:

- Se pontuação de 12 a 14, intervenção sobre os estilos de vida e avaliação e correção dos fatores de risco;
- Se pontuação igual ou superior a 15, encaminhamento para consulta de enfermagem (para intervenção dirigida para educação para a saúde, avaliação e monitorização dos fatores de risco identificados) e para consulta médica (avaliação clínica global).

Para seleção da amostra, dado a necessidade de identificar na população provável diagnóstico de diabetes nas pessoas caracterizadas com grau de risco superior a 15 pontos, promoveu-se realização de reunião de trabalho com a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Centro de Saúde (Apêndice 4), com o objetivo de realizar apresentação do projeto e proposta de metodologia de intervenção tendo sido apresentado o fluxograma de intervenção que foi validado e aceite por todos (Apêndice 5)

3.1.3. Processo de recolha de informação

Para o processo de recolha de informação foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, constituído por três partes: parte 1 – dados sociodemográficos (idade, sexo, raça/etnia, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, familiares com diabetes); parte 2 parâmetros antropométricos (peso, estatura, IMC, PC) e parte 3 - caracterização dos estilos de vida (hábitos alimentares, hábitos atividade física, hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos (Apêndice 6). O referido questionário foi construído tendo por base as orientações constantes no Programa Nacional de Atividade Física, Programa Nacional de Controle Tabagismo e Programa Nacional de Alimentação Saudável.

Na construção do questionário pretendeu-se avaliar as características e experiências individuais, tendo sido utilizados os fatores pessoais (Pender et al, 2015) para a caracterização sociodemográfica que compreendem os fatores biológicos como a idade, sexo, estado civil, a situação profissional. Para conhecer o comportamento anterior relacionado com hábitos de vida modificáveis, inclui-se questões para caracterizar a hábitos alimentares, prática de atividade física, tabaco; álcool, com o objetivo de para identificar aquele que seja passível de ser modificado).

Para caraterizar a o interesse para a mudança da amostra, foi aplicado o questionário “Disponibilidade para a Mudança” presente no Processo Assistencial Integrado da Pré – Obesidade da DGS.(Saúde, 2015) (Anexo 2). Este questionário constituído por duas questões, relacionadas com o interesse na mudança, avalia a pessoa quanto à disponibilidade para a mudança de comportamento alimentar e estilos de vida.

Os questionários foram preenchidos por administração indireta, preenchidos pela mestranda durante a entrevista com a pessoa, após leitura e assinatura do consentimento informado. (Apêndice 7).

Para a operacionalização da recolha de dados antropométricos, foram definidos os critérios de observação e medida para cada uma das variáveis independentes quantitativas, tendo em consideração as normas constantes nas orientações da DGS. (Apêndice 8).

Na avaliação do peso, estatura e perímetro de cintura, teve como critérios de avaliação, os definidos na Orientação n.º 017/2013 de 05/12/2013 da DGS “Avaliação Antropométrica no Adulto” (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Para a tratamento estatístico dos dados recolhidos no questionário “Avaliação de Risco de Diabetes *Mellitus* tipo 2”, no questionário “Disponibilidade para a Mudança” e questionário de caracterização sociodemográfica, referidos anteriormente, realizou-se plano de informatização (Apêndice 9). Os questionários foram codificados e os dados foram introduzidos na base de dados do programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 25. Foram analisados utilizando a estatística descritiva, com distribuição de frequências (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

3.1.4. Procedimentos Éticos

Para a realização deste projeto de intervenção comunitária, foram tidas em consideração todas as questões éticas necessárias e inerentes à ética em enfermagem e ao respeito pelos direitos humanos, respeitando princípios éticos do anonimato e da confidencialidade dos dados.

Foi realizado protocolo de investigação que foi submetido à Comissão de Ética da Saúde da ARSLVT, IP., com parecer favorável. (Anexo 3)

Foram solicitadas autorizações para a realização deste projeto de intervenção comunitária aos responsáveis da instituição implicada na operacionalização do mesmo: Direção Executiva do ACeS (Anexo 4); Coordenação da UCC (Anexo 5), Responsável do Acesso à Informação do ACeS (Anexo 6).

Para o preenchimento dos diferentes questionários aplicados, todos os participantes foram informadas sobre a finalidade e o objetivo do mesmo. Foi pedido o consentimento informado garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos, e informados que podiam recusar ou interromper a qualquer momento a participação no projeto, tendo sido entregue um duplicado do mesmo. Durante a realização do programa educativo, também foi pedido aos participantes o consentimento informado para registo fotográfico.

3.1.5. Apresentação e análise dos resultados

No tratamento e análise dos dados apresentam-se os mais relevantes para a caracterização da amostra em estudo e realização do diagnóstico de situação de saúde, tendo em consideração o objetivo do projeto. A totalidade dos dados da caracterização da amostra é apresentada de forma mais detalhada no Apêndice 10.

A amostra é constituída por 18 pessoas maioritariamente por pessoas do sexo feminino, 78% e 22% do sexo masculino. A média de idades é de 61,3 anos, sendo que 5,6 % dos participantes tem menos de 45 anos, 22,2% tem entre os 45-54 anos, 22% entre os 54-64 anos e 50% tem mais de 65 anos. A mediana situa-se nos 64 anos, com a moda de 65 anos e desvio padrão de 11,1).

Quanto ao nível de escolaridade, 27,8% dos participantes tem 1º ciclo, 16,7% o 2º ciclo, 33,3% o 3º ciclo de escolaridade e 16,7% o ensino secundário. Apenas 5,6 % tem ensino nível superior. Trata-se de uma variável qualitativa, ordinal.

Relativamente ao grau de risco de desenvolver a DM2 num espaço temporal de 10 anos, a análise dos dados permitiu constatar que 61% dos participantes apresentam risco alto (1 em 3 desenvolverá a doença) e 39% risco moderado (1 em 6 desenvolverá a doença).

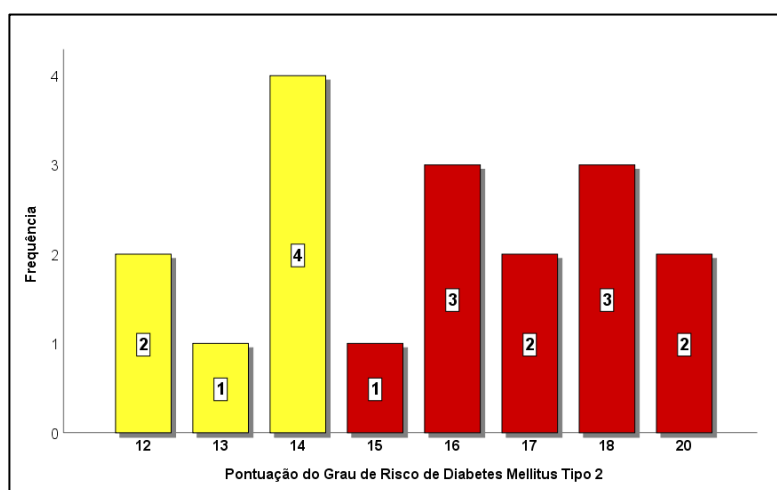


Figura 1 Caraterização da amostra segundo o grau de risco de desenvolver DM2

Quanto ao IMC, 77,8% da amostra situa-se acima de 30kg/m², estando os restantes entre os 25-30kg/m².

Em relação ao perímetro de cintura, esta variável foi avaliada numa escala intervalar, categorizado para os homens em normal (menos de 94 cm), risco

aumentado (94 -102 cm) e risco muito aumentado (mais de 102 cm); e para as mulheres em normal (menos 80 cm), risco aumentado (80 - 88 cm), e risco muito aumentado (mais 88 cm); tendo em conta os valores de referência apresentados na Ficha de Avaliação de risco da DM2 e a categorização de risco apresentados no Processo Assistencial da pré obesidade no adulto (DGS,2016). Relacionando o PC com o sexo, verifica-se que 77,8 % das participantes do sexo feminino tem risco muito aumentado (61%) a aumentado (16,7%) de desenvolver complicações metabólicas. Nos participantes do sexo masculino (22%) 11% risco aumentado e 11% risco muito aumentado.

Relativamente aos hábitos de prática de atividade física, categorizada como variável qualitativa, nominal, identifica se os participantes praticam diariamente, atividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante os tempos livres, incluindo atividades da vida diária. Na sua análise, verificou-se que 72,2% refere que não pratica e 28% pratica pelo menos 30 minutos atividade física diária. Questionados sobre a frequência da prática de atividade física, 44,4% refere que não pratica atividade física, a não ser as relacionadas com as atividades de vida diária, 27,8% referiu praticar atividade física diariamente e 27,8 % com frequência semanal.

Em relação aos hábitos alimentares avaliados através da questão relativa à regularidade do consumo de vegetais e/ou fruta. Verificando-se que 72,2% referem consumir todos os dias e 27,8% às vezes. Na avaliação da frequência da ingestão de frutas e legumes de separadamente, 61,1% refere ingerir vegetais todos os dias e 94,4% referem comer fruta diariamente.

Relativamente ao número de refeições diárias, 83,3 % referem fazer entre 3 a 4 refeições por dia, 11% dos participantes fazem mais de cinco refeições por dia e 5,6% a referir fazer menos de três refeições por dia.

No que diz respeito à toma de medicação para hipertensão arterial verificou-se que 50% dos participantes faz medicação habitualmente, No que respeita à existência de episódio de anterior de hiperglicemia, 83,3% dos participantes responderam que não, os restantes 16,7% tem antecedentes de valores elevados de glicémia.

Quando questionados sobre história familiar de DM, 38,9% dos participantes desconhecem antecedentes familiares de DM, dos 61,1% que responderam de forma afirmativa, 16,7% referiu avós, tios ou primos em 1ª grau e 44,4% referiu pais, irmãos e filhos.

Em relação à disponibilidade para a mudança quanto aos estilos de vida, verificou-se que % consideram muito importante a mudança.

3.1.6. Problemas identificados

Da análise dos dados existentes resultantes dos questionários aplicados e considerando o MPS de Nola Pender, estes podem ser agrupados na dimensão características e experiências individuais, que integram como variáveis o comportamento anterior (hábitos alimentares, hábitos de prática de atividade física) e os fatores pessoais biológicos (peso, PC e IMC) que entre si, constituem indicadores para aumentar o risco de desenvolver DM2. Assim, identificou-se como problemas no diagnóstico de situação nos participantes do projeto:

- Baixa prática de atividade física;
- Baixo consumo de legumes e irregularidade no consumo de fruta;
- Alimentação pouco fracionada;
- IMC alterado.
-

3.1.7. Diagnósticos de enfermagem

Considerando os problemas identificados e o MPS de Nola Pender, os diagnósticos de enfermagem devem contribuir para a mudança de estilos de vida, na qual os comportamentos de risco serão substituídos por comportamentos promotores de saúde tais como hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física. Os diagnósticos de enfermagem foram enunciados respeitando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2015) (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e são os seguintes:

Diagnóstico 1 - conhecimento comprometido sobre alimentação saudável manifestado por alimentação pouco fracionada e baixa ingestão de legumes nos participantes com risco de desenvolver DM2.

Diagnóstico 2 - conhecimento comprometido sobre importância da prática de atividade física, manifestada por baixa prática de atividade física nos participantes com risco de desenvolver DM2

Diagnóstico 3 – Conhecimento comprometido sobre a importância do peso e perímetro de cintura na prevenção da DM2, manifestado por IMC alterado nos participantes

3.2. Determinação de prioridades

Realizado o diagnóstico de situação segue-se, na metodologia do planeamento em saúde, a etapa da determinação de prioridades, fundamental no planeamento em saúde, que através da aplicação de uma das possíveis técnicas existentes, permite identificar os problemas de saúde prioritários que deverão ser alvo de intervenção numa determinada comunidade,

Nesta etapa optou-se pela escolha do método de grelha de análise, que partindo dos critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção possibilita a seleção de prioridade(Tavares, 1990).

Para a aplicação da grelha de análise, foi constituído um grupo de quatro enfermeiras que desempenham funções na equipa da UCC e na UCSP, que após apresentação dos dados identificados nesta fase do planeamento, discutiu e individualmente preencheram grelha de análise. Da sua aplicação emergiu a priorização dos problemas, conforme apresentado na Tabela1.

Tabela 1

Definição de prioridades através da técnica Grelha de Análise

Critérios Problemas	Importância do problema	Relação problema/ fator de risco	Capacidade técnica de resolução	Exequibilidade da intervenção	Prioridade
Baixo consumo de legumes	+	+	+	+	1º
Alimentação pouco fracionada	+	+	+	+	1º
Baixa prática de atividade física	+	+	-	+	2º
IMC alterado	+	+	-	-	3º

Conforme determinado na aplicação da grelha e considerando o tempo previsto de intervenção, os diagnósticos com prioridade máxima, que serão alvo de intervenção são:

Diagnóstico 1 - conhecimento comprometido sobre alimentação saudável manifestado por alimentação pouco fracionada e baixa ingestão de legumes nos participantes com risco de desenvolver DM2.

Diagnóstico 2 - conhecimento comprometido sobre importância da prática de atividade física, manifestada por baixa prática de atividade física nos participantes com risco de desenvolver DM2

3.3 Fixação de objetivos

Realizado o diagnóstico de situação, identificados os problemas prioritários e concluída a fase da priorização dos mesmos, procedeu-se à definição de objetivos e indicadores de avaliação.

Tendo presente a finalidade do projeto: Promover comportamentos de saúde relacionados com a prática de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física para a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo 2 nos participantes no período de Dezembro de 2019 a 6 de Fevereiro de 2020, definiram-se como objetivos específicos:

- Contribuir para a redução do grau de risco de desenvolver DM2 durante o período de intervenção comunitária;
- Sensibilizar os participantes para a importância do controle do peso e perímetro de cintura na prevenção da DM2;
- Incentivar os participantes para a ingestão de legumes e fruta na alimentação diária;
- Incentivar os participantes para aumento do número de refeições diárias;
- Incentivar os participantes para aumentar a prática de atividade física diária.

Estabeleceram-se como objetivos operacionais ou metas a atingir no período de dezembro 2019 a fevereiro de 2020, os seguintes:

- Reduzir o grau de risco de desenvolver DM2 em 10% dos participantes no projeto;
- Reduzir o peso em 30% dos participantes no projeto,
- Reduzir o perímetro de cintura em 30% dos participantes no projeto,
- Reduzir o IMC em 30% dos participantes no projeto,

- Aumentar em 10% o número de pessoas dos participantes no projeto que passam a fazer 5 ou mais refeições por dia,
- Aumentar em 10 % o número dos participantes no projeto que passam a ingerir legumes diariamente,
- Aumentar em 10% o número dos participantes do projeto que passam a praticar atividade física pelo menos 30 minutos por dia ou diariamente,

Após fixação dos objetivos operacionais, no planejamento de projetos em saúde, é essencial definir indicadores de avaliação. Considerou-se dois tipos de indicadores de avaliação: resultado ou impacto, que pretendem avaliar o resultado das intervenções previstas e indicadores de atividade ou de execução, que pretendem medir a atividade desenvolvida (Imperatori e Geraldles, 1982). Nesse sentido foram construídos os indicadores, que se apresentam nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2
Indicadores de Resultado

INDICADORES DE RESULTADO	Meta %
Cálculo	
$\frac{\text{Nº total participantes com redução de grau de risco de desenvolver DM2} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	10
$\frac{\text{Nº total participantes com redução de peso} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	30
$\frac{\text{Nº total participantes com redução de PC} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	30
$\frac{\text{Nº total participantes com redução de IMC} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	30
$\frac{\text{Nº total participantes que realizam 5 ou mais refeições diariamente} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	10
$\frac{\text{Nº total participantes que ingerem legumes diariamente} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	10
$\frac{\text{Nº total participantes iniciaram a prática diária de atividade física} \times 100}{\text{Nº total participantes no programa}}$	10

Tabela 3
Indicadores de Atividade

INDICADORES DE ATIVIDADE	Meta %
Cálculo	
$\frac{\text{Nº total de sessões de grupo realizadas} \times 100}{\text{Nº total de sessões de grupo programadas}}$	100
$\frac{\text{Nº total de participantes por sessão} \times 100}{\text{Nº total de participantes convidados por sessão}}$	80
$\frac{\text{Nº total de participantes por sessão que avaliaram de forma positiva} \times 100}{\text{Nº total de participantes por sessão}}$	80

3.4. Seleção de estratégias

Para Imperatori e Giraldes (1982) esta etapa é uma das mais fundamentais no planeamento em saúde, deve-se identificar a metodologia adequada para reduzir os problemas de saúde identificados, requer criatividade na elaboração de estratégias com potencial para intervir com sucesso.

Tendo em consideração os problemas de saúde identificados e os objetivos definidos para a intervenção, selecionamos como estratégias de intervenção: Educação para a Saúde; Articulação de cuidados/integração de cuidados; Comunicação em saúde e Divulgação em saúde, sustentadas no Modelo de Promoção da Saúde da Nola Pender que considera que na promoção de um comportamento de saúde, é primordial considerar os dados relativos ao comportamento anterior demonstrado.

Na Educação para a Saúde, o foco de intervenção para a mudança de comportamentos deve estar nas atitudes e comportamentos em saúde, relacionando o conceito e perceção do risco de cada pessoa. Este modelo é também reforçado por Amorim citado por Carvalho e Carvalho (2006, pág. 3) em que na Educação para a Saúde, na seleção de intervenções, estas devem considerar a “cultura dos indivíduos, tendo em conta os conhecimentos prévios valores e comportamentos”, procurando desenvolver na pessoa processos de adaptação que lhe permitam fazer escolhas de comportamentos saudáveis, respeitando” o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade que faz parte”(pag.17)

Comunicação em Saúde é uma das estratégias de comunicação utilizada na promoção da saúde e prevenção da doença. Tem influência tanto ao nível individual como na comunidade, auxiliar na tomada de consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança, reforçando atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde (Teixeira, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância da relação entre a área da Saúde e da Comunicação, no sentido da difusão da informação e promoção do bem-estar, tanto individual quanto coletivo destacando que “A comunicação em saúde é uma estratégia-chave para informar o público sobre questões de saúde e para manter importantes problemas de saúde na agenda pública. O uso dos meios de comunicação de massa e multimídia bem como de outras inovações tecnológicas para divulgar informações úteis sobre saúde para o público, aumentam a consciência de aspetos específicos da saúde individual e coletiva, bem como a importância do desenvolvimento da saúde” (OMS, 1998,pag. 8).

Na abordagem da Comunicação em Saúde é evidente a mudança que as tecnologias de informação e comunicação têm nos processos de saúde - doença, tal como referido Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde (DGS,2019), que reafirma a importância das novas tecnologias da informação e sua presença cada vez mais generalizada nos sistemas de saúde, no âmbito da comunicação em saúde. A sua utilização leva a uma “nova operacionalização conceptual: a de literacia em e-saúde, enquanto capacidade para procurar, encontrar, compreender e avaliar informação de saúde, a partir de recursos eletrónicos e aplicar o conhecimento resultante na abordagem ou na resolução de um problema de saúde (DGS,2019, p.23), sendo uma ferramenta essencial na seleção das estratégias e processos de comunicação, utilizada também na divulgação em saúde.

“As novas tecnologias e os media modernos têm-se revelado, no campo da comunicação para a saúde, suportes fundamentais nos programas de manutenção da saúde, na prevenção de doenças crónicas ou na tentativa de alertar e consciencializar as populações em situações de risco” (Barros & Gomes, 2011: 3075).

3.5 Preparação operacional

Na preparação operacional, após a seleção das estratégias, foram delineadas as atividades a realizar, tendo em conta os objetivos estabelecidos e os diagnósticos de enfermagem identificados. Tavares (1990) menciona que cada atividade deve ser pensada em função dos objetivos operacionais estabelecidos, devendo especificar o que deve ser realizado, quem realiza, quando e onde, como devem ser concretizadas, objetivo que se pretende alcançar e avaliação da atividade (pág. 169).

Assim, para a operacionalização do projeto foi realizado o planeamento de um conjunto de atividades, em função dos objetivos específicos e operacionais, que se encontram detalhadas em plano operacional em apêndice (Apêndice11), bem como a elaboração de cronograma de atividades Gráfico de Gantt (Apêndice12).

De seguida, apresenta-se por ordem cronológica de forma resumida cada atividade:

Atividade 1 – Protocolo de cooperação CMAV do projeto de intervenção comunitária” Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco”

Foi estabelecida articulação com Autarquia, no âmbito do projeto de intervenção comunitária ”Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco”, na qual foram realizadas reuniões de trabalho, onde foi apresentado o projeto e estabelecido protocolo de cooperação com a disponibilização de nutricionista e na colaboração na criação do logotipo para o mesmo. (Apêndice 13).

A criação do logotipo teve como objetivo promover a identificação visual do projeto nos participantes. O logotipo é um elemento valioso na promoção de projeto, devendo estabelecer ligação com a temática do mesmo, fazendo parte integrante da comunicação com os participantes e comunidade em geral.

Vasques, R. P.citando Shimp(2003, pág.129) refere que um bom logotipo devem ser “facilmente reconhecidos, transmitem essencialmente o mesmo significado para todos os integrantes do público-alvo e evocam sentimentos positivos”. Considerando estes aspetos e tendo presente que o logotipo é fundamental na comunicação, devendo permanecer na memória visual. Na sua criação, optou-se por um logotipo de cor azul, por estar ligada com o tema da Diabetes a nível mundial, interligando com o nome do programa educativo “Mudar

para Prevenir”, por forma a criar uma memória afetiva nos participantes. (Apêndice 14).

Atividade 2 – **Programa educativo “ Mudar para Prevenir”**

Foi desenhado o planeamento do Programa Educativo de Promoção de Estilos de Vida Saudável intitulado “Mudar para Prevenir”. Na sua construção e tendo presente a evidência da literatura em relação à prática da Educação para a Saúde, tal Carvalho e Carvalho (2006) refere como resultados da sua investigação, ao apontar como razão de insucesso na EpS, serem realizadas sessões de “forma isolada e descontextualizada” (p.54), organizou-se um programa educativo constituído por sete sessões de educação para a saúde, realizadas em grupo, abordando as temáticas dos problemas identificados na população alvo. (Apêndice 16).

No desenho do Programa de Educação para a saúde foram definidos objetivos relativos aos conhecimentos que os participantes devem adquirir para facilitar a mudança de comportamentos e objetivos de comportamentos a realizar centrados no problema de saúde identificado na intervenção.

Em relação aos conteúdos educativos, estes foram definidos de acordo com os objetivos previamente elaborados, tendo em linha de conta as características do grupo alvo, como a idade dos participantes, o nível de escolaridade e os problemas identificados no diagnóstico de situação. Quanto à seleção dos procedimentos metodológicos, para além das características dos participantes e dos conteúdos a abordar, de acordo com os objetivos estabelecidos optou-se combinação de método demonstrativo participativo e atividades de grupo, que segundo Carvalho e Carvalho. (2006) na presença objetivos relacionados com atitudes e motivação, é importante que na metodologia educativa exista dinâmicas que permitam a partilha de ideias e discussão entre o grupo.

Na sua conceção, foram definidos todos os recursos materiais necessários, nomeadamente, equipamento informático, material de demonstração (ex.: alimentos, pratos) e de avaliação antropométrica. Foram elaborados instrumentos de apoio educativo, tais como: planos de sessão e diapositivos de apresentação (Apêndice 17) , folha de registo de parâmetros antropométricos, folha de registo de automonitorização de peso e PC cartão de registo de avaliação de risco de DM2, Semáforo Nutricional e certificado de participação Todos documentos de registos realizados e referidos encontram-se documentados de forma integral em apêndice (Apêndice 18).

Em relação à previsão de recursos humanos e tendo como objetivo integrar os recursos existentes na comunidade, foram realizadas reuniões com os profissionais da UCSP do ACeS com o objetivo de integrarem o projeto como parceiros da formação, tendo sido estabelecido parceria com um profissional de medicina geral familiar, uma psicóloga e terapeuta ocupacional (Apêndice15)

Quanto à avaliação do programa, foram definidos indicadores de resultados, de execução, tendo sido construído questionário de avaliação da satisfação. (Apêndice19).

Atividade 3 - **“Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável - Mudar para Prevenir - Manual para implementação”**

Com o objetivo de promover a continuidade do Programa Educativo “Mudar para Prevenir” na população do concelho, pelos profissionais do CS, foi desenvolvido um manual de orientação para a aplicação do programa no futuro, dirigido aos profissionais de saúde, tendo ficado disponível no CS. Este manual tem como função ser um guia orientador da implementação do programa desenhado e referido na atividade anterior. Para além dos documentos produzidos para o programa (plano de sessão para a saúde, apresentação em formato *PowerPoint* e instrumentos aplicar para cada sessão) contem também menção à população alvo, critérios de inclusão (Apêndice 20).

Atividade 4 – **Implementação do Programa Educativo “Mudar para prevenir”**

Foi operacionalizado programa educativo conforme previsto, tendo sido realizadas em grupo, as sete sessões de educação para a saúde, abordando os temas: Prevenção da diabetes *Mellitus* tipo 2; Alimentação Saudável; Mudança Comportamental; Atividade Física e Avaliação. Cada sessão teve dois horários disponíveis para frequência, um horário no período da manhã e outro no período da tarde, como estratégia para a adesão dos participantes.

Para promover a manutenção dos comportamentos de saúde adquiridos no âmbito dos hábitos alimentares e prática de atividade física nos participantes do programa “Mudar para Prevenir”, foi negociado com os responsáveis do ACeS a continuação do programa, tendo sido aceite a sua continuação com a frequência de uma sessão mensal, no CS denominada “*Espaço Mudar para prevenir*”, que contará com a participação de um recurso profissional da URAP e da USP do ACeS,

funcionará com a periodicidade mensal em dois horários, um no período da manhã e outro no período da tarde, à semelhança do programa realizado.

Atividade 4 – **Endereço de correio eletrónico e Página de Facebook** ,

Com o objetivo de criar rede de suporte social entre os participantes, foi criado endereço de correio eletrónico, uma página de *Facebook* e um grupo do programa “ Mudar para Prevenir”.

Segundo dados da *Webertas Search and Social Report 2020* o *Facebook* é a rede social com maior participação no mundo. Em Portugal 83% da participação das redes sociais é realizada através do *Facebook*. Miranda e Rocha (2018) evidenciam que a sua utilização pode contribuir para o fortalecimento da participação popular na saúde pública e para o empoderamento da pessoa, na medida em que é um espaço publico, que potencializa a participação, interação e acesso à informação, permitindo a partilha de informação. Permite a criação de Grupos como espaços de partilha de interesses comuns, sendo cada vez mais utilizado para criar rede sociais de apoio para “ troca de ideias, conselhos e orientações” revelando-se uma “poderosa ferramenta para o fortalecimento popular e da promoção da saúde “ conforme citado por Santos em Miranda e Rocha (2018, pág. 238).

A criação desta rede de comunicação foi fundamental na comunicação entre os participantes e os formadores. Estas atividades contribuíram para a divulgação dos eventos do programa, bem como a divulgação de temas abordados nos módulos relacionados com a promoção de comportamentos de saúde, consolidando a abordagem feita nas sessões de educação para a saúde, fomentando a partilha entre os participantes. Apêndice 21

Atividade 5 – **“Guia de Recursos da Prática de Atividade Física no Município de Arruda dos Vinhos”**

Com o objetivo de promover a prática de atividade física, utilizando os recursos públicos existentes na comunidade, foi elaborado um “Guia de Recursos da Prática de Atividade Física no Município” no qual se descrevem os recursos públicos existentes no município, tais como: equipamentos desportivos, percursos pedonais e ciclovias, percursos pedestres, aulas de atividade física, tanto promovidos pela Autarquia como pelo Centro de Saúde. Na sua elaboração, numa primeira fase, foram mapeados os recursos existentes na comunidade, tendo sido posteriormente validados com responsável da Autarquia, quanto à sua existência, atualização de moradas e contactos telefónicos e endereços de correio eletrónico, horários e condições de funcionamento. Apêndice 22

3.6 Avaliação

Citando Tavares (1990), para OMS a avaliação no planejamento em saúde “ é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente” (pag.205), encontra-se presente nas diferentes fases do planejamento em saúde como um mecanismo de correção em cada etapa, sendo um processo contínuo e culminar no planejamento em saúde. Tem como função primordial, a determinação do grau de sucesso na consecução dos objetivos estabelecidos, fazendo a comparação entre objetivos e a estratégias (Tavares,1990) através da utilização de indicadores (Imperatori e Geraldles, 1982).

Tendo presente os indicadores propostos na fixação de objetivos, no qual foram considerados para a avaliação da intervenção indicadores de resultado e de execução, calculou-se as taxas dos resultados obtidos e de execução das tarefas propostas, através dos indicadores de construídos e apresentados anteriormente.

A avaliação dos indicadores de resultados propostos para a intervenção comunitária, foi realizada pela aplicação de questionário (Apêndice 20) no qual englobou a monitorização dos parâmetros antropométricos (peso, PC, IMC); a caracterização dos hábitos alimentares (número de refeições diárias, frequência de ingestão de legumes e fruta diária e alteração dos hábitos alimentares) e a caracterização dos hábitos de atividade física (frequência e alteração dos hábitos da prática de atividade física) em avaliação, no início e término do programa educativo “Mudar para Prevenir”, para que no final desse período se possa avaliar a mudança de comportamentos de saúde dos participantes, e consequentemente, nos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da DM2 apresentados por estes. Os resultados atingidos Na Tabela 4 e 5apresenta os resultados comparando os resultados com as metas propostas.

Tabela 4

Indicadores de Resultados

Indicadores de resultados	Resultado (%)	Meta (%)
% de participantes com redução de grau de risco de desenvolver DM2	72,2	10
% de participantes com redução de peso	94,4	30
% de participantes com redução de PC	94,4	30

Tabela 5

Indicadores de Resultados

Indicadores de resultados	Início (%)	Resultado (%)	Meta (%)
% de participantes que realizam 5 ou mais refeições diariamente	16,7	83,3	10
% de participantes que ingerem legumes diariamente	61	100	10
% de participantes que iniciaram a prática diária de atividade física	27,6	94,4	10

Para o tratamento das respostas do questionário aplicado no final do programa sobre a existência de alterações dos hábitos alimentares e hábitos de atividade física ocorridos durante a frequência do programa, recorreu-se à análise de conteúdo de respostas, procedendo-se à caracterização das mudanças de comportamentos alimentares e de prática de atividade física, que se apresentam na Tabela 6 e 7 respectivamente.

Relativamente à mudança de comportamentos relacionados com a alimentação, da análise de informação resultante dos questionários, todos os participantes responderam que alteram hábitos alimentares desde que iniciaram o programa educativo, tendo essas alterações incidindo principalmente no fracionamento alimentar, na redução do consumo de açúcares e na ingestão de legumes de forma diária.

Tabela 6

Caracterização dos hábitos alimentares

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de contexto	Unidade enumeração
Hábitos alimentares	Alteração dos hábitos alimentares	Ingestão de legumes	(P11) “Comecei a comer sopa a todas as refeições e legumes” (P27); (P64) “alimentação com mais legumes” (P67) “aumentei os legumes” (P67) “comecei a comer 1/2 taça sopa antes do almoço e jantar” (P67) “mais verduras” (P88); (P90) “mais vegetais”	7
		Ingestão de pão e farináceos	(P11) “Deixei de comer pão às refeições” (P52) “Comer menos pão e batata” (P64) (P66) Diminui o pão”	4
		Fracionamento alimentar	(P24); (P64); (P84); (P94) “aumentei o número de refeições” (P11); (P27); (P67); (P98)) “o número de refeições” “(P41); (P52); (P83); (P88) “mais refeições” (P92) “número de refeições 6”	14
		Ingestão de açúcares de ação rápida	(P41); (P48) “tirei açúcar” (P11) “como menos doces” (P64); (P66) “diminui o açúcar” (P84) “não como açúcar em nada” (P47); (P84); (P88) “Menos doces” (P90) “diminui o consumo de açúcar”	9
		Ingestão de sal	(P41) “tirei sal” (P90) “diminui o sal” (P94) “diminui o sal na alimentação”	3
		Ingestão de água	(P11); (P27); (P41) “bebo mais água” (P42) (P98) “beber mais água”	5
		Ingestão de fruta	(P90) “diminuí a fruta” (P11) “fruta de manhã”	2
		Ingestão de gorduras	(P42) “reduzi o azeite”	1
		Quantidade	(P67) “quantidade de carne e peixe” quantidade” (P96) “comer menos ao final do dia”	2

Em relação à alteração dos hábitos de atividade física, com exceção de um participante, o qual respondeu que “não houve alteração”, da análise da informação dos participantes restantes, verificamos que iniciaram a prática de atividade física de forma regular, tendo sido a prática de caminhada a que mais foi enumerada, seguindo-se a introdução de alterações na rotina diária, como utilizar as escadas em substituição do elevador.

Tabela 7
Caracterização dos hábitos de atividade física

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de contexto	Unidade enumeração
Hábitos de atividade física	Alteração de hábitos de atividade física	Caminhadas	(P11) “caminhar à hora do almoço” (P24); (P27) “iniciei caminhadas” (P64); (P66); (P87); (P88) “caminhadas” (P41);(P47), (P94) “faço mais caminhadas” (P67) “caminhadas às horas do almoço” “caminhadas todos os dias”	12
		Atividades física no dia- a-dia	(P66) (P67) “uso as escadas” (P52) “subo mais vezes escadas” (P92) “faço mais escadas” (P94) “deixo o carro mais longe para poder andar mais”	5
		Aulas de grupo	(P41) “ginástica de pilates” (P24) “iniciei zumba” (P11) inicie pilates”	3
		Exercício físico individual	(P90) “ciclismo em casa”	1

No que concerne à avaliação dos indicadores de atividade, em relação à taxa de sessões realizadas em grupo, foram realizadas as 14 sessões previstas, verificando a taxa de concretização de 100%.

Em relação à taxa de adesão dos participantes por sessão, verificou-se que em 13 das sessões realizadas uma taxa de adesão de 100% dos participantes convidados, existindo uma taxa de 87,5 % numa das sessões, pela ausência de um participante, tendo sido essa ausência justificada pela participante por motivos de consulta hospitalar.

A taxa de satisfação dos participantes por sessão foi avaliada através de aplicação de questionários de satisfação no final de cada sessão (Apêndice 19), tendo sido aplicado a 100% dos participantes em todas as sessões de EpS, verificando-se que 100% dos participantes mostraram-se muito satisfeitos em relação à apreciação global das sessões, 94,4% muito satisfeitos em relação ao interesse dos temas abordados, formadores e organização e os restantes 6,4% satisfeitos.

A totalidade da avaliação dos indicadores propostos, para cada objetivo operacional, são apresentados de forma mais detalhada no Apêndice 23

Para além da avaliação referente aos resultados obtidos nos indicadores de resultado e de execução, todas as atividades planeadas na fase da preparação operacional, foram executados, apresentando uma taxa de execução das atividades previstas de 100%, nomeadamente:

Na **atividade 1**, foi estabelecido Protocolo de cooperação CMAV do projeto de intervenção comunitária “Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco” com a disponibilização da nutricionista e criação do logotipo do Programa Educativo “Mudar para prevenir” conforme previsto na avaliação;

Na **atividade 2**, foram produzidos todos os documentos previstos para o Programa Educativo “Mudar para Prevenir”; nomeadamente: planos de sessão, apresentações PowerPoint; folha de presença; folha registo de automonitorização de peso e PC, Cartão de Identificação do grau de risco; questionário de Satisfação; consentimento informado para registo fotográfico, certificado de participação

Na **atividade 3**, foi produzido o manual para implementação do “Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável - Mudar para Prevenir” – Manual de Implementação”.

Na **atividade 4**, a avaliação foi realizada através dos indicadores de resultado e indicadores de atividades apresentados anteriormente. Para além desta avaliação que pretendeu avaliar o resultado da operacionalização do programa educativo. Foi também criado e definido o modelo de funcionamento do “*Espaço Mudar para prevenir*” que irá permitir a continuação deste programa e promover a manutenção dos comportamentos de saúde adquiridos durante a participação no programa educativo.

Na **atividade 5**, foi criado endereço eletrónico, página e grupo do *Facebook* conforme previsto, tendo sido divulgado e promovido a sua utilização entre

participantes, tendo a aderência de 17 dos participantes à página e grupo do *Facebook*.

Na **atividade 6**, foi produzido e divulgado o documento "Guia de Recursos da Prática de Atividade Física no Concelho".

Perante os resultados obtidos na avaliação descrita anteriormente, podemos inferir, que a intervenção contribuiu para promoção de comportamentos de saúde relacionados com a prática de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física e desta forma, para a redução do grau de risco de desenvolvimento de DM2 e consequentemente contribuindo na prevenção da Diabetes nos participantes.

A utilização do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi fundamental, uma vez que considera em promoção da saúde, que para além de explicar os comportamentos de prevenção da doença, identifica quais os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a saúde, durante o ciclo da vida, em que as intervenções de enfermagem são direcionadas de acordo com os comportamentos anteriores identificados passíveis de mudança. Simultaneamente nas atividades desenvolvidas, foram criados redes sociais de suporte que para além de permitir a reforço das temáticas abordadas, durante o programa, no sentido de consolidar conhecimentos, favorecem a partilha de opiniões e experiências entre os participantes, poderá também ter contribuído para a mudança de comportamentos.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Desenvolvimento de competências em enfermagem e a análise reflexiva sobre a prática são aspetos indissociáveis e de importância fundamental na formação enfermagem.

Falar do conceito de competência é falar da execução de uma habilidade em contexto específico e de acordo com padrões igualmente específicos. A competência é o resultado da combinação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e valores pessoais e do contexto em que se insere. Para (Benner, 2001) a competência define-se como um desempenho realizado perante uma situação, na qual o próprio mobiliza a experiência como um fator para a sua melhoria.

O enfermeiro especialista deve desenvolver a capacidade de utilizar e integrar diferentes competências apreendidas no desempenho profissional, incluindo conhecimentos e habilidades e conseguir aplicá-las em diferentes situações e atividades, independentemente do contexto em que foram apreendidas.

Assim, no passo final da intervenção na comunidade, importa perspetivar sobre as competências específicas desenvolvidas ao longo do estágio em três âmbitos: competências comuns do enfermeiro especialista; competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária; e competências do enfermeiro mestre.

O objetivo é analisar o percurso individual de desenvolvimento de competências e repercussão futura na prática profissional.

As competências comuns do enfermeiro especialista, conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019, estão divididas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram realizados todos os procedimentos éticos e legais necessários,

nomeadamente a realização do Protocolo para a Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para que o projeto fosse submetido à referida comissão de ética. Salienta-se a realização dos pedidos de autorização necessários, como por exemplo o pedido ao Responsável pelo Acesso à Informação do ACeS, o pedido de autorização para utilização de questionários, e a construção dos consentimentos informados utilizados. Ao longo de todos estes passos, foi-se construindo conhecimento nesta área que será certamente útil para todo o futuro agir enquanto profissional visto que, para intervir, existe a necessidade de agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Em relação ao domínio da melhoria contínua da qualidade, na conceção de projeto estabeleceu-se, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde da comunidade e a identificação das prioridades de intervenção comunitária no concelho em questão, de acordo com as estratégias definidas no Plano Nacional de Diabetes e Plano de Ação da UCC. Com base nas necessidades que emergiram no diagnóstico de situação, fundamentadas na evidência científica da literatura, desempenhou-se um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas em saúde naquela comunidade.

No domínio da gestão de cuidados, durante o diagnóstico de situação identificou-se problemas e, em conjunto com a equipa da UCC, escolheu-se a área de intervenção prioritária para a execução do projeto, de acordo com os recursos e período temporal disponíveis. Desenvolveram-se assim competências na área de gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da UCC às necessidades daquela comunidade.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, está subjacente o desenvolvimento da assertividade e da capacidade de autoconhecimento, intervindo sem se deixar influenciar pelos conhecimentos prévios que detém nesta área, procurando ter presente pensamento crítico e que as intervenções realizadas fossem suportadas em evidência científica, tomando consciência e integrando a experiência vivida em novas formas de ação. Delineou-se intervenções de acordo com as necessidades sentidas pela população da amostra baseadas na evidência científica.

Tendo agora em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária, considera-se também que estas foram desenvolvidas com sucesso uma vez que se procedeu ao diagnóstico de

situação, se cumpriu as fases da metodologia do planeamento em saúde, se identificou as prioridades em saúde para intervenção comunitária no Concelho, se tomou decisões com atenção às estratégias definidas no PNS e PND, e se selecionou as estratégias de intervenção comunitária com a finalidade de prevenir a DM2 na comunidade alvo.

Identificados os diagnósticos de enfermagem, elaborou-se um programa educativo com objetivo de contribuir para o processo de capacitação dos participantes do projeto com recurso à mobilização da evidência científica como suporte à intervenção comunitária. Promoveu-se ainda o trabalho de parceria, no sentido de rentabilizar os recursos existentes e garantir a continuidade do projeto, estabelecendo-se protocolos de articulação com a comunidade e Cuidados de Saúde Primários.

No que respeita às competências de mestre, preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo (*Joint Quality Initiative Informal Group*, 2004) (Decreto Lei nº 65/2018, 2018), considera-se que no culminar deste processo formativo estas foram desenvolvidas, principalmente visto que a aquisição das competências de enfermeiro especialista são por elas sustentadas, quer no conhecimento e na capacidade de compreensão e na aplicação desses conhecimentos e compreensão; quer na realização de julgamento/tomada de decisões; quer na comunicação; quer nas competências de autoaprendizagem (Decreto Lei nº 74, 2006). Ao nível do conhecimento e da capacidade de compreensão, a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde proporcionou uma análise reflexiva do conhecimento científico disponível resultante da *revisão scoping* realizada, integrando-o com os resultados provenientes do diagnóstico de situação e da resolução dos problemas priorizados.

A capacidade de fazer julgamentos e tomada de decisão esteve presente em todo o percurso da implementação desta intervenção comunitária, tendo sido aplicada em todas as fases do planeamento, nas quais foi necessário tomar decisões baseadas em juízos fundamentados em relação aos princípios ético-legais.

Durante todo este processo, a comunicação foi também fundamental, tanto ao nível dos participantes como com os parceiros comunitários e equipa multidisciplinar, na medida em que foi capaz de transmitir a mensagem, conseguindo a participação multisectorial na intervenção.

O desenvolvimento de autoaprendizagem foi realizado através da pesquisa de evidência científica e da prática baseada na evidência, mas também por uma

reflexão e análise crítica das práticas durante a elaboração deste projeto. A metodologia utilizada implicou uma reflexão constante e um trabalho persistente na procura de respostas. Para além de integrar novos conhecimentos, é fundamental ser capaz de reconhecer que a experiência vivida e incorporada em nós tem de ser pensada à luz de novos conceitos, dando lugar a novas formas de saber e se desenvolvendo a capacidade de metacognição.

5.CONCLUSÃO

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 apresenta uma prevalência estimada de 9,9% em Portugal na população entre os 18 e os 99 anos, estimando-se para além disso que cerca de ¼ da população portuguesa tem hiperglicemia intermédia (DGS, 2016).

O Programa Nacional da Diabetes tem como objetivo promover a prevenção da Diabetes a nível nacional e considera importante a promoção de atividades com este objetivo. A avaliação do risco é um instrumento fundamental para identificar fatores ambientais, individuais, coletivos, genéticos ou adquiridos que possam constituir risco para a saúde da pessoa (Gamba & Santos, 2006). Contribui para o planeamento de intervenções em saúde com a finalidade de promover a saúde, orientando os profissionais nas práticas de promoção e prevenção da saúde.

É importante desenvolver intervenções preventivas que visem a diminuição dos fatores de risco de desenvolvimento de diabetes ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a identificar as pessoas com predisposição e com fatores de risco inerentes, e que contem com a participação ativa das populações, para se poderem desenvolver programas que sejam eficazes na concretização dos objetivos.

O processo de aprendizagem de competências do enfermeiro com a especialização em enfermagem comunitária envolve a operacionalização de um projeto de intervenção a desenvolver em contexto de comunidade, sendo objeto de avaliação de processo e de resultados, como preconizado na metodologia de planeamento em saúde. Com consciência de que uma intervenção em pessoas com risco de desenvolver DM2 poderia não ter resultados visíveis em termos de ganhos em saúde no período previsto do estágio, o projeto foi desenvolvido com a intenção de que um programa de intervenção de enfermagem comunitária iniciado poderia ser continuado, sendo possível obter no futuro resultados visíveis de mudanças de atitudes nas pessoas alvo de intervenção, o que será sempre o objetivo final de qualquer intervenção.

Através da metodologia de Planeamento em Saúde, sustentada pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender consideraram-se e integraram-se as características da comunidade, os conhecimentos dos seus pares e as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde e Plano Nacional da DM2. Desenvolveu-se então um projeto de intervenção de enfermagem comunitária, no

qual foram selecionadas como estratégias de intervenção a educação para a saúde, a comunicação e divulgação em saúde e a articulação de cuidados. As intervenções focaram-se nos comportamentos passíveis de modificação e na aquisição de comportamentos de saúde relacionados com estilos de vida saudável, aspeto fundamental na prevenção da DM2, como a evidência científica sugere.

A intervenção realizada no projeto de intervenção em enfermagem comunitária baseou-se na evidência científica sobre prevenção de DM2, intervindo-se na alteração de comportamentos relacionados com hábitos alimentares e de prática de atividade física.

No período de dezembro 2019 a fevereiro de 2020, projetou-se atingir a redução do peso, do PC e IMC em 30% dos participantes e a aquisição de comportamentos de saúde (aumentar o número de refeições por dia, ingerir legumes e fruta diariamente, e praticar atividade física diariamente) em 10% dos participantes.

Para atingir os objetivos foi implementado o Programa Educativo de Promoção de Estilos de Vida Saudável, organizado em sete sessões de grupo, no qual foram desenvolvidas atividades promotoras de comportamentos de saúde, como simulação de preparação de refeições adequadas, leitura e interpretação de rótulos, realização de atividade física e auto - monitorização de peso e PC.

Da análise dos resultados conseguidos, conclui-se que a intervenção comunitária realizada contribuiu para a promoção de comportamentos de saúde relacionados com a prática de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física e, desta forma, para a redução do grau de risco de desenvolvimento de DM2. Verificou-se redução do peso e do perímetro de cintura, alterações nos hábitos alimentares com aumento da ingestão de legumes e do número de refeições, e aumento da prática de atividade diária, contribuindo para prevenção da DM2 com diminuição em 72% dos participantes do grau de risco de DM2 apresentado no início do programa educativo.

Como reflexão identificam-se como oportunidades para que um projeto tenha capacidade de atingir os objetivos a que se propõe: a necessidade de coordenação de recursos prévios existentes na comunidade, o trabalho em equipas multidisciplinares, a valorização do autocuidado, a diversificação das redes de comunicação com a pessoa ou grupo, e a necessidade da monitorização dos resultados.

Com este projeto pretendeu-se delinear um caminho a percorrer na prevenção da DM2, tendo como aspiração ser um contributo para resultados de interesse relevante e com evidência na prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ackermann, R. T., Finch, E. A., Schmidt, K. K., Hoen, H. M., Hays, L. M., Marrero, D. G., & Saha, C. (2014). Rationale, design, and baseline characteristics of a community-based comparative effectiveness trial to prevent type 2 diabetes in economically disadvantaged adults: the RAPID Study. *Contemporary clinical trials*, 37(1), 1–9. Acedido em 25-05-2019. Disponível em: doi:10.1016/j.cct.2013.10.003
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, C., & Gomes, M. (2011) 'Novas fronteiras para as Relações Públicas: a questão da comunicação para a saúde', Actas do VII Congresso SOPCOM, Universidade do Porto, 15-17 Dezembro, pp. 3074-3088
- Campos, Luís. (2017). Integração de Cuidados: A Reforma que Falta!. *Medicina Interna*, 24(4), 259-261. <https://dx.doi.org/10.24950/rspmi/PPresidente/2017>
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Decreto-Lei nº 28 (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da Republica. *Diário da República* 1.^a Série (N.º 38 de 22-02-2008),1182.1189.ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *I Série I-A*, n.º 60/2006 (2006-03-24) 2242-2257.
- Decreto Lei nº 65/2018, altera o regime jurídico dos Graus e Diplomas de Ensino Superior. *Diário da Republica, Série I (Nº 157 de 16 de agosto)*,417-4182. ELI:: <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Dimova, E. D., Mohan, A. R. M., Swanson, V., & Evans, J. M. M. (2017). Interventions for prevention of type 2 diabetes in relatives: A systematic review. *Primary Care Diabetes*, 11 (4), 313- 326. Acedido em 30-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.04.003>
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011).Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. Norma da Direcção Geral da Saúde nº 002/2011, 1-5.Acedido 20-04-2019.

Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). Avaliação antropométrica no adulto - Norma da Direcção Geral da Saúde nº 017/2013. 1–9. Acedido em 18/07/2019. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Processo assistencial integrado da diabetes mellitus tipo 2*. Acedido em: 02-04-2019. Disponível: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/10/Processo-Assistencial-Integrado-na-Diabetes-Mellitus-tipo-2-DGS-2013.pdf>

Direção Geral da Saúde.(2015). *Processo assistencial integrado da pré- obesidade no adulto*. Acedido em 05-05-2019. Disponivel em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-da-pre-obesidade-no-adulto.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Modelo de governação a 2020 - Plano nacional de saúde e programas de saúde prioritários*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

Fianu A, Bourse L, Naty N, Le Moullec N, Lepage B, et al. (2016) Long-term effectiveness of a lifestyle intervention for the primary prevention of type 2 diabetes in a low socio-economic community – An intervention follow-up study on Reunion Island. *PLOS ONE* 11(1): e0146095. Acedido 20-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146095>

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência:Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Harati, H., Hadaegh, F., Momenan, A. A., Ghanei, L., Bozorgmanesh, M. R., Ghanbarian, A., ... Azizi, F. (2010). Reduction in incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention in a middle eastern community. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6). 628-636.e1.Acedido em 20-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.003>

- Gallego, R. (2004). Programa Nacional de Controlo da Diabetes – Gestão Integrada da Diabetes, in *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Eujoa A. G., 1.^a ed.
- Gallego, M. R. (2005). Diabetes tipo 2: de orientações gerais para um tratamento individualizado. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 21(2), 571–572.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 Classificação internacional para a prática de enfermagem - Edição portuguesa - ordem dos enfermeiros – maio de 2016*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas. 8^a edn*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Acedido em 02-05-2019. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/how-to-cite.html>.
- Janaína, Victor; Marcos, Lopes; Lorena, X. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender, 18(3), 235–240.
- Meneses de Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91–95. Acedido em 22-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
- Ministério da Saúde. (2011). *Estratégias para a saúde IV . Objectivos para o sistema de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Miranda, F., & Rocha, D. (2018). O uso do *Facebook* na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 12(2). Acedido em 05-05-2020. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i2.1331>
- Observatório Nacional da Diabetes. (2016). *Diabetes: factos e números 2015 – relatório anual*. Lisboa: Sociedade Portuguesa da Diabetologia.
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Parlamento Europeu. (2012). Acometer a epidemia de diabetes na UE: Resolução do parlamento europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na UE. *Jornal Oficial Da União Europeia*, 2911(2012), 47–52. Acedido 05-04-2019. Disponível em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:251E:0047>

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice.* (Seventh Edition ed). New Jersey: Pearson
- Regulamento nº 428/2018. Artigo 2º Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Diário da República. Série II (Nº 135-16 de julho de 2018), 19354 a 16359.
- Richardson, E., Nolte, E., & Zaletel, J. (2016). National diabetes plans in Europe.
- Santos, A. (2018). “ Conhecer a diabetes : Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas .”
- Sociedade Portuguesa de Diabetes. (2016). Diabetes: factos e números - o ano de - Relatório anual do observatório nacional da diabetes – edição de 2016.Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetes.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos Famílias e Indivíduos*. 4ª ed. Inglesa. Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Porto: Porto Ed.
- Teixeira, José A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. Recuperado em 18 de janeiro de 2018, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&tlng=pt.
- Tucker, J. L., Zoberi, K. A., Hooks-Anderson, D. R., Salas, J., & Scherrer, J. F. (2018). Race in Older but Not Younger Patients Associated With Greater Glycemic Burden in Primary Care Patients. *The Diabetes Educator*, 44(6), 549–557.Acedido em 25-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145721718805691>
- Tuomilhto, Jaakko, Lindstrom, Johan, Riksson, Timov, T. A., ... -Kiukaannjemi. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus By Changes in Lifestyle Among Subjects With Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343–1350. <https://doi.org/10.1056/NEJM200105033441801>
- UCC de Arruda dos Vinhos do ACES Estuário do Tejo (2019). Plano Anual de Ação. (não publicado).
- Vasquez,R. P. (2006). Comunicação de marca - Aportes da publicidade impressa na comunicação de identidade de marca (Tese de doutoramento). Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27154/tde-14082009-172723/publico/1669119.pdf>

WebCertain Group (2020). Webertas search and social report 2020. Acedido em: 10-04-2020. Disponível em: <https://blog.webcertain.com/how-does-facebook-usage-differ-around-the-world-in-2020/17/04/2020/>

Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V., & Grey, M. (2009). Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study. *Nursing research*, 58(1), 2–12. Acedido em 25-05-2019. Disponível: doi:10.1097/NNR.0b013e31818fcef3

World Health Organization (WHO), 2016. Global report on diabetes. ISBN 978 92 4 156525 7 (NLM classification: WK 810). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf acedido 10/02/2019

Zimmet, P., Alberti, K. G. M. M., & Serrano Ríos, M. (2005). A New International Diabetes Federation (IDF) Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome: the Rationale and the Results. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 58(12), 1371–1375. [https://doi.org/10.1016/S1885-5857\(06\)60742-1](https://doi.org/10.1016/S1885-5857(06)60742-1)

ANEXOS

Anexo 1- Ficha de “Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2”

ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.

1. Idade

- 0 p. Menos de 45 anos
2 p. 45-54 anos
3 p. 55-64 anos
4 p. Mais de 64 anos

2. Índice de Massa Corporal²⁰

- 0 p. Menos de 25 kg/m²
1 p. 25-30 kg/m²
3 p. Mais de 30 kg/m²

3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)

HOMENS

- 0 p. Menos de 94 cm
3 p. 94-102 cm
4 p. Mais de 102 cm

MULHERES

- 0 p. Menos de 80 cm
3 p. 80-88 cm
4 p. Mais de 88 cm

4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?

- 0 p. Sim
2 p. Não

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

- 0 p. Todos os dias
1 p. Às vezes

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicamentos para a Hipertensão Arterial?

- 0 p. Não
2 p. Sim

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

- 0 p. Não
5 p. Sim

8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

- 0 p. Não
3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?
5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

Nível de Risco total

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é: ☐

- < 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
7-11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
12-14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
> 20 Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

²⁰ Ver tabela em anexo.

Anexo 2- Questionário de "Disponibilidade para a mudança"

Anexo 4

Disponibilidade para a Mudança_questionário

A) Questões sobre “Interesse na mudança” (escala de 1-10):

1. Considera importante evitar que o seu **peso** aumente?
(colocar uma cruz na escala abaixo)

Nada importante
1 3 5 7 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Considera importante, neste momento, alterar o seu **estilo de vida** (alimentação, atividade física, hábitos tabágicos/consumo de álcool)?
(colocar uma cruz na escala abaixo)

Nada importante
1 3 5 7 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B) Avaliação do questionário/pontuação obtida:

1. Considerar como disponível para a mudança se foi avaliado com pontuação igual ou superior a 6 nas duas questões anteriores.
2. Em todos os outros casos, considerar como não disponível para a mudança.

Anexo 3 - Protocolo Comissão Ética da ARSLVT, IP

Exma. Senhora

Dr.ª Maria Eugénia Pedro

eugenia.pedro@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
7010/CES/2019

Data

Assunto: Prevenir a Diabetes Mellitus tipo 2 numa população em risco Intervenção de enfermagem comunitária.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo 4 - Declaração da Direção Executiva do AceS ET



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ACES Estuário do Tejo

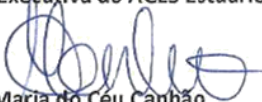
DECLARAÇÃO

Assunto: “Prevenir a Diabetes Mellitus tipo 2 numa população em risco – Intervenção de Enfermagem Comunitária”

Para os devidos efeitos, enquanto Diretora Executiva do AceS Estuário do Tejo, Dr.ª Maria do Céu Canhão, declaro que o ACeS Estuário do Tejo, na sua Unidade Funcional de Saúde - UCC de Arruda dos Vinhos, dispõe de condições logísticas e humanas que asseguram a realização do projeto de intervenção comunitária denominado **“Prevenir a Diabetes Mellitus tipo 2 numa população em risco – Intervenção de Enfermagem Comunitária”** em condições éticas adequadas, a realizar pela Enfermeira Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Alverca, 03 de Maio de 2019

A Diretora Executiva do ACES Estuário do Tejo



Maria do Céu Canhão

Agrupamento de Centros de Saúde Estuário do Tejo

Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira

Sede: Praça Sociedade. Filarmónica Recreio Alverquense, Edifício do Centro de Saúde de Alverca, nº 22 – 2615 – 042 Alverca do Ribatejo

Telefone: 219 579 760/6 | E-mail: aces.estuariotejo@arslvt.min-saude.pt

Anexo 5 - Declaração da Coordenadora da UCC



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, enquanto Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Arruda dos Vinhos, Enfermeira Chefe Carla Teresa Munhoz Pinheiro, com o número mecanográfico 14676 e portadora do Cartão do Cidadão n.º 9576134, válido até 23-04-2028, declaro que a UCC de Arruda dos Vinhos, tem disponibilidade, condições estruturais e logísticas que asseguram a realização do projeto de intervenção comunitária denominado **“Prevenir a Diabetes Mellitus tipo 2 numa população em risco – Intervenção de Enfermagem Comunitária”** em condições éticas adequadas a realizar pela Enfermeira Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Arruda dos Vinhos, 2 de maio de 2019

A Coordenadora da UCC de Arruda dos Vinhos

Carla Teresa Munhoz Pinheiro
Enf.ª Chefe – N.º Mecanográfico 14676
ARSLVT – ACeS Estuário do Tejo

**Anexo 6 - Autorização e Declaração do Responsável pelo Acesso à
Informação**

De: Maria Eugénia Ferreira Castro Pedro | USP Estuário do Tejo
Enviado: 29 de abril de 2019 23:50
Para: Maria Julieta Rocha Gaspar | Pres. CCS Estuário do Tejo
Cc: Maria do Céu da Cruz Canhão | ACES Estuário do Tejo - Direção Executiva
Assunto: Pedido de autorização ao RAI do ACeS Estuário do Tejo

Exma. Sr.ª Responsável pelo Acesso à Informação do ACeS Estuário do Tejo
Exma. Senhora Presidente do Conselho Clínico e de Saúde
Dr.ª Julieta Gaspar

No âmbito do Curso de Mestrado que estou a frequentar e do estágio que foi autorizado na UCC de Arruda dos Vinhos, tenho que realizar um projeto de intervenção comunitária, o qual precisa de autorização do Responsável do Acesso à Informação do ACeS. Neste contexto envio em anexo, um pedido de autorização para consulta e tratamento de dados nesse contexto

Desde já agradeço a sua atenção,
Cumprimentos Pessoais

Eugénia Pedro
USP - Unidade de Saúde Pública



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Re: Pedido de autorização ao RAI do ACeS Estuário do Tejo



Maria Julieta Rocha Gaspar | Pres. CCS Estuário do Tejo
ter 07-05, 10:43
Maria Eugénia Ferreira Castro Pedro | USP Estuário do Tejo ✉



Responder a todos | ▼

Bom dia Enf. Eugénia

Autorizo a consulta dos dados para efeitos do estudo proposto.

Com os melhores cumprimentos pessoais

Julieta Gaspar

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Estuário do Tejo
maria.joao@arslvt.min-saude.pt

Sede do ACES Estuário Tejo
Praça Sociedade Filarmónica de Recreio Alverquense nº22 2615-014 Telf. Secretariado - 219579760

Exma. Sr.^a Responsável pelo Acesso à Informação do ACeS Estuário do Tejo

Exma. Senhora Presidente do Conselho Clínico e de Saúde

Dr.^a Julieta Gaspar

Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro, no âmbito da realização do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem solicitar a Vossa Excelência, autorização para tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um projeto de intervenção comunitária no ACeS Estuário do Tejo, na UCC de Arruda dos Vinhos:

Título: Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco – Intervenção de Enfermagem Comunitária”

Orientador: Professora Cláudia Mariana Julião Bacatum

Orientadora local de estágio: Enfermeira Chefe Carla Munhoz

A finalidade deste projeto de intervenção comunitária: contribuir para prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2 das pessoas às quais foi aplicado a escala de avaliação de risco “*Finnish Diabetes Risk Core*”, inscritas no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos.

Desta **população**, será obtida uma **amostra não probabilística, intencional** das pessoas que apresentarem um risco de desenvolver DM 2 nos próximos 10 anos superior a 12 pontos e apresentem um IMC igual ou superior a 25, que aceitem participar no projeto.

Para este projeto de intervenção serão utilizados dados dos seguintes questionários para a recolha de informação:

- **Questionário** – “*Finnish Diabetes Risk Core*” presente no Processo Assistencial Integrado da Diabetes da DGS.
- **Questionário** – “Disponibilidade para a Mudança” presente no Processo Assistencial Integrado da Pré – Obesidade da DGS.

Para recolha e tratamentos dos dados de ambos os questionários será consultado o processo clínico no sistema de informação - SClinico do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos.

Na utilização dos dados serão respeitados:

- **Princípio da licitude, lealdade e transparência:** os dados pessoais serão objeto de um tratamento lícito, leal e transparente em relação ao titular dos dados;
- **Princípio da limitação das finalidades:** os dados pessoais são recolhidos apenas com a finalidade de serem utilizados para o projeto de intervenção referido;
- **Princípio da minimização dos dados:** os dados pessoais serão adequados, pertinentes e limitados ao que é necessário relativamente às finalidades para as quais são tratados;
- **Princípio da exatidão:** os dados pessoais serão ser exatos e atualizados sempre que necessário;
- **Princípio da limitação da conservação:** os dados pessoais serão conservados de uma forma que permita a identificação dos seus titulares apenas durante o período necessário para as finalidades para as quais são tratados, podendo ser conservados durante períodos mais longos em determinadas situações previstas no Regulamento;
- **Princípio da integridade e confidencialidade:** os dados pessoais serão tratados de uma forma que garanta a sua segurança, adotando as medidas técnicas ou organizativas adequadas.

Pede deferimento,

Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro

Arruda dos Vinhos, 1 Maio 2019

APÊNDICES

Apêndice 1- Revisão *Scoping*

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Intervenções de enfermagem na prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 em população adulta, com risco de desenvolver a doença: protocolo de revisão *scoping*

The nursing intervention on diabetes type 2 primary prevention on adults at risk of developing the disease: a *scoping revision protocol*

Objetivo: Identificar intervenções de enfermagem na prevenção de diabetes *mellitus* tipo 2 em população com risco

Questão: “Que intervenções de enfermagem na comunidade podem contribuir para a prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 na população em risco de desenvolver a doença?”

PCC

P (População) – Adultos, risco, diabetes *mellitus* tipo 2

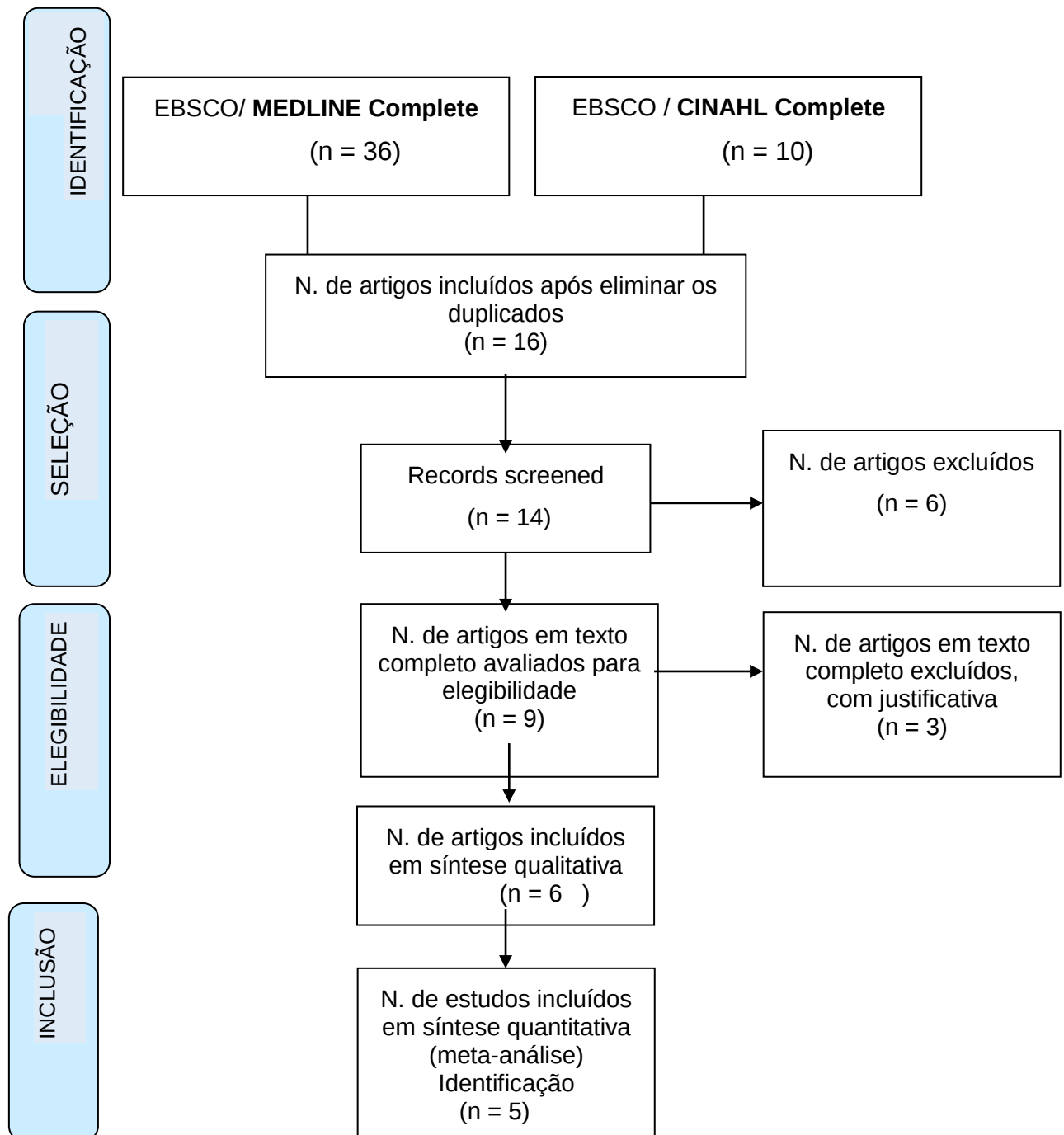
C (Conceito) – prevenção primária, intervenções, enfermeiros;

C (Contexto) – comunidade

Palavras-Chave: Adultos (*adult*); Intervenções (*Intervention*); Enfermeiros (*nurse*); Diabetes Mellitus , tipo 2 (*diabetes mellitus type 2*); Risco (*risk*); Prevenção (*primary prevention*); comunitária (*Community*)



PRISMA 2009 Flow Diagram



TERMOS		Resultados Nº	TERMOS		Resultados Nº
Naturais	Indexados (MEDLINE Mesh2018)		Naturais	Indexados (CINAHL Subject Headings)	
"Diabetes Mellitus type 2" S1	((MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus+") OR "diabetes mellitus type 2")	402,757	"Diabetes Mellitus type 2" S1	((MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus+") OR "diabetes mellitus type 2")	142,93
"Risk" S2	((MH "Risk Taking Behavior+") OR (MH "Attitude to Risk") OR (MH "Risk Assessment") OR "risk")	2,350,835	"Risk" S2	(MH "Risk Taking Behavior+") OR (MH "Attitude to Risk") OR (MH "Risk Assessment") OR "risk"	763,143
"Interventions" S3	((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Early Intervention+") OR "interventions")	366,003	Interventions" S3	(MH "Nursing Interventions") OR (MH "Early Intervention+") OR "interventions"	199,437
"Adult" S4	(MM "Adult") OR "adult"	5,348,604	" Adult" S4	(MM "Adult") OR "adult"	1,096,453
"Primary Prevention" S5	(MH "Preventive Health Care+") OR "primary prevention"	77,998	Primary Prevention" S5	(MH "Preventive Health Care+") OR "primary prevention"	39,576
"nurs*" S6	"nurse*"	176,610	"nurse" S7	"nurse"	204,443
"community " S7	"community" OR (MH "Community Health Nursing+") OR (MH "Community Health Planning") OR (MH "Nurses, Community Health")	675,166	"community" S6	"community" OR (MH "Community Health Nursing+") OR (MH "Community Health Planning") OR (MH "Nurses, Community Health") OR (MH "Health	263,513
S8	S3 OR S6	534,121	S8	S3 OR S6	394,871
S9	S5 AND S8	10,571	S9	S5 AND S8	6,497
S10	S1 AND S2	98,695	S10	S1 AND S2	43,154
S11	S4 AND S10	39,548	S11	S4 AND S10	13,484
S12	S9 AND S11	126	S12	S9 AND S11	54
S13	S7 AND S12	36	S13	S7 AND S12	10

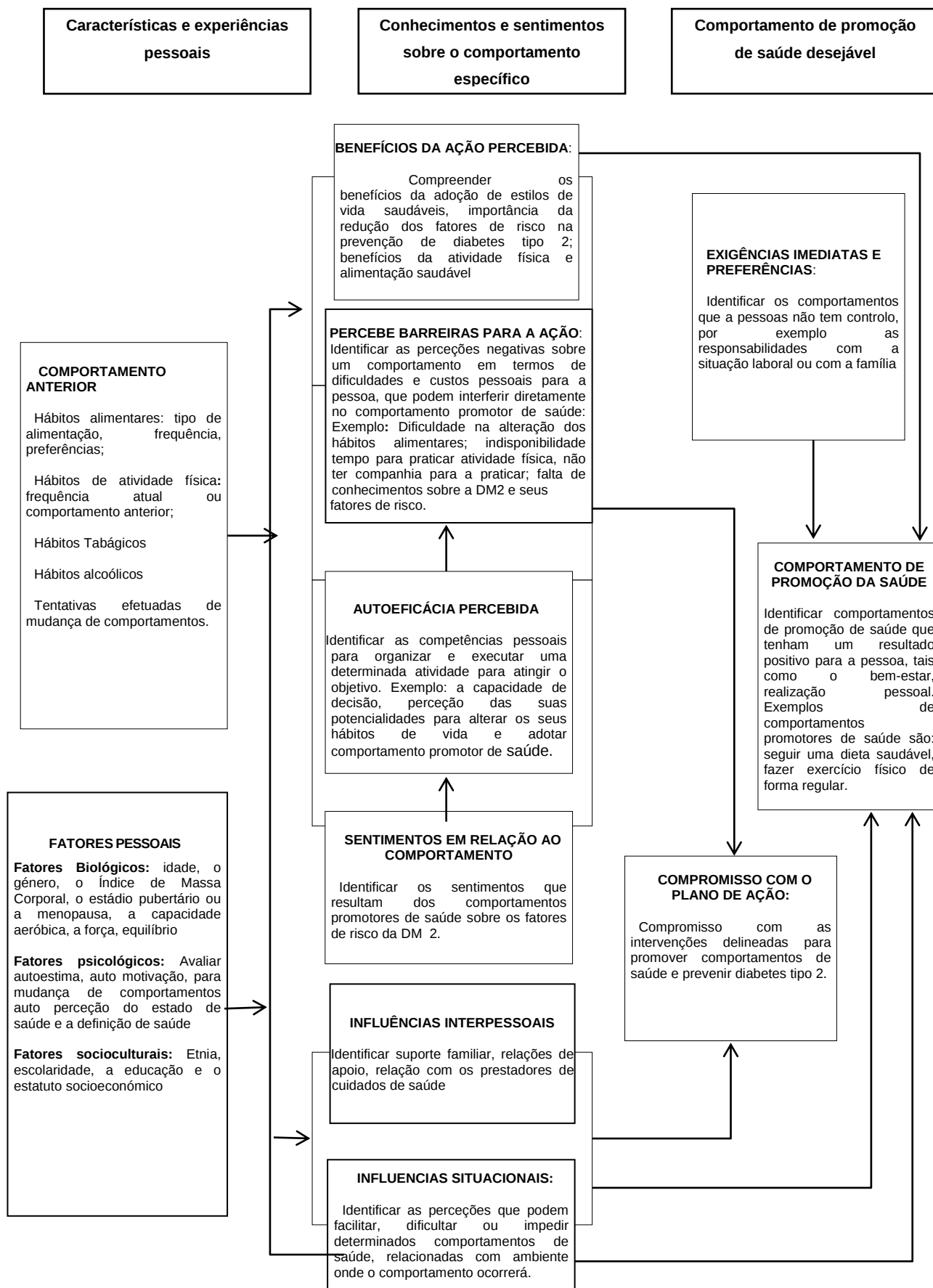
Título do artigo autor/ano de publicação/país de origem	Tipo de estudo/ Finalidade	Participantes/metodologia	Intervenção	Resultados/conclusão
<i>“Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study”</i> Robin Whittemore, Gail Melkus, Julie Wagner, Veronika Northrup, James Dziura, Margaret Grey. 2009 Estados Unidos	Ensaio clínico prospectivo, com randomização com dois grupos. Analisar os resultados da implementação e a eficácia de um programa de estilo de vida de 6 meses implementado em contexto de cuidados primários, por profissionais de enfermagem para adultos em risco para diabetes tipo 2.	Amostra de 58 adultos com risco de diabetes tipo 2 (31 tratamento e 27 controlo) Consideradas em risco, se eles tinham excesso de peso ou obesos (IMC ≥ 25 kg / m²) e idade superior a 65 anos. Adultos com idade inferior a 65 anos ou com sobrepeso ou obesos também foram considerados em situação de risco se tivessem qualquer outro fator de risco para diabetes tipo 2 (história familiar de diabetes tipo 2, história de diabetes gestacional, de um grupo étnico em alta risco para diabetes tipo 2, hipertensão, ou anomalias de lípidos e triglicérides).	Um programa cuidados padrão de (1 intervenção de enfermagem e 1 sessão de nutrição) ou um programa mudança de estilo de vida (6 intervenção de enfermagem). Todos os participantes (independentemente de atribuição de grupo) receberam informação de prevenção de diabetes, com duração de 20 a 30 minutos em sessão individual com o seu enfermeiro, sobre a importância de um estilo de vida saudável para a prevenção do diabetes tipo 2, e uma 45 minutos de sessão individual com nutricionista. Foram motivados a seguir uma dieta saudável (calorias limite, gordura e alimentos processados); a perder 5-7% do seu peso inicial através de dieta e exercício físico; e aumentar o seu exercício, gradualmente, com um objetivo de pelo menos 30 minutos de exercício (por exemplo, a pé) 5 dias por semana. No programa de mudança de estilo de vida mudança, As metas foram idênticas, mas com uma abordagem mais dirigida:(a) educação culturalmente relevante sobre nutrição, exercícios e prevenção de diabetes tipo 2; (B) apoio comportamental para identificar de forma colaborativa objetivos estilo de vida de mudança e barreiras de resolução de problemas para mudar; e (c) entrevista motivacional quando os participantes foram incapazes de atingir as metas de estilo de vida.	Melhoria em ambos os grupos para nutrição e exercício físico. Participantes do programa de estilo de vida tendências demonstradas para melhor lipoproteína de alta densidade (HDL), bem como o comportamento de exercício. Vinte cinco por cento dos participantes do estilo de vida atingiram a meta de 5% de perda de peso em comparação com 11% dos participantes do tratamento padrão.
<i>“Reduction in Incidence of Type 2 Diabetes by Lifestyle Intervention in a Middle Eastern Community”</i> Hadi Harati Farzad Hadaegh, Amir Abbas Momenan,	Teste controlado por cluster, uma coorte prospectiva de base populacional Tem como objetivo avaliar o efeito da modificação do estilo de vida sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes	3098 e 5114 indivíduos em grupos de intervenção e controle, respetivamente (idade média de 43 anos), participaram da linha de base exame em 1999-2001. Entre esses indivíduos, um total de 1754 e 2993 indivíduos na intervenção e grupos de controlo, respetivamente (58%), completaram um exame de acompanhamento em 2002-2005. Intervenções visaram estilo de vida, através de prevenções primárias para melhorar o padrão alimentar, aumentando os níveis de atividade física, e redução tabagismo.	A intervenção do estudo envolveu melhora na dieta, aumento no nível de atividade física e redução do tabagismo por meio de entrevistas educativas, palestras e publicações.	Intervenção estilo de vida resultou em uma diminuição significativa na incidência de diabetes tipo 2 e um melhor controlo dos fatores de risco das DNT em um cenário de base populacional. No presente estudo, a proporção de participantes com sobrepeso e obesos, que conseguiu perder 5% do seu peso real duas vezes maior no grupo de intervenção do que no grupo controle. Ser capaz de atender uma das metas de estilo de vida a nível da

Laleh Ghanei, Mohammad Reza Bozorgmanesh, Arash Ghanbarian, Parvin Mirmiran, Fereidoun Azizi, 2010 Irão	tipo 2 em nível comunitário.			população, o fato A perda de mais de 5% do peso corporal, pode diminuir a incidência cumulativa de diabetes em 20% O programa geral estilo de vida modificação foi eficaz na redução dos principais fatores de risco de diabetes modificáveis, tinha um efeito favorável sobre a redução de peso em indivíduos com excesso de peso e obesos, e resultou numa redução de 65% na incidência de diabetes em homens e mulheres.
<i>“Rationale, design, and baseline characteristics of a community-based comparative effectiveness trial to prevent type 2 diabetes in economically disadvantaged adults: The RAPID Study”</i> Ronald T. Ackermann, Emily A. Finch, Karen K. Schmidt, Helena M. Hoen, Laura M. Hays, David G. Marrero, Chandan Saha, 2013 Estados Unidos	Estudo randomizado de base comunitária para um de dois grupos Prevenir o aumento da Diabetes (RAPID) é um estudo randomizado de base comunitária para avaliar os custos comparativos e eficácia de uma adaptação baseada em grupo da intervenção estilo de vida DPP (ensaio clínico do Diabetes Prevention Program)	Adultos provenientes de cuidados primários com IMC igual ou superior 24 kg /m2 e metabolismo anormal da glicose (5,7 HbA1c - 6,9% ou de glucose no plasma em jejum 100 - 125 mg / dL). 509 participantes.	Os participantes foram randomizados para um de dois grupos: aconselhamento clínico padrão, com acesso gratuito a uma adaptação baseada em grupo do DPP, contra aconselhamento clínico padrão sozinho, por um período de 24 meses. A intervenção foi baseada na abordagem DPP e envolve uma estrutura de definição de metas, auto-monitorização e problema centrado na pessoa para conseguir a perda de peso (redução de 5-7% da linha de base) através de combinação de atividade física moderada (150 min por semana equivalente a caminhada) e menor consumo de gordura e consumo de calorias	Concebido exclusivamente para estudar a eficácia de uma adaptação baseada em grupo do DPP entre uma população em grande parte carentes e vulneráveis, de alto risco.
<i>“Lifestyle interventions in preventing new type 2 diabetes in Asian populations”</i> Pietro Amedeo Modesti, Giorgio Galanti, Piergiuseppe Cala, Maria Calabrese 2016 Itália	Meta- análise de estudos randomizados ensaios clínicos controlados (RCT) realizados em populações asiáticas O objetivo deste estudo foi revisar a evidência atual sobre estudos de intervenção que visam a prevenção de diabetes tipo 2 em população asiática com intervenções de estilo de vida.	A meta-análise seguiu a PRISMA <i>Checklist</i>. Oito estudos clínicos randomizados controlados avaliou a dieta e as intervenções de atividade física em adultos. Os oito estudos clínicos prospectivos randomizados incluem uma população de 2721 indivíduos asiáticos com alto risco para DM2, baseados em um <i>status</i> de alto risco definido pelo teste de sangue	PUBMED e EMBASE foram sistematicamente procurados ensaios clínicos controlados randomizados que investigaram o efeito das intervenções no estilo de vida na prevenção do novo DM2	Revisão identificou três questões a serem consideradas nos cuidados primários: (1) origem étnica é um elemento importante para a avaliação de risco de futuro DM2, e cortes de diagnóstico de sobrepeso têm que ser considerados na prática geral; (2) intervenções no estilo de vida são particularmente importantes para reduzir o futuro incidência de DM2 na população asiática que vive na Europa; (3) a abordagem a indivíduos de alto risco individuais seguida em ensaios clínicos randomizados é eficaz, apesar de existirem limitações quando levada a cabo em grupos minoritários.

<i>“Long-Term Effectiveness of a Lifestyle Intervention for the Primary Prevention of Type 2 Diabetes in a Low Socio-Economic Community – An Intervention Follow-Up Study on Reunion Island”</i> Adrian Fianu, Léa Bourse, Nadège Naty, Nathalie Le Moullec, Benoît Lepage, Thierry Lang, François Favier. 2016 França – Ilha Reunião	Estudo de intervenção versus controlo para prevenção (2001-2002). O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção de estilo de vida combinado com o objetivo de controlar o peso corporal e a circunferência da cintura em adultos não-diabéticos, com excesso de peso /obesidade com condições socioeconómicas baixas.	A população-alvo elegível para o ensaio de intervenção no estilo de vida foi composta por homens e mulheres (não grávidas), com idade entre 18 e 40 anos, sem doença grave nem deficiência incompatível com atividade física, rastreados pela equipa médica como sujeitos de alto risco. Este status foi baseado em combinação de fatores de risco: obesidade total (IMC 30 kg / m²) ou sobrepeso (25 IMC <30 kg / m²) associado a pelo menos um fator de risco secundário ou obesidade central (100 cm para homens, 90 cm para mulheres). Os fatores de risco secundários foram: tratados ou triagem de pressão arterial elevada (140/90 mmHg), hemoglobina glicosilada elevada A1c (HbA1c = 5,5% -5,9% [22]), história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau e para mulheres com história pessoal de diabetes gestacional e / ou ter um filho cujo peso ao nascer tenha sido maior ou igual a quatro kg. População: 445 adultos	O programa de redução de peso implementado no grupo de ação durou aproximadamente um ano. Nesta intervenção envolveram três categorias de ação em saúde: I - fortalecimento de indivíduos (triagem em casa para os fatores de risco da DM2, entrega imediata de informações médicas e diretrizes para pessoas de alto risco, aumentando a auto-estima com grupos de apoio, aprendendo por prática em oficinas); II- fortalecimento da comunidade (educação pelos pares, implicação dos participantes na intervenção processo, uso de rede local associativa, visando uma dinâmica de grupo, lidando com contexto linguístico e dificuldades de expressão); III- melhorar as condições de vida (sala de intervenção aberta com horários acessíveis e acolhimento de crianças, facilitação da caminhada urbana, melhoria da oferta local de alimentos). No grupo de controlo, os indivíduos de alto risco receberam informações médicas e aconselhamento nutricional (escrito / oral) logo após a triagem.	A perda de peso, redução IMC e redução da circunferência da cintura foram mais frequentes no grupo de ação comparado com o grupo de controlo. No contexto de comunidades socioeconómicas baixas, os resultados apoiam a suposição que a longo prazo o efeito de intervenções de estilo de vida visando a obesidade total e obesidade central, como dois principais condutores de diabetes tipo 2.
--	---	--	---	---

Apêndice 2 - Modelo de promoção da saúde de Nola Pender

Modelo de Promoção de Saúde



**Apêndice 3 - Resultados da aplicação do questionário “
Avaliação de Risco de DM2”**

Resultados da aplicação do Questionário “ Avaliação de Risco de DM2”

Tabela 1

Caraterização da população segundo o nível de risco de desenvolver DM2 a 10 anos

Grau de Risco de DM2		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Baixo	8	8,2	8,2	8,2
	Sensivelmente Elevado	36	36,7	36,7	44,9
	Moderado	22	22,4	22,4	67,3
	Alto	30	30,6	30,6	98,0
	Muito Alto	2	2,0	2,0	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 2

Caracterização da população segundo o sexo

Sexo		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Homem	19	19,4	19,4	19,4
	Mulher	79	80,6	80,6	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 3.

Caracterização da população segundo grupo etário

Idade		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Menos de 45 anos	17	17,3	17,3	17,3
	45-54 anos	31	31,6	31,6	49,0
	55-64 anos	20	20,4	20,4	69,4
	Mais de 64 anos	30	30,6	30,6	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 4

Caracterização da população segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Índice menor de 25	22	22,4	22,4	22,4
	25-30kg/m ²	41	41,8	41,8	64,3
	Mais de 30kg/m ²	35	35,7	35,7	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 5.

Caracterização da população do sexo masculino segundo o perímetro da cintura

Perímetro da cintura (H)		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Menos de 94 cm	3	3,1	16,7	16,7
	94-102 cm	6	6,1	33,3	50,0
	Mais de 102 cm	9	9,2	50,0	100,0
	Total	18	18,4	100,0	
Omisso	Sistema	80	81,6		
Total		98	100,0		

Tabela 6

Caracterização da população do sexo feminino segundo o perímetro da cintura

Perímetro da cintura (M)		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Menos de 80 cm	13	13,3	16,3	16,3
	80-88 cm	17	17,3	21,3	37,5
	Mais de 88 cm	50	51,0	62,5	100,0
	Total	80	81,6	100,0	
Omisso	Sistema	18	18,4		
Total		98	100,0		

Tabela 7

Caracterização da população segundo a frequência da prática de atividade física durante 30 minutos por dia

Atividade física 30 min/dia		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	44	44,9	44,9	44,9
	Não	54	55,1	55,1	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 8

Caracterização da população segundo a regularidade de ingestão de fruta e vegetais diariamente

Ingestão de vegetais ou fruta diária		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Todos os dias	86	87,8	87,8	87,8
	Às vezes	12	12,2	12,2	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 9

Caracterização da população segundo a realização da terapêutica anti-hipertensora

Terapêutica anti-hipertensora		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	64	65,3	65,3	65,3
	Sim	34	34,7	34,7	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 10

Caracterização da população segundo a referência a episódio anterior de hiperglicémia

Episódio anterior de hiperglicémia		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	86	87,8	87,8	87,8
	Sim	12	12,2	12,2	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Tabela 11

Caracterização da população segundo história familiar de Diabetes *Mellitus*

Familiares com Diabetes Mellitus		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	42	42,9	42,9	42,9
	Sim: avós, tias, tios ou primos 1ºgrau	17	17,3	17,3	60,2
	Sim: pais, irmãos ou filhos	39	39,8	39,8	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Apêndice 4 - Reunião com equipa de profissionais do CSAV

PLANO DE SESSÃO Apresentação dos resultados			
Data de Realização	27 de Setembro 2020		
Identificação da Ação	Destinatários: Equipa de enfermagem e médicos de família do CSAV Duração da ação: 45 minutos Horário: 14 horas Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos Formador: Mestranda Maria Pedro		
Objetivo geral	Estabelecer parceria com profissionais da UCSP		
Objetivos específicos	Apresentar projeto “Prevenir a DM2 numa população em risco: Intervenção de enfermagem comunitária” Validar protocolo e fluxograma de intervenção.		
Etapas	Conteúdo	Métodos/ Duração	Recursos
Introdução	- Apresentação - Introdução ao tema; - Enquadramento do projeto e sua finalidade	Expositivo 5 min.	Formador <i>PowerPoint</i>
Desenvolvimento	- Caracterização sociodemográfica da população da amostra - Apresentação dos resultados da “Ficha de avaliação de risco de DM2 “ - Discussão dos resultados obtidos - Apresentação e validação do protocolo e fluxograma de intervenção	Expositivo Interativo 20 min.	Formador PowerPoint Pastas com Protocolo
Conclusão/ Síntese	- Discussão da parceria da equipa multidisciplinar na operacionalização do projeto	Expositivo Interativo 20 min.	Formador <i>PowerPoint</i>

Apêndice 5 - Estratégias de intervenção

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco:

Intervenção de enfermagem comunitária

METODOLOGIA

A finalidade deste projeto de intervenção comunitária é contribuir para a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo 2.

População: Das 98 pessoas, às quais foi aplicado a escala “*Finnish Diabetes Risk Core*”, questionário de avaliação de risco de desenvolver Diabetes *Mellitus* tipo 2 a 10 anos, de acordo com o preconizado no Processo Assistencial Integrado da Diabetes da DGS, na semana de 1 a 7 de Abril de 2019, no âmbito da Comemoração do 2º Aniversário de Unidade Móvel de Saúde do Concelho de Arruda dos Vinhos, identificou-se:

- 22 pessoas com risco moderado de desenvolver diabetes
- 32 pessoas com risco alto a muito alto

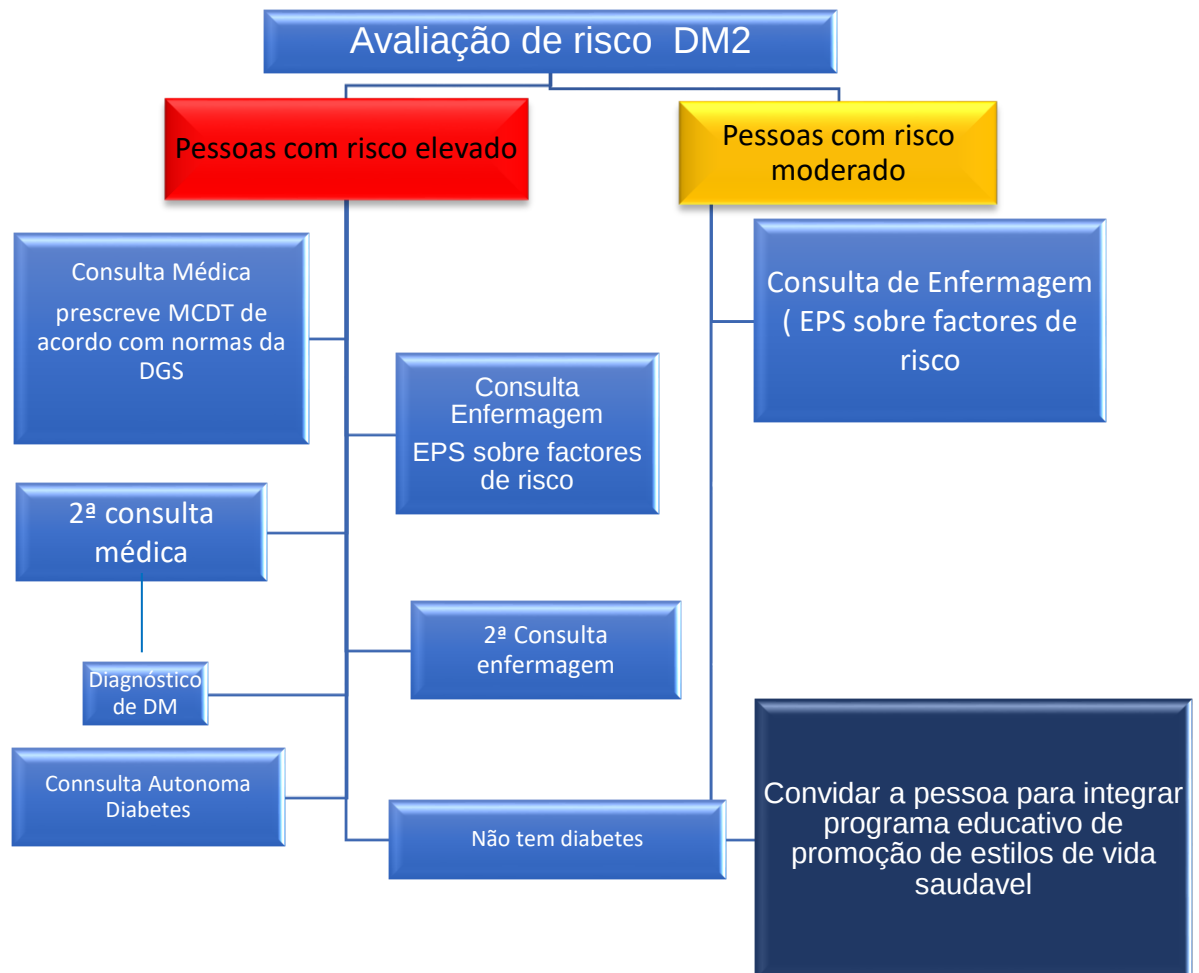
A estas pessoas identificadas com risco acrescido de desenvolver diabetes, propõe-se intervir de acordo com o preconizado no Processo Assistencial para a Diabetes (PAI), que recomenda que a todas as pessoas identificadas com risco de desenvolver diabetes, a equipa multidisciplinar, nomeadamente, a enfermagem deve planear intervenções de educação para a saúde (EPS), avaliação e monitorização dos fatores de risco identificados, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos.

Nesta intervenção, será apresentado o projeto de intervenção convidando as pessoas a participarem de forma livre e esclarecida.

Posteriormente, às pessoas que aceitem integrar o projeto, será aplicado o questionário “ **Disponibilidade para a Mudança**” presente no Processo Assistencial Integrado da Pré – Obesidade da DGS.(Saúde, 2015). Este questionário é constituído por duas questões, relacionadas com o interesse na mudança, no qual avalia a pessoa quanto à disponibilidade para a mudança de comportamento alimentar e estilos de vida e um questionário de caracterização sociodemográfica.

Título	Protocolo de seguimento após aplicação da escala de avaliação de risco a 10 anos –“ <i>Finish Diabetes Risks Core</i> ”
Finalidade	Contribuir para a prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
Objetivo	Intervenção para prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 tendo como objectivo incentivar os participantes a adoptar e manter estilos de vida saudável
População	Das 98 pessoas, às quais foi aplicado a escala “<i>Finnish Diabetes Risk Core</i>”, questionário de avaliação de risco de desenvolver Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 a 10 anos, na semana de 1 a 7 de Abril de 2019, no âmbito da Comemoração do 2º Aniversário de Unidade Móvel de Saúde do Concelho de Arruda dos Vinhos, identificou-se: • 22 com risco moderado • 30 risco alto • 2 risco muito alto de desenvolver diabetes no período temporal a 10 anos.
Metodologia	1. Contatar as pessoas identificadas com risco moderado a muito alto de desenvolver diabetes, para realização de consulta de enfermagem e/ou médica (de acordo com o preconizado no PAI (ver fluxograma); 2. Nas pessoas identificadas, nas quais não se confirme o diagnóstico de diabetes: convidar para integrar programa educativo de promoção de comportamentos saudáveis; 3. Encaminhar para responsável pelo projeto de intervenção em pessoas de risco de desenvolver DM2
Calendarização	As 1ªas consultas devem ser realizadas preferencialmente até 30 outubro 2020.

FLUXOGRAMA



Estratégias de intervenção
Avaliação do risco a 10 anos (pontuação)

< 7	12 a 14	>15
• Reavaliação a 3 anos	• Educação para a saúde • Avaliação e correcção de factores de risco • Anual	• Consulta de enfermagem (EPS e FR) • Consulta médica (pedido de glicemia jejum (se menor 126mg/dl –PTGO • Correção fatores de risco • Alimentação • Exercício físico • Cessação tabágica • 60 dias imediatos

O risco de vir a ter Diabetes tipo 2 dentro de 10 Anos:

< de 7 pontos: Baixo - 1 em 100 pessoas desenvolverá a doença; 7 a 11 pontos: Sensivelmente elevado - 1 em 25 pessoas desenvolverá a doença;
12 a 14 pontos: Moderado - 1 em 6 pessoas desenvolverá a doença;
15 a 20 pontos: Alto - 1 em 3 pessoas desenvolverá a doença; > 20 pontos: Muito Alto - 1 em 2 pessoas desenvolverá a doença.

Fonte: Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DGS, 2013)

Apêndice 6 - Questionário de caracterização sociodemográfica

QUESTIONÁRIO

Nº

Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco:
intervenção de enfermagem comunitária.

DATA: / / 2019

1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade (anos) _____

Sexo

- ☐ Masculino
☐ Feminino

Estado civil

- ☐ Solteiro
☐ Casado
☐ Viúvo
☐ Divorciado
☐ União de facto
☐ Separado

Escolaridade

- ☐ 1º Ciclo básico
☐ 2º Ciclo básico
☐ 3º Ciclo básico
☐ Ensino secundário (até ao 12º ano)
☐ Ensino superior (bachelorato, licenciatura, pós-licenciatura, mestrado)
☐ Doutoramento
☐ Não sabe ler nem escrever

Atividade profissional

- ☐ Ativo
☐ Desempregado
☐ Reformado

Familiars com diagnóstico de diabetes *mellitus*

- ☐ Não
☐ Sim Grau de parentesco _____

2 - DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso (kg)

Estatura (cm)

IMC (Kg/m²)

Perímetro Cintura (cm)

3 - CARACTERIZAÇÃO ESTILOS DE VIDA

Hábitos alimentares

Quantas refeições faz por dia?

- ☐ Menos de 3 refeições por dia
- ☐ 3 a 5 refeições
- ☐ 6 ou mais refeições

Frequência de ingestão de legumes

- ☐ Diariamente Frequência diária
- ☐ Semanalmente Frequência semanal
- ☐ Nunca

Frequência de ingestão de fruta

- ☐ Diariamente Frequência diária
- ☐ Semanalmente Frequência semanal
- ☐ Nunca

Hábitos de atividade física

Frequência prática de atividade física

- ☐ Não pratico atividade física
- ☐ Diariamente Duração (min.)
- ☐ Semanalmente Frequência semanal Duração (min.)

Se pratica atividade física, qual o tipo? _____

Hábitos tabágicos

Fuma atualmente?

Não ☐ Sim ☐

Ano início de consumo Nº de cigarros por dia _____

Hábitos alcoólicos

Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- ☐ nunca
- ☐ uma vez por mês ou menos
- ☐ duas a quatro vezes por mês
- ☐ duas a três vezes por semana
- ☐ quatro ou mais vezes por semana

Apêndice 7 - Modelo de consentimento informado

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

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do projeto: “Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco – Intervenção de Enfermagem Comunitária ”

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Sr.^a. Professora Cláudia Julião Bacatum. A realização deste estudo pretende contribuir para a prevenção da Diabetes *Mellitus* Tipo 2 na população com risco de desenvolver a doença.

Explicação do projeto: Para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um formulário, que será preenchido por mim, na presença do participante. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativos aos comportamentos dos estilos de vida e à motivação para a sua mudança. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente 15 minutos.

Condições e financiamento: A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer influência no atendimento desta unidade e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de carácter científico mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.

Maria Eugénia Ferreira de Castro Pedro, estudante mestrado de enfermagem comunitária,
Telemóvel: 962724837 correio eletrónico: mariapedro@campus.esel.pt,

Assinatura da investigadora:
.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura do participante: Data:
/..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice 8 - Critérios de avaliação e medida das variáveis

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDA DAS VARIÁVEIS

Avaliação do peso: realizar, sequencialmente, duas medições (solicitando à pessoa que saia e volte a subir para a balança, na segunda avaliação) registrando cada medição em quilogramas até à primeira casa decimal e calcular a média aritmética;

Avaliação da estatura: realizar, sequencialmente, duas medições registrando cada medição até ao mais próximo valor de 0,1cm e calcular a média aritmética;

Avaliação do perímetro de cintura: realizar duas medições, retirando totalmente a fita métrica após a primeira avaliação e recolocando-a, registar cada medição até ao mais próximo 0,1 cm, isto é, a última linha que realmente se consiga observar, em cada medição e calcular a média aritmética.

Avaliação do IMC: será calculado através do peso (Kg)/ (estatura em cm)², utilizando a tabela de avaliação do índice de massa corporal da DGS.

.

**Apêndice 9 - Plano de Informatização do Questionário “
Avaliação de Risco DM2”**

Variável			
Nome	Valores	Tipo	Tipo de variável
Idade	0: Menos de 45 anos 2: 45-54 anos 3: 55-64 anos 4: Mais de 64 anos	Quantitativa	Ordinal
IMC	0: Menos de 25kg/m ² 1: 25-30kg/m ² 2: Mais de 30kg/m ²	Quantitativa	Ordinal
Medida de cintura		Quantitativa	Ordinal
Atividade física pelo menos 30 minutos por dia	0: Sim 2: Não	Qualitativa	Nominal
Ingestão de vegetais e/ou fruta	0: Todos os dias 1: Às vezes	Qualitativa	Nominal
Medicação para a Hipertensão Arterial	0: Não 2: Sim	Qualitativa	Nominal
Episódio anterior açúcar elevado no sangue	0: Não 5: Sim	Qualitativa	Nominal
Familiares próximos com diagnóstico de diabetes	0: Não 3: Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau 5: pais, irmãos ou filhos	Qualitativa	Nominal

Apêndice 10 - Caraterização da amostra

Tratamento de dados

Caraterização sociodemográfica da amostra

Tabela 1

Caracterização da amostra segundo o grau de risco de desenvolver DM2

Grau de risco de DM2		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Moderado	7	38,9	38,9	38,9
	Alto	11	61,1	61,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 2

Caracterização da amostra segundo a pontuação de risco de desenvolver DM2

Pontuação de risco de DM2		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	12	3	15,8	15,8	15,8
	13	1	5,3	5,3	21,1
	14	4	21,1	21,1	42,1
	15	1	5,3	5,3	47,4
	16	3	15,8	15,8	63,2
	17	2	10,5	10,5	73,7
	18	3	15,8	15,8	89,5
	20	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Tabela 3

Caracterização da amostra segundo faixas etárias

Idade		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Menos de 45 anos	1	5,6	5,6	5,6
	45-54 anos	4	22,2	22,2	27,8
	55-64 anos	4	22,2	22,2	50,0
	Mais de 64 anos	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 4

Medidas de tendência central e dispersão da amostra relativas à variável idade

Idade em anos		
N	Válido	18
	Omisso	0
Média		61,39
Mediana		64,00
Modo		65 ^a
Erro Desvio		11,105
Mínimo		37
Máximo		77

a. Há vários modos. O menor valor é mostrado.

Tabela 5

Caracterização da amostra segundo o sexo

Sexo		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Homem	4	22,2	22,2	22,2
	Mulher	14	77,8	77,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 6

Caracterização da amostra segundo o estado civil

Estado civil		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Casado	14	77,8	77,8	77,8
	Viúvo	2	11,1	11,1	88,9
	Divorciado	1	5,6	5,6	94,4
	União de facto	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 7

Caracterização da amostra segundo a escolaridade

Escolaridade		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1º ciclo	5	27,8	27,8	27,8
	2º ciclo	3	16,7	16,7	44,4
	3º ciclo	6	33,3	33,3	77,8
	Ensino secundário	3	16,7	16,7	94,4
	Ensino superior	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 8

Caracterização da amostra segundo a atividade profissional

Atividade profissional		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Ativo	7	38,9	38,9	38,9
	Reformado	11	61,1	61,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 9

Caracterização da amostra segundo a toma de medicação para a hipertensão arterial

		Frequência		Percentagem	Percentagem
			Percentagem	válida	acumulativa
Válido	Não	9	50,0	50,0	50,0
	Sim	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 10

Caracterização da amostra segundo a existência de episódio anterior de açúcar elevado no sangue

		Frequência		Percentagem	Percentagem
			Percentagem	válida	acumulativa
Válido	Não	15	83,3	83,3	83,3
	Sim	3	16,7	16,7	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 11Caracterização da amostra segundo história familiar de Diabetes *Mellitus*

Famíliares com Diabetes <i>Mellitus</i>		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	7	38,9	38,9	38,9
	Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau	3	16,7	16,7	55,6
	Sim: pais, irmãos ou filhos	8	44,4	44,4	100,0
Total		18	100,0	100,0	

Tabela 12 Caracterização da amostra segundo o peso inicial

Peso inicial		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	59,00	1	5,6	5,6	5,6
	63,00	1	5,6	5,6	11,1
	72,00	1	5,6	5,6	16,7
	72,60	1	5,6	5,6	22,2
	74,00	1	5,6	5,6	27,8
	74,70	1	5,6	5,6	33,3
	77,90	1	5,6	5,6	38,9
	78,00	1	5,6	5,6	44,4
	78,30	1	5,6	5,6	50,0
	80,00	1	5,6	5,6	55,6
	82,00	1	5,6	5,6	61,1
	84,00	1	5,6	5,6	66,7
	84,20	1	5,6	5,6	72,2
	85,00	1	5,6	5,6	77,8
	89,00	1	5,6	5,6	83,3
	93,00	1	5,6	5,6	88,9
	94,00	1	5,6	5,6	94,4
	101,00	1	5,6	5,6	100,0
Total		18	100,0	100,0	

Tabela 13

Caracterização da amostra segundo o IMC

IMC		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	25-30kg/m ²	4	22,2	22,2	22,2
	Mais de 30kg/m ²	14	77,8	77,8	100,0
Total		18	100,0	100,0	

Tabela 14

Caracterização da amostra segundo perímetro de cintura do sexo masculino

Perímetro de cintura		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	mais 102 cm	2	11,1	100,0	100,0
Omisso	Sistema	16	88,9		
Total		18	100,0		

Tabela 15

Caracterização da amostra do sexo feminino segundo o perímetro de cintura

Perímetro de cintura		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	80-88 cm	4	22,2	26,7	26,7
	mais de 88 cm	11	61,1	73,3	100,0
	Total	15	83,3	100,0	
Omisso	Sistema	3	16,7		
Total		18	100,0		

Tabela 16

Caracterização da amostra segundo o número de refeições por dia

Nº refeições/dia		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Menos de 3 refeições por dia	1	5,6	5,6	5,6
	3 a 5 refeições	15	83,3	83,3	88,9
	5 ou mais refeições	2	11,1	11,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela17

Caracterização da amostra segundo a frequência de ingestão de legumes

Frequência de ingestão de legumes		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Diariamente	11	61,1	61,1	61,1
	Semanalmente	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela18

Caracterização da amostra segundo a frequência de ingestão de fruta

Frequência de ingestão de fruta		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Diariamente	17	94,4	94,4	94,4
	Semanalmente	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 19

Caracterização da amostra segundo a frequência da atividade física

Frequência atividade física		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não pratica	8	44,4	44,4	44,4
	Diariamente	5	27,8	27,8	72,2
	Semanalmente	5	27,8	27,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 20

Caracterização da amostra segundo a realização da atividade física de 30 min por dia

Atividade física 30 min/dia		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	5	27,8	27,8	27,8
	Não	13	72,2	72,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 21

Caracterização da amostra segundo hábitos tabágicos

Hábitos tabágicos		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	16	88,9	88,9	88,9
	Sim	2	11,1	11,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 22

Caracterização da amostra segundo hábitos alcoólicos

Hábitos alcoólicos		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	8	44,4	44,4	44,4
	Uma vez por mês ou menos	1	5,6	5,6	50,0
	Duas a quatro vezes por mês	3	16,7	16,7	66,7
	Duas a três vezes por semana	2	11,1	11,1	77,8
	Quatro ou mais vezes por semana	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 23

Caraterização da amostra segundo a importância que atribuem em evitar que o seu peso aumente

Importância em evitar o aumento de peso		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Muito importante	18	100,0	100,0	100,0

Tabela 24

Caraterização da amostra segundo a importância que atribuem em alterar o estilo de vida (alimentação e atividade física) neste momento

Importância alterar estilos de vida		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Indiferente	1	5,6	5,6	5,6
	Importante	4	22,2	22,2	27,8
	Muito Importante	13	72,2	72,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 25

Caraterização da amostra segundo a disponibilidade para a mudança

Disponibilidade para a mudança		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Disponível para mudança	18	100,0	100,0	100,0

- ☐ Diariamente Frequência diária
- ☐ Semanalmente Frequência semanal
- ☐ Nunca ☐ Diariamente Frequência diária
- ☐ Semanalmente Frequência semanal

☐ Nunca

Apêndice 11 - Plano operacional

O quê?	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos operacionais	Avaliação
Atividade 1 Protocolo de cooperação com a CMAV do projeto de intervenção comunitária” Prevenir a Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 numa população em risco”	Mestranda	13/11/19	Camara Municipal de Arruda dos Vinhos	Reunião com Autarquia de Arruda dos Vinhos - Unidade Social, Saúde, Desporto e Associativismo (USSDA) para apresentação do projeto de intervenção comunitária” Prevenir a Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 numa população em risco”	Estabelecer protocolo de cooperação com CMAV na disponibilização de nutricionista para integrar o projeto e criação do logótipo do programa	Estabelecimento do protocolo de cooperação com CMAV de nutricionista; Logotipo do Programa Educativo “ Mudar para Prevenir”.
Atividade 2 Programa Educativo “ Mudar para Prevenir” realizado em grupo	Mestranda Médico Medicina Gera e Familiar, (MGF) Psicólogo Terapeuta Ocupacional (TO)		Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos	Reuniões com formadores para aferição de conteúdos temáticos, metodologias e estratégias a utilizar nas sessões, de acordo com as prioridades identificadas. Realização de plano de sessão para as sete sessões previstas e apresentação de	Integrar no projeto como parceiros das áreas da medicina, psicologia e atividade física.	Participação de MGF, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional no Programa Educativo. Documentos realizados: Planos de sessão e apresentações <i>PowerPoint</i> do Programa Educativo “ Mudar para Prevenir”;

	Mestranda			<i>PowerPoint</i> Conceção de instrumentos de registo para aplicação durante a operacionalização do programa educativo “ Mudar para Prevenir”	Desenhar um Programa Educativo “ Mudar para Prevenir”	Folha de presença; Folha Registo de automonitorização de peso e perímetro de cintura Cartão de Identificação do grau de risco; Questionário de Satisfação; Consentimento informado para registo fotográfico, certificado de participação.
Manual operativo do <i>“Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável - Mudar para Prevenir – Manual de implementação ”</i>	Mestranda			Realização do Manual	Promover a continuidade do Programa Educativo “ Mudar para prevenir” na população do Concelho de Arruda dos Vinhos, pelos profissionais do CSAV.	Documento: “Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável - Mudar para Prevenir - Manual operativo”

Atividade 3 Programa Educativo “Mudar para Prevenir” realizado em grupo	Mestranda Médico (MGF) Psicólogo Terapeuta Ocupacional		Centro Saúde de Arruda dos Vinhos	Operacionalização do Programa Educativo “Mudar para Prevenir”, desenvolvendo as sete sessões previstas em grupo: 1.^a Sessão - Prevenção da diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 2.^a Sessão – Alimentação saudável 3.^a Sessão – Mudança comportamental 4.^a Sessão – Atividade física 5.^a Sessão – Alimentação saudável 6.^a Sessão - Atividade física 7.^a Sessão – Avaliação, Lanche saudável.	No período de dezembro 2019 a fevereiro de 2020,: - Reduzir o grau de risco de desenvolver DM2 em 10%; - Reduzir 5% do peso em 30 % dos participantes; - Reduzir 5% do perímetro de cintura em 30 % dos participantes; - Reduzir 5% do IMC em 30 % dos participantes do projeto; - Aumentar em 10 % o número de pessoas dos participantes do projeto que passam a fazer mais que 5 refeições por dia; - Aumentar em 10 % o número dos participantes do projeto que passam a ingerir legumes diariamente; - Aumentar em 10% o número dos participantes do projeto que passam a	Indicadores de resultado: $\frac{\text{N.º total participantes com redução de grau de risco de desenvolver DM2}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ $\frac{\text{N.º total participantes com redução de peso}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ $\frac{\text{N.º total participantes com redução de PC}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ $\frac{\text{N.º total participantes com redução de IMC}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ $\frac{\text{N.º total participantes que realizam 5 ou mais refeições diariamente}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ $\frac{\text{N.º total participantes que ingerem legumes diariamente}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ $\frac{\text{N.º total participantes iniciaram a prática diária de atividade física}}{\text{N.º total participantes no programa}} \times 100$ Indicadores de processo ou de atividade: $\frac{\text{N.º total de sessões de grupo realizadas}}{\text{N.º total de sessões de grupo programadas}} \times 100$
--	---	--	--	--	--	--

Espaço“ Mudar para Prevenir” no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos				Reunião com os parceiros para apresentação da finalidade da atividade e apresentação de modelo de funcionamento com: objetivos, horário, periodicidade, local, responsáveis, atividades;	praticar atividade física pelo menos 30 minutos por dia, Promover a manutenção dos comportamentos adquiridos no âmbito dos hábitos de atividade física e alimentares nos participantes do programa “ Mudar para Prevenir”	$\frac{\text{N.º total de participantes por sessão} \times 100}{\text{N.º total de participantes convidados por sessão}}$ $\frac{\text{N.º de participantes por sessão que avaliaram de forma positiva} \times 100}{\text{N.º total de participantes por sessão}}$ “ <i>Espaço Mudar para Prevenir</i> ”, que contará com a participação de um recurso profissional da URAP e da USP do ACeS, funcionará com a periodicidade mensal. (3.ª feira, 14-15h, 4.ªfeira 9 -10h).
Atividade 4 Página de <i>Facebook</i> “Mudar para Prevenir”	Mestranda			Criação de endereço eletrônico, página <i>Facebook</i> e grupo denominada “ Mudar para Prevenir”; Enviar correio eletrônico aos participantes e parceiros com os <i>links</i> de acesso;	Criar rede de suporte social entre os participantes; Divulgar e promover a sua utilização entre os participantes e parceiros do projeto	Endereço eletrônico, página e grupo do <i>Facebook</i> criado e em funcionamento.

				Fazer publicações periódicas na página e grupo sobre as temáticas abordadas.		
Atividade 5 “Guia de Recursos da Prática de Atividade Física no Concelho de Arruda dos Vinhos”	Mestranda			Mapeamento de recursos públicos no concelho de Arruda dos Vinhos Reunir com responsável da Unidade Social, Saúde, Desporto e Associativismo da Câmara Municipal de Arruda dos Vinhos para validação dos recursos públicos existentes para prática de Atividade Física no Concelho de Arruda dos Vinhos, validando locais e horários disponíveis.	Fomentar a prática de atividade física, utilizando os recursos públicos existentes na comunidade de Arruda dos Vinhos.	Documento: Guia de Recursos da Prática de Atividade Física no Concelho de Arruda dos Vinhos”

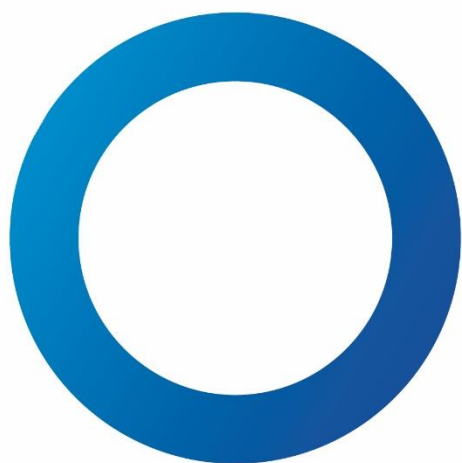
Apêndice 12 – Cronograma de Gant

GRÁFICO DE GANT						
ATIVIDADES	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Reunião com equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos						
Reunião com Câmara Municipal de Arruda dos Vinhos						
Reunião com os parceiros no Programa “ Mudar para Prevenir”						
Criação do Programa Educativo “ Mudar para Prevenir”						
Programa Educativo “ Mudar para Prevenir”						
Criar rede de suporte social entre os participantes						
“Guia de Recursos da Prática de Atividade Física no concelho de Arruda dos Vinhos”						
Espaço “ Mudar para prevenir” no Centro de Saúde de AV”						

Apêndice 13 – Reunião com CMAV

PLANO DE REUNIÃO Apresentação dos resultados na Câmara Municipal de Arruda dos Vinhos				
Data de Realização	13 de Novembro 2020			
Identificação da Ação	Destinatários: Vereadora da Saúde e Presidentes de Junta de Freguesia; responsável da Unidade Social, Saúde, Desporto e Associativismo Duração da ação: 60 minutos Horário: 22 horas Local: Sala de Reuniões da Camara Municipal de Arruda dos Vinhos Formador: Mestranda Enfermeira Maria Pedro			
Objetivo geral	Apresentação do projeto Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Saúde			
Objetivos específicos	Estabelecer protocolo de cooperação com o Município de Arruda dos Vinhos			
Etapas	Duração	Conteúdo	Métodos	Recursos
Introdução	5 min	- Apresentação - Introdução ao tema; - Enquadramento do projeto	Expositivo	Formador PowerPoint
Desenvolvimento	20 min	- Caracterização sociodemográfica da população da amostra - Apresentação dos resultados - Discussão dos resultados obtidos	Expositivo Interativo	Formador PowerPoint
Conclusão/ Síntese	35 min	- Discussão do contributo/ parceria da CMAV na operacionalização do projeto	Expositivo Interativo	Formador PowerPoint

Apêndice 14 - Logotipo do Programa “ Mudar para Prevenir”



**mudar para
prevenir**

arruda dos vinhos

Apêndice 15 - Reunião com formadores

PLANO DE REUNIÃO Apresentação dos resultados			
Data de Realização	18 de Novembro 2020		
Identificação da Ação	Destinatários: Formadores convidados – MGF, psicóloga, terapeuta ocupacional e nutricionista Duração da ação: 60 minutos Horário: 14 horas Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos Formador: Mestranda Maria Pedro		
Objetivo geral	Apresentação do projeto “ Apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde		
Objetivos específicos	Integrar os recursos existentes na comunidade Estabelecer parceria com os profissionais do ACeS		
Etapas	Duração Conteúdo	Métodos/ Duração	Recursos
Introdução	- Apresentação - Introdução ao tema; - Enquadramento do projeto	Expositivo 5 min.	Formador PowerPoint
Desenvolvimento	- Apresentação da caracterização sociodemográfica da população da amostra - Discussão dos resultados obtidos - Apresentação e discussão dos conteúdos teóricos abordar	Expositivo Interativo 35 min.	Formador PowerPoint
Conclusão/ Síntese	- Discussão do contributo de cada profissional na parceria da operacionalização do projeto	Expositivo Interativo 20 min.	Formador PowerPoint

Apêndice 16 - Programa do Curso “ Mudar para Prevenir”

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”

Capacitar os participantes para a aquisição de **comportamentos saudáveis** no âmbito da **alimentação e atividade física**.

DESTINATÁRIOS: Pessoas identificadas com risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2

LOCAL: Sala de Reuniões do Centro de Arruda dos Vinhos

SESSÕES	TEMAS	DATA/ HORÁRIO 9.30h	DATA/HORÁRIO 15h
1 ^a	Prevenção da diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	5/12/2019	10/12/2019
2 ^a	Alimentação saudável 1 ^a sessão	11/12/2019	16/12/2019
3 ^a	Mudança Comportamental	6/01/2020	7/01/2020
4 ^a	Atividade física 1 ^a sessão	14/01/2020	14/01/2020
5 ^a	Alimentação saudável 2 ^a sessão	21/01/2020	21/01/2020
6 ^a	Atividade física 2 ^a sessão	27/01/2020	28/01/2020
7 ^a	Avaliação – Lanche saudável	6/02/2020	

Apêndice 17 - Planos de sessão do Curso “ Mudar para Prevenir”

PLANO DE SESSÃO 1

Tema	Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos
Data / horário	5 de dezembro 2019 às 9:30h e 10 dezembro 2020 às 15:00h
Duração	70 minutos
Formadores	Dr. ^a Joana Dutra e Mestranda Maria Pedro
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na prevenção da DM2.
Objetivos específicos	- Apresentar aos participantes operacionalização do programa “ Mudar para Prevenir” e sua importância; - Dar a conhecer a DM2: epidemiologia, definição e diagnóstico, complicações e fatores de risco; - Identificar formas de prevenir a DM2; - Reconhecer a importância da mudança de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na prevenção da DM2.

Etapa	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação do projeto e sua justificação; Apresentação dos formadores e parceiros; Apresentação e expectativas dos participantes em relação ao curso Apresentação do programa educativo” Mudar para prevenir”: Finalidade e objetivo, conteúdos programáticos, organização das sessões, calendarização. Avaliação do peso, perímetro de cintura Metodologia de funcionamento: folha de presenças, declaração de participação no final; Consentimento informado para registo fotográfico e vídeo ;	Receção dos participantes Apresentar equipa multidisciplinar e parceiros, solicitando que se apresentem e falam do objetivo da sua intervenção no curso; Solicitar aos participantes que se apresente e de forma breve diga o que espera do curso: – “Eu sou...”, Validar as datas e horários propostos com os participantes Validar a concordância das normas de funcionamento Entrega de pasta com Programa do curso Solicitar a assinatura da folha de presenças Solicitar assinatura do consentimento informado para registo fotográfico.	Método expositivo participativo Apresentação <i>powerpoint</i> (APP) Diapositivo (Diap) -1,2 e 3 Diap.- 4, 5 Diap. - 6, 7	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia Pasta, bloco de notas, caneta, cópias com horários e programa de curso Folha de presença; Consentiment o informado para registo fotográfico	Mestranda	20 min.

Desenvolvimento	Apresentação do tema a desenvolver “Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2”:Epidemiologia; relação com excesso de peso; o que é a diabetes, diagnóstico e complicações; fatores de risco.	Apresentação oral, questionando os participantes sobre ideias chave: que é a DM 2, fatores de risco, forma de prevenir, esclarecendo os conceitos.	Método expositivo participativo e interrogativo APP – Diap. 8 a 16	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia	MGF Mestranda	30 min.
	Apresentação dos resultados da aplicação da ficha de avaliação de risco de desenvolver DM 2 a 10 anos Apresentação da caracterização da amostra dos participantes	Apresentação dos dados recolhidos, reforçando os parâmetros que são modificáveis na prevenção da DM 2, como o peso, hábitos alimentares e atividade física	Diap. 17 a 23			
	DM 2 - Como prevenir; Relação com os estilos de vida Processo de alteração de comportamentos alimentares e atividade física	Solicitar aos participantes que pensem num comportamento relacionado com o seu estilo de vida que tenham tentado mudar, promovendo a discussão entre os participantes, Depois pedir que pense num comportamento relacionado com o seu Estilo de Vida que gostaria de MUDAR. Promover a discussão, dando exemplos práticos de alterações que possam ser introduzidas no dia-a-dia.	Diap. 24 e 25			

Conclusão	Reforço da necessidade de alterar comportamentos para diminuir o risco de desenvolver DM 2	Apresentação do vídeo “ Nunca Pensou” da DGS 2019 Solicitar aos participantes que no seu dia, reflitam um pouco sobre a sessão em que acabaram de participar e o que podem fazer para alterar o seu grau de risco de desenvolver DM 2	Método expositivo participativo e interrogativo APP Diap.26 e 27	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia	Mestranda	6 min.
Avaliação	Avaliação da sessão Próxima sessão “ Alimentação Saudável na Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2” Agradecimento positivo e reforçar a importância do grupo e salientar as condições existente no Município de AV para a atividade física	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação da sessão; Relembrar a data e tema da 2ª sessão – “ Alimentação Saudável”; Dar ênfase à frase “ Em Grupo é mais Fácil” e visualização de foto de percurso pedestre em AV	Método expositivo participativo e interrogativo Diap.28 e 29	Audiovisuais: computador e projetor multimédia Questionário de avaliação de satisfação	Mestranda	10 min.

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável

Mudar para Prevenir

Arruda dos Vinhos, 5 dezembro 2019

Mudar para prevenir

Promoção de Estilos de Vida Saudável

“ Mudar para Prevenir”

Intervenção de vários **perfis profissionais:**

Médica
Psicólogo
Nutricionista
Terapeuta Ocupacional;
Enfermeiro.

Mudar para prevenir

Apresentação:

Eu sou...



Mudar para prevenir

Finalidade:

Contribuir para a prevenção da DM2 na população com risco de desenvolver a doença no concelho de Arruda dos Vinhos,
Capacitar os participantes na aquisição de **comportamentos saudáveis** no âmbito da **alimentação e atividade física**.

Mudar para prevenir

Programa:

SESSÕES	TEMAS	DATA/HORARIO GRUPO 1 9.30h	DATA/HORARIO GRUPO 1 15h
1ª	Prevenção da diabetes mellitus tipo 2	5/12/2019	10/12/2019
2ª	Alimentação saudável - 1ª sessão	11/12/2019	16/12/2019
3ª	Mudança	6/01/2020	7/01/2020
4ª	Atividade física - 1ª sessão	14/01/2020	14/01/2020
5ª	Alimentação saudável - 2ª sessão	21/01/2020	21/01/2020
6ª	Atividade física - 2ª sessão	28/01/2020	28/01/2020
7ª	Avaliação – Lanche saudável e caminhada	6/02/2020	

Mudar para prevenir

Como funciona:

- Partilha de opiniões e experiências
- Folha de presenças
- Certificado de participação



Mudar para prevenir



Em cada sessão, avaliação:

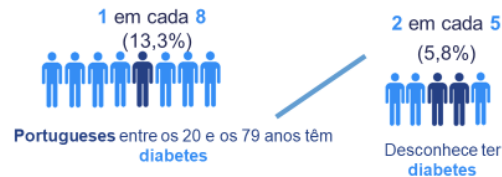
- peso,
- perímetro de cintura,



Mudar para prevenir



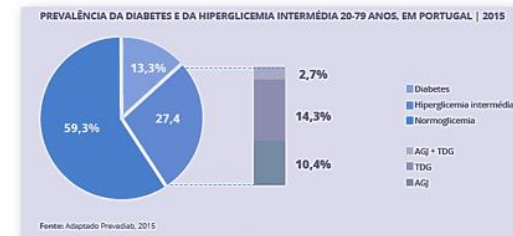
A diabetes mellitus tipo 2



Mudar para prevenir



Diabetes em Portugal



Mudar para prevenir



Excesso de Peso /Obesidade



O excesso de peso e a obesidade são dos fatores de risco que mais contribuem para a carga de doença dos Portugueses.



A obesidade é um dos fatores de risco com mais peso nas doenças em Portugal.

Fonte: da Saúde 2018

Mudar para prevenir



$$\text{Fórmula do IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$$



Mudar para prevenir



Diagnóstico de diabetes:**Valores de glicemia****O que é a diabetes:**

- Aparece habitualmente na idade adulta,
- Associada ao excesso de peso/obesidade provocado pelo tipo de alimentação e vida sedentária.
- Pode levar a complicações graves

O que é a diabetes:

- A diabetes é caracterizada por uma produção insuficiente de insulina ou por uma incapacidade do corpo em utilizá-la (insulinorresistência).

**Fatores de risco para a diabetes:**

- Idade maior 35 anos,
- Pessoas com familiares com diabetes,
- Hábitos alimentares pouco saudáveis
- Pessoas muito sedentárias,
- Pessoas com excesso de peso,
- Mulheres que tenham tido diabetes durante a gravidez,
- Pessoas com síndrome metabólico (conjunto de problemas que incluem aumento da cintura, colesterol elevado e hipertensão).

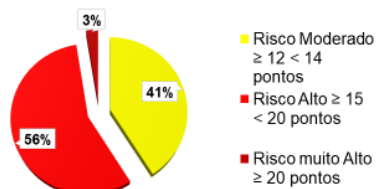


Foi aplicado a escala "Finnish Diabetes Risk Core", questionário de avaliação de risco de desenvolver DM tipo 2 a 10 anos.

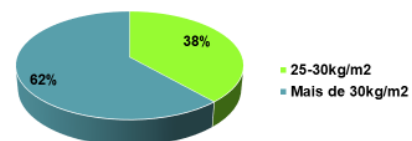
O risco de vir a ter Diabetes tipo 2 dentro de 10 Anos:

< de 7 pontos: Baixo - 1 em 100 pessoas desenvolverá a doença;
7 a 11 pontos: Sensivelmente elevado - 1 em 25 pessoas desenvolverá a doença;
12 a 14 pontos: Moderado - 1 em 6 pessoas desenvolverá a doença;
15 a 20 pontos: Alto - 1 em 3 pessoas desenvolverá a doença;
> 20 pontos: Muito Alto - 1 em 2 pessoas desenvolverá a doença.



Grau de Risco de Diabetes *Mellitus* tipo 2

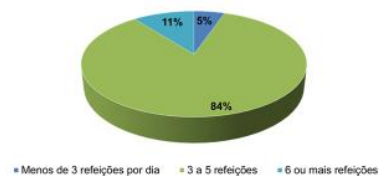
Índice de Massa Corporal (IMC)



Frequência de prática de atividade física



Frequência de nº de refeições diárias



COMO PREVENIR A DIABETES?

Um estilo de vida saudável pode prevenir ou retardar o início da **diabetes tipo 2**:



OPTE POR UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Programa Nacional para a Diabetes

Pense num comportamento relacionado com o seu **Estilo de Vida** que já tentou mudar



Mudar para prevenir



Agora pense num
comportamento
relacionado com o seu
Estilo de Vida
QUE QUEIRA MUDAR



Mudar para prevenir



Vídeo “ Nunca Pensou” da DGS 2019

https://www.youtube.com/watch?v=VdTbxYh_QEE

Mudar para prevenir



Pense na **Mudança**



Muitos casos de diabetes tipo 2 podem ser prevenidos

Mudar para prevenir



Na próxima sessão vamos falar sobre:

Alimentação Saudável na Prevenção da DM2



Mudar para prevenir



Em grupo é mais fácil!



Obrigado pela vossa participação

PLANO DE SESSÃO 2

Tema	Alimentação Saudável na Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos e Gabinete de Enfermagem
Data / horário	11 de dezembro 2019 às 9h:30h 16 de dezembro 2019 às 15h
Duração	60 minutos
Formadores	Nutricionista Marta Pereira e Mestranda Enfermeira Maria Pedro
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2.
Objetivos específicos	- Sensibilizar para a importância da alteração de mudança comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis na prevenção da DM2. - Conhecer os princípios de alimentação saudável com impacto na prevenção da DM2. - Capacitar os participantes para a elaboração de um plano alimentar saudável.

Etapa	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
	Avaliação dos dados antropométricos Proposta de auto monitorização de peso e perímetro de cintura com a periodicidade semanal Técnica adequada de fazer avaliação do peso e PC no domicílio.	Receção dos participantes Solicitar a assinatura da folha de presenças Avaliação do peso e PC de cada participante Distribuir por cada participante uma fita métrica Explicar como fazer a avaliação do peso e do PC em condições adequadas e de forma correta; Exemplificar como fazer medição do PC	Método expositivo participativo e demonstrativo APP- Diap.1,2	Folha de presenças; Balança; Fita métrica; 18 fitas métricas não elástica; 18 cartões de automonitorização de peso e PC; Folha de registo de parâmetros	Mestranda Nutricionista	
Introdução	Apresentação do tema e descrição dos objetivos;	Breve revisão da sessão anterior, focando as ideias chave; Explicar a estrutura da sessão.	Método expositivo participativo APP – Diap.3,4	Audiovisuais: computador e projetor de multimédia	Mestranda	

Desenvolvimento	Definição de alimentação saudável Vantagens de uma alimentação saudável Definição e constituição da Roda dos Alimentos Porções e equivalentes Composição de um prato saudável Recomendações saudáveis para o dia-a-dia Exemplo de um dia alimentar saudável	Apresentação oral dos conteúdos; Apresentação prática de exemplos de composição de pequeno-almoço, almoço, jantar, merenda da manhã e tarde, ceia, focando as quantidades As apresentações discutidas pelo grupo.	Método expositivo participativo e demonstrativo APP- Diap.5 -18	Audiovisuais: computador e projetor de multimédia Materiais: Diferentes alimentos de cada grupo da roda de alimentos; Pratos com roda	Nutricionista	40 min.
Conclusão	Importância de fracionamento alimentar (6 a 7 refeições por dia) As refeições principais devem ter alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos e nas proporções que lá se encontram	Síntese dos conceitos chave de alimentação saudável abordados, colocando questões, promovendo a discussão	Método expositivo participativo e interrogativo APP – 19	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia	Mestranda	5 min.

Avaliação	Avaliação da sessão Relembrar a importância da monitorização do peso e PC Promover a utilização da página do <i>Facebook</i> Tema da 3ª sessão “Mudança Comportamental”	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação da sessão; Salientar as informações da página do <i>Facebook</i>; Relembrar a data e tema da 3ª sessão “Mudança Comportamental”; Dar ênfase à frase “ Em Grupo é mais Fácil”	Método expositivo participativo APP – 20 a 22	Audiovisuais: computador e projetor multimédia Questionário de avaliação de satisfação da sessão	Mestranda	10 min.
-----------	---	--	---	--	-----------	---------

Programa Educativo

Promoção de Estilos de Vida Saudável

Alimentação Saudável

Plano de alimentar individual

Amada dos Vinhos, 11 dezembro 2019

Mudar para prevenir

Como medição do peso e perímetro de cintura:

- Medir no mesmo dia,
- à mesma hora,
- roupa idêntica.



Mudar para prevenir

□ Como se previne a Diabetes Tipo 2?

Alimentação saudável

Prática atividade física



Controle de peso



Mudar para prevenir

Objetivo da sessão

- Que os participantes sejam capazes de elaborar um plano alimentar saudável.

Mudar para prevenir

COMO REDUZIR O RISCO DE DIABETES?

□ Alimentação

Melhorar hábitos alimentares

Perder peso

- Atividade física regular

Mudar para prevenir

Vantagens de uma Alimentação Saudável:

- Favorece a circulação;
- Previne certas doenças (hipertensão, diabetes, colesterol elevado);
- Melhora o humor, combate a depressão;
- Aumenta a imunidade e reduz infeções;
- Aumenta a energia e reduz o cansaço.

RODA DOS ALIMENTOS



- Completa**
(ingerir ao longo do dia alimentos de todos os grupos)
- Variada**
(variar os alimentos dentro de cada grupo ao longo do dia)
- Equilibrada**
(respeitar as porções diárias recomendadas e os equivalentes)

Porções

CEREAIS E DERIVADOS, TUBÉRCULOS

- 1 pão (50 g)
- 1 fatia fina de broa (70 g)
- 1 1/2 batata - tamanho médio (125 g)
- 5 colheres de sopa de cereais (35 g)
- 4 colheres de sopa de arroz - massa cozida (110 g)
- 6 biscoitos tipo água e sal (35 g)
- 2 colheres de sopa de arroz - massa cru (35 g)



4 a 11

HORTALÍCEAS

- 2 xícaras de chá de produtos hortícolas crus (180 g)
- 1 xícara de chá de produtos hortícolas cozidos (140 g)



3 a 5

LATICÍNIOS

- 1 xícara de chá de leite (250 ml)
- 1 copo de iogurte (200 g)
- 2 fatias finas de queijo (40 g)
- 1/4 de queijo fresco (50 g)
- 1/2 copo de requeijão (100 g)



2 a 3

FRUTA

- 1 pedaço de fruta - tamanho médio (160 g)



3 a 5

Porções

LEGUMINOSAS

- 1 colher de sopa de leguminosas cruas (grão-de-bico, feijão, lentilhas) (25 g)
- 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ervilhas, favas) (80 g)
- 3 colheres de sopa de leguminosas (secas, frescas ou cozidas) (80 g)



1 a 2

CARNES, PEIXES E OVOS

- Carnes ou peixes crus (30 g)
- Carnes ou peixes cozidos (25 g)
- 1 ovo (55 g)



1,5 a 4,5

GORDURAS E ÓLEOS

- 1 colher de sopa de azeite ou óleo (10 g)
- 1 colher de chá de banha (10 g)
- 4 colheres de sopa de creme de leite (30 ml)
- 1 colher de sobremesa de manteiga ou margarina (15 g)



1 a 3



Prato alimentar



Recomendações

1. Preferir o **peixe e as carnes brancas** em vez das carnes vermelhas.
2. Devem **retirar-se todas as peles e gorduras** visíveis de aves e restantes carnes



Mudar para prevenir



Recomendações

3. Ao cozinhar prefira **os cozidos, grelhados e estufados**. Os fritos, os refogados e os assados devem consumir-se menos vezes.



4. Tempere com azeite, **2 a 3 colheres de sopa por dia**.



Mudar para prevenir



Recomendações

5. Moderar o consumo de sal

- Charcutaria e queijos
- Aperitivos salgados e batatas frita
- Enlatados
- Pickles
- Caldos carne/peixe

✓ Substitua por:

- **Ervas aromáticas** (alho, coentros, hortelã, louro, orégãos, salsa,
- **Especiarias** (açafraão, canela, colorau, noz-moscada)

Não leve o saleiro para a mesa!



Mudar para prevenir



Recomendações

6. Beber cerca de 1,5 L de água por dia

↪ Previne o aparecimento da fadiga e o cansaço



7. Bebidas alcoólicas com moderação

↪ Apenas a acompanhar as refeições



Mudar para prevenir



Recomendações

8. Iniciar as refeições principais com sopa

↪ Ajuda a controlar o apetite



9. Evitar intervalos superiores a 3 horas entre as refeições

↪ Reduz o risco de hipoglicemia



Mudar para prevenir



Plano alimentar

Pequeno - almoço: 7h30



1 chávena de leite meio gordo com cevada (250ml);
1 pão de mistura (50g) com 1 colher de sobremesa de manteiga/creme vegetal para barrar (15g);
1 kiwi (80g).

Merenda da manhã: 10h30



1 iogurte sólido magro de aromas (125g);
3 bolachas tipo Maria;
1 banana (160g).

Almoço: 13h00



1 prato de sopa de hortícolas (250ml);
Prato: 1 bife de frango (50g) recheado com beringela e espinafres*; Arroz de cenoura e ervilhas (8 colheres de sopa rasas);
1 laranja (160g).

Mudar para prevenir



Plano alimentar

Merenda da tarde: 16h30



1 copo de leite meio gordo com cevada (125ml);
1 pão de mistura (50g) com 1/2 de queijo fresco (15g);
1 pêra (160g).

Jantar: 20h00



1 prato de sopa de hortícolas (350ml);
Prato: 1 medalhão de pescada (50g) cozido; 3 batatas pequenas cozidas (125g); Brócolos e cenouras cozidos a vapor;
1 maçã pequena (80g).

Ceia: 22h30



1 chávena de chá de camomila;
3 bolachas de água e sal.

Recomendações

1. Pequeno almoço
2. Meio da manhã
3. Almoço
4. 1º lanche
5. 2º Lanche
6. Jantar
7. Ceia



Na próxima sessão vamos falar sobre:

Mudança Comportamental



Sugestões:

- Registo semanal de auto monitorização de peso e perímetro cintura



Em grupo é mais fácil!



Obrigado pela vossa participação

PLANO DE SESSÃO 3

Tema	Mudança Comportamental
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos e gabinete de enfermagem
Data / horário	6 de janeiro 2020 às 9.30h e 7 Janeiro 2020 às 15:00h
Duração	90 minutos
Formadores	Psicóloga Alice Teixeira e Mestranda Enfermeira Maria Pedro
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis na prevenção da diabetes tipo 2.
Objetivos específicos	Reconhecer a importância da alteração de mudança comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e atividade física na prevenção da Diabetes tipo 2

Etapa	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
	Avaliação dos dados antropométricos Incentivar os participantes a avaliar os seus progressos através do registo da automonitorização do peso e PC	Receção dos participantes Solicitar a assinatura da folha de presenças Avaliação do peso e PC de cada participante, revendo com cada um, os registos de automonitorização do peso e PC semanais realizados.		Folha de presenças; Balança; Fita métrica; Folha de registo de parâmetros	Mestranda	40 min.
Introdução	Apresentação do tema e descrição sucinta dos objetivos; Apresentação da formadora	Breve revisão dos temas abordados na sessão anterior, focando as ideias chave e interligando com o tema da sessão.	Método expositivo participativo APP Diap.2 a 4	Audiovisuais: computador e projetor de multimédia	Mestranda	5 min.
Desenvolvimento	Definição do processo de mudança Apresentação estádios do processo de mudança Exposição do plano específico de ação Problemas psicológicos vs mudança comportamental	Apresentação teórica com discussão e apresentação de exemplos práticos para a mudança comportamental	Método expositivo, participativo e interrogativo. APP Diap.5 a 14	Computador e projetor de multimédia	Psicóloga Mestranda	35 min

Conclusão	Reforço da necessidade de alterar comportamentos para diminuir o risco de desenvolver DM2	Solicitar aos participantes que no seu dia, reflitam sobre um comportamento que seja passível de ser alterado	Método expositivo participativo e interrogativo DIAP. -15,16	Audiovisuais: computador e projetor de multimédia	Mestranda	5 min.
Avaliação	Avaliação da sessão Relembrar a importância da monitorização do peso e PC Promover a utilização da página do <i>Facebook</i> Tema da 4ª sessão “Atividade Física na Prevenção da DM 2”	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação da sessão; Salientar as informações da página do <i>Facebook</i> Relembrar a data e tema da 4ª sessão “Atividade Física na Prevenção da DM 2” Dar ênfase à frase “ Em Grupo é mais Fácil”	Método expositivo participativo e interrogativo APP Diap. 16,17	Audiovisuais: computador e projetor multimédia Questionário de avaliação de satisfação da sessão	Mestranda	5 min.

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
Mudança Comportamental

Arruda dos Vinhos, 6 Janeiro 2020

Mudar para prevenir

□ **Como se previne a Diabetes Tipo 2?**

Alimentação saudável



Prática atividade física



Controle de peso



Mudar para prevenir

Alimentação Saudável



1. Pequeno almoço
2. Meio da manhã
3. Almoço
4. 1º lanche
5. Jantar
6. Ceia

Distribuir os alimentos por várias refeições diárias

Mudar para prevenir

Objetivo da sessão

- Que os participantes sejam capazes de reconhecer a importância da alteração de mudança comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e atividade física na prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2

Mudar para prevenir

PROCESSO DE MUDANÇA

Processo que se desenvolve ao longo de vários estádios



Objetivo de aumentar a motivação para a adesão aos autocuidados para um estilo de vida saudável

Mudar para prevenir

Fatores de Risco



- Apresenta-se despreocupada e não tem consciência do problema
- Não deteta comportamentos que pretenda mudar
- Postura defensiva...desmotivado; desmoralizado; desvaloriza a doença

...ESTÁDIO PRE-CONTEMPLAÇÃO...

Mudar para prevenir



- Tem consciência do problema e apresenta-se preocupada
- Deteta comportamentos que pretende mudar
- Postura ambivalente em relação à mudança

Muito importante: **refletir** sobre uma série de questões (avançar com plena consciência para o estágio seguinte):

...ESTÁDIO CONTEMPLAÇÃO...

Mudar para prevenir



1. O que quer mudar?
(ex. peso)
2. Porque quer mudar?
(ex. problemas de saúde... diabetes)
3. O que gostaria de fazer para mudar?
(ex.: ir a uma nutricionista e praticar exercício)
4. Como pretende mudar?
(ex. caminhadas diárias depois do trabalho)
5. Precisa de ajuda para mudar?
(ex. sim, do meu marido para ficar com os filhos)
4. Quais são os seus receios?
(ex. estar cansada e não conseguir praticar exercício)
5. Qual será a vantagem em mudar? (ex. terei mais energia) E a desvantagem?
(ex. terei mais uma tarefa no meu dia)
6. Quais serão os benefícios da mudança?
(ex. reduzir risco de doenças)
7. Como tenciona manter as suas mudanças?
(ex. almoçando todos os dias em casa e inscrever-me num ginásio)
8. Como tenciona lidar com as dificuldades?
(ex. com o apoio do marido)

Mudar para prevenir



- Tomar decisões
- Planear ações
- Reconhecer barreiras (práticas e psicológicas)
- Redefine uma nova rotina e deseja mantê-la
- Resiste às dificuldades

Intenção em mudar o comportamento para um estilo de vida saudável, procurando pequenas alterações...

...ESTÁDIO PREPARAÇÃO...

Mudar para prevenir



- Auto motivação para a adesão aos autocuidados
- Compromisso para a mudança para um estilo de vida saudável
- Momento chave para o desenvolvimento de um **Plano Específico de Ação**

...ESTÁDIO AÇÃO...

Mudar para prevenir



PLANO ESPECÍFICO DE AÇÃO

- Definir tarefas e fracioná-las em tarefas mais pequenas e fáceis de atingir
(ex. começar com 20 mins de caminhada, em vez de 50min)

- Definir parâmetros para a efetivação do comportamento:

O que?	Quando?	Onde?	Com quem?	Alternativas
Caminhada	Segunda e quarta das 13h30 às 14h	Parque à frente da minha empresa	Colega de trabalho	Ir ao fim de dia ao parque perto de casa

- Auto registo dos novos hábitos semanal ou quinzenalmente

(ex. em papel ou através de uma das muitas aplicações gratuitas)

Data e Duração	Atividade realizada	Local e companhia	Como se sente (antes, durante ou depois)	Comentários	Situações a alterar/alternativas
Na terça das 13h às 13h30	Caminhada	Perto do trabalho e sozinha	Antes: Cansada Durante e depois: sem energia	Tive muita fome	Almoçar primeiro

- Criar um hábito novo, em vez de querer alterar um hábito antigo
(ex. começar a comer legumes acompanhados de arroz, em vez de deixar de comer o arroz)

- Usar lembretes para lembrar dos novos hábitos

(ex. colocar alarme no telemóvel para lembrar que tem comer ao meio da manhã e da tarde ou colocar na porta do frigorífico)

Mudar para prevenir



PLANO ESPECÍFICO DE AÇÃO

- Começar com o novo hábito que seja menos incómodo e ir progressivamente integrando os outros
(ex. começar inicialmente com a realização de uma dieta e depois iniciar a realização de atividade física)
- Livrar-se de tudo o que lembra os maus hábitos
(ex. evitar ter comida em casa que não seja saudável)
- Dar uma recompensa a si mesmo pelo cumprimento do que foi planeado
(ex. comprar ténis novos)
- Procurar suporte social na família e/ou profissionais de saúde
(ex. fazer uma caminhada na companhia de uma vizinha)
- Propôr atividades diferentes, de forma a tornar-se mais apelativa
(ex. fazer um novo percurso pedestre ouvindo música)

Mudar para prevenir



Deve tentar **MANTER** a **LONGO PRAZO** o **PLANO DE AÇÃO** para evitar **RECAÍDAS**...

👉 Detém o poder e responsabilidade para alcançar os seus objetivos

NÃO DEVE ESQUECER:

☺ Procurar apoio no médico e/ou enfermeiro, para expressar as suas necessidades e dificuldades com o plano ou outra situação

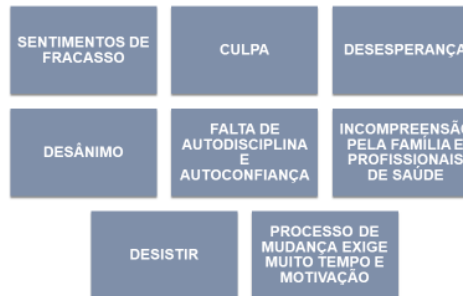
☺ Procurar apoio psicológico para lidar com possíveis sentimentos e/ou pensamentos de desmotivação na manutenção dos auto cuidados

...ESTÁDIO MANUTENÇÃO...

Mudar para prevenir



...DURANTE ESTE PROCESSO É NORMAL MANIFESTAR:



Mudar para prevenir



Mudar para prevenir



Na próxima sessão vamos falar sobre:

Atividade Física



Pensar num comportamento que possa mudar

Tentar mudar 1 hábito

Exemplo: Caminhar 10 minutos 1x dia

Mudar para prevenir



Em grupo é mais fácil!



Obrigado pela vossa participação

PLANO DE SESSÃO 4

Tema	Atividade Física na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos
Data / horário	14 Janeiro 2020 09:30 h 14 Janeiro 2020 15:00 h
Duração	90 minutos
Formadores	Terapeuta Ocupacional Jorge Nascimento e Mestranda Enfermeira Maria Pedro
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos de prática de atividade física e adoção de estilos de vida ativos na prevenção da diabetes tipo 2.
Objetivos específicos	Reconhecer a importância da alteração de mudança de comportamentos de saúde relacionados com hábitos de prática de atividade física e adoção de estilos de vida ativos na prevenção da DM 2 Promover a consciencialização da prática de atividade física individual.

Etapa	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
	Avaliação dos dados antropométricos Incentivar os participantes a avaliar os seus progressos através do registo da automonitorização do peso e PC	Receção dos participantes Solicitar a assinatura da folha de presenças Avaliação do peso e PC de cada participante, revendo com cada um, os registos de automonitorização do peso e PC semanais realizados.		Folha de presenças; Balança; Fita métrica; Folha de registo de parâmetros	Mestranda TO	40 min.
Introdução	Apresentação do tema e descrição dos objetivos;	Breve revisão da sessão anterior, focando as ideias chave e esclarecer alguma dúvida. Explicar a estrutura da sessão.	Método expositivo participativo APP Diap.1,2,3	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia Folha de presenças	Mestranda TO	5 min.

Desenvolvimento	Atividade física e exercício físico Benefícios da Atividade Física Atividade física Recomendada	Apresentação teórica com discussão e apresentação de exemplos práticos para a prática de atividade física no dia adia;	Método expositivo participativo e interrogativo APP – Diap.4-11	Audiovisuais: computador e projetor de multimédia	Mestranda TO	m
	Reflexão sobre os benefícios da prática de atividade física na sua vida pessoal e os fatores que podem facilitar ou dificultar a sua prática.	Atividade prática: RECURSOS – 2 folhas tamanhos A2 (com os títulos “O que é que atividade Física pode fazer por mim? (trabalho, família, amigos/lazer e saúde) Quais são os prós e contras para a realização da sua atividade física 1ªSolicitar que cada grupo, faça uma reflexão sobre as questões apresentadas e sumariar os pontos comuns resultado da discussão; 2ªConvidar os grupos a partilhar as suas respostas uns com os outros 3ªPromover discussão com os participantes, comentados os resultados que foram encontrados e acrescentando alguma informação que esteja em falta.	Atividade em grupo, de forma a puderem discutir e partilhar ideias sobre a prática de atividade física. Dividir os participantes em grupo de 4 participantes APP – Diap. 12-13	Folhas de registo tamanho A2 Canetas		

Conclusão	Plano de ação de atividade física individual Promover o registo de automonitorização de atividade física durante um período semanal	Apresentação da folha de registo “A minha atividade física” explicando a sua importância, como fazer registo e qual o seu objetivo. Solicitar aos participantes que no seu dia, reflitam sobre a sessão em que acabaram de participar e o que podem fazer para desenvolver estilo de vida mais ativo;	Método expositivo participativo e interrogativo APP – Diap. 14-15	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia 18 Folhas de registo “ A minha atividade física”	Mestranda TO	6 min.
-----------	---	---	---	--	---------------------	---------------

Avaliação	Avaliação da sessão Relembrar a importância da monitorização do peso e PC Promover a utilização da página do <i>Facebook</i> Tema da 5ª sessão “ Alimentação Saudável - Plano alimentar diário”	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação da sessão; Relembrar a data e tema da 5ª sessão “ Alimentação Saudável”, salientando as informações na página do <i>Facebook</i>, das quais o resumo e fotos da sessão.	Método expositivo participativo e interrogativo APP– Diap.16-17	Audiovisuais: Computador e projetor multimédia Questionário de avaliação de satisfação	Mestranda	10min.
-----------	---	---	---	--	-----------	--------

Programa Educativo

Promoção de Estilos de Vida Saudável

Atividade Física na Prevenção Diabetes Mellitus tipo 2

Arruda dos Vinhos, 14 Janeiro 2020

Mudar para prevenir

Desafio da
introdução de um
novo
comportamento?



Mudar para prevenir

Objetivo da sessão

- Que os participantes sejam capazes de reconhecer a importância da prática de atividade física e adoção de estilos de vida ativos na prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2

Mudar para prevenir

ATIVIDADE FÍSICA:

- É TODO O MOVIMENTO REALIZADO PELOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, COM GASTO ENERGÉTICO ACIMA DOS NÍVEIS DE REPOUSO, OU SEJA, TODO O MOVIMENTO QUE FAZEMOS NO DIA A DIA (NADAR, PASSEAR O CÃO, VARRER, IR ÀS COMPRAS, ARRUMAR A CASA, ...)

EXERCÍCIO FÍSICO:

- É UMA SEQUÊNCIA ESTRUTURADA DE MOVIMENTOS CORPORAIS, EXECUTADOS DE FORMA PLANEADA E COM UM OBJETIVO A Atingir (EX: CAMINHADA ORIENTADA, COM DETERMINADA INTENSIDADE, DURAÇÃO, ...)



Mudar para prevenir

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A ATIVIDADE FÍSICA **REDUZ O RISCO** DE VIR A TER VÁRIAS DOENÇAS:



Mudar para prevenir

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A ATIVIDADE FÍSICA **REDUZ O RISCO** DE VIR A TER VÁRIAS DOENÇAS:



Mudar para prevenir



BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A ATIVIDADE FÍSICA **MELHORA A SUA SAÚDE** DE DIVERSAS FORMAS:

- GERIR MELHOR O PESO E COMPOSIÇÃO CORPORAL
- FICAR MENOS VEZES DOENTE
- FORTALECER OS SEUS OSSOS
- REDUZIR O SEU RISCO DE QUEDA
- FAZER FUNCIONAR MELHOR O SEU INTESTINO
- AUMENTAR A SUA FORÇA E CAPACIDADES
- DIMINUIR A SUA TENSÃO MUSCULAR, DORES DE COSTAS E DE CABEÇA
- TER UM SONO DE MAIOR QUALIDADE
- TER MAIOR CONFIANÇA E AUTOESTIMA
- MELHORAR OS SEUS NÍVEIS DE AÇÚCAR NO SANGUE (GLICÊMIA)
- REALIZAR AS TAREFAS DIÁRIAS COM MENOS FADIGA
- SER UM EXEMPLO POSITIVO NA VIDA DOS SEUS FILHOS E FAMÍLIA

Mudar para prevenir



QUAL A ATIVIDADE FÍSICA RECOMENDADA

FAZER, PELO MENOS, 150 MINUTOS POR SEMANA DE AT. FÍSICA

- **AERÓBICA**
 - DE INTENSIDADE MODERADA (EX: MARCHA RÁPIDA)
 - DE INTENSIDADE VIGOROSA (EX: CORRIDA)
- **VÁRIAS FORMAS DE O Atingir:**
 - 3 SESSÕES DE 50 MINUTOS;
 - 5 SESSÕES DE 30 MINUTOS;
 - OU SESSÕES DE 20-25 MINUTOS TODOS OS DIAS.
- **MESMO QUE NÃO CONSIGA ATINGIR 150 MINUTOS POR SEMANA, LEMBRE-SE QUE POUCO É MELHOR QUE NADA**
- **MESMO PERÍODOS CURTOS COMO 10 MINUTOS, TRAZEM BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE**

Mudar para prevenir



QUAL A ATIVIDADE FÍSICA RECOMENDADA

FAZER, PELO MENOS, 150 MINUTOS POR SEMANA DE AT. FÍSICA

- **PODEMOS TAMBÉM ACRESCENTAR OUTRO TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA, PARA ALÉM DAS ANTERIORES**
 - EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR, PELO MENOS 2 VEZES POR SEMANA
 - EXERCÍCIOS QUE ESTIMULEM A AGILIDADE, COORDENAÇÃO E EQUILÍBRIO
 - EXERCÍCIO DE FLEXIBILIDADE (ALONGAMENTOS), NO FINAL DAS SESSÕES DE EXERCÍCIO

AUMENTAR GRADUALMENTE A DURAÇÃO E A INTENSIDADE DA ATIVIDADE FÍSICA

Mudar para prevenir



IDEIAS PARA SER MAIS ATIVO NO DIA A DIA

- DESLOCAR-SE MAIS A PÉ
- SAIA DO AUTOCARRO UMA PARRAGEM ANTES
- ESTACIONE O CARRO MAIS LONGE DO DESTINO
- INCENTIVE A SUA FAMÍLIA / AMIGOS A CAMINHAR CONSIGO
- USE ESCADAS ATÉ ONDE FOR CAPAZ...E VÁ O RESTO DE ELEVADOR
- CRIE UM GRUPO DE CAMINHADAS COM OS FAMILIARES OU COLEGAS
- IDENTIFIQUE ATIVIDADES QUE ACHES APELATIVAS E EXPERIMENTE NOVAS (EX: NATAÇÃO, PILATES, ...)
- USE AS NOVAS TECNOLOGIAS PARA MONITORIZAR OS SEUS PROGRESSOS (TELEMÓVEIS, ...)

Mudar para prevenir



REDUZIR O TEMPO QUE PASSA SENTADO

- **NÃO PASSE MAIS DE 1 HORA SENTADO SEM FAZER PAUSAS**
 - TENHA A IMPRESSORA MAIS DISTANTE DO LOCAL DE SENTADO
 - VÁ AO W.C. QUE ESTEJA MAIS DISTANTE
- **NAS PAUSAS FAÇA EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E/OU FORTALECIMENTO MUSCULAR**
- **APROVEITE AS PAUSAS PARA O CAFÉ PARA FAZER CAMINHADAS DE 10 MINUTOS**
- **COLOQUE-SE DE PÉ QUANDO TEM QUE FALAR AO TELEFONE**
- **OUTRAS ESTRATÉGIAS QUE VOCÊ IDENTIFIQUE E QUE SEJAM SIGNIFICATIVAS PARA SI**

Mudar para prevenir



REFLEXÃO

O QUE É QUE A ATIVIDADE FÍSICA PODE FAZER POR MIM ?

	O QUE É IMPORTANTE PARA MIM ?	COMO É QUE SER MAIS ATIVO PODE AJUDAR ?
TRABALHO	EX: GANHAR DINHEIRO, PARA A MINHA FAMÍLIA	EX: TER MAIS ENERGIA PARA FAZER O MEU TRABALHO
FAMÍLIA	EX: TER ENERGIA PARA CUIDAR DOS QUE SÃO IMPORTANTES	EX: CONSEGUIR PASSAR MAIS TEMPO A BRINCAR COM OS NETOS
LAZER/AMIGOS	EX: TER MAIOR VONTADE EM PASSEAR COM A FAMÍLIA	EX: TER CAPACIDADE PARA FAZER VÁRIOS PASSEIOS COM OS MEUS AMIGOS
SAÚDE	EX: CONSEGUIR CONTROLAR A MINHA PRESSÃO ARTERIAL	EX: AJUDAR A REGULAR OS MEUS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL

Mudar para prevenir



REFLEXÃO

QUAIS SÃO OS PRÓS E CONTRAS PARA REALIZAR A SUA AT. FÍSICA ?

	PRÓS (FACILITADORES)	CONTRAS (BARREIRAS)
INTERNOS (Pessoais)	EX: GOSTO DE CAMINHAR	EX: QUANDO SAIO DO TRABALHO, SÓ ME APETECE DESCANSAR
EXTERNOS (Aspectos práticos)	EX: TENHO CAMINHOS PEDESTRES, NO LOCAL ONDE MORO	EX: NÃO ENCONTREI AINDA CALÇADO ADEQUADO AOS MEUS JOANETES

Mudar para prevenir



REFLEXÃO

DEFINA UM OBJETIVO

O MEU OBJETIVO

O QUE QUERO FAZER ?	DATA DE INÍCIO:	DIAS DA SEMANA EM QUE O FAREI:
EX: PELO MENOS 2 X POR SEMANA FAZER UMA CAMINHADA	EX: A PARTIR DO MÊS DE JANEIRO	EX: POSSO CAMINHAR SEGUNDA E QUINTA FEIRA

O MEU PLANO DE AÇÃO

DIAS	QUANDO ?	O QUÊ ?	ONDE ?	COM QUÊ ?	ALTERNATIVA ?
TERÇA SEXTA	17-18 H	CAMINHADA	PARQUE DAS ROTAS	VIZINHA	IR À TERÇA À PISCINA COM OS NETOS



Mudar para prevenir



Na próxima sessão vamos falar sobre:

Alimentação Saudável

Escolhas alimentares
Rotulagem alimentar



Mudar para prevenir



Em grupo é mais fácil!



Obrigado pela vossa participação

PLANO DE SESSÃO 5

Tema	Alimentação Saudável
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos
Data / horário	21 de Janeiro 2020 às 9.30h e 15h
Duração	90 minutos
Formadores	Nutricionista Marta Pereira e Mestranda Enfermeira Maria Pedro
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2.
Objetivos específicos	Sensibilizar para a pertinência da leitura do rótulo no momento da compra alimentar promove a aquisição de uma alimentação saudável Capacitar para a leitura dos rótulos alimentares através da aplicação do semáforo nutricional

Etapas	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
	Avaliação dos dados antropométricos Incentivar os participantes a avaliar os seus progressos através do registo da automonitorização do peso e PC	Receção dos participantes Solicitar a assinatura da folha de presenças Avaliação do peso e PC de cada participante, revendo com cada um, os registos de automonitorização do peso e PC semanais realizados.		Folha de presenças; Balança; Fita métrica; Folha de registo de parâmetros	Mestranda Nutricionista	40 min.
Introdução	Apresentação do tema e descrição sucinta dos objetivos; Apresentação da formadora	Breve revisão da sessão anterior, focando as ideias chave, questionando se conseguiu colocar em prática o plano previsto: Conseguiu atingir os seus objetivos? Que alterações conseguiu colocar em prática?	Método expositivo participativo Apresentação em power point (APP) Diap.1-3	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia Folha de presenças	Mestranda Nutricionista	5 min.

Desenvolvimento	Definição de rótulo alimentar Menções obrigatórias Declaração nutricional • Valor energético • Lípidos • Hidratos carbono • Proteínas • Sal Semáforo nutricional Leitura e interpretação de rótulos através da utilização do semáforo nutricional	Apresentação teórica com discussão e apresentação de exemplos práticos de leitura de rótulos alimentares, analisando e interpretando a informação presente nos rótulos alimentares dos pacotes existentes Distribuição de cartão “ semáforo nutricional” por participante, explicando como fazer escolhas alimentares com a sua utilização. Descrição da atividade: Aplicação do semáforo nutricional na interpretação diferentes rótulos. Uma seleção de rótulos será distribuída pelos participantes 1º Distribuir cartão com semáforo nutricional a participante 2º - Distribuir vários pacotes de alimentos pelos participantes para que cada um leia os diferentes rótulos e faça comparação com semáforo nutricional 3º Colocar questões sobre o rótulo de cada alimento, promovendo a discussão: -Ingrediente presente em maior quantidade -Identificação dos açúcares e gorduras presentes no alimento.	Diap.4-18 Atividade prática de grupo: dividir em grupos de 2 participantes Diap.19 -20	Recursos: 18 Cartões “ Semáforo Nutricional” Pacotes de diferentes alimentos: Biscoitos “ Marinheiras” Bolachas <i>tipo</i> Maria Refrigerantes Néctares de fruta Iogurtes Tostas Bolachas de arroz e milho Cereais	Mestranda Nutricionista	40 min
-----------------	--	--	---	---	-------------------------	--------

	Simulação de um dia alimentar • Composição de pratos alimentares	Descrição da atividade: Composição de pequeno-almoço, almoço, jantar, merenda da manhã e tarde, ceia. Formação de grupos de 2 participantes que deverão escolher entre os alimentos disponíveis a composição de uma refeição, que acordada previamente. Discussão das opções escolhidas por cada grupo, promovendo a discussão	Atividade prática de grupo: dividir em grupos de 2 participantes Diap.21-22	Alimentos diferentes de cada grupo de alimentos da Roda dos Alimentos 16 Pratos		
Avaliação/ Conclusão	Avaliação da sessão Relembrar a importância da continuação da monitorização do peso e PC Promover a utilização da página do <i>Facebook</i> Tema da 6ª sessão “ Atividade Física – Sessão prática”	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação da sessão; Relembrar a data e tema da 6ª sessão, alertando para a necessidade de trazerem roupa calçada confortável. Salientar as informações na página do <i>Facebook</i>, das quais os pontos-chave abordados e fotos da sessão.	Método expositivo participativo e interrogativo APP – Diap-23-24	Audiovisuais: Computador e projetor multimédia Questionário de avaliação de satisfação	Mestranda	5 min.

Programa Educativo

Promoção de Estilos de Vida Saudável

Alimentação Saudável

Leitura de rótulos alimentares

Plano alimentar diário

Arruda dos Vinhos, 21 janeiro 2020

Mudar para prevenir

Conseguiu atingir os seus objetivos?

O MEU OBJETIVO

O QUE QUERO FAZER?

EX: PELO MENOS 2 X
POR SEMANA FAZER UMA
CAMINHADA

DATA DE INÍCIO:

EX: A PARTIR DO MÊS
DE JANEIRO

DIAS DA SEMANA EM QUE O FAREI:

EX: POSSO CAMINHAR SEGUNDA E
QUINTA FEIRA

O MEU PLANO DE AÇÃO

DIAS	QUANDO?	O QUÊ?	ONDE?	COM QUÊM?	ALTERNATIVA?
TERÇA SEXTA	17-18 H	CAMINHADA	PARQUE DAS ROTAS	VIZINHA	IR À TERÇA À PISCINA COM OS NETOS

Mudar para prevenir

Objetivo da sessão

Que os participantes sejam capazes de:

- ☐ Fazer escolhas alimentares através da leitura do rótulo alimentar;
- ☐ Elaborar um plano alimentar saudável.

Mudar para prevenir

Leitura de rótulo alimentar

- ☐ Permite fazer escolhas alimentares adequadas
- ☐ Favorece um correto armazenamento, preparação e consumo dos alimentos.



Mudar para prevenir

Menções obrigatórias

- ✓ Denominação do género alimentício
- ✓ Lista de ingredientes
- ✓ Ingredientes que provoquem alergias ou intolerâncias – **Alergénios**
- ✓ Quantidade de determinados ingredientes
- ✓ Quantidade líquida de produto
- ✓ Data de durabilidade mínima ou data limite de consumo
- ✓ Condições especiais de conservação e/ou de utilização
- ✓ Nome ou firma e o endereço da empresa do setor alimentar
- ✓ País de origem ou local de proveniência
- ✓ Modo de emprego
- ✓ Título alcoométrico (bebidas com >1,2%)
- ✓ Declaração nutricional

Regulamento (UE) N.º 1169/2011

Mudar para prevenir

Menções obrigatórias

Energia/Valor energético - É expresso em, kJ e Kcal e provém do teor de proteína, gordura, hidratos de carbono, fibra, ácidos orgânicos, polióis e álcool.

Caloria - quantidade de energia que cada alimento fornece ao organismo se for totalmente aproveitado.



Lípidos → Gorduras

Número **total de gorduras** (insaturadas + gorduras saturadas + gorduras trans)

Dos quais ácidos gordos saturados - Presente em produtos de origem animal (carne, leite, ovos, manteiga, iogurtes, queijos...) e em alguns óleos vegetais (óleo de coco, óleo de palma)



Dos quais gorduras trans = gorduras hidrogenadas - Presente nos produtos industrializados e ultraprocessados.



É o tipo de gorduras que devemos evitar!



Lípidos → Gorduras

As **monoinsaturadas** (como as **ômega-9**)

- Promovem a diminuição do colesterol-LDL (mau colesterol), mantendo o colesterol-HDL (bom colesterol)
- Conferem proteção contra as doenças do aparelho cardiovascular.

- Azeite;
- Óleo de amendoim e de canola;
- Frutos secos (amêndoas, pistácios e avelãs).



Lípidos → Gorduras

As **polinsaturadas** (famílias **ômega-3** e **ômega-6**) ajudam no combate e prevenção de várias doenças:



- Diabetes, melhorando a tolerância à glicose;
- Doenças neurológicas (ex. Alzheimer);
- Doenças cardiovasculares - promovendo o aumento do bom colesterol e diminuição dos triglicéridos;
- Doenças cancerígenas;



- O pescado (peixe, marisco e moluscos);
- Óleos alimentares (trigo, milho, girassol e soja);
- Alguns frutos secos (nozes e os pinhões);
- As sementes de linhaça e de sésamo;
- Os cereais integrais (aveia, trigo e centeio).

Hidratos de carbono

Simples **Complexos**



Sinónimos de açúcar: açúcar mascavado, mel, sacarose, maltose, dextrose, lactose, frutose, glicose, xarope de glicose, xarope de milho, xarope de açúcar amarelo, entre outros xaropes.

Hidratos de carbono simples

Constituídos por moléculas mais simples e portanto são de digestão fácil, **provocando subidas rápidas dos níveis de açúcar** no sangue (glicemia).

- Fruta (frutose)
- Leite (lactose)
- Açúcares adicionados durante o processamento de alimentos refinados (sacarose e dextrose).
- Pão branco, arroz branco, biscoitos, bolachas, bolos com farinha e açúcar refinados.



Hidratos de carbono complexos

Como na digestão levam mais tempo a ser absorvidos, permitem manter uma **maior estabilidade dos níveis de açúcar** no sangue (glicemia).

- Alimentos ricos em fibras e cereais integrais;
- Batatas, batatas-doces, milho, massas integrais, arroz integral e leguminosas.



Mudar para prevenir



Proteínas

Animal Vegetal



Função

- Construção e manutenção de ossos e músculos.
- Formação de enzimas, anticorpos e hormonas.

Mudar para prevenir



Sal

Estar informado acerca do teor de sal dos alimentos contém é uma boa estratégia para não ultrapassar os 5 g/dia recomendados pela OMS.

- Ler o rótulo de produtos embalados é essencial para escolher o produto com menor teor de sal!
- Nos rótulos o teor de sal é indicado na última linha de declaração nutricional (por 100g e/ou por porção de produto)

Exemplo: Se consumir 40g de "Salsichas", quanto sal estou a ingerir?

Faça os cálculos!

100g de salsichas — 1,6g de sal
40g de salsichas — ? g de sal

Sal existente em 40g de "Salsichas" - $40g \text{ de salsicha} \times 1,6g \text{ de sal} = 0,64g \text{ de sal}$
100g de salsicha

Salsichas	
DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	POR 100g DE PRODUTO
ENERGIA	652kJ
LÍPIDOS	157kcal
DOS OLIVAS: ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	12g
GLICÉRIOS	3,7g
GLICÉRIOS DE CARBONO	2,8g
DOS OLIVAS: AÇÚCARES	<0,5g
FIBRA	11g
PROTEÍNAS	11g
SAL	1,6g

(1g de sódio - Na ≈ 2,5 g de Sal - NaCl).

Mudar para prevenir



Leitura e interpretação dos rótulos

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	POR 100g DE PRODUTO	POR PORÇÃO (25g - 4 BOLACHAS)	DR*
ENERGIA	1871kJ 444kcal	468kJ 111kcal	6 2000kcal
LÍPIDOS	11g	2,8g	4
DOS OLIVAS: ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	5,3g	1,3g	7
HIDRATOS DE CARBONO	79g	20g	8
DOS OLIVAS: AÇÚCARES	23g	5,8g	6
FIBRA	2,4g	0,6g	
PROTEÍNAS	6,0g	1,5g	3
SAL	0,95g	0,24g	4

Mudar para prevenir



Semáforo nutricional

Critérios por 100g de ALIMENTOS

	Açúcar	Gordura	Saturados	Sal
O que é ELEVADO Por 100g	Mais de 22,5g	Mais de 17,5g	Mais de 5g	Mais de 1,5g
O que é MÉDIO Por 100g	Entre 5g e 22,5g	Entre 3g e 17,5g	Entre 1,5g e 5g	Entre 0,3g e 1,5g
O que é BAIXO Por 100g	5g e menos	3g e menos	1,5g e menos	0,3g e menos

Mudar para prevenir



Semáforo nutricional

Critérios por 100ml de BEBIDAS

	Açúcar	Gordura	Saturados	Sal
O que é ELEVADO Por 100g	Mais de 11,25g	Mais de 8,75g	Mais de 2,5g	Mais de 0,75g
O que é MÉDIO Por 100g	Entre 2,5g e 11,25g	Entre 1,5g e 8,75g	Entre 0,75g e 2,5g	Entre 0,3g e 0,75g
O que é BAIXO Por 100g	2,5g e menos	1,5g e menos	0,75g e menos	0,3g e menos

Mudar para prevenir



Leitura dos rótulos Verificar composição dos alimentos

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	POR 100g DE PRODUTO	POR PORÇÃO (25g - 4 BOLACHAS)	DR*
ENERGIA	1871kJ 444kcal	468kJ 111kcal	6 2000kcal
LÍPIDOS	11g	2,8g	4
DOS OLIVAS: ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	5,3g	1,3g	7
HIDRATOS DE CARBONO	79g	20g	8
DOS OLIVAS: AÇÚCARES	23g	5,8g	6
FIBRA	2,4g	0,6g	
PROTEÍNAS	6,0g	1,5g	3
SAL	0,95g	0,24g	4

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS				ALIMENTOS por 100g			
GORDURA SATURADA		AÇÚCARES		SAL			
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g			
MÉDIO	entre 3,17,5g	entre 1,5-5g	entre 5-22,5g	entre 0,3-1,5g			
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos			

Mais informações consulte: www.alimentonutricao.gov.pt

Mudar para prevenir



REFEIÇÕES PRINCIPAIS almoço e jantar



Sopa de legumes (abóbora, cenoura, cebola, nabo, curgete, alho francês, couves,...)

Massa ou
Arroz ou
Batata ou
Feijão ou
Grão ou
Ervilhas



Peixe ou
Carnes magras

Salada
ou legumes

Mudar para prevenir



Atividade prática Verificar composição dos alimentos

DESEMPENHO NAS ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA		ALIMENTAÇÃO	
ALTO	BAIXO	ALTO	BAIXO
75%	25%	75%	25%
50%	50%	50%	50%
25%	75%	25%	75%



Mudar para prevenir



Atividade prática Composição de refeição alimentar



Mudar para prevenir



REFEIÇÕES INTERMÉDIAS Pequeno Almoço, Meio da Manhã, Lanches e Ceia



ou



ou



Próxima sessão:

Atividade Física Sessão Prática



Mudar para prevenir



Em grupo é mais fácil!



Obrigado pela vossa participação

PLANO DE SESSÃO 6

Tema	Atividade Física na prevenção da DM 2 – Sessão prática
Local	Sala de Movimento do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos e Gabinete de Enfermagem
Data / horário	28 Janeiro 2020 às 09:30 e 15:00 h
Duração	90 minutos
Formadores	Terapeuta Ocupacional Jorge Nascimento e Mestranda Enfermeira Maria Pedro
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos de prática de atividade física e adoção de estilos de vida ativos na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2.
Objetivos específicos	Reconhecer a importância da alteração de mudança de comportamentos de saúde relacionados com hábitos de prática de atividade física e adoção de estilos de vida ativos na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2

Etapas	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
	Avaliação dos dados antropométricos Incentivar os participantes a avaliar os seus progressos através do registo da automonitorização do peso e PC	Receção dos participantes Solicitar a assinatura da folha de presenças Avaliação do peso e PC de cada participante, revendo com cada um, os registos de automonitorização do peso e PC semanais realizados.		Folha de presenças; Balança; Fita métrica; Folha de registo de parâmetros	Mestranda TO	40 min.
Introdução	Apresentação do tema e descrição dos objetivos;	Breve revisão da sessão anterior, focando as ideias chave e esclarecer alguma dúvida. Explicar a estrutura da sessão.	Método expositivo participativo Apresentação em power point (APP) Diap.	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia Folha de presenças	Mestranda	5 min.

Desenvolvimento	Importância do calçado Importância da Postura corporal Postura correta durante a caminhada Exemplos de exercícios para fazer em casa	Tipo de calçado adequado para diferentes tipos de exercício, validando o calçado de cada participante Exposição vídeo sobre forma correta de caminhar Realização de alguns exercícios físicos, focando a importância da postura corporal	Método expositivo participativo e interrogativo	Audiovisuais: Computador e projetor de multimídia e colunas áudio Ténis de diferentes modelos	Mestranda TO	30 min

Avaliação/ Conclusão	Avaliação da sessão Relembrar a importância da continuação da monitorização do peso e PC Promover a utilização da página do <i>Facebook</i> Tema da 7ª sessão “ Avaliação e Lanche Saudável ”	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação da sessão; Relembrar a data da 7ª sessão, discutindo a forma de realização dessa sessão, na qual se sugere que cada participante traga um alimento que considere adequado para um lanche saudável Salientar as informações na página do <i>Facebook</i>, das quais os pontos-chave abordados e fotos da sessão.	Método expositivo participativo e interrogativo	Audiovisuais: Computador e projetor multimédia Questionário de avaliação de satisfação	Mestranda	10min.
----------------------	---	--	--	--	-----------	--------

PLANO DE SESSÃO 7

Tema	Avaliação – Lanche Saudável
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos
Data / horário	6 de Fevereiro 2010 às 9.30h e 15h
Duração	90 minutos
Formadores	Mestranda e restante equipa de formadores
Objetivo geral	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na prevenção da diabetes tipo 2.
Objetivos específicos	Reconhecer a importância da alteração de mudança comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na prevenção da Diabetes tipo 2 Validar alterações de comportamento conseguidas pelos participantes relacionando com os resultados dos indicadores de parâmetros antropométricos

Etapas	Conteúdos a desenvolver	Atividades a desenvolver	Métodos e técnicas pedagógicas	Recurso didáticos	Formador	Tempo
	Avaliação dos dados antropométricos Incentivar os participantes a avaliar os seus progressos através do registo da automonitorização do peso e PC	Receção dos participantes Solicitar a assinatura da folha de presenças Avaliação do peso e PC de cada participante, revendo com cada um, os registos de automonitorização do peso e PC semanais realizados.		Folha de presenças; Balança; Fita métrica; Folha de registo de parâmetros	Mestranda	40 min.
Introdução	Apresentação sucinta dos objetivos e estrutura da sessão;	Revisão das sessões anteriores, focando as ideias chave e esclarecendo dúvidas	Método expositivo participativo APP Diap. 1 e 2	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia	Mestranda	10 min.

Desenvolvimento	Apresentação dos resultados antropométricos programa educativo Mudar para prevenir”	Solicitar aos participantes reflitam um pouco sobre o programa em que acabaram de participar e o conseguiram fazer para alterar o seu grau de risco de desenvolver DM2	Método expositivo participativo e interrogativo	Audiovisuais: Computador e projetor de multimédia	Mestranda	20 min.
	Ficha de avaliação de risco de desenvolver DM tipo 2 a 10 anos individual	Promover a discussão, solicitando a partilha de exemplos práticos de alterações que cada um conseguiu e de exemplos práticos para continuarem a ser introduzidas no dia-a-dia.	APP – Diap.			
	Caracterização dos estilos de vida: Hábitos alimentares Hábitos de prática de atividade física	Aplicação do questionário de avaliação do programa educativo				

Avaliação	Avaliação da satisfação do programa educativo	Preenchimento das fichas de avaliação de satisfação do curso	Método expositivo participativo	Audiovisuais: Computador e projetor multimédia	Mestranda	20 min.
	Conclusão do curso	Entrega de Certificado de Participação a cada participante Salientar as condições existentes no Município de AV para a prática de atividade física Agradecimento e reforço positivo	APP – Diap.	Certificados Questionário de avaliação de satisfação do programa		
	Encerramento do curso Partilha de uma refeição saudável	Lanche partilhado constituído por alimentos saudáveis escolhidos pelos participantes e formadores				

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável

Mudar para Prevenir

Arruda dos Vinhos, 6 fevereiro 2020

Mudar para prevenir

Finalidade:

Contribuir para a prevenção da DM2 nos participantes

Promovendo nos participantes a aquisição de comportamentos saudáveis no âmbito da alimentação e atividade física.

Mudar para prevenir

Reduzir o grau de risco de desenvolver DM2



Mudar para prevenir

Comparando os resultados no início e final

Risco de Diabetes Mellitus tipo 2

Nome: _____ IMC: _____
Peso: _____ Kg Perímetro cintura: _____ cm Data: ____/____/____

Valor de risco total: _____

1-1 Se o risco de risco de Diabetes Mellitus tipo 2 é inferior a 10 pontos, o risco é baixo.
2-1 Se o risco de risco de Diabetes Mellitus tipo 2 é superior a 10 pontos, o risco é elevado.
3-1 Se o risco de risco de Diabetes Mellitus tipo 2 é superior a 20 pontos, o risco é muito elevado.
4-1 Se o risco de risco de Diabetes Mellitus tipo 2 é superior a 30 pontos, o risco é muito muito elevado.

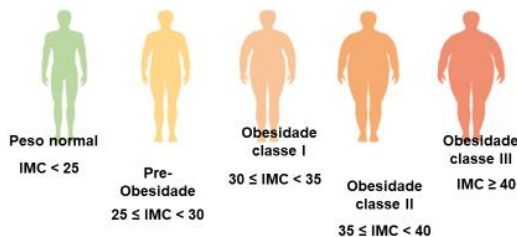
mudarpara prevenir@gmail.com

Data	Peso Kg	Perímetro Cintura cm	IMC	Gordura visceral %

Grau de risco inicial: ☐ Grau de risco final: ☐

Mudar para prevenir

$$\text{Fórmula do IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$$



Participante Nº	Grau Risco	Fatores biológicos pessoais								
		Idade	Genero F/M	Altura cm	1ª avaliação			27/01/2020		
					Peso	PC	IMC	Peso	PC	IMC
1	12	54	F	159	75,7	103	29,9	75,8	103	30
24	12	37	F	167	85	105	30,5	83,5	105	29,9
41	14	63	F	160	84,2	99	32,9	83,8	102	32,7
64	14	58	F	155	63	88	26,22	61,1	85	25,4
66	12	59	F	149	59	91	26,6	56,2	88	25,5
67	14	49	F	157	94	120	38,1	92,8	117	37,5
83	14	67	F	154	72,6	103	30,6	69,5	100	29,3
84	14	65	F	157	80	108	32,5	77	105	31,2
92	14	61	F	157	89	106	36,1	87,1	114	35,8
94	12	71	F	149	74,7	103	33,6	71,1	103	32
96	13	47	M	164	81,3	104	30,23	79,3	102	29,5
98	14	67	M	158	77,9	98	31,2	76,9	94	30,8
11	18	48	F	171	78,3	98	26,8	74,8	93	25,6
27	16	52	F	161	93	121	35,9	89,8	119	34,6
49	18	75	M	164	84	104	31,2	82,8	102	30,8
52	18	69	F	150	72	108	32	70,1	105	31,2
88	18	75	F	160	72,5	103	28,3	71,4	101	27,9
90	18	66	M	180	101	114	31,2	100	109	30,9

Mudar para prevenir



Índice de Massa Corporal (IMC)

$$\text{Fórmula do IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$$

Designação	IMC (kg/m ²)
Peso normal	menor que 25 
Pré - obesidade	entre 25,0 – 29,9 
Obesidade classe I	30 – 34,9 
Obesidade classe II	35,0 – 39,9 
Obesidade classe III	maior que 40,0 

Adaptado de DGS, 2015

Mudar para prevenir



Perímetro de Cintura (cm)

Perímetro de Cintura (cm)		
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	maior que 94	maior que 80
Muito aumentado	maior que 102	maior que 88

Adaptado de DGS, 2015

Mudar para prevenir



- Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável – “**Mudar para Prevenir**”

Avaliação do programa - Questionários

Mudar para prevenir



CARACTERIZAÇÃO ESTILOS DE VIDA

Hábitos alimentares

Quantas refeições faz por dia?

- ☐ Menos de 3 refeições por dia
☐ 3 a 5 refeições
☐ 5 ou mais refeições

Frequência de ingestão de legumes

- ☐ Diariamente Frequência diária
☐ Semanalmente Frequência semanal
☐ Nunca

Frequência de ingestão de fruta

- ☐ Diariamente Frequência diária
☐ Semanalmente Frequência semanal
☐ Nunca

Em relação aos seus hábitos alimentares, o que alterou desde que iniciou o curso?

Mudar para prevenir



Hábitos de atividade física

Frequência prática de atividade física

- ☐ Não pratico atividade física
☐ Diariamente Duração (min.)
☐ Semanalmente Frequência semanal
Duração (min.)

Se pratica atividade física, qual o tipo?

Em relação à prática de atividade física, o que alterou desde que iniciou o curso

Mudar para prevenir



Hábitos de atividade física

Frequência prática de atividade física

- ☐ Não pratico atividade física
☐ Diariamente Duração (min.)
☐ Semanalmente Frequência semanal
Duração (min.)

Se pratica atividade física, qual o tipo?

Em relação à prática de atividade física, o que alterou desde que iniciou o curso



- Ciclovia e Percurso Pedonal Prof. José Lourenço
- Ciclovia e Percurso Pedonal Hermano Ferreira



Equipamentos desportivos



O programa continua com:

“Espaço Mudar para prevenir”

- Mensalmente – Horário e dia
- Diferentes atividades

Em grupo é mais fácil!



Obrigado pela vossa participação

Apêndice 18 - Instrumentos de registros

FOLHA DE PRESENCAS

TEMA:

DATA:

[illegible]

Programa Educativo

Promoção de Estilos de Vida Saudável

“Mudar para Prevenir”

AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS

SESSÃO Nº

TEMA:

DATA:

[illegible]

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para registo fotográfico ou vídeo

As imagens em fotografia ou vídeo destinam-se a ficar disponíveis no âmbito do projeto “Mudar para prevenir”, para poderem ser mostradas em comunicações, reuniões científicas, discussão de caso clínicos, ensino e formação contínua para profissionais de saúde.

Em qualquer caso, é garantido que haverá ocultação de dados de identificação da pessoa.

Foram-me fornecidas informações gerais de forma adequada e inteligível acerca dos procedimentos necessários ao ato acima referido. Foi-me também explicado que a minha autorização pode ser retirada, em qualquer altura.

Autorizo a gravação de imagens em fotografia e/ou vídeo (assinalar a opção escolhida):

☐ SIM ☐ NÃO

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Risco de Diabetes *Mellitus* tipo 2

P ☐

Nome: _____

Peso: _____ Kg IMC _____

Perímetro cintura _____ cm Data: ____/____/____

Nível de Risco Total

O risco de vir a ter Diabetes tipo 2 dentro de 10 Anos é: ☐

< 7 Baixo: Calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
7-11 Sensivelmente elevado: Calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
12-14 Moderado: Calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
15-20 Alto: Calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
>20 Muito Alto: Calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

mudarparaprevenir@gmail.com



Data	Peso Kg	Perímetro Cintura cm	IMC	Gordura Visceral %

Grau de risco Inicial ☐

Grau de risco Final ☐

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“ Mudar para prevenir ”

REGISTO

PESO E PERIMETRO CINTURA

Nome:

mudarparaprevenir@gmail.com



Data	Peso (Kg)	Perímetro Abdominal (cm)	Notas

Pesar mesmo dia, mesma hora, mesma roupa

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Participou no Programa Educativo de Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir” que decorreu no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos, no
período de 5 de Dezembro de 2019 a 6 de Fevereiro de 2020, com a duração de 14 horas.

6 de Fevereiro 2020
Coordenadora da UCC de Arruda dos Vinhos

6 de Fevereiro 2020
Mestranda de Enfermagem Comunitária



Apêndice 19 - Questionário de avaliação de satisfação

Programa Educativo

Promoção de Estilos de Vida Saudável

“Mudar para Prevenir”

Sessão nº Tema:

DATA:

O objetivo deste questionário é saber a sua opinião sobre a sessão em que acabou de participar.

	Assinale com uma cruz o item que corresponde à sua opinião
A sessão foi	☐ Nada Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito
Interesse dos temas abordados	☐ Nada Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito
Compreensão dos temas	☐ Nada Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito
Clareza nas intervenções	☐ Nada Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito
Duração da sessão	☐ Nada Satisfeito ☐ Pouco Satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

Aspetos de que mais gostou

Aspetos de que menos gostou

Sugestões

Obrigada pela sua participação!

Apêndice 20 - Questionário de avaliação do “ Mudar para Prevenir”

QUESTIONÁRIO

Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco:
intervenção de enfermagem comunitária.

Nome:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso (kg)

Estatura (cm)

IMC (Kg/m²)

Perímetro Cintura (cm)

CARACTERIZAÇÃO ESTILOS DE VIDA**Hábitos alimentares**

Quantas refeições faz por dia?

- ☐ Menos de 3 refeições por dia
☐ 3 a 5 refeições
☐ 5 ou mais refeições

Frequência de ingestão de legumes

☐ Diariamente

Frequência diária

☐ Semanalmente

Frequência semanal

☐ Nunca

Frequência de ingestão de fruta

☐ Diariamente

Frequência diária

☐ Semanalmente

Frequência semanal

☐ Nunca

Em relação aos seus hábitos alimentares, o que alterou desde que iniciou o curso?

Hábitos de atividade física

Frequência prática de atividade física

☐ Não pratico atividade física

☐ Diariamente

Duração (min.)

☐ Semanalmente

Frequência semanal

Duração (min.)

Em relação à prática de atividade física, o que alterou desde que iniciou o curso?

Apêndice 21 - Manual do Formador “ Mudar para Prevenir”



Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida
Saudável
“Mudar para Prevenir”

Manual operativo

PREFACIO

Hábitos alimentares, atividade física inadequados e peso excessivo representam fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).

Sensibilizar a população para este problema, aumentar conhecimentos, e promover hábitos de vida saudáveis é fundamental para reduzir a sua incidência.

A intervenção educacional focada nestes aspetos pode proporcionar alterações de comportamentos que contribuem para a prevenção diabetes *mellitus* tipo 2.

O programa “Mudar para Prevenir ” tem como objetivo promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na prevenção da DM2.

Tendo como propósito a implementação do programa educativo “ Mudar para Prevenir” de forma regular, na unidade de saúde de Arruda dos Vinhos, foi construído este manual, com o objetivo de orientar a equipa multidisciplinar na sua implementação.

Os resultados alcançados com a implementação do 1º curso educativo “ Mudar para Prevenir”, demonstraram que vale a pena investir na capacitação de pessoas com risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2, como uma medida de intervenção comunitária para fazer face ao enorme desafio que constitui a mudança comportamental.

Um agradecimento especial a todos os profissionais que com o seu empenho contribuíram para o desenvolvimento e sucesso deste programa.

Maria Eugénia Pedro

Enfermeira

Mestrado em Saúde Pública e Comunitária

2020

Nota introdução

O programa educativo “ Mudar para Prevenir” é um programa que visa promover alterações de estilo de vida, que potencia o envolvimento e proximidade entre os participantes.

1º - Curso “ Mudar para Prevenir” - 2019/2020

- Decorreu no período de 5 de dezembro 2019 a 7 de fevereiro 2020, tendo 18 participantes, dos quais 22% do sexo masculino e as restantes 78% do sexo feminino, com idade média de 61 anos.
- Os participantes tiveram como critério para participar: apresentar IMC superior a 25 pontos e grau de risco de desenvolver diabetes DM2 superior a 12 pontos.

Resultados do programa

Após a participação presencial nas sete sessões, os resultados mostraram que a metodologia utilizada foi eficiente na redução dos parâmetros clínicos estudados e que estavam definidos como resultados atingir:

Indicadores de resultados	Resultado (%)
% de participantes com redução de peso	94,4
% de participantes com redução de PC	94,4
% de participantes com redução de IMC	94,4
% de participantes que realizam 5 ou mais refeições diariamente	83,3
% de participantes que ingerem legumes diariamente	100
% de participantes que iniciaram a prática diária de atividade física	67

Da análise dos resultados conclui-se que a intervenção comunitária contribuiu para promoção de comportamentos de saúde (hábitos alimentares e de atividade física) com redução do grau de risco DM2 em 72% dos participantes, contribuindo para prevenção da DM2.

Descrição do programa

- Tem como finalidade contribuir para a prevenção da DM2 na população com risco de desenvolver a doença no concelho de Arruda dos Vinhos, com o objetivo de implementar intervenções comunitárias relacionadas com os fatores de risco e estilos de vida, nas pessoas identificadas com grau de risco superior a 12 pontos e índice de massa corporal (IMC) superior a 25.
- Programa educativo constituído por sete sessões de educação para a saúde em grupo, realizadas preferencialmente por equipa multidisciplinar, abordando temáticas relacionadas com hábitos de alimentação e de atividade física.

População alvo: pessoas a quem foi aplicada a escala “*Finnish Diabetes Risk Core*” que apresentem os seguintes critérios de inclusão:

- risco igual ou superior a 12 pontos;
- IMC igual ou superior a 25;
- inscritas no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos;
- aceitem participar no projeto de intervenção comunitária.

Metodologia:

Contatar as pessoas identificadas com risco moderado a elevado de desenvolver diabetes, para realização de consulta de enfermagem e/ou médica (de acordo com o preconizado no Processo Assistencial Integrado da Diabetes (fluxograma);

Nas pessoas identificadas com risco elevado, nas quais não se confirme o diagnóstico de diabetes *mellitus*: convidar para integrar programa educativo de promoção de comportamentos saudáveis;

Quanto à seleção dos procedimentos metodológicos, para além das características dos participantes e dos conteúdos a abordar, de acordo com os objetivos estabelecidos, utiliza combinação de método demonstrativo participativo e atividades de grupo, que segundo a evidência científica, na presença de objetivos relacionados com atitudes e motivação, é importante que na metodologia educativa exista dinâmicas que permitam a partilha de ideias e discussão entre o grupo.

Utilização do Manual

O manual tem como objetivo fornecer um conjunto de orientações metodológicas ao formador, para orientar a implementação “ Mudar para Prevenir “com vista à obtenção de melhores resultados.

O Programa Educativo “ Mudar para Prevenir” está organizado em sete módulos/sessões, realizadas em grupo, contando com a intervenção de vários perfis profissionais:

- Enfermeiro
- Médica
- Nutricionista
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional

Encontra-se organizado em dois capítulos distintos:

- 1- Planos de sessão e diapositivos em *powerpoint* para cada uma das sete sessões, que se pretendem ser um instrumento orientador.
- 2- Instrumentos de registos para aplicação durante o curso, nomeadamente:
 - Programa de curso;
 - Folha de registo de avaliação de parâmetros antropométricos;
 - Folha de registo para auto monitorização de peso e perímetro cintura;
 - Cartão de registo de avaliação de risco de DM2;
 - Cartão Semáforo Nutricional
 - Folha de Consentimento registo fotográfico;
 - Questionários de satisfação por sessão;
 - Questionários de avaliação para aplicação no final do curso;
 - Certificado de participação



PREVENÇÃO DA DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

PLANO DE SESSÃO APRESENTAÇÃO *POWER POINT*

Apêndice 22 - *Facebook*

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Prevenir a Diabetes *Mellitus* tipo 2 numa população em risco

Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável “Mudar para Prevenir”

Intervenção de Equipa Multidisciplinar

Médica
Psicóloga
Nutricionista
Terapeuta Ocupacional
Enfermeiro



Arruda dos Vinhos, 5 dezembro 2019

Mudar para prevenir



Programa Educativo Promoção de Estilos de Vida Saudável “Mudar para Prevenir”



2ª Sessão

Tema: Alimentação Saudável

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Data e Horário: 11 de Dezembro 2019 às 9:30 h

16 de Dezembro 2019 às 15h



Em grupo é mais fácil!

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”



3ª Sessão

Tema: Mudança Comportamental

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Data e Horário: 6 de Janeiro 2020 às 9,30h ou 7 de Janeiro 2020 às 15h



Em grupo é mais fácil!

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”



4ª Sessão

Tema: Atividade Física

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Data e Horário: 14 de Janeiro 2020 às 9:30 h ou às 15h



Em grupo é mais fácil!

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”



5ª Sessão

Tema: Alimentação Saudável

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Data e Horário: 21 de Janeiro 2020 às 9.30h ou às 15h



Em grupo é mais fácil!

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”



6ª Sessão

Tema: Atividade Física – Sessão Prática

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Data e Horário: 27 de Janeiro 2020 às 9.30h ou às 15h



Em grupo é mais fácil!

Programa Educativo
Promoção de Estilos de Vida Saudável
“Mudar para Prevenir”



7ª Sessão

Tema: Avaliação – Lanche Saudável

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Data e Horário: 6 de Fevereiro 2020 às 9.30h ou às 15h



Em grupo é mais fácil!



Apresenta-se despreocupado e não tem consciência do problema
Não deteta comportamentos que pretenda mudar
Postura defensiva...desmotivado... desvaloriza a doença

A Diabetes Mellitus tipo 2 poder ser prevenida

Mudar para prevenir



Mudar para prevenir



Pense na Mudança



Muitos casos de diabetes tipo 2 podem ser prevenidos

Vantagens da Atividade Física

- Ajuda a **controlar o peso** e diminui o risco de se tornar obeso;
- **Reduz o risco** de vir a desenvolver doenças cardíacas e **diabetes tipo 2**;
- Promove o **bem-estar psicológico**, reduz o stress, ansiedade e depressão.

Direção Geral da Saúde



- Distribuir os alimentos por várias refeições diárias
- Facilita o controlo do apetite e ajuda a evitar a ingestão de grandes quantidades de alimentos ao almoço e ao jantar.

Pequeno almoço – Meio da manhã – Almoço – Lanche - Jantar - Ceia

Mudar para prevenir



2 sopas de legumes + 3 peças de fruta = **5** PORÇÕES DE HORTOFRUTÍCOLAS AO DIA



A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o consumo de 5 porções de fruta e hortícolas por dia

Mudar para prevenir



ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS E IDOSOS

PARA UM CORPO E MENTE SAUDÁVEIS

SEJA ATIVO/A

INTENSIDADE VIGOROSA: CORRIDA, DESPORTOS, SUBIR ESCADAS

INTENSIDADE MODERADA: CAMINHADA, BICICLETA, CORRIDA

PARA MANTER FORTES OS SEUS OSSOS E ARTICULAÇÕES

PASSE MENOS TEMPO SENTADO/A

VER TV, SOFÁ, COMPUTADOR

PARA REDUZIR O SEU RISCO DE QUEDA

FORTALEÇA-SE

GINÁSIO, YOGA, CARRERAS LARGAS

MELHORE O EQUILÍBRIO

DANÇAR, TAI CHI, EX. UNIPODAIS

INTERROMPA O TEMPO SENTADO/A

PELO MENOS 2 DIAS POR SEMANA

Acumule 150 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana.

Seja ativo/a todos os dias. Se não, quebre o tempo em períodos de 10 minutos.

Fazer alguma atividade física é muito melhor do que não fazer nenhuma. Há dezenas de opções ao seu dispor para ser ativo/a.

Inicie com pequenos volumes / intensidades e vá aumentando gradualmente. Saiba que apenas 10 minutos diários de atividade física moderada já confere benefícios para a saúde.

NUNCA É TARDE PARA COMEÇAR! Qual é a sua atividade física ou desporto favorito? Que atividade física pode fazer hoje?

Salvo indicação médica. Caso sinta algum desconforto, consulte o seu médico.

- Todos os períodos de 10 minutos ou mais podem contar para atividade física.
- Por exemplo, 3 períodos de 10 minutos de caminhada rápida por dia contabilizam 30 minutos de atividade física moderada nesse dia.

Adaptado com permissão de UK Chief Medical Officers

REPÚBLICA PORTUGUESA

SMS

DGS

Programa Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Mudar para prevenir



Roda dos Alimentos



“Seguir as recomendações da nova Roda dos Alimentos e praticar Atividade Física moderada e regular é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.”

Um simples passeio a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, é um bom exemplo de atividade física moderada e regular.

O **Índice de Massa Corporal (IMC)** é uma medida que permite avaliar a relação entre peso e altura.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC ...

< 18,5	= baixo peso
18,5 — 24,9	= peso normal
25,0 — 29,9	= excesso de peso
> 30,0	= obesidade

Mudar para prevenir



1. O que quer mudar?

(ex. peso)

2. Porque quer mudar?

(ex. problemas de saúde...diabetes)

3. O que gostaria de fazer para mudar?

(ex.: ir a uma nutricionista e praticar exercício)

4. Como pretende mudar?

(ex. caminhadas diárias depois do trabalho)

5. Precisa de ajuda para mudar?

(ex. sim, do meu marido para ficar com os filhos)

4. Quais são os seus receios?

(ex. estar cansada e não conseguir praticar exercício)

5. Qual será a vantagem em mudar? (ex. terei mais energia) E a desvantagem?

(ex. terei mais uma tarefa no meu dia)

6. Quais serão os benefícios da mudança?

(ex. reduzir risco de doenças)

7. Como tenciona manter as suas mudanças?

(ex. almoçar todos os dias em casa e inscrever-me num ginásio)

PENSE COMO PODE
AUTO MOTIVAR-SE
PARA MUDAR...
ESTILO DE VIDA
SAUDÁVEL

Editar informações da Página

Fotos

Ver tudo

Videos

Ver tudo

Ainda o tema do Sal, que tanto abusam...

Mudar para Prevenir

Mudar para Prevenir está 😊 a sentir-se agradecido/a.

7 de Fevereiro · 🌐

Continuação com as fotos do Grupo da tarde.
Mais uma vez parabéns a todos e até Março 2020.

Mais 12

710
Pessoas alcançadas

173
Interações

Promover publicação



Apêndice 23 Guia de Recursos da Prática de Atividade Física

Guia de Recursos Comunitários
Prática de Atividade Física



Município de Arruda dos Vinhos

NOTA INTRODUTÓRIA

Promover comportamentos de saúde relacionados com a prática de atividade física é fundamental na prevenção da doença crónica, nomeadamente para a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo 2.

O *Guia de Recursos de Prática de Atividade Física do Município de Arruda dos Vinhos* pretende ser um contributo e fator de motivação para a prática de atividade física da população do concelho de Arruda dos Vinhos.

Realizado no âmbito do Programa Educativo de Promoção de Estilos de Vida “Mudar para Prevenir” tem como objetivo a disponibilização de informação sistematizada dos recursos comunitários públicos disponíveis.

04/02/2020

Maria Eugénia Pedro

Enfermeira

Mestrado em Saúde Pública e Comunitária

INDICE

CENTRO DE SAÚDE DE ARRUDA DOS VINHOS	- 5
EQUIPAMENTOS DESPORTIVOS	- 6
ARRUDA EM MOVIMENTO	- 8
CIRCUITOS DE MANUTENÇÃO	- 9
CENTRO DE MARCHA E CORRIDA	-13
PERCURSOS PEDESTRES	- 14
OUTROS RECURSOS	-16
SESSÕES DE YOGA E MEDITAÇÃO	-16
UNIVERSIDADE GERAÇÕES	-16
ARRUVINHAS	-17

CIRCUITOS DE MANUTENÇÃO

O concelho de Arruda dos Vinhos, dispõe de vários equipamentos desportivos, possibilitando a pratica de atividade fisica tanto em recintos fechados como desportos de ar livre.

Este folheto resume esses recursos disponíveis para a prática de atividade fisica no concelho de Arruda dos Vinhos, descrevendo a localização, caraterização, horários e condições de acesso dos recursos existentes.



CENTRO DE SAÚDE DE ARRUDA DOS VINHOS

Grupo de Movimento Terapêutico

Local: Sala de Movimento

Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

Horário:

Segunda | 9:00 às 11:00

Quinta | 11:00 às 13:00

Grupo Movimento Sénior

Horário:

Terça | 9:00 às 11:00

Sexta | 9:00 às 11:00

Inscrição gratuita



263 979 120



ucc.arruda@arslvt.min-saude.pt



EQUIPAMENTOS DESPORTIVOS

Piscinas Municipais

Natação

Natação livre

Hidroginástica

Hidroterapia



Contactos:

🏠 Praceta Mário Falcão Guia n.º 5 2630-117 Arruda dos Vinhos

☎ 263 978 633

✉ piscinamunicipal@cm-arruda.pt

Campos Municipais de Ténis e Padel

📍 Jardim Municipal



EQUIPAMENTOS DESPORTIVOS

Campo Municipal de Futebol

📍 Jardim Municipal



Marcação:

▪ Piscina Municipal

Horário:

Segunda e Quarta | 15:00 às 21:15

Terça, Quinta e Sexta | 8:30 às 21:00

Sábado | 8:50 às 19:00

☎ 263 978 633

✉ piscinamunicipal@cm-arruda.pt

▪ Posto de Turismo

(Centro Cultural do Morgado)

Horário:

Segunda e Quarta | 15:00 às 21:00

Terça a Sexta | 9:00 às 12:30 e 14:00 às 17:30

Sábado e Domingo | 10:00 às 13:00 e 14:00 às 18:00

☎ 263 978 633

✉ piscinamunicipal@cm-arruda.pt

ARRUDA EM MOVIMENTO

Aulas gratuitas para a população em geral realizadas nos espaços das coletividades das freguesias do Município de Arruda dos Vinhos, com o objetivo de promover praticas saudáveis e desporto em todo o concelho.

Sociedade Recreativa Desportiva e Cultural de Adoseiros

Horário: Segunda | 21:00

Sociedade Recreativa de Camondes

Horário: Terça | 21:30

Sociedade Recreativa Louricense

Horário: Quarta | 21:00

Associação Desportiva Recreativa e Cultural de Alcobela de Baixo

Horário: Quinta | 21:30

Clube Recreativo e Desportivo de A-do-Barriga

Horário: Sexta | 16:00

Clube Recreativo Desportivo e Cultural de Cardosas

Horário: Sexta | 19:30

Sociedade Recreativa de A-do-Mourão

Horário: Sexta | 21:30

Inscrição gratuita

Pode ser feita nas respetivas coletividades ou por email :



263 978 633



desportol@cm-arruda.pt

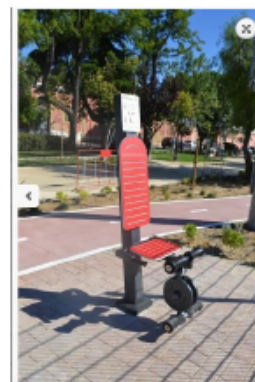
CIRCUITOS DE MANUTENÇÃO

Ciclovia e Percurso Pedonal Prof. José Lourenço

Localidade: Arruda dos Vinhos

Distância: 1075 m

Percurso: A ciclovia e percurso pedonal têm início ao Jardim Municipal, percorrendo o mesmo, continua pela Avenida Timor Lorosae, Alcambar, Bairro João de Deus e terminam no centro da vila junto à Câmara Municipal.



Ao longo do percurso junto ao Jardim Municipal tem disponíveis vários equipamentos de *fitness* para a prática de atividade física.

CIRCUITOS DE MANUTENÇÃO

Percurso Pedonal Parque das Rotas / Circuito dos Afetos

Localidade: Arruda dos Vinhos

Distância: 565m

Percurso: Tem início e término na Ponte dos Afetos.



CIRCUITOS DE MANUTENÇÃO

Ciclovia e Percurso Pedonal Hermano Ferreira

Localidade: Arruda dos Vinhos

Distância: 565m

Percurso: Tem início na horta comunitária do Casal do Telheiro até ao final da urbanização.



Ao longo do percurso tem disponíveis vários equipamentos de *fitness* para a prática de atividade física e zonas de lazer que proporcionam pausas para descanso e refeições saudáveis.

CIRCUITOS DE MANUTENÇÃO

Parque e Circuito de Manutenção de Arranhó

Localidade: Arranhó

Rua António Raimundo Reis - 2630 – 013



CENTRO DE MARCHA E CORRIDA

Este equipamento destina-se a apoiar os praticantes de caminhadas, marcha e corrida do município.

Tem disponível instalações sanitárias e de repouso, bem como espaços para a realização de aconselhamento e exercícios de aquecimento/alongamento com equipamentos adequados com apoio de técnicos desportivos para os praticantes.

Localização:

Junta de Freguesia de Arruda dos Vinhos - Largo António Luís de Macedo N.º 2 - 2630-218 Arruda dos Vinhos

Horário:

Terça | 20:00 às 22:00

Quinta | 19:00 às 21:00

Contactos:



263 247 060



geral@jf-arruda.pt



PERCURSOS PEDESTRES

"Por Serras de Al-ruta"

Partida e chegada: Jardim do Palácio do Morgado

Distância do percurso: 13 km

Duração aproximada: 4h00

Grau de dificuldade: Médio

Percurso: Inicia-se no Jardim do Morgado podendo ao percurso do trilho visitar vários pontos de interesse: Jardim do Morgado, Chafariz Pombalino, Jardim Municipal, Praça de Touros José Marques Simões, Quinta de São Sebastião, Forte do Cego (obra militar n.º 9), Forte da Carvalha (obra militar n.º 10), Capela de Santa Ana, Miradouro da Giesteira, Rio Grande da Pipa, Quinta e Capela dos Corações, Escola Conde Ferreira (1866) e a Igreja Matriz de Arruda dos Vinhos.



PERCURSOS PEDESTRES

GR30 - Grande Rota das Linhas de Torres

Percurso de Arruda dos Vinhos

Distância do percurso: 11,36 km

Grau de dificuldade: Médio/Elevado

Percurso: Pontos principais de passagem: Louriceira de Baixo, Ligação ao troço de Sobral de Monte Agraço, Forte da Carvalha, Forte do Cego, Ligação ao troço de Vila Franca de Xira, CILT, À-do-Mourão.



OUTROS RECURSOS

SESSÕES DE YOGA E MEDITAÇÃO

Local: Sala Polivalente -

1º piso no Edifício junto ao Chafariz

Horario: Quinta | 18:30 às 20:00

Inscrição gratuita



263 977 035



servicoeducativo@cm-arruda.pt

UNIVERSIDADE GERAÇÕES

Atividades para pessoas com idade superior a 60 anos,
inscristas no Centro Sénior.

Local: Pavilhão Multiusos de Arruda dos Vinhos

Meditação e Relaxamento

Horário: Terça | 15:00 às 16:00

Movimento... + Qualidade de Vida

Horário: Quarta | 9:30 às 12:30

Inscrição gratuita



263 977 000



servicoeducativo@cm-arruda.pt

OUTROS RECURSOS

ARRUVINHAS

Bicicletas de uso público no Município de Arruda dos Vinhos disponíveis para utilização da população em geral, mediante adesão a este serviço.

Utilização gratuita mediante pagamento de caução de 10 euros.

Local:

Contatos:

Centro Cultural do Morgado
Serviço Educativo e Cultural



263 977 035



servicoeducativo@cm-arruda.pt





 962 217 634

 mudarparaprevenir@gmail.com

 facebook.com/Mudar-para-Prevenir-106171060876366/



Histórico do documento

Nª Versão	Data	Motivo/ Natureza da Alteração
1	04/02/2020	Documento novo

Resultados de avaliação dos dados antropométricos

Estatística Descritiva

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Peso inicial	18	59,00	101,00	80,0944	10,49826
Peso final	18	57,00	100,00	77,5111	10,77234
N válido (de lista)	18				

Tabela 1

Caraterização da amostra quanto ao peso inicial

Válido	59,00	1	5,6	5,6	5,6
	63,00	1	5,6	5,6	11,1
	72,00	1	5,6	5,6	16,7
	72,60	1	5,6	5,6	22,2
	74,00	1	5,6	5,6	27,8
	74,70	1	5,6	5,6	33,3
	77,90	1	5,6	5,6	38,9
	78,00	1	5,6	5,6	44,4
	78,30	1	5,6	5,6	50,0
	80,00	1	5,6	5,6	55,6
	82,00	1	5,6	5,6	61,1
	84,00	1	5,6	5,6	66,7
	84,20	1	5,6	5,6	72,2
	85,00	1	5,6	5,6	77,8
	89,00	1	5,6	5,6	83,3
	93,00	1	5,6	5,6	88,9
	94,00	1	5,6	5,6	94,4
	101,00	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 2

Caraterização da amostra quanto ao peso final

	Peso final	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	57,00	1	5,6	5,6	5,6
	61,10	1	5,6	5,6	11,1
	69,10	1	5,6	5,6	16,7
	69,70	1	5,6	5,6	22,2
	69,80	1	5,6	5,6	27,8
	71,00	1	5,6	5,6	33,3
	74,20	1	5,6	5,6	38,9
	76,00	2	11,1	11,1	50,0
	76,30	1	5,6	5,6	55,6
	78,50	1	5,6	5,6	61,1
	82,00	1	5,6	5,6	66,7
	82,60	1	5,6	5,6	72,2
	83,80	1	5,6	5,6	77,8
	86,50	1	5,6	5,6	83,3
	89,10	1	5,6	5,6	88,9
	92,50	1	5,6	5,6	94,4
	100,00	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Estatística Descritiva

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
IMC Inicial	18	26,20	38,10	31,4061	3,22234
IMC Final	18	25,40	37,50	30,3572	3,25003
N válido (de lista)	18				

Tabela 3

Caraterização da amostra quanto ao IMC inicial

	IMC Inicial	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	26,20	1	5,6	5,6	5,6
	26,60	1	5,6	5,6	11,1
	26,80	1	5,6	5,6	16,7
	28,91	1	5,6	5,6	22,2
	30,50	3	16,7	16,7	38,9
	30,60	1	5,6	5,6	44,4
	31,20	3	16,7	16,7	61,1
	32,00	1	5,6	5,6	66,7
	32,50	1	5,6	5,6	72,2
	32,90	1	5,6	5,6	77,8
	33,60	1	5,6	5,6	83,3
	35,90	1	5,6	5,6	88,9
	36,10	1	5,6	5,6	94,4
	38,10	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabela 4

Caraterização da amostra quanto ao IMC final

	IMC Final	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	25,40	2	11,1	11,1	11,1
	25,60	1	5,6	5,6	16,7
	27,73	1	5,6	5,6	22,2
	29,10	1	5,6	5,6	27,8
	29,20	1	5,6	5,6	33,3
	29,40	1	5,6	5,6	38,9
	29,70	1	5,6	5,6	44,4
	30,60	1	5,6	5,6	50,0
	30,70	1	5,6	5,6	55,6
	30,80	2	11,1	11,1	66,7
	31,00	1	5,6	5,6	72,2
	31,40	1	5,6	5,6	77,8
	32,70	1	5,6	5,6	83,3
	34,30	1	5,6	5,6	88,9
	35,10	1	5,6	5,6	94,4
	37,50	1	5,6	5,6	100,0

Total	18	100,0	100,0		
Estatística Descritiva					
Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
PC Inicial	18	88,00	121,00	105,8889	9,52328
PC Final	18	84,00	117,00	102,2222	9,08493
N válido (de lista)	18				

Tabela 5

Caraterização da amostra quanto ao perímetro de cintura inicial

PC Inicial	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	88,00	1	5,6	5,6
	91,00	1	5,6	11,1
	98,00	2	11,1	22,2
	102,00	2	11,1	33,3
	103,00	2	11,1	44,4
	104,00	2	11,1	55,6
	105,00	1	5,6	61,1
	108,00	2	11,1	72,2
	114,00	1	5,6	77,8
	118,00	1	5,6	83,3
	119,00	1	5,6	88,9
	120,00	1	5,6	94,4
	121,00	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

Tabela 6

Caraterização da amostra quanto ao perímetro de cintura final

PC Final	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	84,00	1	5,6	5,6
	88,00	1	5,6	11,1
	94,00	2	11,1	22,2
	99,00	3	16,7	38,9
	101,00	1	5,6	44,4
	102,00	2	11,1	55,6
	103,00	2	11,1	66,7
	104,00	1	5,6	72,2
	108,00	1	5,6	77,8

	113,00	1	5,6	5,6	83,3
	114,00	1	5,6	5,6	88,9
	116,00	1	5,6	5,6	94,4
	117,00	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Estatística Descritiva

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
PC_Inicial	18	88,00	121,00	105,8889	9,52328
PC_Final	18	84,00	117,00	102,2222	9,08493
N válido (de lista)	18				