



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

## **Promoção de Estilos de Vida Saudáveis a Utentes com Factor de Risco para Doença Cardiovascular**

**Joana Margarida Moreira Marecos**

**2011**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

## **Promoção de Estilos de Vida Saudáveis a Utentes com Factor de Risco para Doença Cardiovascular**

**Joana Margarida Moreira Marecos**

**Relatório de estágio orientado(a) por:  
Prof. Maria de Fátima Moreira Rodrigues  
Enf.<sup>a</sup> Maria Graziela do Fetal Pires**

**2011**



*A competência, o respeito pela dignidade da pessoa humana e sentido de responsabilidade deverão ser os pressupostos de qualquer trabalho.*

José Carlos Amado Martins, 2008

## RESUMO

Este relatório pretende traduzir o desenvolvimento de um projecto cuja finalidade era contribuir para a capacitação de um grupo de utentes, com factor de risco para a doença cardiovascular, com vista à promoção da saúde e adopção de estilos de vida saudáveis.

O estágio e o projecto decorreram no Agrupamento de Centros de Saúde IV – Oeiras, no período entre 27 de Setembro de 2010 e 11 de Fevereiro de 2011.

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (2009), em Portugal, no ano de 2006, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 32,23% das mortes.

A abordagem aos utentes portadores de doença crónica justifica uma actuação planeada e organizada e o esforço conjunto, de todos os profissionais, na identificação dos factores de risco modificáveis, nos quais se incluem os estilos de vida.

Seguindo a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, procedeu-se numa primeira fase ao diagnóstico da situação de saúde, o que permitiu a caracterização de um grupo de utentes e a identificação do problema de saúde: hábitos de vida sedentários.

Priorizado o diagnóstico de saúde e seleccionadas as estratégias mais adequadas, com vista à promoção da saúde e mudança de comportamentos, procedeu-se à elaboração e implementação de um projecto de intervenção comunitária, a que foi dado o nome de “Pela Sua Saúde... Mexa-se!” e cujo principal objectivo era promover a adopção de hábitos regulares de actividade física.

A implementação do projecto “Pela Sua Saúde... Mexa-se!” permitiu capacitar o grupo de utentes para a prática de actividade física regular. Integradas no projecto foram realizadas com o grupo de utentes, que frequenta a Consulta de Enfermagem de Controlo e Vigilância de Saúde do Adulto e do Idoso e identificados como tendo hábitos de vida sedentários, uma sessão de educação para a saúde, uma caminhada e três sessões de actividade física.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Comunitária; Capacitar; Saúde Cardiovascular; Actividade Física.

## ABSTRACT

This paper intends to translate the development of a project that aims to contribute to the training of a group of users, with risk factor for cardiovascular disease, while promoting health and the adoption of healthy life styles.

Both internship and project took place at a primary health care institution, between the 27th September 2010 and 11th February 2011.

According to the General Health Department (2009) in Portugal, by 2006, circulatory system diseases were responsible for 32.23% of deaths.

The approach to the users who suffered from a chronicle disease justifies a planned and organized act as well as the group effort of every professional on the identification of the changeable risk factors, in which life styles are included.

Following the methodology of the Health Planning Process, on the first stage a diagnosis of situation was done, which allowed the characterization of a group of users and the identification of the health problem: physical inactivity.

Prioritized health diagnosis and having selected the most appropriate strategies, to promote health and behavior change, it was proceeded to the elaboration and implementation of a community intervention project, which was named "For Your Health ... Move!" and whose main objective was to promote the adoption of regular habits of physical activity.

The implementation of the project "For Your Health ... Move!" allowed the group to train users to practice regular physical activity. Integrated in the project were held with the group of users, a session on Health Education, a walk and three sessions of physical activity.

**Key-Words:** Communitary Nursing; Training; Cardiovascular Health; Physical Activity.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	8
1. AS DOENÇAS CRÓNICAS E A SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	9
1.1. Promoção da Saúde .....	10
1.2. O Papel da Actividade Física na Redução do Risco Cardiovascular .....	12
2. PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	15
2.1. Diagnóstico da Situação de Saúde .....	15
2.2. Diagnósticos de Enfermagem e Priorização .....	20
2.3. Fixação de Objectivos.....	21
2.4. Selecção de Estratégias .....	23
2.5. Elaboração de Projecto e Preparação da Execução .....	29
2.6. Avaliação .....	33
3. REFLECTINDO SOBRE A PRÁTICA.....	35
4. CONCLUSÃO.....	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
APÊNDICE I: Modelo PRECEDE-PROCEED .....	48
APÊNDICE II: Instrumentos de Colheita de Dados .....	50
ANEXO I: Autorização para Utilização do Questionário .....	57
APÊNDICE III: Informação e Formulário para Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
APÊNDICE IV: Representação Gráfica dos Dados Colhidos .....	62
APÊNDICE V: Indicadores de Avaliação Diagnóstica .....	71
APÊNDICE VI: Critérios de Priorização e Selecção do Diagnóstico .....	82
APÊNDICE VII: Plano da Sessão de EpS .....	86
APÊNDICE VIII: Folheto “Pela Sua Saúde... Mexa-se!” .....	91
APÊNDICE IX: Guia dos Exercícios Físicos.....	94
APÊNDICE X: Grelha de Observação/Avaliação .....	98
APÊNDICE XI: Poster para Divulgação da Sessão de EpS.....	101
APÊNDICE XII: Convite para Participar na Caminhada .....	103
APÊNDICE XIII: Resultados de Saúde .....	105

## **LISTA DE SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CECVSAI – Consulta de Enfermagem de Controlo e Vigilância da Saúde do Adulto e do Idoso

DGS – Direcção Geral de Saúde

EpS – Educação para a Saúde

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

ICN – Internacional Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INA – Instituto Nacional da Administração

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRECEDE - Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educacional/Ecological Diagnosis and Evaluation

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pretende ser um instrumento de avaliação das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas em estágio, de forma a obter a especialidade e, após discussão, o título de mestre.

É com vista à aquisição de competências do enfermeiro especialista, na área da saúde comunitária, que foram planeadas e desenvolvidas as actividades descritas.

O estágio decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) IV – Oeiras, mais concretamente na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Oeiras e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Saúdar, no período entre 27 de Setembro de 2010 e 11 de Fevereiro de 2011, com orientação da Sr.ª Professora Maria de Fátima Rodrigues e co-orientação da Sr.ª Enfermeira Maria Graziela Pires.

A metodologia utilizada foi o Processo de Planeamento em Saúde que “procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida”. (GIRALDES e IMPERATORI, 1986, p. 7)

A finalidade da intervenção foi contribuir para capacitação de um grupo de utentes com factor de risco para a doença cardiovascular, com vista à promoção da saúde e adopção de estilos de vida saudáveis, na área da promoção de hábitos de vida activos.

O interesse pela área da promoção da saúde cardiovascular resultou de uma convergência de interesses pessoais, profissionais e políticos, assumidos também pela direcção clínica do ACES.

Dotar a pessoa de conhecimentos que as tornem capazes de atingir o potencial máximo de saúde é essencial, uma vez que os custos associados à doença crónica são elevadíssimos, não apenas para a economia dos diferentes países mas também para a qualidade de vida das comunidades.

## **1. AS DOENÇAS CRÓNICAS E A SAÚDE CARDIOVASCULAR**

O aumento da população portadora de doença crónica tem preocupado os diferentes governos da Europa e do mundo, o que se vem revelando pela elaboração de planos de saúde direccionados a esta população, na tentativa de minimizar custos e de promover o acesso da população a cuidados de saúde apropriados e economicamente acessíveis.

No Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, documento elaborado pela Direcção-Geral de Saúde (DGS), 2004, pode ler-se que, se não forem tomadas medidas efectivas para o seu controlo, estima-se que em 2020, as doenças crónicas contribuíam com cerca de 80% do peso da doença, expresso em anos de vida perdidos.

As doenças cardiovasculares são descritas, pela DGS (2006), no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares como verdadeiras doenças sociais, pelo sofrimento e custos que lhes estão associados.

O mesmo documento refere a doença cardiovascular como a principal causa de morte entre a população portuguesa e como uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos.

De acordo com Rocha (2009) estão associadas às doenças cardiovasculares importantes repercussões sociais, nomeadamente incapacidade e perda de produtividade, assim como elevados custos económicos e menor desenvolvimento económico-social.

Em Portugal, o Alto Comissariado da Saúde integra as áreas de coordenação nacional dos diferentes programas de saúde, sendo a área das doenças cardiovasculares considerada prioritária, pelos custos económicos e sociais que lhe estão associados e pelo impacto que a acção pública pode ter na diminuição dos mesmos.

Face ao evidente impacto das doenças crónicas não transmissíveis, nas quais se incluem as doenças cardiovasculares, foi criado em Portugal e contemplado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, que visa a redução global do risco cardiovascular e se constitui como “uma abordagem nacional abrangente e integrada que potencie na

população portuguesa, (...) a redução dos riscos de contrair estas doenças e a concretização do seu adequado tratamento” (DGS, 2006, s.p.)

## **1.1. Promoção da Saúde**

O conceito de promoção da saúde foi definido na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (CARTA DE OTTAWA, 1986, s.p.). Para tal o indivíduo, ou o grupo, devem ser capazes de identificar e satisfazer as suas necessidades, assim como de modificar ou adaptar-se ao meio, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

É, no entanto, importante referir que o conceito de promoção da saúde, já havia sido trabalhado anteriormente. Pedrosa, num artigo sobre promoção de saúde, faz referência ao Relatório Lalonde (1974) como “disparador de acções em torno da política de promoção de saúde em vários países, indicando para a promoção de saúde duas estratégias: como conceito e como estratégia, que podem ser usadas por governos, organizações, comunidades e indivíduos.” (PEDROSA, 2004, p. 620)

No relatório, Lalonde (1974), citado por Pedrosa (2004), faz referência a quatro campos da saúde:

- O da biologia humana, no qual inclui os genes, a idade e o sexo.
- O do ambiente, que na sua componente física inclui o ar, a água, as radiações e os agentes infecciosos e numa vertente social e económica, a pobreza, a classe social, o emprego, a educação e as desigualdades sociais.
- O dos serviços de saúde, com aspectos como o acesso, a equidade, os serviços de saúde, a saúde pública e os medicamentos.
- O dos estilos de vida, que inclui os hábitos tabágicos, os comportamentos aditivos e sexuais, a alimentação e a prática de exercício físico.

Lalonde que, à data da elaboração do relatório era Ministro da Saúde no Canadá, propõe ainda ampliar o campo de actuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos com enfoque especial em áreas como a mudança de comportamentos e de estilos de vida.

Noutra definição, Loureiro e Miranda, fazem referência a Estilos de Vida como:

*“complexo de acções, condicionadas por factores culturais, sociais, económicos e ambientais, que são características de um individuo, grupo e comunidade e que constituem o padrão do comportamento ao longo do tempo e que está relacionada com a saúde mas que não é necessariamente direccionado à saúde”.* (LOUREIRO e MIRANDA, 2010, p. 320)

No Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, a DGS (2004), identifica as doenças crónicas não transmissíveis, nas quais se incluem as doenças cardiovasculares, como preveníveis, através de uma abordagem direccionada aos factores que as determinam e que estarão relacionados com os estilos de vida individuais e nos quais se incluem o consumo de tabaco e álcool, os hábitos alimentares, o sedentarismo e o stress.

O mesmo documento refere que:

*“a experiência acumulada permite concluir que a intervenção sobre os estilos de vida, entendidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais, obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde, multisectoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação”.*

(DGS, 2004, p. 2-3)

A importância que a colaboração de todos os diferentes profissionais da área da saúde, tem para o sucesso dos diferentes Programas, é referida pelo Internacional Council of Nurses (ICN), sendo atribuído aos enfermeiros um papel de destaque na área da prevenção e gestão da doença crónica, enquanto prestadores de cuidados aos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

A importância de intervenções centradas na comunidade, é também referida por Rocha (2009), pela evidência científica existente, de que, tanto a prevenção como o tratamento das doenças cardiovasculares são possíveis.

De acordo com o European Heart Journal (2007), citado por Perdigão (2008), para a prevenção das doenças cardiovasculares é fundamental a colaboração dos médicos de clínica geral e dos enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários, colocando-se maior ênfase na prática de exercício físico, no controlo do peso e na adopção de estilos de vida saudáveis.

É ainda importante, segundo Perdigão (2008), rever a pertinência de avaliar o risco cardiovascular a toda a população, tendo em consideração as diferenças de género, a frequência cardíaca, o índice de massa corporal e o perímetro da cintura.

## **1.2. O Papel da Actividade Física na Redução do Risco Cardiovascular**

Aumentar a prática de actividade física é uma das estratégias de intervenção incluídas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, sendo referida como “uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo-benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares”. (DGS, 2006, s.p.)

A prática regular de actividade física, de acordo com as Guidelines Americanas para a Prática de Actividade Física (2008), tem efeitos protectores na saúde dos indivíduos, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas e dos factores de risco que lhe estão associados.

A actividade física é referida por Pender, Murdaugh e Parsons (2006), como uma intervenção na área da promoção da saúde, considerando as autoras que, a prática regular de actividade física é essencial para uma vida saudável, enérgica e produtiva e que a manutenção de práticas de actividade física está largamente dependente da existência de fontes de motivação pessoais e sociais, inseridas no quotidiano dos indivíduos.

Existe forte evidência de que, a actividade física tem efeitos benéficos, na diminuição do risco de aparecimento da doença cardiovascular, hipertensão, morte prematura, obesidade e excesso de peso, cancro e diabetes tipo 2, assim como na prevenção de quedas e na melhoria da função cognitiva em idosos.

A juntar aos efeitos benéficos já descritos, Pender, Murdaugh e Parsons (2006), acrescentam que a prática regular de actividade física contribui para a estabilidade psicológica e para altos níveis de funcionamento, com efeitos psicossociais positivos, nos quais se incluem a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e melhoria do estado de humor e do bem-estar psicológico.

É no entanto importante distinguir entre dois conceitos: actividade física e exercício físico, sendo este último definido, nas Guidelines Americanas para a Prática de Actividade Física (2008), como uma forma de actividade física, que é planeada, estruturada, repetida e que tem como objectivo promover a saúde de quem a pratica.

Actividade física é definida por Pender, Murdaugh e Parsons (2006), como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso. Compreende-se assim que apesar de toda a actividade física ser exercício físico, o contrário não se aplica.

Os benefícios da actividade física na saúde cardiovascular estão associados, de acordo com Rocha (2008), não apenas à redução do peso corporal mas também na promoção de alterações salutogénicas na composição corporal, levando a alterações metabólicas e fisiológicas.

De acordo com as Guidelines Americanas para a Prática de Actividade Física (2008), a actividade física aeróbica divide-se em quatro categorias, de acordo com o tempo dispendido e os benefícios que advêm da mesma.

Consideram-se assim quatro níveis diferentes:

- Inactividade – o indivíduo não pratica qualquer actividade além das actividades de vida diárias, não resultando desta prática benefícios para a saúde.
- Baixo – o indivíduo pratica por semana, mais de 150 minutos (2 horas e 30 minutos) de actividade física intensa a moderada, ou 75 minutos (1 hora e 15 minutos) de actividade física intensa a vigorosa, produzindo-se alguns ganhos para a saúde.
- Médio – o indivíduo pratica por semana, entre 150 a 300 minutos (5 horas) de actividade física intensa a moderada, ou 75 a 150 minutos de actividade física intensa a vigorosa, com substanciais ganhos para a saúde.
- Elevado – o indivíduo pratica por semana mais de 300 minutos por semana, de actividade física intensa a moderada, com substanciais ganhos para a saúde.

A prática de, pelo menos 150 minutos de actividade física intensa a moderada, por semana, permite segundo as Guidelines Americanas para a Prática de Actividade Física (2008) ganhos para a saúde, que aumentam quanto mais tempo for dispendido. Existe evidência de que os benefícios adjacentes à prática regular de actividade física estão mais relacionados com o tempo de prática, do que com a intensidade da mesma, sendo os benefícios da actividade física na saúde cardiorespiratória referidos nas

Guidelines Americanas para a Prática de Actividade Física (2008), como aqueles em que a evidência científica é mais forte.

A diminuição do risco cardiovascular é uma realidade para níveis de actividade equivalentes a 150 minutos por semana de actividade física intensa a moderada, sendo esta uma realidade aplicada a adultos de todas as idades, incluindo idosos.

A prática de qualquer actividade física, independentemente da duração e intensidade da mesma é sempre preferível à inactividade, existindo evidência científica que os riscos decorrentes da inactividade são muito superiores aos do risco de lesões decorrentes da prática de actividade física.

É contudo importante reforçar a pertinência de se utilizar equipamento, vestuário e calçado adequados e de eleger ambientes seguros, pela escolha de espaços bem iluminados, limpos, com pouco movimento de carros e outros veículos mas que não sejam isolados. As condições ambientais devem também ser tidas em consideração, devendo ser evitados o calor e o frio intenso.

## 2. PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada foi a do Processo de Planeamento em Saúde, sendo competência dos enfermeiros especialistas, a sua mobilização para a prática de enfermagem dirigida a grupos e comunidades.

Esta metodologia tem como principal finalidade identificar problemas e necessidades de saúde, a partir dos quais decorrem as etapas seguintes, com vista à mudança de comportamento das populações, cuja participação é essencial.

Serão agora relatadas as actividades desenvolvidas, no período em que decorreu o estágio e organizadas de acordo com as diferentes etapas do Processo de Planeamento em Saúde (Giraldes e Imperatori, 1986).

### 2.1. Diagnóstico da Situação de Saúde

Foi mobilizado o Modelo PRECEDE-PROCEED (**P**redisposing, **R**einforcing, **E**nabling, **C**onstructs in **E**ducacional/**E**cological **D**iagnosis and **E**valuation), um modelo de Educação para a Saúde (EpS), desenvolvido por Green e citado por Pender, Murdaugh e Parsons (2006), no livro “Health Promotion in Nursing Practice”, como um Modelo de Planeamento Comunitário para a promoção da saúde que suporta a identificação e implementação das estratégias de intervenção mais eficazes.

O Modelo PRECEDE-PROCEED (APÊNDICE I) é um modelo de referência no planeamento em saúde, difundido a nível mundial e constituindo a componente PRECEDE:

*“a primeira parte de um diagnóstico planeado e participado, gerador de informação que irá ser usada nas decisões subsequentes. Os dados obtidos pela realidade desta componente vão permitir clarificar as necessidades, as prioridades, o estabelecimento dos objectivos, metas e referências a partir dos quais são definidos os critérios de sucesso da intervenção que parece relevante para a situação identificada.”*

(LOUREIRO e MIRANDA, 2010, p. 214-215)

O modelo PRECEDE-PROCEED, de acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2006) assenta em duas premissas fundamentais, que a saúde e os riscos em saúde têm múltiplas determinantes e que os esforços realizados com vista à mudança de comportamentos, meio ambiente e ambiente social têm de ser multidimensionais, influenciando-se reciprocamente.

Para as mesmas autoras a componente PRECEDE assenta na premissa de que um diagnóstico educacional deve preceder a qualquer plano de intervenção.

Foi definida como população alvo para intervir, o grupo de utentes inscritos na Consulta de Enfermagem de Controlo e Vigilância da Saúde do Adulto e do Idoso (CECVSAI), da UCSP de Oeiras, identificados como tendo factor de risco para a doença cardiovascular, o que fez um total de 129 utentes, tendo sido utilizada uma amostra acidental ou de conveniência.

Foram considerados critérios de inclusão para a amostra, ter factor de risco para a doença cardiovascular, ter idade superior a 18 anos à data da intervenção e verbalizar disponibilidade para participar no projecto.

Os critérios de exclusão, definidos na fase de elaboração do projecto foram, a toma de medicação anticoagulante, a existência de alterações ao nível da mobilidade ou o diagnóstico de patologia que proibisse a realização de actividade física ou impedisse o utente de se deslocar e o diagnóstico de demência ou de perturbações mentais graves. No entanto, tendo-se percebido no decorrer do estágio, que a abordagem realizada aos utentes, em contexto de consulta de enfermagem, incidia na prevenção e controlo dos factores de risco para a doença cardiovascular, independentemente da toma de medicação anticoagulante ou não, em reunião com a orientadora e co-orientadora foi decidido que estes utentes também seriam incluídos na amostra.

Para o diagnóstico da situação de saúde foram realizadas entrevistas, em contexto de consulta de enfermagem, nas quais se aplicou um questionário hetero-preenchido e uma grelha de avaliação (APÊNDICE II), tendo a amostra sido constituída por um total de 28 utentes.

O questionário aplicado foi uma versão adaptada à população, do questionário aplicado aos utentes dos Centros de Saúde do Concelho de Oeiras, utilizado no estudo de caracterização dos padrões de comportamento de saúde, efectuado pelo Instituto Nacional da Administração, a pedido da Câmara Municipal de Oeiras e identificado como Anexo 4, na Publicação com o título "Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras", tendo sido solicitada autorização para a sua aplicação, com resposta positiva (ANEXO I).

Pretendia-se, com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados acima mencionados, a identificação e caracterização de alguns aspectos dos estilos de vida, assim como o registo dos sinais vitais, parâmetros antropométricos, caracterização de variáveis socio-culturais e de toma de medicação.

Foram realizadas na UCSP de Linda-a-Velha, unidade de saúde incluída no ACES de Oeiras, entrevistas prévias a 8 utentes, para compreender a adequação dos instrumentos de colheita de dados à população-alvo, a compreensão e a duração das entrevistas. Na sequências destas entrevistas considerou-se pertinente, a retirada de 5 questões, que se relacionavam com o consumo de drogas ilícitas e serviços de saúde, doenças sexualmente transmissíveis e condução automóvel, por não se adaptarem nem à população-alvo nem aos objectivos da intervenção.

Foi ainda possível observar a dificuldade demonstrada por alguns utentes, no preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, não por questões relacionadas com as suas habilitações académicas, mas por alterações de acuidade visual, assim como no registo dos dados antropométricos.

Pelas razões acima apresentadas ficou decidido que, tanto o questionário como a grelha de avaliação seriam preenchidos pela autora, que procederia também à avaliação e registo dos sinais vitais e dos dados antropométricos, sendo a respectiva avaliação realizada sempre com os mesmos instrumentos, previamente calibrados.

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados no período entre 4 de Outubro e 15 de Novembro, em contexto de Consulta de Enfermagem.

Tanto para a realização das entrevistas prévias na UCSP de Linda-a-Velha como para a colheita de dados na UCSP de Oeiras foram garantidos os procedimentos éticos subjacentes, tendo sido facultada informação para o consentimento livre e esclarecido e solicitada assinatura do respectivo formulário, garantindo-se a liberdade de escolha, anonimato e confidencialidade do utente (APÊNDICE III).

Face à representatividade dos resultados obtidos, que apontaram inequivocamente para o défice de actividade física e tendo já ficado evidente, em reuniões anteriores com as equipas de enfermagem da USCP de Oeiras e da UCC - Saúdar e com a vogal de enfermagem do conselho clínico do ACES de Oeiras, a importância de intervir na área da actividade física, foi decidido que não se justificava a realização de entrevistas formais, aos informadores chave, para clarificar as necessidades identificadas.

Os dados colhidos foram descritos estatisticamente, usando base de dados em Statistical Package for Social Sciences 16 (SPSS, versão 16), tendo sido calculadas medidas de tendência central, encontrando-se a representação gráfica dos mesmos em apêndice (APÊNDICE IV).

Os resultados foram organizados de acordo com as diferentes fases do Modelo PRECEDE, descrito por Loureiro e Miranda (2010) e analisados de acordo com os indicadores para avaliação diagnóstica, que se encontram em apêndice (APÊNDICE V).

Na fase de *diagnóstico social* procedeu-se à avaliação da comunidade, nomeadamente à sua capacidade para resolver problemas, às suas forças e rapidez para a acção.

A primeira fase do Modelo PRECEDE corresponde ao diagnóstico social e de acordo com Loureiro e Miranda (2010), corresponde à identificação das questões ou problemas de saúde, com base em indicadores de qualidade de vida da perspectiva das pessoas, comunidades e organizações, pelo que a participação das mesmas é fundamental.

Da análise efectuada importa referir, nesta fase, que a média de idades dos participantes foi 70,64 anos, sendo 78,57% do sexo feminino e 21,43% do sexo masculino.

No que se refere ao estado civil, 46,43% eram casados, seguidos de 35,71% viúvos, 10,71% divorciados e os restantes 7,14% solteiros.

17,86% Não tinham habilitações literárias, contudo destes, apenas dois não sabiam ler nem escrever. 7,14% Completaram a 3ª Classe, 42,86% a 4ª Classe, 14,29% o Curso Comercial ou Industrial e 17,86% frequentaram o ensino secundário não o tendo completado.

46,43% Dos utentes referiram ter uma saúde razoável e 35,71% considerava ter alguns problemas de saúde, seguidos de 14,29%, que acreditavam ter um mau estado de saúde.

Na fase de *diagnóstico epidemiológico* foi realizada a identificação dos problemas de saúde com maior relevo.

De acordo com o Modelo PRECEDE, apresentado por Loureiro e Miranda (2010) incluem-se nesta fase, o diagnóstico de saúde, o diagnóstico comportamental e o diagnóstico ambiental e pretendem “identificar factores de risco ou protectores que

possam contribuir ou interagir com os problemas sociais identificados”. (LOUREIRO e MIRANDA, 2010, p. 230)

Na caracterização de hábitos alimentares e de sono e repouso, não foram identificadas alterações relevantes, com excepção dos hábitos relacionados com a ingestão hídrica, uma vez que 82,14% referiram beber menos de um litro e meio de água.

Contudo, na caracterização dos hábitos de exercício e actividade física verificaram-se alterações importantes. Dos 28 participantes 85,71% referiram não fazer exercício físico habitualmente e 71,43% referiram andar a pé menos de trinta minutos por dia.

Estes dados estão de acordo com o referido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (2004a; 2004b), onde o sedentarismo é identificado como sendo um comportamento pouco saudável, apresentado pela população portuguesa e que contribui para o aumento do risco cardiovascular.

Importa ainda referir alguns aspectos que resultaram da análise dos dados da grelha de avaliação aplicada, nomeadamente, da avaliação dos parâmetros antropométricos, por serem aqueles onde se encontrou maior expressividade.

O valor médio de peso corporal foi 75,11Kg. Da avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) é importante referir que 42,86% dos utentes apresenta IMC superior a 30 (obesidade), 39,29% IMC entre 25,0 e 29,9 (pré-obesidade) e 17,86% IMC entre 18,5 e 24,9 (variação normal).

Da avaliação do perímetro abdominal foi possível constatar que 71,43% dos homens e 80,95% das mulheres apresentam risco aumentado.

No Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005), esta é apresentada como uma doença crónica, com elevada prevalência em Portugal e com taxas de crescimento anuais que justificam a intervenção fundamentada.

De acordo com o mesmo documento,

“a prevalência da pré-obesidade e da obesidade na população portuguesa adulta tem sido avaliada através do Índice de Massa Corporal (IMC), com uma prevalência média de cerca de 34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade, sendo de realçar a grande percentagem de homens com pré-obesidade e obesidade, em relação às mulheres.” (DGS, 2005, p. 7)

Da análise dos dados efectuada foi, no entanto, possível verificar que a percentagem de utentes com IMC superior a 30 (obesidade) era superior aqueles que apresentavam IMC entre 25,0 e 29,9 (pré-obesidade), contrariamente ao referido pela DGS (2005), em que a prevalência da pré-obesidade é superior à da obesidade.

É assim neste diagnóstico, que os dados obtidos apresentam maior expressividade, emergindo nesta fase os principais problemas de saúde.

Na fase do diagnóstico *educativo e ecológico*, de acordo com Loureiro e Miranda (2010), examinam-se as condições comportamentais e ambientais, identificadas nas etapas anteriores, com influência no estado de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e pretende reconhecer o que as determina e identificar os factores educacionais e ecológicos a mudar.

Importa referir nesta fase de diagnóstico as razões apontadas pelos utentes, para não realizarem exercício físico, uma vez que as mesmas permitem compreender a razão do problema e orientam para as estratégias de intervenção mais eficazes.

Importante salientar que, dos vinte e oito utentes, catorze referiram estar dispostos a praticar mais desporto como forma de manter ou melhorar a sua saúde.

O desenvolvimento desta etapa da metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, permitiu desenvolver competências relacionadas com a avaliação do estado de saúde, a identificação de necessidades em saúde e estabelecer a rede de causalidade dos problemas de saúde, de um grupo de utentes, com factor de risco para a doença cardiovascular.

A aplicação dos instrumentos de colheita de dados e a análise estatística dos mesmos permitiu a identificação dos principais problemas de saúde: Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal elevados, hábitos sedentários e ingestão de água deficiente.

Foi a identificação destes problemas que orientou a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, e conseqüentemente, permitiu planear a próxima etapa do processo.

## **2.2. Diagnósticos de Enfermagem e Priorização**

Na etapa de elaboração dos diagnósticos foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), Versão 1.0, Modelo de 7 Eixos.

Na apresentação do projecto foi referida a taxonomia de NANDA, como base para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, contudo, porque a implementação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), com base na CIPE®, estava a ser implementada no ACES e tendo sido manifestado pela co-orientadora e vogal de enfermagem do conselho clínico do ACES, o interesse em que a CIPE® fosse a

taxonomia utilizada, numa tentativa de aproximar o projecto à realidade das práticas, optou-se pela taxonomia CIPE® para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

A construção de diagnósticos de enfermagem, de acordo com o Modelo de 7 Eixos da CIPE®, deve incluir um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo, podendo incluir termos adicionais, conforme o necessário. Sendo o Foco a área de atenção relevante para a enfermagem e o Juízo a opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem.

Foram assim construídos três diagnósticos de enfermagem, tendo sido mobilizados três Eixos, o do foco, o do juízo e o do cliente, sendo este último definido como o sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção.

Elaboraram-se assim os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Diagnóstico A: *Status* nutricional comprometido em 23 utentes (82,15%).
- Diagnóstico B: Padrão de ingestão de líquidos diminuído em 18 utentes (82,14%).
- Diagnóstico C: Fazer exercício diminuído em 24 utentes (85,71%).

Para a priorização dos diagnósticos foi utilizado o Método de Hanlon (Tavares, 1990), ajustado à população alvo, tendo sido priorizado e seleccionado o diagnóstico C, no qual foi também realizada a intervenção, encontrando-se os critérios utilizados na priorização em apêndice (APÊNDICE VI).

Nesta etapa foram envolvidos os principais cuidadores, assim como a vogal de enfermagem do conselho clínico do ACES IV – Oeiras.

O desenvolvimento desta etapa do Processo de Planeamento em Saúde permitiu desenvolver competências no domínio e mobilização da taxonomia CIPE®, adoptada pelos ACES.

Foram ainda adquiridas competências na elaboração de diagnósticos a grupos e na definição de prioridades em saúde, com base em critérios objectivos, pela utilização do método de Hanlon adaptado.

### **2.3. Fixação de Objectivos**

A Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde (1986), considera a saúde como um recurso para a vida e não uma finalidade de vida e a capacitação como o reforço da acção da comunidade.

Centrando-se a promoção da saúde na procura da equidade em saúde, capacitar as pessoas para a completa realização do seu potencial de saúde é uma das estratégias apontadas no documento anterior que salienta ainda a importância de se actuar ao nível dos estilos de vida, no acesso à informação e na criação de ambientes favoráveis. Se recordarmos que a Organização Mundial de Saúde considera a saúde “como a capacidade de desenvolver o potencial próprio e responder de forma positiva aos problemas do ambiente” (LOUREIRO e MIRANDA, 2010, p. 20) e o peso social e económico que é atribuído às doenças crónicas, compreendemos a importância de dotar os indivíduos e as comunidades de recursos em saúde.

Tendo sido realizado o diagnóstico da situação de saúde e identificados os principais problemas de saúde, é chegado o momento de delinear um projecto de intervenção, com vista à promoção da saúde, que permita contribuir para a capacitação dos indivíduos para adoptarem comportamentos de saúde, pela fixação de objectivos que visem a mudança de comportamentos em saúde e a adopção de hábitos de actividade física regulares.

Foi assim definido como objectivo geral para a intervenção:

- Contribuir para a capacitação de, pelo menos, 30% dos utentes identificados no diagnóstico da situação de saúde como tendo hábitos sedentários, para a prática de actividade física regular.

A importância de conhecer os comportamentos em saúde das comunidades, é referida por Pender, Murdaugh e Parsons (2006), para o desenvolvimento de estratégias de intervenção efectiva, que tenham como objectivo a mudança de comportamentos, remetendo para a utilização do Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska e DiClemente, 1984).

Relembrando os resultados apresentados na etapa de diagnóstico da situação de saúde, mais concretamente na fase de diagnóstico educativo e ecológico do Modelo PRECEDE, podemos verificar que as principais razões, apontadas pelo grupo de utentes para não praticar exercício ou actividade física se relacionavam com falta de motivação e com a existência de crenças negativas em saúde.

Assim, através da análise dos dados, verificou-se a necessidade de intervir em duas áreas: a motivação e a desmistificação de crenças negativas em saúde, pelo que se considerou pertinente a mobilização do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh e Parsons (2006).

A identificação de objectivos e de opções relacionadas com a mudança de comportamentos, é uma das etapas do plano de promoção de saúde, do modelo desenvolvido por Pender, Murdaugh e Parsons (2006), correspondendo também a uma das etapas do Processo de Planeamento em Saúde.

Na sequência do objectivo geral anteriormente apresentado e de acordo com a análise dos dados efectuada, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- Motivar os utentes para a prática de actividade física regular.
- Promover a prática de actividade física, como forma de reduzir os factores de risco para a doença cardiovascular.
- Desmistificar crenças negativas em saúde associadas à prática de actividade física.

O desenvolvimento desta etapa do Processo de Planeamento em Saúde permitiu adquirir competências de elaboração de objectivos em saúde, destinados à intervenção a grupos, pela mobilização de Modelos de Promoção da Saúde, que sustentam a intervenção realizada.

## **2.4. Selecção de Estratégias**

A população alvo de intervenção foram os 24 utentes identificados na etapa de diagnóstico da situação de saúde como tendo hábitos de vida sedentários.

A promoção de comportamentos saudáveis assume um papel importante no bem-estar dos doentes crónicos, com maior impacto na prevenção das doenças cardiovasculares, cujo o aparecimento está relacionado com os estilos de vida. O PNS 2004-2010 faz referência à implementação de medidas que promovam comportamentos saudáveis, nas quais se incluem as que estimulam a prática de actividade física, como uma forma de diminuir o risco de doença cardíaca.

A selecção de estratégias de intervenção, que melhor contribuam para a capacitação do grupo de utentes, para a prática de actividade física regular, traduz a etapa do Processo de Planeamento em Saúde que agora se descreve.

Apesar de existirem inúmeras definições de EpS, Costa e López (1996) referem que, o ponto em que todas coincidem é ao assinalar tratar-se de processos e experiências de aprendizagem, com a finalidade de influenciar positivamente a saúde das

comunidades, constituindo a adopção de comportamentos em saúde e de estilos de vida saudáveis o principal enfoque da EpS.

Os mesmos autores consideram a EpS uma estratégia básica de promoção de saúde, que tem orientado os objectivos em saúde, primeiro na área da prevenção da doença e depois na área da capacitação e da promoção da saúde.

Também Loureiro e Miranda (2010), consideram que as intervenções em Promoção de Saúde visam aumentar as capacidades dos indivíduos e da comunidade.

Os modelos de educação centrados na capacitação, são referidos por Costa e López (1996) como impulsionadores da mudança com base em decisões sustentadas.

A EpS foi uma das estratégias seleccionadas para a intervenção, como forma de fundamentar as actividades planeadas e predispondo os utentes para a adopção voluntária de comportamentos em saúde e para o alcance de melhores níveis de saúde. O que também está de acordo com o descrito por Candeias (1997).

De forma a promover a adopção de hábitos de actividade física pelos utentes alvo da intervenção, foram desenvolvidas sessões de EpS, cujo respectivo plano se encontra em apêndice (APÊNDICE VII).

De acordo com Redman (2003) o uso de informação escrita, a demonstração e a prática e a intervenção em grupos, são métodos inerentes ao processo de EpS, adequados para dotar os utentes de conhecimentos e habilidades em saúde.

Foi elaborado um folheto (APÊNDICE VIII), com a intenção de transmitir informação, familiarizar e capacitar os utentes, para a participação nas sessões práticas de actividade física, tendo na sua elaboração sido consideradas as competências literárias da população a quem o mesmo se destinava.

A demonstração é definida como “um desempenho de procedimentos ou habilidades psicomotoras, que combinadas com a prática constituem o método mais adequado para adquirir habilidades” (REDMAN, 2003, p. 50) e cuja intenção é proporcionar uma imagem clara de como o procedimento é desempenhado, constituindo este um método em EpS.

Para tal, foram planeados momentos de prática, que se traduziram na realização de um esquema de exercícios e de uma caminhada, com o grupo de utente e sob orientação da autora.

Foram também utilizadas competências comunicacionais descritas por Costa e López (1996) como sendo capazes de influenciar os processos de mudança e de capacitação, inerentes à prática da EpS.

A capacitação comunitária foi outra estratégia utilizada, sendo o processo de capacitação comunitária definido como “o aumento de competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos”. (LOUREIRO e MIRANDA, 2010, p. 172)

Este processo, de acordo com Loureiro e Miranda (2010), conduz ao aumento das potencialidades e atributos de uma comunidade, ajudando-a a conseguir melhor qualidade de vida para os seus elementos.

O processo de capacitação resulta da interacção entre três elementos diferentes, os financiadores, papel assumido pela vogal de enfermagem do concelho clínico do ACES, que forneceu os recursos necessários à implementação do projecto; os promotores de saúde, papel assumido pela autora, que elaborou e implementou o projecto “Pela Sua Saúde... Mexa-se!” e estabeleceu contacto com o grupo alvo de intervenção e um terceiro elemento, representado pelo grupo de utentes.

Relacionado com o processo de capacitação da comunidade é o conceito de participação comunitária, que constitui outra forma de promoção de saúde, pelo aumento das redes sociais e de suporte, o aumento da auto-estima e da estima social e pela diminuição do isolamento.

Pender, Murdaugh e Parsons (2006) salientam que, como forma de promover mudanças comportamentais positivas, as intervenções comunitárias devem envolver os utentes, constituindo a participação comunitária um dos pilares essenciais dos programas de promoção de saúde baseados na comunidade. As autoras definem participação comunitária como o processo pelo qual o indivíduo toma parte em actividades, programas ou discussões, com vista à mudança em saúde e à obtenção de ganhos para a comunidade.

As mesmas autoras referem ainda que os indivíduos são mais susceptíveis a comprometerem-se e a manterem comportamentos de mudança, quando envolvidos na identificação do problema e no desenvolvimento e implementação dos programas.

Os utentes foram envolvidos na identificação do problema, na etapa de diagnóstico da situação de saúde e foram questionados em relação ao que estavam dispostos a fazer para melhorar ou manter a sua saúde, tendo a maioria, referido disponibilidade para praticar mais desporto.

Uma vez que uma das razões apontadas pelos utentes para não praticarem exercício físico foi a falta de motivação considerou-se pertinente a mobilização do Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska e DiClemente, 1994), que permitiu determinar em que fase de mudança se encontrava o grupo de utentes e assim determinar o grau de motivação para a mudança de comportamentos (contemplação), adequando a intervenção.

Porque a falta de companhia foi uma das razões apontadas pelos utentes para não praticarem actividade física, estes foram convidados a vir acompanhados por um familiar e a partilhar, em contexto familiar ou social, as actividades realizadas. Segundo Redman (2003), a intervenção em grupo promove a aprendizagem, uma vez que a experiência de ter o apoio de um grupo, obtendo motivação para aprender com os outros e diminuindo os sentimentos de isolamento, pode ser a melhor forma de alterar comportamentos.

Considerou-se assim pertinente promover e previligiar actividades em contexto de grupo, planeadas de forma a dotar os indivíduos de conhecimentos em saúde, acessíveis e adequados às características dos mesmos.

De modo a promover a participação de todos os diferentes elementos, foi solicitada a colaboração da Professora Helena Santa-Clara, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), com quem foi combinada uma reunião. Desta reunião resultou o esquema de exercícios, adaptado da publicação “Quem? Eu? Exercício? Exercícios sem riscos para lá dos sessenta”, da DGS (2001) e realizados quer nas sessões de actividade física, quer apresentados no folheto distribuído aos utentes.

Foram ainda facultadas pela professora Helena Santa-Clara as Guideliness Americanas para a Actividade Física, que sustentaram e orientaram a escolha das actividades realizadas, garantindo-se assim a eficácia da intervenção e a adequação da mesma à condição física dos diferentes elementos que constituíram o grupo-alvo da intervenção.

Os utentes foram ainda esclarecidos, no início e no decurso do projecto, do carácter voluntário da sua participação, tendo sido informados de que, em qualquer momento poderiam abandonar o projecto, sem que daí adviriasse qualquer prejuízo para os próprios.

A reunião com a Professora Helena Santa-Clara teve ainda como objectivo garantir que os exercícios físicos seleccionados para a intervenção não trariam qualquer prejuízo aos utentes.

A FMH foi assim mobilizada enquanto recurso da comunidade, com vista à optimização da intervenção.

Da análise estatística das razões apontadas pelos utentes, para não realizarem exercício físico, uma das respostas que obteve maior representatividade foi a existência de problemas de saúde, contudo, no decorrer da colheita de dados e na sequência de reuniões informais com a enfermeira que lhes prestava cuidados, foi possível verificar que estes correspondiam a crenças negativas associadas à prática de exercício físico e não a verdadeiras contra-indicações.

Segundo Sardinha, Matos e Loureiro:

“Albert Bandura publicou um quadro racional para a compreensão do comportamento humano baseado em formulações cognitivas a que chamou de teoria sócio-cognitiva. Esse enquadramento é correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção”. (SARDINHA, MATOS e LOUREIRO, 1999, p. 29)

Considerou-se assim pertinente a mobilização da Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1986), cuja premissa básica é a de que as pessoas aprendem, não só pelas suas experiências, mas também pela observação do outro e pelos resultados dessas acções.

De forma a otimizar as intervenções realizadas e com o intuito de desmistificar crenças negativas em saúde, associadas à prática de actividade física, foram mobilizados diversos conceitos-chave da Teoria Sócio-Cognitiva: capacidade comportamental, expectativas, auto-eficácia e aprendizagem observacional. (Sardinha, Matos e Loureiro, 1999)

No decurso da intervenção devem ir sendo fornecidas informações claras e treino acerca da acção, uma vez que “o conceito de capacidade comportamental afirma que uma pessoa tem necessidade de saber o que fazer e como fazê-lo”. (SARDINHA, MATOS e LOUREIRO, 1999, p. 30)

O conceito de expectativas traduz as crenças que o indivíduo tem acerca dos prováveis resultados da acção, pelo que a informação transmitida deve incluir os resultados, que poderão advir da mesma. (Sardinha, Matos e Loureiro, 1999)

O conceito de auto-eficácia é definido por Sardinha, Matos e Loureiro (1999) como a confiança do próprio na capacidade de tomar a acção e persistir nela, determinando o esforço do indivíduo para mudar o comportamento. De acordo com os autores, este conceito é aplicável pelo sublinhar dos pontos positivos e pelo uso de persuasão e encorajamento à mudança.

O conceito de aprendizagem observacional define-se, de acordo com Sardinha, Matos e Loureiro (1999), como a capacidade para aprender através da experiência dos outros, o que permite ao indivíduo perceber quando o modelo de comportamento é desejável ou não. É assim importante encorajar a auto-recompensa e diminuir a possibilidade de respostas negativas que desviem de mudanças positivas.

A mobilização da Teoria Sócio-Cognitiva veio reforçar a pertinência de realizar sessão de EpS e sessões práticas de actividade física, que transmitissem claramente porque é, a actividade física, um factor protector da saúde cardiovascular.

As sessões práticas de actividade física permitiram aos utentes perceber claramente o que deles era esperado e compreender, em grupo, os benefícios dessa prática, assim como a capacidade para o realizar.

Foi ainda realizado feedback positivo sobre o desempenho e as recompensas intrínsecas foram valorizadas em detrimento das recompensas extrínsecas, uma vez que estas últimas, segundo Sardinha, Matos e Loureiro (1999), não sustentam a mudança de comportamentos a longo prazo.

A transmissão de conhecimentos, através das sessões de EpS e o recurso à demonstração dos diferentes exercícios e respectiva prática, permitiu ao grupo de utentes compreender que, da prática orientada de actividade física advêm ganhos em saúde.

Foram criados, um guia dos exercícios realizados na sessão de actividade física (APÊNDICE IX) e uma grelha de observação dos mesmos, com o objectivo de avaliar as intervenções realizadas e permitir mais facilmente a identificação do número de utentes que os realizava correctamente (e quantos não o faziam). Importa ainda referir que estes erros eram individualmente corrigidos pela autora, no decurso das actividades.

Optou-se pelo questionamento oral e pela observação como forma de avaliação e foi também elaborada uma grelha de avaliação, que se encontra em apêndice (APÊNDICE X). Pretendeu-se desta forma avaliar os conhecimentos transmitidos, as competências adquiridas e os resultados da intervenção realizada.

A concretização desta etapa do Processo de Planeamento em Saúde permitiu a aquisição de competências relacionadas com a mobilização de Modelos conceptuais do âmbito da promoção e EpS e a utilização de abordagens activas na definição de estratégias de promoção e EpS.

Foram ainda adquiridas competências na identificação e mobilização de recursos da comunidade, com vista à resolução eficaz dos problemas de saúde identificados.

## **2.5. Elaboração de Projecto e Preparação da Execução**

Com vista à concretização dos objectivos estabelecidos e com base nas estratégias seleccionadas, foi elaborado um projecto de intervenção comunitária com o tema: “Pela Sua Saúde... Mexa-se!”.

A operacionalização do projecto foi da responsabilidade da autora, que assumiu a liderança, nas diferentes fases de implementação do mesmo e o divulgou às equipas de enfermagem da UCSP de Oeiras e da UCC - Saúdar.

Os recursos materiais necessários à implementação do projecto, nomeadamente o espaço físico e os meios audiovisuais utilizados (projector e leitor de Cds) pertenciam ao ACES de Oeiras, tendo as sessões decorrido no ginásio da UCC-Saudar.

A impressão dos folhetos e dos convites para participar na caminhada, distribuídos aos utentes, representaram os únicos encargos financeiros.

Tendo sido definidos como objectivos da intervenção motivar e contribuir para a capacitação de um grupo de utentes, com vista à adopção de comportamentos relacionados com a prática regular de actividade física, foi decidido que o grupo alvo de intervenção seria constituído pelos utentes presentes na sessão de EpS realizada, totalizando 10 utentes, não sendo adicionados novos elementos nas sessões subsequentes.

Foram definidos como objectivos das intervenções:

- Que, pelo menos, 50% dos utentes participem na sessão de EpS realizada.
- Que 70% dos utentes participem em, pelo menos, 2 das 3 sessões de actividade física realizadas.
- Que 70% dos utentes participem na caminhada realizada.
- Que 60% dos utentes executem correctamente, pelo menos, 3 dos exercícios realizados nas sessões de actividade física.
- Que 80% dos utentes refiram sentir-se bem após praticar actividade física.
- Que 80% dos utentes reconheçam a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular.
- Que 80% os utentes reconheçam a caminhada como sendo actividade física.

Com vista à concretização dos objectivos estabelecidos foram planeadas as seguintes actividades:

- Divulgação da sessão de EpS às equipas de enfermagem da UCSP de Oeiras e da UCC - Saúdar, até 10 de Fevereiro de 2011.
- Elaboração de um poster para divulgação da sessão de EpS (APÊNDICE XI), a ser afixado na UCSP de Oeiras, até 10 de Fevereiro de 2011.
- Realização de uma sessão de EpS com o grupo de utentes, identificados na etapa de diagnóstico da situação de saúde, como tendo hábitos sedentários, até 14 de Janeiro de 2011, da qual constem os seguintes temas:
  - ✓ Prática de actividade física como um estilo de vida saudável.
  - ✓ Actividade física como factor protector da saúde cardiovascular.
  - ✓ Aspectos importantes, inerentes à prática de actividade física.
  - ✓ Realização com os utentes de um esquema de exercícios físicos, passíveis de ser realizados em casa.
  - ✓ Programação de actividade de grupo: caminhada e sessões de actividade física.
- Elaboração de um folheto no qual constem os exercícios realizados nas sessões, a ser distribuído na sessão de EpS.
- Realização de três sessões de actividade física, com o grupo de utentes, identificados no diagnóstico de situação, como tendo hábitos sedentários, até 4 de Fevereiro de 2011.

- Observação da prática dos exercícios e correção dos erros.
- Realização de uma caminhada, com o grupo de utentes, identificados no diagnóstico de situação, como tendo hábitos sedentários, até 16 de Janeiro de 2011.
- Elaboração de um convite para participar na caminhada (APÊNDICE XII), a ser entregue a todos os utentes que participarem na sessão de EpS.
- Elaboração de uma grelha de avaliação das intervenções realizadas.

Foram definidos como indicadores para avaliação:

- Indicadores de actividade:
  - Poster para divulgação da sessão de EpS entregue.
  - Convites para participar na caminhada entregues.
  - Folhetos entregues.
  - Sessões de EpS realizadas.
  - Sessões de actividade física realizadas.
  - Caminhadas realizadas.
  
- Indicadores de participação:
  - Uteses que participaram na sessão de EpS.
  - Uteses que participaram em, pelo menos, 2 das 3 sessões de actividade física realizadas.
  - Uteses que participaram na caminhada.
  
- Indicadores de resultado:
  - Uteses que refiram sentir-se bem após praticar actividade física.
  - Uteses reconhecem a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular.
  - Uteses que reconhecem a caminhada como sendo actividade física.
  - Uteses que conseguiram realizar pelo menos 3 dos exercícios realizados, aquando a última sessão de actividade física.

Apresentam-se agora os resultados de saúde que permitiram a avaliação:

- $\frac{\text{N.º de posters para divulgação da sessão de EpS entregues}}{\text{N.º de posters para divulgação da sessão elaborados}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes a quem foi entregue convite para participar na caminhada}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes a quem foi entregue folheto}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de sessões de EpS realizadas}}{\text{N.º de sessões de EpS planeadas}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de sessões de actividade física realizadas}}{\text{N.º de sessões de actividade física planeadas}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de caminhadas realizadas}}{\text{N.º de caminhadas planeadas}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}}{\text{N.º de utentes que foram convidados a participar na sessão de EpS}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que participaram em, pelo menos, 2 das 3 sessões de actividade física}}{\text{N.º de utentes convidados para participar nas sessões de actividade física}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que participaram na caminhada}}{\text{N.º de utentes convidados a participar na caminhada}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que reconhecem a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que refiram sentir-se bem após praticar actividade física}}{\text{N.º de utentes que participaram na Sessão de EpS}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que reconhecem a caminhada como actividade física}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100$
- $\frac{\text{N.º de utentes que realizaram correctamente, pelo menos 3 dos exercícios, realizados nas sessões de actividade física}}{\text{N.º de utentes que participaram em pelo menos 2 das 3 sessões de actividade física}} \times 100$

A elaboração do projecto de intervenção acima citado permitiu a aquisição de competências relacionadas com a liderança e dinamização de grupos e foram aprofundadas competências relacionais e de comunicação.

Foram ainda adquiridas competências na elaboração de indicadores e resultados de saúde.

## 2.6. Avaliação

Foi realizada uma sessão de EpS, na qual participaram 59% dos utentes convidados. Entregou-se, a todos os utentes que participaram na sessão de EpS, um folheto com o esquema de exercícios a realizar na sessão de actividade física e um convite para participar na caminhada o que permitiu a concretização dos objectivos estabelecidos em 100%. Os utentes foram ainda convidados a participar nas sessões de actividade física seguintes.

Foi proposto como objectivo, a participação de, pelo menos, 50% dos utentes presentes na sessão de EpS, do total de utentes identificados na fase de diagnóstico de situação como tendo hábitos sedentários. Este objectivo foi alcançado (59%), apesar das dificuldades encontradas no contacto telefónico, tendo sido efectuadas várias tentativas de contacto sem sucesso (onze utentes) e alguns utentes terem referido ser impossível estar presentes na sessão de EpS (sete utentes), por incompatibilidade de horário com a actividade laboral (dois utentes), problemas relacionados com saúde (quatro utentes) e necessidade de assistência a familiares (um utente) .

É contudo importante referir que, todos os utentes contactados e que não puderam estar presentes na sessão de EpS (sete utentes), manifestaram interesse em ter participado, se a situação actual (laboral, de saúde e familiar) o permitisse.

80% Dos utentes que participaram na sessão de EpS reconheceu a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular.

Nas três sessões de actividade física realizadas, foi obtida, em pelo menos duas das sessões, a participação de 80% dos utentes convidados e também 80% dos utentes realizou correctamente, pelo menos, três dos exercícios que constavam do esquema de actividade física, mantendo a prática de actividade física, ao fim da terceira semana de intervenção.

Todos os utentes que participaram nas sessões de actividade física referiram sentir-se bem após a prática dos exercícios propostos (100%).

Participaram na caminhada 70% dos utentes convidados, o que está de acordo com o objectivo estabelecido, no entanto, apenas foi possível a realização de uma caminhada, por más condições climatéricas.

Dos utentes que participaram na sessão de EpS, 80% reconheceram a caminhada como actividade física, tendo sido alcançado o objectivo proposto, no entanto, em espaço de partilha, também o grupo de utentes referiu beneficiar mais das sessões de actividade física, uma vez que a realização da caminhada estava muito condicionada às condições climatéricas.

Face ao anteriormente apresentado e de acordo com o que é referido na publicação da DGS e nas Guideliness Americanas para a Actividade Física (2008), que referem não ser aconselhado realizar actividade física ao ar livre em dias muito frios ou ventosos, foi decidido que não seria pertinente realizar a segunda caminhada, sendo esta substituída por actividades no ginásio.

A abertura das equipas de enfermagem da UCSP de Oeiras e da UCC - Saúdar e da vogal de enfermagem do conselho clínico do ACES, ao desenvolvimento do projecto, assim como a colaboração e disponibilidade demonstradas pelos utentes que participaram nas actividades desenvolvidas e a colaboração da Sra. Prof. Helena Santa-Clara, da FMH, foram aspectos que contribuíram para o sucesso das intervenções.

A implementação do projecto de intervenção “Pela Sua Saúde... Mexa-se!” permitiu contribuir para a capacitação de um grupo de utentes, com vista à adopção de hábitos regulares de actividade física. Dos vinte e quatro utentes identificados como tendo hábitos sedentários, oito mantiveram a prática regular de actividade física ao fim da intervenção (33% dos utentes), pelo que se considerou ter sido atingido o objectivo geral inicialmente proposto e apresentado na etapa de Fixação de Objectivos.

Face aos resultados apresentados e ao feedback dos utentes, considerou-se terem sido alcançados todos os objectivos propostos (APÊNDICE XIII).

A elaboração de indicadores de saúde adequados à intervenção e a tradução dos mesmos em taxas de avaliação, assim como a inclusão dos utentes na etapa de avaliação do projecto, constituiu uma mais-valia no processo de aquisição de competências.

### 3. REFLECTINDO SOBRE A PRÁTICA

Os enfermeiros em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem, de acordo com o ICN (2010) um importante papel na prevenção e controlo das doenças crónicas, entre as quais se incluem as doenças cardiovasculares, pelo número cada vez maior de pessoas afectadas.

De acordo com Correia et al,

“em cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”.  
(CORREIA ET AL, 2001, p. 76)

O conhecimento de que dispõe e a relação de proximidade que estabelece com os utentes, famílias e a comunidade fazem do enfermeiro especialista de saúde comunitária, um elemento fundamental na implementação de projectos de intervenção comunitária, direccionados à população, que tenham como intenção influenciar o nível de saúde da mesma.

Dotar os utentes de conhecimentos em saúde que lhes permitam a gestão da sua saúde é uma das áreas de competências dos enfermeiros em CSP e que se reveste de uma importância cada vez mais evidente, uma vez que ao trabalhar em parceria com os utentes, os enfermeiros estão a capacitá-los para a adopção de comportamentos em saúde.

Na sequência das actividades desenvolvidas em contexto de estágio, foi notória a importância de promover a continuidade do projecto de intervenção, como forma de promover a capacitação da comunidade, assumindo os promotores de saúde um papel de destaque.

Pelas razões apresentadas, considerou-se pertinente a divulgação formal das actividades desenvolvidas e principalmente do projecto de intervenção comunitária “Pela Sua Saúde... Mexa-se!”, estando assim planeada a realização de uma reunião, com o objectivo de apresentar o projecto às equipas de enfermagem das diferentes unidades do ACES de Oeiras e de sensibilizar as mesmas para a importância de questionar os utentes sobre hábitos de actividade física.

Nesta reunião será ainda transmitida a pertinência, de incluir no planeamento de futuras actividades, uma reunião com o grupo de utentes alvo de intervenção, um mês após a terceira sessão de actividade física.

A aquisição de conhecimentos teóricos e a sua mobilização e integração no planeamento das intervenções de enfermagem e respectivos cuidados permitiram o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, sendo competência, no contexto da enfermagem, definida por Alarcão e Ruas como:

“uma actuação que vai bem com a situação. Poderemos dizer que ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta. Mas saber o que fazer em cada situação concreta pressupõe uma compreensão e um juízo sobre a situação e uma intencionalidade de acção. Pressupõe, também, uma mobilização das micro-competências adequadas, que funcionam como átomos da competência global”.  
(ALARCÃO e RUAS, 2005, p. 375-376)

As mesmas autoras salientam que, a competência profissional do enfermeiro envolve três sub-competências fundamentais: a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional.

No processo de desenvolvimento de competências está implicada a mobilização de conhecimentos teóricos mas é no quotidiano profissional e na relação com os utentes que estas se desenvolvem e amadurecem.

De acordo com Alarcão e Rua (2005) a *competência cognitiva* implica a identificação das necessidades do utente, a análise e interpretação da informação recolhida, a planificação das actividades de acordo com as prioridades de cada situação, a justificação das intervenções e a avaliação da evolução de cada situação clínica.

A *competência comunicacional* implica saber ouvir, comunicar de forma adequada às características do utente e família, efectuar ensinamentos oportunos, registar de forma sistematizada a informação, transmitir informações correctas e pertinentes e estabelecer uma relação de ajuda.

As autoras acima citadas fazem ainda referência à *competência técnica*, que de acordo com as mesmas implica efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas, possuir destreza manual e utilizar o material adequado a cada situação.

No decurso do estágio o processo de aprendizagem foi direccionado para a aquisição de competências cognitivas e comunicacionais, assim como para o aprofundar e aperfeiçoar de competências técnicas, relacionando-as com a prática da enfermagem comunitária.

A utilização da metodologia do Processo de Planeamento em Saúde promoveu a aquisição de competências cognitivas, tendo-se revelado uma mais-valia, ao permitir o planeamento e a concretização de actividades, adequadas às necessidades reais dos utentes e promovendo a consolidação dos conhecimentos transmitidos, representando a mobilização desta metodologia, uma competência inerente à prática dos cuidados do enfermeiro especialista de saúde comunitária.

A utilização do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh e Parsons (2006) e de Teorias Cognitivo-Comportamentais permitiu aprofundar conhecimentos teóricos, mobilizando referências teóricas para a prática diária e promovendo assim a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A implementação do projecto de intervenção “Pela Sua Saúde... Mexa-se!” revelou-se uma mais valia para a prática profissional, pelos conhecimentos adquiridos nas áreas do exercício e actividade física, na sua componente de saúde e pela mobilização da EpS como estratégia de promoção de saúde.

A prestação de cuidados em contexto de CSP, a adopção da EpS como uma das estratégias de intervenção e as actividades desenvolvidas promoveram a aquisição de competências comunicacionais, não apenas pelo estabelecer da rede de relações (entre a autora e os utentes, e entre estes), mas também pela necessidade de criar instrumentos de informação adequados e acessíveis às características da população-alvo.

Foram adquiridas competências de liderança e mobilização de grupos, com vista à promoção de comportamentos em saúde, mais concretamente hábitos regulares de actividade física.

Foi ainda possível reflectir sobre a importância do desenvolvimento pessoal para a prática de enfermagem, sendo esta, de acordo com Queirós (2007), uma competência de enfermagem, que faz de cada enfermeira, alguém capaz de se relacionar com o outro. Também Cestari (2003), citando Barbara Carper (1978), faz referência aos padrões de conhecimento utilizados pela enfermagem, salientando o padrão pessoal e

Benner (1984), apresenta a relação de ajuda como um dos domínios da prática de enfermagem.

Segundo Cestarini (2003) o padrão pessoal relaciona-se com o conhecimento, o encontro e o entendimento do self e é ele, que permite o estabelecer de um relacionamento terapêutico com o utente. A prestação de cuidados de enfermagem implica a relação com o outro e em situações de crise ou não, esta relação é inevitável e representa a base dos cuidados de enfermagem.

A importância do desenvolvimento pessoal era já uma realidade presente no quotidiano profissional, mas no decorrer do ensino clínico tornou-se mais evidente, pelas características inerentes à prestação de cuidados em contexto de grupo no âmbito da promoção da saúde e sendo a participação comunitária uma das estratégias de intervenção o conhecimento do utente e a aceitação da sua liberdade, foi fundamental no decorrer do projecto implementado.

De acordo com Carper (1978), “é o conhecimento em si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro” (CESTARINI, 2003, p. 37-38), o que só é possível pela interiorização e reflexão das práticas, fundamentais no processo de aquisição de competências.

Também Alarcão e Rua (2005) reforçam esta ideia, ao afirmar que

“a competência profissional resulta de um conjunto de micro-interacções:

- com o próprio (interacção intrapessoal);
- com os outros (interacção interpessoal);
- com os saberes na sua relação de interactividade (interacção interdisciplinar)”.

(ALARCÃO e RUAS, 2005, p. 382)

Foi esta integração e articulação de saberes entre os diferentes modelos e teorias que permitiu a qualidade das intervenções, o aprofundar dos conhecimentos e a aquisição de competências pessoais e profissionais.

A aquisição de competências na área do domínio da ética foi outra preocupação. A prática dos cuidados de enfermagem tem de ser assente não apenas no Código Deontológico e no Regulamento para a Prática de Enfermagem mas também num conjunto de normas e valores que dignifiquem e sustentem a qualidade das práticas e o respeito pelo outro e pela profissão.

O padrão ético é referido por Cestari (2003) como a consciência do que é correcto, estando presente no quotidiano da enfermagem, que precisa de estabelecer objectivos e realizar intervenções que sejam adequadas aos utentes.

De acordo com Martins “competência, respeito e sentido de responsabilidade deverão ser os pressupostos de qualquer trabalho de investigação em enfermagem” (MARTINS, 2008, p. 66). Este trabalho foi assim orientado com base nos saberes acima mencionados e nos princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, tanto na sua componente prática como teórica, com vista não apenas à aquisição de conhecimentos em contexto académico mas também à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A implementação das diferentes actividades e a selecção das mesmas, foi sustentada em Modelos Conceptuais da área de enfermagem, na revisão de literatura, na evidência científica e na selecção de fontes bibliográficas adequadas e actuais, devendo esta deve ser uma preocupação de todas as intervenções em saúde, constituindo-se como um dever ético para a prestação dos cuidados de saúde de qualidade.

No Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus aplicado à enfermagem, Benner (1984) apresenta cinco níveis de competências, ao longo dos quais se progide e que reflectem as mudanças ocorridas, que segundo a autora são, a mudança de uma actuação baseada em princípios abstratos para a actuação baseada nas experiências passadas, numa perspectiva global e abrangente onde certos elementos se destacam e em que se assume uma posição de executante empenhado.

As actividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico pretenderam o desenvolvimento de competências na área de especialização de enfermagem comunitária e permitiram, numa perspectiva global, a transição do nível de iniciado para iniciado avançado nas áreas de competência cognitiva e de iniciado a competente nas áreas de competência comunicacionais e no padrão de conhecimento pessoal.

A autora acredita que, com a prática diária e a integração numa equipa de enfermagem comunitária, poderá um dia vir a chegar ao nível de perita, com a certeza porém, de que, tal só será possível com muito trabalho e investimento pessoal e profissional que permitam amadurecer e consolidar os conhecimentos até aqui adquiridos.

A realização do estágio e a implementação do projecto de intervenção, contribuiu sobretudo para promover a participação activa dos utentes, nas decisões sobre a sua saúde e para reforçar a componente de promoção de saúde que os CSP têm de assumir junto das comunidades.

## 4. CONCLUSÃO

O impacto sócio-económico e as repercussões sociais das doenças cardiovasculares fundamentam a implementação de estratégias de prevenção, com base na modificação efectiva do estilo de vida, devendo incluir intervenções ao nível dos principais factores de risco para a doença cardiovascular, nos quais se inclui o sedentarismo.

A concretização da etapa de diagnóstico da situação de saúde, permitiu caracterizar alguns dos aspectos relacionados com os estilos de vida e o registo dos sinais vitais e dos parâmetros antropométricos, assim como de algumas variáveis socioculturais.

Os dados recolhidos foram descritos estatisticamente, usando uma base de dados em SPSS 16, tendo sido assim possível a identificação dos principais problemas de saúde, sendo o sedentarismo o que apresentou maior evidência estatística.

Identificados os problemas procedeu-se à elaboração dos respectivos diagnósticos de saúde, e foi priorizado e seleccionado o diagnóstico de enfermagem: “Fazer exercício diminuído em 24 utentes (85,71%)”, elaborado de acordo com a CIPE® e priorizado pelo método de Hanlon, adaptado à população em estudo.

A fixação dos objectivos conduziu à selecção das estratégias de promoção de saúde mais eficazes, nas quais a EpS assumiu um papel de destaque.

No decurso do estágio foram assim adoptadas estratégias, que permitiram contribuir para a capacitação de um grupo de utentes, identificados como tendo hábitos sedentários, com vista à adopção de hábitos regulares de actividade física.

Surgiu assim o projecto de intervenção comunitária “Pela Sua Saúde... Mexa-se!”, que se traduziu num trabalho conjunto com o grupo de utentes. Foram realizadas uma sessão de EpS, uma caminhada e três sessões de actividade física e distribuído um folheto, no qual constavam os exercícios realizados nas sessões e que pretendia orientar os utentes para a realização autónoma dos exercícios seleccionados.

A implementação do referido projecto vem de encontro ao que é referido por Palmeira e Barata, de que “a promoção do exercício físico regular nos utentes dos serviços de cuidados de saúde primários pode representar um mecanismo de prevenção e reabilitação de de variadíssimos problemas de saúde”. (PALMEIRA e BARATA, 2009, p. 59)

A evidência científica tem demonstrado que da prática regular de actividade física, advêm ganhos para a saúde da população. De acordo com Rocha (2009) e também referido nas Guidelines Americanas para a Prática de Actividade Física (2008) é evidente o papel protectorio que a actividade física desempenha, não apenas nas doenças cardiovasculares mas também nos principais factores de risco que lhe estão associados.

No decorrer do estágio foram concretizadas as diferentes etapas do Processo de Planeamento em Saúde e adquiridas competências cognitivas, comunicacionais e pessoais importantes para o trabalho em equipa e para a promoção de saúde dos utentes. Foram ainda adquiridas competências na aplicação e mobilização do Processo de Planeamento em Saúde e na mobilização e liderança de grupos.

A qualidade dos Cuidados de Saúde Primários prestados na área cardiovascular, influenciam o nível de saúde da população, sendo a intervenção ao nível dos factores de risco modificáveis fundamental, contudo a identificação do SCORE de risco cardiovascular é também um importante aspecto a ter em conta e a evidência sugere que a sua determinação, em contexto de consulta, seria uma mais-valia para a qualidade dos cuidados de saúde.

Sugere-se assim que, em estudos posteriores, seja incluída a determinação do SCORE de risco cardiovascular e identificadas as estratégias de intervenção mais eficazes para cada um dos grupos de risco.

Seria ainda interessante compreender de que forma as vivências familiares interferem para a adopção de comportamentos em saúde, nomeadamente em idades pré-escolares e escolares e de que forma a adopção de comportamentos saudáveis é vivida e promovida em contexto escolar e laboral, ou como o poderia vir a ser.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OEIRAS/CARNAXIDE (Outubro 2009) – **Plano de acção da unidade de cuidados de saúde personalizados de Oeiras para o ano 2010.**

ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília – Interdisciplinariedade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. **Texto Contexto Enfermagem.** [em linha]. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 14, nº3 (Julho-Setembro 2005), p.373-382. Acedido em 2011/02/24. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

BENNER, Patricia (1984) – **From Novice to Expert.** California : Addison-Wesley Publishing Company. ISBN : 0-201-00299-X

BURY, Jacques A. (1988) – **Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications.** 1ª ed. Bruxelles: De Boeck Université. ISBN: 2-8041-1055-9

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira – Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública.** [em linha]. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol. 31, nº2 (Abril 1997), p.209-213. Acedido em 2011/02/24. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>

CESTARI, Maria, Elisabeth – Padrões de Conhecimento da Enfermagem e suas Implicações no Ensino. **Revista Gaúcha Enfermagem.** [em linha]. Porto Alegre. ISSN 0102- 6933. Vol. 24, nº1 (Abril 2003), p.34-42. Acedido em 2011/02/24. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4435/2361>

CORREIA, Cristina; [et al] (2001) – Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Lisboa. Vol. Temático, nº 2 (2001), p.75-82.

COSTA, Miguel; LÓPEZ, Ernesto (1996) – **Educación para la Salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida**. Madrid: Ediciones Pirâmide, S.A. ISBN: 84-368-1029-5

EUOPEAN HEART NETWORK; SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA (s.d.) – **[Carta europeia para a saúde do coração]**. [em linha]. Acedido em: 25/05/2010. Disponível em: <http://www.heartcharter.org/download/Portuguese.pdf>

HONORÉ, Bernard (1996) – **Saúde em projecto**. Camarate: Lusociência. ISBN: 972-8383-31-2

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1986) – **Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 2ª ed. Lisboa: Edições da Saúde.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2009) – **Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional**. Ordem dos enfermeiros.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2010) – **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-9-9

KULBOK, Pamela A.; LAFFREY, Shirley C.; GOEPPINGER, Jean (1999) - Promoção de Saúde Comunitária: Uma Estrutura de Vários Níveis para a Prática. STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (coord.) - **Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ª Edição. Loures: Lusociência. p.285-308. ISBN: 972-8383-05-3

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia (2010) – **Promover a Saúde: dos fundamentos à acção**. Coimbra: Edições Almedina, SA. ISBN: 978-972-40-4399-9

MÃO-DE-FERRO, António (1999) - **Na rota da pedagogia**. Lisboa: Colibri. ISBN: 972-772-069-2

MARTINS, José Carlos Amado – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimens

ão ética. **Pensar Enfermagem**. [em linha]. Lisboa. ISSN 0873-890. Vol. 12, nº2 (Junho-Dezembro 2008), p.62-66. Acedido em 2011/02/26. Disponível em: [http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/7BD0359A-244A-483C-AA99-689165F3057C/0/GUIA\\_DEFIN\\_TRAB\\_2010.pdf](http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/7BD0359A-244A-483C-AA99-689165F3057C/0/GUIA_DEFIN_TRAB_2010.pdf)

OLIVEIRA, Rato (2010) – **Perfil de saúde do Concelho de Oeiras**. 1ª ed. Oeiras: Município de Oeiras. ISBN: 978-989-608-109-6

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. ISBN: 978-989-96021-9-9

PALMEIRA, António; BARATA, Thermundo (2007) – O Programa PACE: Uma aplicação do modelo transteórico de promoção do exercício em cenários de cuidados primários. **Revista Factores de Risco**. Lisboa. ISSN: 1646-4834. Nº 5. (Abril-Junho 2007). p.59-63

PEDROSA, José I. S. – Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Colectiva**. [em linha]. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. Vol. 9, nº3 (Julho/Setembro 2004), p.617-626. Acedido em: 21/07/2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a09v09n3.pdf>.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary Ann (2006) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 5ª Ed. New Jersey: Pearson Education, Inc. ISBN: 0-13-119436-4

PERDIGÃO, Carlos (2008) – Risco Cardiometabólico: Um conceito que une as diversas especialidades. **Revista Factores de Risco**. Lisboa. ISSN: 1646-4834. nº 8. (Janeiro-Março 2008). p.44-49.

PERDIGÃO, Carlos (2008) – Risco Cardiovascular 2008 – O que há de novo?. **Revista Factores de Risco**. Lisboa. ISSN: 1646-4834. nº 11. (Outubro-Dezembro 2008). p.30-34.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004a) – **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. [em linha] DESPACHO nº 1916/2004. D. R. II Série. 23. p. 1492-1495. Acedido em: 14/05/2010. Disponível em:  
[http://www.saudinha.com/parcerias/normas/legislacao/dr/2004/estilo\\_vida.pdf](http://www.saudinha.com/parcerias/normas/legislacao/dr/2004/estilo_vida.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004b) – **Plano Nacional de Saúde: 2004/2010 Volume I – Prioridades**. [em linha] Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-109-8. Acedido em: 23/09/2010. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004c) – **Plano Nacional de Saúde: 2004/2010 Volume II – Orientações estratégicas**. [em linha] Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-110-1. Acedido em: 23/09/2010. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2005) – **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. [em linha] Lisboa, DGS. Acedido em: 14/05/2010. Disponível em:  
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2006) – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. [em linha]. Lisboa, DGS. Acedido em: 14/05/2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf>

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de serviços de epidemiologia e estatísticas de saúde. Divisão de estatísticas de saúde (2009) – **Elementos estatísticos: informação geral saúde/2007**. [em linha]. Lisboa, DGS. Acedido em 14/05/2010. Disponível em: <http://www.canibaisereis.com/download/portugal-estatisticas-2007.pdf>. ISSN: 0872-1114

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, Canadá, 1986 – **A Carta de Ottawa**. [em linha]. Acedido em 14/03/2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e as Desenvolver. **Forum Enfermagem**. [em linha]. (Março 2007). Acedido em 2011/02/24. Disponível em: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147)

**“QUEM? EU? EXERCÍCIO?”** – Exercício sem risco para lá dos sessenta. Lisboa, DGS, 2001

REDMAN, Barbara Klug (2003) – **A Prática da Educação para a Saúde**. 9ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-39-3

RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. (s.d.) – **Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, lda. ISBN: 972-8485-52-2

ROCHA, Evangelista (2009) – Identificar o Risco Cardiometabólico na Comunidade. **Revista Factores de Risco**. Lisboa. ISSN: 1646-4834. nº 15. (Outubro - Dezembro 2009). p.80-84.

SARDINHA, L. B.; MATOS, M. G.; LOUREIRO, I. (1999) – **Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo**. Cruz Quebrada: fmhedições. ISBN: 972-753-060-7

SÍCOLI, Juliana L.; NASCIMENTO, Paulo R. – Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. [em linha]. Botucatu. ISSN 1414-3283. Vol. 7, nº12 (Fevereiro 2003), p.101-122. Acedido em: 21/07/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. ISSN: 1413-3283.

SILVA, Maria Dulce de Sousa Ornelas (2007) – **Educar para o Autocuidado num Serviço Hospitalar**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de Mestrado

TAVARES, António (1990) – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. Ministério da Saúde

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGGOD, Martha Raile (coord.) (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

U.S. Department of Health and Human Services (2008) – **2008 Physical Activity Guidelines for Americans**. U.S.A.: ODPHP Publication.

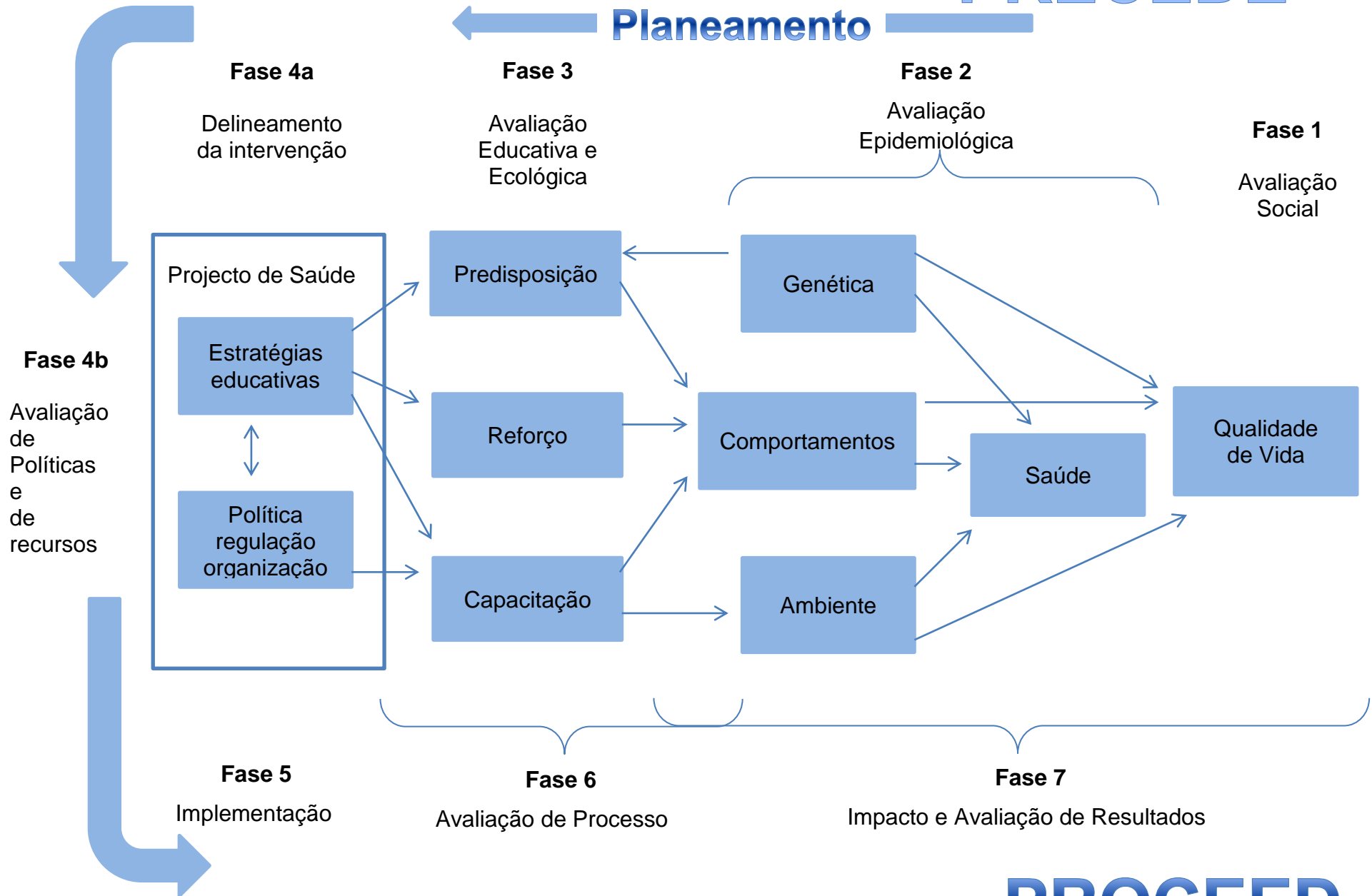
<http://www.cm-oeiras.pt/amunicipal/OeirasDiverte/Desporto/Paginas/Mexa-seMais.aspx>

<http://www.oeirasviva.pt/index2.php?co=27&tp=3&cop=0&LG=0&mop=70&it=paginas>

## **APÉNDICE I: Modelo PRECEDE-PROCEED**

# PRECEDE

## Planeamento



# PROCEED

## **APÊNDICE II: Instrumentos de Colheita de Dados**

## Grelha de Avaliação e Questionário aos Utentes com Factor de Risco ou Doença Cardiovascular

Projecto: "Promoção de Estilos de Vida Saudáveis a Utentes com Factor de Risco ou Doença Cardiovascular"

Este questionário é um instrumento de colheita de dados para a caracterização dos aspectos dos estilos de vida das pessoas com factor de risco ou doença cardiovascular. Este insere-se no desenvolvimento de um projecto de intervenção comunitária, cujo tema é "Promoção de Estilos de Vida Saudáveis a Utentes com Factor de Risco ou Doença Cardiovascular", a ser realizado no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

As questões que lhe vamos formular pretendem caracterizar os seus hábitos relativamente a: alimentação, prática de actividade física, consumo de tabaco e padrão de sono e repouso.

Não há respostas certas ou erradas, o que nos importa é a sua opinião, de modo a que possamos identificar correctamente a situação de saúde dos utentes desta consulta e ajudar na resolução de problemas de saúde.

Agradecemos também a sua colaboração para avaliar os sinais vitais e algumas medidas antropométricas importantes para a sua saúde.

Todos os dados que fornecer serão tratados de forma a garantir que nunca venha a ser identificado.

Obrigada pela colaboração,

Joana Marecos

Código:

**1. GRELHA DE AVALIAÇÃO**  
**SINAIS VITAIS, PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS**  
**E VARIÁVEIS SOCIOCULTURAIS**

1. Freguesia de residência \_\_\_\_\_

2. Número de telefone: \_\_\_\_\_

3. Sexo: M  F

4. Idade: \_\_\_\_\_ anos

5. Estado Civil \_\_\_\_\_

6. Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

7. Profissão: \_\_\_\_\_

8. Peso: \_\_\_\_\_ kg

9. Altura: \_\_\_\_\_ m

10. Índice de Massa Corporal: \_\_\_\_\_

11. Perímetro Abdominal: \_\_\_\_\_ cm

12. Tensão Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

## 2. QUESTIONÁRIO ADAPTADO À POPULAÇÃO-ALVO

### CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS DE ESTILOS DE VIDA

1. Como considera o seu estado de saúde?

1.1 - Bom .....

1.2 – Razoável.....

1.3 - Com alguns problemas.....

1.4 - Mau .....

4. A que sistema de saúde recorre com maior frequência?

4.1 - Serviço Nacional de Saúde (C. Saúde, Hospital, etc.)

4.2 - Outro regime participado. Qual? \_\_\_\_\_

4.3 - Regime privado (Seguro de Saúde, etc.) Qual? \_\_\_\_\_

4.4 - De empresa .....

4.5 - Do próprio .....

2. Como obtém informações sobre o que é ter uma "vida saudável"? (nesta questão pode seleccionar várias opções)

2.1 - Enfermeira do Centro de Saúde

2.2 - Médico do Centro de Saúde

2.3 - Campanhas e folhetos informativos .....

2.4 - Televisão, Internet .....

2.5 - Amigos .....

2.6. Não obtém/Não sabe .....

5. Está actualmente a tomar medicamentos?

5.1 - Sim .....

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

5.2 - Não .....

6. Esses medicamentos foram prescritos pelo médico?

6.2 - Sim .....

6.3 - Não .....

3. Tem médico de família?

3.1. Sim .....

3.2. Não .....

7. Em média quantas horas dorme por noite?

7.1 - 8 horas ou mais .....

7.2 - Entre 5 a 7 horas .....

7.3 - Menos de 5 horas .....

**8. Quando foi a última vez que teve uma consulta de rotina?**

- 8.1 - Menos de 1 mês .....
- 8.2 - 1 a 6 meses .....
- 8.3 - 6 meses a 1 ano .....
- 8.4 - Mais de 1 ano .....

**9. Habitualmente em média quantas refeições faz por dia?**

\_\_\_\_\_ Refeições/dia

**10. Toma o pequeno-almoço em casa?**

- 10.1 - Sim .....
- 10.2 - Não .....

**11. Qual a quantidade de água que bebe habitualmente por dia?**

- 11.1 - 2 copos ou menos (1/2 litro) .....
- 11.2 - Entre 2 e 4 copos (1/2 a 1 litro) .....
- 11.3 - Entre 4 a 6 copos (1 a 1,5 litros) .....
- 11.4 - Mais de 6 copos (mais de 1,5 litros) .....

**12. Quantas vezes ingere os seguintes alimentos e bebidas?**

	Raramente	2 a 3 vezes/semana	1 a 2 vezes/dia	3 a 5 vezes/dia	Mais de 5 vezes/dia
12.1 - Cereais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 - Hortícolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 - Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 - Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5 - Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6 - Ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7 - Leguminosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8 - Leite e derivados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Com que frequência ingere os seguintes alimentos e bebidas?**

	Todos os dias	1 a 3 vezes por semana	Ocasionalmente	Nunca
13.1 - Refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 - Doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 - Alimentos Fritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 - Enlatados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 - Enchidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 - Aperitivos salgados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Habitualmente faz exercício físico?**

14.1 - Sim .....

14.2 - Não .....  14.3 - Se não, porquê? \_\_\_\_\_

**15. Quantas vezes faz desporto ou exercício físico (andar de bicicleta, nadar, etc.)?**

15.1 - Todos os dias	15.2 - 3 vezes ou mais/semana	15.3 - 1 a 2 vezes/semana	15.4 - Raramente	15.5 - Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Num dia quanto tempo em média, costuma andar a pé?**

16.1 - Menos de 15  
minutos

16.2 - Entre 15 a 30  
minutos

16.3 - Mais de 30 minutos

**17. A actividade que  
pratica é:**

17.1 - paga

17.2 - gratuita

**18. Habitualmente Fuma?**

18.1 - Sim .....

18.2 - Se respondeu sim, pode dizer  
porquê? \_\_\_\_\_

18.3 - Não .....

18.4 - Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_

**19. Consome as seguintes bebidas alcoólicas?**

	Não bebe	Ao fim-de-semana	Diariamente
19.1 - Bebidas fermentadas (Vinho, Cerveja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2 - Bebidas destiladas (Whisky, Aguardente, etc....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Para manter ou melhorar a sua saúde está disposto(a) a (nesta questão pode seleccionar várias opções):**

- 20.1 - Praticar mais desporto .....
- 20.2 - Melhorar a alimentação .....
- 20.3 - Não fumar .....
- 20.4 - Utilizar produtos de beleza .....
- 20.5 - Acompanhar a moda em vestuário e adereços .....
- 20.6 - Nenhuma das anteriores .....

## **ANEXO I: Autorização para Utilização do Questionário**

**RE: Pedido de autorização para aplicação do questionário**

**De: Helena Rato**

Enviada: segunda-feira, 22 de novembro de 2010 12:53:10

**Para:** Joana Marecos

Dra. Joana,

após consultar os meus colegas, todos estamos de acordo em dar-lhe autorização para usar o questionário, aguardando com interesse os resultados do mesmo. Qualquer outra ajuda que necessite ficamos à sua disposição.

HR

**De:** Joana Marecos

**Enviada:** quinta-feira, 18 de Novembro de 2010 16:47

**Para:** Helena Rato

**Cc:** Joana

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação do questionário

Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Helena Rato,

Conforme contacto telefónico, envio-lhe em anexo o pedido de autorização para aplicação do questionário "Estudo de Caracterização dos Padrões de Comportamento de Saúde, Inquérito aos Utentes dos Centros de Saúde do Concelho de Oeiras", em contexto de realização do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem.

Desde já agradeço,

Joana Marecos

**APÊNDICE III: Informação e Formulário para Consentimento Livre e Esclarecido**

## Informação para Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Joana Margarida Moreira Marecos, enfermeira, encontro-me a realizar o Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

É neste contexto que pretendo desenvolver um projecto de intervenção comunitária com o tema "Promoção de Estilos de Vida Saudáveis a Utentes com Factor de Risco ou Doença Cardiovascular", no qual a sua colaboração será essencial e a sua participação uma mais-valia.

A doença cardiovascular é uma doença crónica com importantes repercussões sociais, sendo apontada como causa de incapacidade, perda de produtividade, menor desenvolvimento económico-social e de perda da qualidade de vida. É, no entanto, uma doença prevenível, pelo que, a mobilização e a intervenção de todos é fundamental.

O projecto que irei desenvolver pretende contribuir para a capacitação de um grupo de utentes, com vista à promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, da população, com factor de risco ou doença cardiovascular.

Para tal torna-se necessária a aplicação:

→ de uma grelha de avaliação de variáveis socioculturais, sinais vitais e parâmetros antropométricos, que consiste, mais concretamente, na avaliação do seu peso, da sua altura, da medida da sua cintura e da sua tensão arterial.

→ de um questionário de caracterização dos aspectos de estilos de vida, relacionados com os hábitos alimentares, de prática de actividade física, tabágicos, de sono e repouso e de toma de medicação.

As avaliações acima referidas serão realizadas pela enfermeira e o questionário será por si preenchido, com a colaboração da mesma.

Quaisquer informações obtidas durante o estudo serão confidenciais e os resultados do mesmo serão apresentados de forma a que nenhum dos participantes possa ser individualmente identificado, pelo que desde já, é garantido o seu anonimato.

Em qualquer momento pode ser retirar o seu consentimento, sem que daí advenha qualquer prejuízo.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Joana Margarida Moreira Marecos, enfermeira

## Formulário de Consentimento

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine este formulário de consentimento.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter tomado conhecimento do projecto a ser desenvolvido pela Enfermeira Joana Margarida Moreira Marecos e do que tenho de fazer para participar no mesmo, tendo sido devidamente esclarecido, assim como esclarecidas as questões por mim colocadas. Fui informado que tenho direito, em qualquer momento, a recusar a minha participação, sem que daí advenham quaisquer consequências para mim.

Aceito assim participar voluntariamente no trabalho a desenvolver, assim como a que os dados por mim fornecidos sejam utilizados em contexto académico, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos assim como o meu anonimato.

Consinto ainda, que seja consultado o meu processo da consulta de enfermagem de controlo e vigilância de saúde do adulto e do idoso.

Data:

Assinatura:

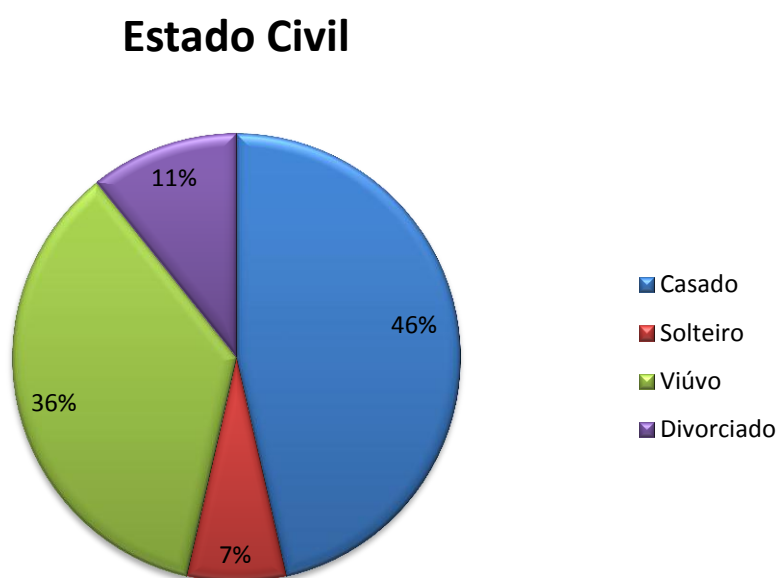
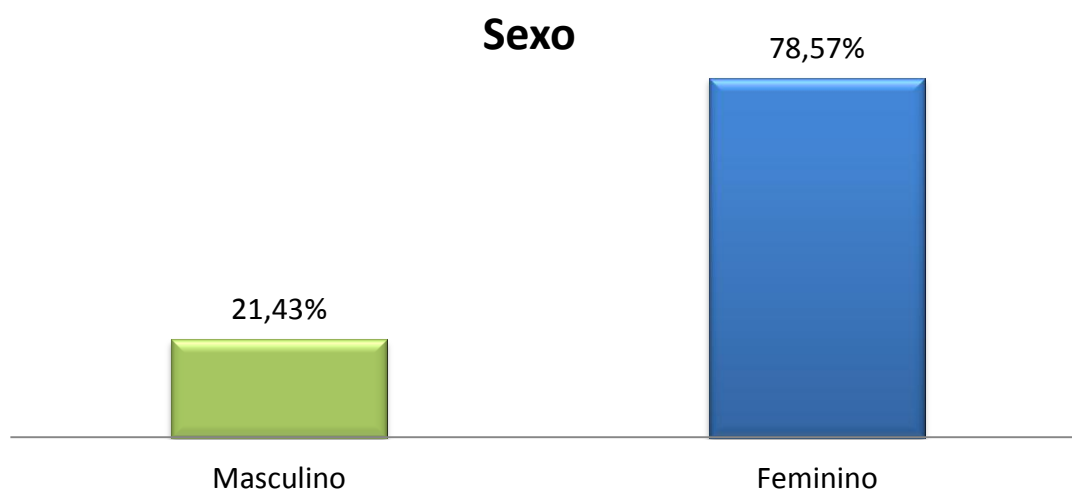
## **APÊNDICE IV: Representação Gráfica dos Dados Colhidos**

## Representação Gráfica dos Resultados

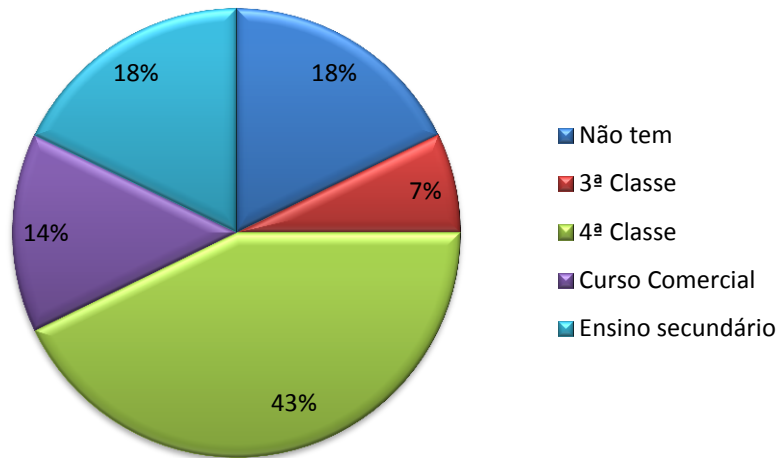
Os gráficos apresentados resultam da análise dos dados, efectuada na etapa de diagnóstico de situação, pela aplicação de um questionário hetero-preenchido e de uma grelha de avaliação dos sinais vitais, parâmetros antropométricos e variáveis sócio-culturais.

A caracterização das variáveis será realizada com base nas diferentes fases do Modelo PRECEDE.

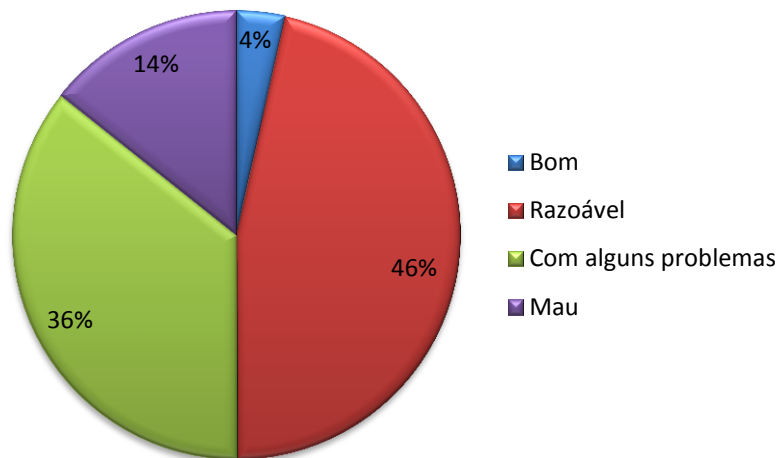
- Diagnóstico Social:



## Habilitações académicas

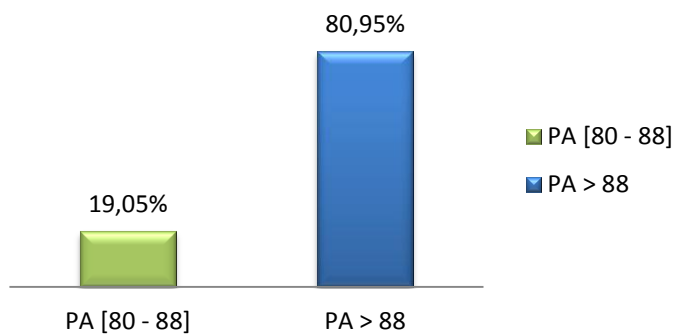


## Auto-percepção do estado de saúde

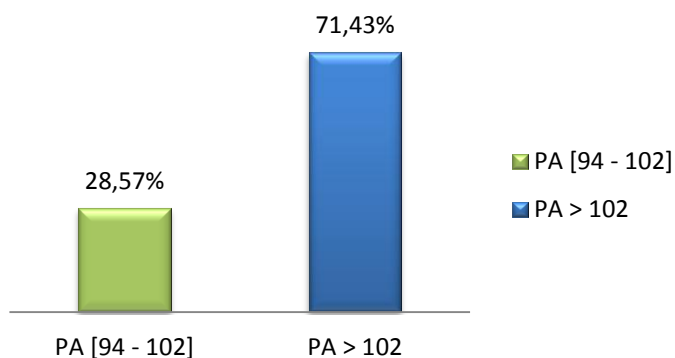


- Diagnóstico Epidemiológico: diagnóstico de saúde, comportamental e ambiental.

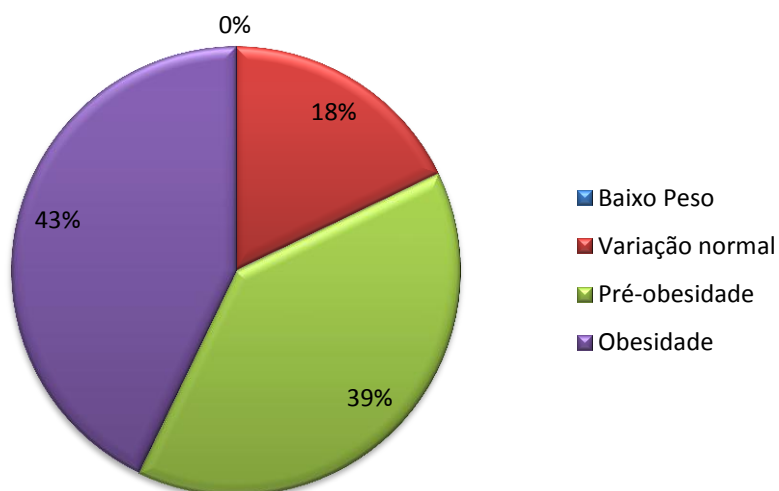
### - Perímetro Abdominal Mulheres



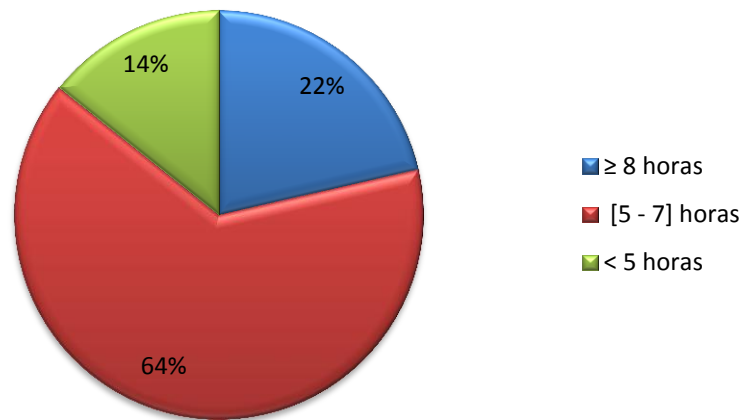
### - Perímetro Abdominal Homens



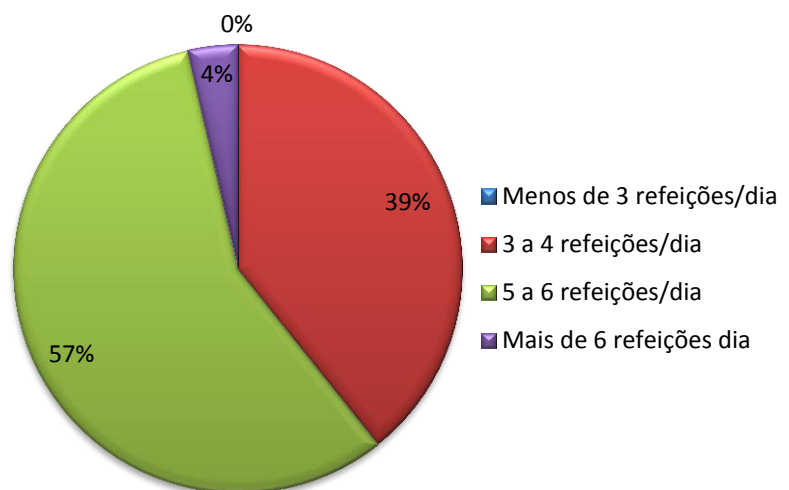
### Índice de Massa Corporal



## Número de Horas Que Dorme Por Noite



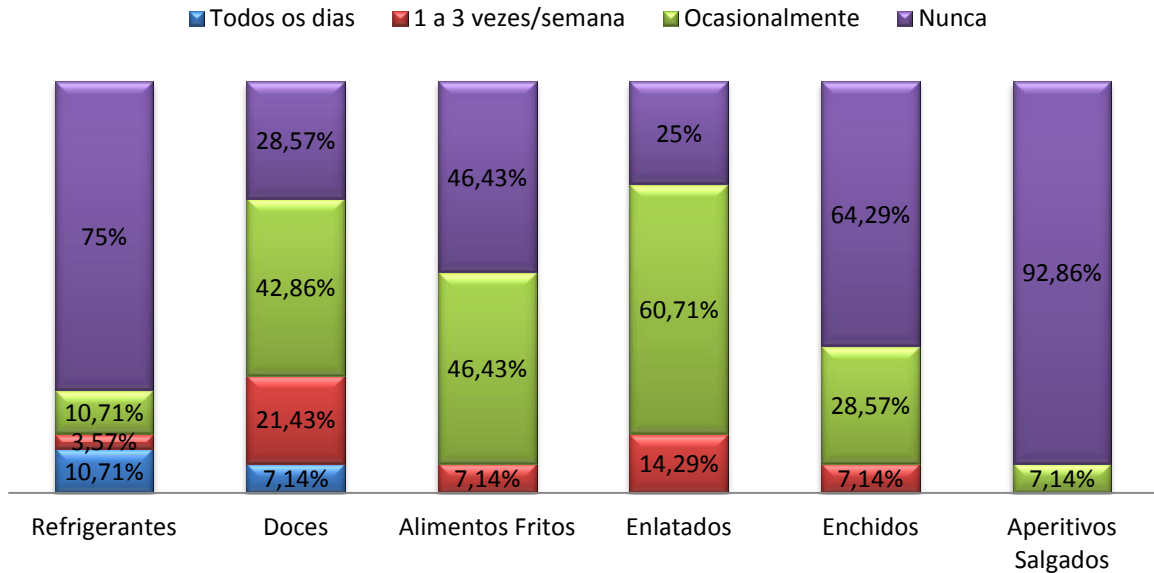
## Em Média Quantas Refeições Faz Por Dia



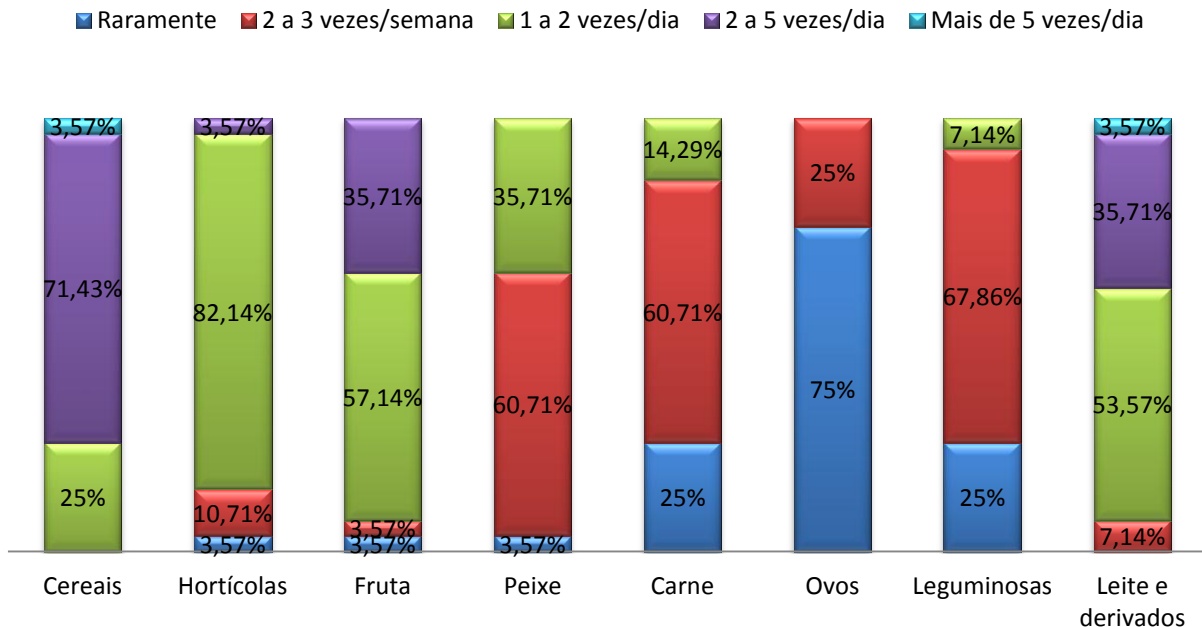
## Hábito de Tomar o Peque-Almoço em Casa



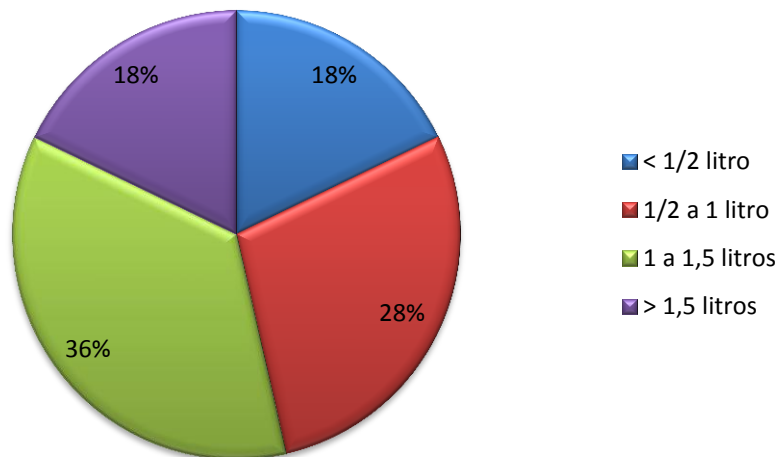
## Frequência com que Ingere os Seguintes Alimentos e Bebidas



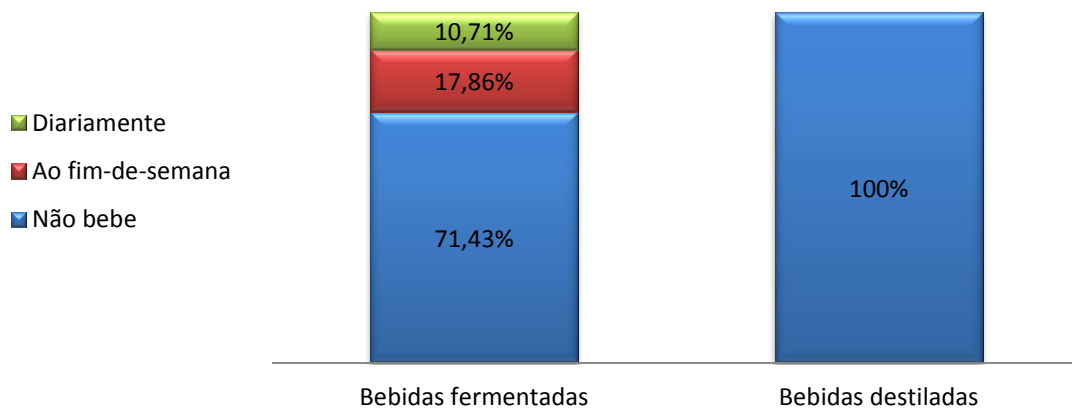
## Frequência com que Ingere os Seguintes Alimentos



## Quantidade de Água Ingerida Por Dia



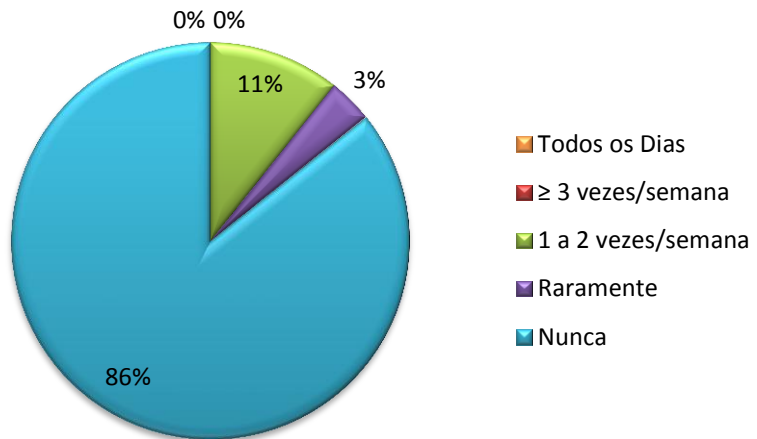
## Hábito de Consumo de Bebidas Alcoólicas



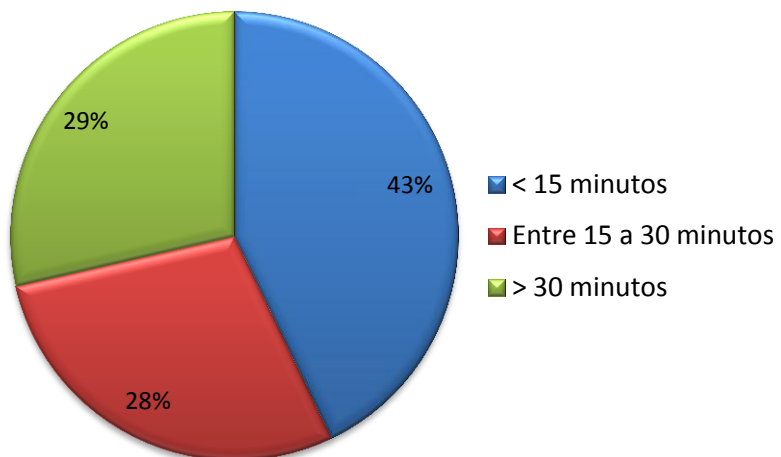
## Prática de Exercício Físico



## Frequência da Prática de Desporto ou Exercício Físico

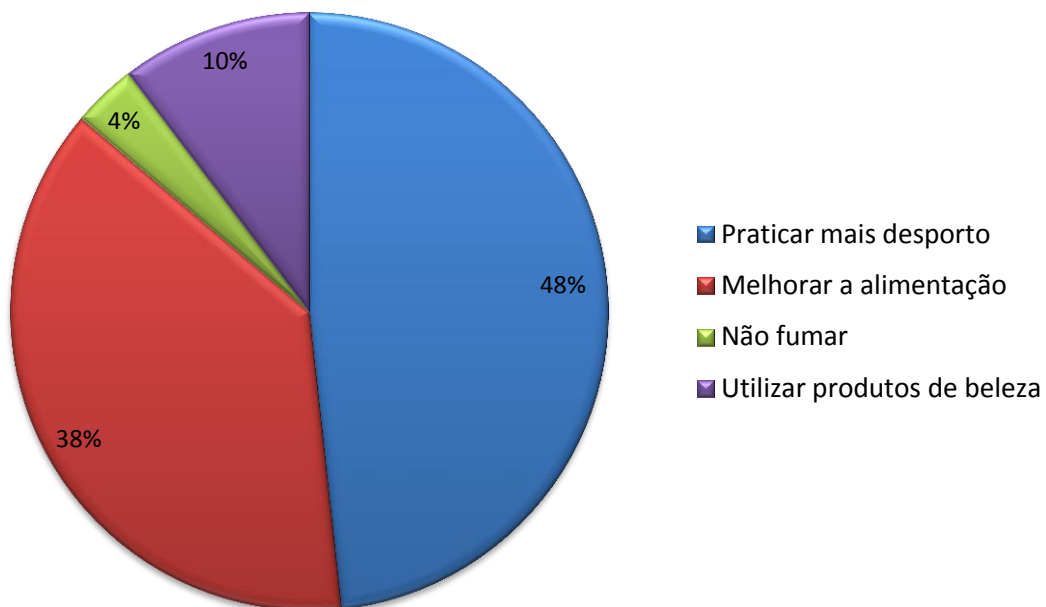


## Duração da Actividade Física Diária



- Diagnóstico Educacional ou Ecológico

### **Mudanças Para Melhorar a Saúde (Podiam ser seleccionadas várias opções)**



## **APÊNDICE V: Indicadores de Avaliação Diagnóstica**

O quero saber?	Onde vou colher a informação?	Categorização dos indicadores	Justificação
Relação estato-ponderal	Grelha de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes com IMC &lt; 18,5. (baixo peso)</li> <li>- % de utentes com IMC 18,5 - 24,9. (variação normal)</li> <li>- % de utentes com IMC 25,0 - 29,9. (Pré-obesidade)</li> <li>- % de utentes com IMC &gt; 30. (obesidade)</li> </ul>	<p>"A obesidade e o excesso de ponderal estão directamente relacionados com um maior risco cardiovascular."</p> <p style="text-align: right;">Direcção-Geral de Saúde, 2006</p> <p>"Segundo a OMS, os valores normais de IMC são entre 18,5 e 24,9, falando-se de excesso de peso (pré-obesidade), para valores entre 25 e 29,9 e obesidade quando o IMC é superior a 30."</p> <p style="text-align: right;">Direcção-Geral de Saúde, 2007</p>
Perímetro abdominal	Grelha de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes do sexo masculino com PA &lt; 94 cm.</li> <li>- % de utentes do sexo masculino com PA [94 - 102] cm.</li> <li>- % de utentes do sexo masculino com PA &gt;102 cm.</li> <li>- % de utentes do sexo feminino com PA &lt; 80 cm.</li> </ul>	<p>"A obesidade andróide ou visceral está associada a dislipidémia, hipertensão arterial, doença coronária, doença vascular cerebral e morte, sendo que a associação a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo."</p> <p>"É indicador de risco muito aumentado e requer intervenção médica:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes do sexo feminino com PA [80 - 88] cm.</li> <li>- % de utentes do sexo feminino com PA &gt; 88 cm.</li> </ul>	<p>a) um perímetro da cintura <math>\geq</math> 88 cm na mulher;  b) um perímetro da cintura <math>\geq</math> 102 cm no homem."</p> <p>Programa Nacional de Combate à Obesidade</p>
Tensão arterial (TA)	Grelha de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes com PA Sistólica [120-129] mmHg e PA Diastólica [80-84] mmHg. (Normal).</li> <li>- % de utentes com PA Sistólica [130-139] mmHg ou PA Diastólica [85-89] mmHg. (Normal alto).</li> <li>- % de utentes com PA Sistólica [140-159] mmHg ou PA Diastólica [90-99] mmHg. (Estádio 1).</li> <li>- % de utentes com PA Sistólica <math>\geq</math>160 mmHg ou PA Diastólica <math>\geq</math> 100 mmHg. (Estádio 2).</li> </ul>	<p>"O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no país e o seu lugar cimeiro entre os internamentos hospitalares confirma a hipótese de que a prevalência da HTA é elevada e o seu controlo insuficiente."</p> <p>Direcção-Geral de Saúde, 2006</p>
Medicação	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que refere estar actualmente a tomar medicamentos.</li> <li>- % de utentes que sabe enunciar os medicamentos que toma actualmente.</li> <li>- % de utentes que refere não estar actualmente a tomar medicamentos.</li> </ul>	<p>"No estudo AMALIA verificámos que, embora a maior parte dos indivíduos que sabiam ser hipertensos tomasse medicamentos para a hipertensão arterial, cerca de 1/3 referiu ter-se esquecido de tomar os medicamentos mais de uma vez, e cerca de metade não sabia identificar os medicamentos que tomava. Isto</p>

			<p>expressa a necessidade de prevenir a falta de aderência à terapêutica e de envolver o doente nos objectivos traçados (...)."</p> <p>Carlos Perdigão, 2010</p>
Hábitos de sono e repouso	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que dorme 8 horas ou mais/dia.</li> <li>- % de utentes que dorme entre 5 a 7 horas/dia.</li> <li>- % de utentes que dorme menos de 5 horas/dia.</li> </ul>	<p>Belloc e Breslow (1972) estudaram factores susceptíveis de melhorar a saúde, entre os quais se inclui dormir entre 7 a 8 hoas de sono.</p> <p>Loureiro e Miranda, 2010</p>
Consulta de rotina	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que teve a uma consulta de rotina à menos de 6 meses.</li> <li>- % de utentes que teve a uma consulta de rotina entre 6 meses a 1 ano.</li> <li>- % de utentes que teve a uma consulta de rotina à mais de 1 ano.</li> </ul>	<p>"Doentes de baixo risco ou HTA de grau 1 - Visitas cada 6 meses, vigilância da pressão arterial em casa. (...) Seguimento em doentes controlados, com o objectivo de acompanhar o controlo dos diversos factores de risco e as lesões de órgãos, bem como de tentar reduzir as doses e número de fármacos - visitas anuais"</p> <p>Carlos Perdigão, 2008</p>
Hábitos alimentares	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que faz menos de 3 refeições/dia.</li> <li>- % de utentes que faz entre 3 a 4 refeições/dia.</li> <li>- % de utentes que faz entre 5 a 6 refeições/dia.</li> <li>- % de utentes que faz mais de 6 refeições/dia.</li> </ul>	<p>"Fazer 5 a 6 refeições diárias, equilibradamente distribuídas por 3 refeições principais (...) e 2 ou 3 intercalares (...)."</p> <p>Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>

Consumo de água	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que bebe 1/2 litro ou menos de água/dia.</li> <li>- % de utentes que bebe entre 1/2 a 1 litro de água/dia.</li> <li>- % de utentes que bebe entre 1 a 1,5 litro de água/dia.</li> <li>- % de utentes que bebe mais de 1,5 litro de água/dia.</li> </ul>	<p>“Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente. As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros por dia”</p> <p>DGS, s.d.</p>
Hábitos alimentares relacionados com o consumo de cereais	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere cereais.</li> <li>- % de utentes que ingere cereais 1 a 2 vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere cereais 3 a 5 vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere cereais mais de 5 vezes/dia</li> <li>- % de utentes que ingere cereais 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Adequação do consumo de hidratos de carbono (55 - 65% do valor energético total) - 4 a 5 vezes por dia com boa distribuição por cada refeição."</p> <p>"Ingerir cereais em todas as refeições - sob a forma de pão, arroz ou massas."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>

<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de vegetais</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere vegetais.</li> <li>- % de utentes que ingere vegetais 1 a 2 vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere vegetais 3 a 5 vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere vegetais mais de 5 vezes/dia</li> <li>- % de utentes que ingere vegetais 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Ingerir diariamente 5 porções de vegetais e fruta: - vegetais (2): ao almoço e jantar (sopa +acompanhamento de peixe ou carne); - fruta (3 peças de +- 150 g. / dia)."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p> <p>"Ingerir diariamente 5 porções de vegetais e fruta: - vegetais (2): ao almoço e jantar (sopa +acompanhamento de peixe ou carne); - fruta (3 peças de +- 150 g. / dia)."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de fruta</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere fruta.</li> <li>- % de utentes que ingere fruta 1 a 2 vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere fruta 3 a 5 vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere fruta mais de 5 vezes/dia</li> <li>- % de utentes que ingere fruta 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Ingerir diariamente 5 porções de vegetais e fruta: - vegetais (2): ao almoço e jantar (sopa +acompanhamento de peixe ou carne); - fruta (3 peças de +- 150 g. / dia)."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de peixe</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere peixe.</li> <li>- % de utentes que ingere peixe 1 ou mais vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere peixe 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Comer peixe pelo menos uma vez por dia"</p> <p>"Consumir regularmente (peixe) (mínimo de 2-3 vezes por semana)."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>

Hábitos alimentares relacionados com o consumo de carne	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere carne.</li> <li>- % de utentes que ingere carne 1 ou mais vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere carne 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Não comer carne em excesso, cuja gordura é predominantemente saturada e aterogénica (não mais de uma vez por dia, preferir carnes magras - frango, peru, coelho)."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
Hábitos alimentares relacionados com o consumo de ovos	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere ovos.</li> <li>- % de utentes que ingere ovos 1 ou mais vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere ovos 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Não comer mais que três ovos por semana devido à sua riqueza em colesterol."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
Hábitos alimentares relacionados com o consumo de leguminosas	Questionário adaptado à população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere leguminosas.</li> <li>- % de utentes que ingere leguminosas 1 ou mais vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere leguminosas 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Comer regularmente leguminosas secas (...)."</p> <p>"Ingerir leguminosas regularmente (frequência semanal)"</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>

<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de lacticínios</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que raramente ingere lacticínios.</li> <li>- % de utentes que ingere lacticínios 1 ou mais vezes/dia.</li> <li>- % de utentes que ingere lacticínios 2 a 3 vezes/semana.</li> </ul>	<p>"Consumir diariamente lacticínios meio gordos ou magros"</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de alimentos doces</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que ingere alimentos doces todos os dias.</li> <li>- % de utentes que ingere alimentos doces 1 a 3 vezes/semana.</li> <li>- % de utentes que ocasionalmente ingere alimentos doces.</li> <li>- % de utentes que nunca ingere alimentos doces .</li> </ul>	<p>"Limitar os alimentos com baixa densidade de nutrientes: - gorduras e açucares de adição; - bebidas e açucaradas; - snacks; - sobremesas."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de lípidos</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que ingere alimentos fritos todos os dias.</li> <li>- % de utentes que ingere alimentos fritos 1 a 3 vezes/semana.</li> <li>- % de utentes que ocasionalmente ingere alimentos fritos.</li> <li>- % de utentes que nunca ingere alimentos fritos.</li> </ul>	<p>"Preferir a confecção dos alimentos à base de cozidos, grelhados, assados sem gordura e estufados com pouca gordura (...). A fritura deve ser excepcional."</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>

<p>Hábitos alimentares relacionados com o consumo de sódio</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que ingere alimentos ricos em sal (enlatados ou enchidos ou aperitivos salgados) todos os dias.</li> <li>- % de utentes que ingere alimentos ricos em sal (enlatados ou enchidos ou aperitivos salgados) 1 a 3 vezes/semana.</li> <li>- % de utentes que ocasionalmente ingere alimentos ricos em sal (enlatados ou enchidos ou aperitivos salgados).</li> <li>- % de utentes que nunca ingere alimentos ricos em sal (enlatados ou enchidos ou aperitivos salgados).</li> </ul>	<p>"Existem evidências de que uma redução moderada na ingestão de sal permite reduzir significativamente a pressão arterial, com impacto sobre a morbilidade e a mortalidade das doenças cardiovasculares"</p> <p style="text-align: right;">Cláudia Viegas, 2009</p> <p>"Não comer gorduras visíveis e ter cuidado com os produtos de charcutaria - chouriço, presunto, morcela, paio, etc. que para além de serem ricos em gorduras saturada contêm sal em excesso"</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
<p>Hábitos de exercício físico</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que realizam exercício físico todos os dias.</li> <li>- % de utentes que realizam exercício físico 3 vezes/semana, ou mais.</li> <li>- % de utentes que raramente realizam exercício físico.</li> <li>- % de utentes que nunca realizam exercício físico.</li> </ul>	<p>"(...) sendo cada vez mais evidente na literatura o papel protector da actividade física não só sobre as DCV mas também sobre os principais factores de risco que lhe dão origem (...)"</p> <p style="text-align: right;">Paulo Rocha, 2009</p>

<p>Hábitos de exercício físico</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que anda a pé menos de 15 minutos/dia.</li> <li>- % de utentes que anda a pé entre 15 a 30 minutos/dia.</li> <li>- % de utentes que anda a pé mais de 30 minutos/dia.</li> </ul>	<p>"É particularmente recomendada a actividade física aeróbia (...). Importante é que seja praticada com regularidade, três a cinco vezes por semana, com a duração de 30 a 60 minutos cada, e adaptada às capacidades e gostos de cada individuo.</p> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p> <p>"- Aumentar a proporção de população fisicamente activa (pelo menos 30 minutos diários de actividade física moderada)</p> <p style="text-align: right;">Direcção-Geral de Saúde, 2004</p>
<p>Hábitos tabágicos</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que fumam 14 cigarros/dia, ou menos.</li> <li>- % de utentes que fumam [15 a 24] cigarros/dia.</li> <li>- % de utentes que fumam 25 cigarros/dia, ou mais.</li> </ul>	<p>"O consumo de tabaco é um factor de risco de doença cardiovascular independentemente de qualquer outro (...)."</p> <p>"O risco aumenta com o número de cigarros consumido, mas mesmo para um número de cigarros/dia entre 1 e 14, o risco já é 2,5 vezes superior ao dos não fumadores, atingindo os 3,7 a partir dos 25 cigarros/dia, o que é um risco elevadíssimo!!!"</p> <p style="text-align: right;">Carlos Perdigão, 2008</p>

<p>Hábitos etílicos</p>	<p>Questionário adaptado à população-alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de utentes que não consome bebidas fermentadas.</li> <li>- % de utentes que consome bebidas fermentadas apenas ao fim-de-semana.</li> <li>- % de utentes que consome diariamente bebidas fermentadas.</li> <li>- % de utentes que não consome bebidas destiladas.</li> <li>- % de utentes que consome bebidas destiladas ao fim-de-semana.</li> <li>- % de utentes que consome diariamente bebidas destiladas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Saber que as bebidas alcoólicas podem ter um efeito protector, mas apenas quando bebidas moderadamente (preferível o vinho tinto - não mais de 250 cc/dia para a mulher e 400 cc/dia para o homem)."</li> </ul> <p style="text-align: right;">Manuel Teixeira Veríssimo, 2009</p>
-------------------------	---	--	---

## **APÊNDICE VI: Critérios de Priorização e Seleção do Diagnóstico**

## CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

### A - Amplitude ou magnitude (n.º de pessoas afectadas)

População	Peso	Diagnóstico A	Diagnóstico B	Diagnóstico C
[27-28]	10	N = 23 Amplitude = 8	N = 18 Amplitude = 7	N = 24 Amplitude = 9
[24-26]	9			
[21-23]	8			
[18-20]	7			
[15-17]	6			
[12-14]	5			
[9-11]	4			
[6-8]	3			
[3-5]	2			
[0-2]	1			

N = 28 utentes = 100% = peso 10

### B - Gravidade do problema

Considerou-se a gravidade do problema numa escala de 0 a 10 pontos, tendo-se agrupado em 4 categorias, de acordo com o número de critérios envolvidos. Teve-se em consideração o valor superior de cada intervalo na atribuição quantitativa da gravidade, que se encontra representada no “resultado” final.

Categoria	Diagnóstico A	Diagnóstico B	Diagnóstico C
Influência no aparecimento de patologias.	X		X
Perda de autonomia.			X
Custos associados à intervenção.			
Tempo associado à intervenção.	X	X	X
Resultado	6	3	8

Qualificação da gravidade	Escala da gravidade	Nº de critérios que apresentam
Baixa	[0-3]	1 Critério
Média	[4-6]	2 Critérios
Alta	[7-8]	3 Critérios
Muito alta	[9-10]	4 Critérios

### C - Eficácia da solução (ou vulnerabilidade do problema)

Foram considerados o tipo e a quantidade de recursos envolvidos, assim como o número de recursos que seriam necessários mobilizar, para a resolução do problema.

	Ponderação	Diagnóstico A	Diagnóstico B	Diagnóstico C
Difícil solução (comunidade + externos + ACES)	0,5	1	0,5	1,5
Média solução (Comunidade + ACES)	1			
Fácil solução (ACES)	1,5			

### D - Exequibilidade da intervenção

	Diagnóstico A	Diagnóstico B	Diagnóstico C
Pertinência	1	1	1
Exequibilidade económica	1	1	1
Aceitabilidade	1	1	1
Recursos disponíveis	1	1	1
Legalidade	1	1	1

Legenda: Não = 0 ; Sim = 1

## Resultados Finais e Priorização

O resultado final traduz-se pela aplicação da fórmula  $(A+B) \times C \times D$ .

	$(A+B) \times C \times D$	Priorização
Diagnóstico A	$(8 + 6) \times 1 \times 1 = 14$	2º
Diagnóstico B	$(7 + 3) \times 0,5 \times 1 = 5,0$	3º
<b>Diagnóstico C</b>	$(9 + 8) \times 1,5 \times 1 = 25,5$	<b>1º</b>

## **APÊNDICE VII: Plano da Sessão de EpS**

## PLANO da SESSÃO de EpS

Tema: “Pela Sua Saúde... Mexa-se!”

Formador: Enf.<sup>a</sup> Joana Marecos (aluna do curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ESEL)

Enquadramento: A promoção de comportamentos saudáveis já demonstrou ter efeitos positivos na qualidade de vida dos indivíduos, não apenas numa vertente económica mas também social. (Plano Nacional de Saúde 2004-2010)

Ao ritmo de crescimento do número de pessoas portadoras de doença cardiovascular e tendo sido já sustentados pela evidência científica, os benefícios pessoais, sociais e económicos que advêm da prevenção e controlo dos factores de risco modificáveis, para a doença cardiovascular, torna-se agora imperioso envolver as comunidades nesta missão. (DGS, 2004; Perdigão, 2008; Rocha, 2008)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), a Direcção-Geral de Saúde (2006) e Rocha (2008), revela-se assim de grande importância uma actuação ao nível dos estilos de vida, nos quais se inclui a actividade física, como forma de prevenção e controlo da doença cardiovascular.

Também segundo as Guidelines Americanas para a Actividade Física (2008), esta desempenha um importante papel para a saúde, sendo referido que ser fisicamente activo é um dos passos mais importantes para a saúde.

Finalidade: Realçar a importância da actividade físico na população com factor de risco para a doença cardiovascular.

Objectivos:

- Que 80% dos utentes reconheçam a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular.
- Que 80% os utentes reconheçam a caminhada como sendo actividade física.
- Que 80% dos utentes refiram sentir-se bem após praticar actividade física.

Metodologia: Método expositivo, activo e interrogativo.

Avaliação das aprendizagens:

O processo avaliativo pretende compreender se os objectivos, inicialmente propostos para a sessão de EpS, foram atingidos e consequentemente, se os conhecimentos foram adequadamente transmitidos pelos formandos.

Para promover a partilha e a interacção entre os participantes adoptado o método de avaliação por questionamento oral, com mediação da formadora.

Foram assim colocadas as seguintes questões:

- Sentiram-se bem ao realizar dos exercícios?
- Reconhecem a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular?
- Reconhecem a caminhada como sendo actividade física?

De forma a permitir a sistematização da informação recolhida e assim uma correcta avaliação foi elaborada uma grelha de observação/avaliação.

População-alvo: a sessão de EpS destina-se aos utentes inscritos na Consulta de Enfermagem de Saúde do Adulto e do Idoso, da UCSP de Oeiras, identificados na etapa de diagnóstico de situação como tendo hábitos sedentários.

Duração: a sessão de EpS terá a duração de 30 min.

Local: a sessão realizar-se-á no ginásio da UCC-Saudar (ACES de Oeiras).

<b>Etapas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/ meios didácticos</b>	<b>Tempo (min.)</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora. Apresentação do tema e da sua pertinência.	Explicar a temática.	Expositivo	Computador Projector	1
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Apresentação dos factores de risco para a doença cardiovascular	Que os utentes reconheçam aspectos a melhorar na sua saúde, em especial a actividade física.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	1
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Apresentação dos resultados obtidos após análise estatística dos mesmos.	Relatar os procedimentos realizados no trabalho por mim efectuado.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	2
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Apresentação de algumas das vantagens da actividade física regular para a saúde.	Indicar as vantagens da actividade física para a saúde.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	2
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Enumeração dos factores protectores promovidos pela actividade física para a saúde cardiovascular.	Evidenciar as vantagens da actividade física para a saúde cardiovascular.	Expositivo	Computador Projector	1,5
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Distinção dos conceitos de actividade física e de exercício físico.	Distinguir actividade física de exercício físico.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	2
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Apresentação das diferentes etapas constituintes de uma sessão e actividade física.	Esclarecer aspectos importantes da prática de actividade física.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	1,5
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Abordagem de alguns aspectos, considerados importantes pela Direcção-Geral da Saúde, para a prática de actividade física.	Indicar aspectos importantes a ter em atenção na prática de actividade física.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	3
<b>Desenvolvimento do tema</b>	Explicação de cuidados a ter durante a prática de qualquer actividade física.	Explicar alguns cuidados a ter durante a prática de actividade física.	Expositivo	Computador Projector	3

<b>Conclusão</b>	Reforço da importância de praticarmos actividade física para a saúde.	Realçar a importância da prática de actividade física regular.	Expositivo/ Activo	Computador Projector	2
<b>Prática</b>	Demonstração de alguns exercícios que os utentes podem realizar em casa, independentemente do seu estado de saúde – sessão baseada no folheto “ <i>Quem? Eu? Exercício? Exercício sem riscos lá para os sessenta?</i> ” da Direcção-Geral da Saúde (2001).	Executar alguns exercícios com os utentes, com o intuito de desmistificar a impossibilidade da prática de actividade física associada a alterações do estado de saúde.	Demonstrativo/ Activo	Sistema audio com leitor de CDs CD Folheto	15
<b>Avaliação</b>	Questionamento oral com o objectivo de avaliar os conhecimentos adquiridos pelo grupo de utentes e as vantagens da prática orientada de actividade física. ( <i>Discussão em grupo</i> )	Avaliar os conhecimentos adquiridos e a prática de actividade física.	Interrogativo	Grelha de observação/ avaliação Caneta	10
<b>Programação</b>	Apresentação das actividades de grupo planeadas.	Programar actividades de grupo: caminhada e sessões de actividade física.	Expositivo/ Activo	Convite Folheto	2

**APÊNDICE VIII: Folheto “Pela Sua Saúde... Mexa-se!”**

- **Levar a mão ao joelho**

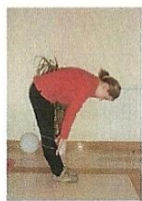
De pé ou sentado, tente tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e, depois, com a mão esquerda abaixo do joelho direito.



- **Esticar as costas**

Ponha as mãos nos joelhos para se equilibrar. Encolha o abdómen e incline-se para a frente, devagar, num movimento ondulante a partir da base da coluna, à medida que se concentra em cada vértebra. Dobre a cabeça em direcção aos joelhos. Mantenha-se assim contando até três. Lentamente, regresse à posição normal. Relaxe. Repita três vezes e, a seguir, descanse.

Este exercício pode ser feito sentado ou de pé.



**MUITO BEM!**

**REPITA AMANHÃ!**

A actividade física e o desporto constituem um dos pilares essenciais para um estilo de vida saudável, sendo uma forma de prevenir as doenças crónicas.

**Benefícios da Actividade Física:**

- Aumenta o controlo muscular, assim como a capacidade cardiovascular e pulmonar.
- Ajuda a controlar a tensão arterial e o colesterol.
- Ajuda na redução do peso corporal.
- Melhora a qualidade do sono.
- Reduz o estado de tensão.

**Nunca é tarde para começar a fazer uma actividade física regular.**

**Bibliografia:** Direcção-Geral da Saúde. (2001). "Quem? Eu? Exercício?" Exercício sem riscos para lá dos sessenta. Lisboa: Ministério da Saúde/ Direcção-Geral da Saúde.

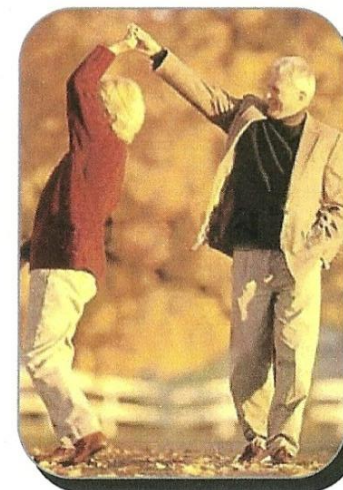
2008 Physical Activity Guidelines for America

## **Pela Sua Saúde... Mexa-se!**



Enf.ª Joana Marecos

(Aluna do curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL)



**Plano de exercícios para  
todos os dias**

Deiras  
Janeiro de 2011

Pode fazer estes exercícios de pé ou sentado, consoante a sua condição física..

Repita 5 vezes cada exercício

- **Exercício respiratórios**

Sentado ou de pé, inspire fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Levante os ombros e inspire. Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial.

- **Círculos com os braços**

Descreva, devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros do relógio e, de seguida, ao contrário.



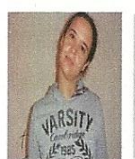
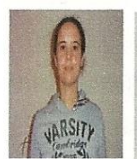
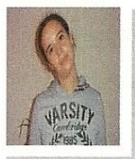
- **Rotação dos ombros**

Faça movimentos rotativos, com um ombro de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógios e, depois, ao contrário. Repita com os dois ombros simultaneamente.



- **Movimentos da cabeça**

Devagar, volte a cabeça para a esquerda; depois, para o centro e, finalmente, para a direita.



- **Levantar os joelhos**

De pé, levante um joelho em direcção ao peito, e volte à posição inicial. Repita com outra perna.

Sentado, leve cada joelho em direcção ao peito. Repita com os dois joelhos.



Também pode fazer este exercício deitado.

- **Esticar os ombros**

Levante o ombro esquerdo em direcção ao ouvido esquerdo. Em seguida, baixe o ombro esquerdo, de modo a esticá-lo. Repita do lado direito. Repita com os dois ombros.



- **Levantar os calcanhares**

De pé, erga-se e baixe-se com as pontas dos pés.

Sentado, levante e baixe os calcanhares.



- **Movimentos laterais dos braços**

Comece com os braços caídos, junto ao tronco. Estique os braços para os lados e, depois, para cima.



- **Movimentos verticais dos braços**

Com os braços caídos junto ao tronco, estique-os para a frente e para cima. Volte lentamente, à posição inicial.



Beba água.....

Respire fundo... E continue!

## **APÊNDICE IX: Guia dos Exercícios Físicos**

## Plano de Exercícios

Exercício	Descrição
<p>1. Exercícios respiratórios</p>	<p>Sentado ou de pé, inspire pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Levante os ombros e inspire. Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial.</p>
<p>2. Círculos com os braços</p> 	<p>Descreva, devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros do relógio e, de seguida, ao contrário.</p>
<p>3. Rotação dos ombros</p> 	<p>Faça movimentos rotativos, com um ombro de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio e, depois, ao contrário. Repita com os dois ombros simultaneamente.</p>
<p>4. Movimentos da cabeça</p> 	<p>Devagar, volte a cabeça para a esquerda; depois para o centro e, finalmente, para a direita.</p>
<p>5. Levantar os joelhos</p> <p>5.1. <u>De pé</u></p>  <p>5.2. <u>Sentado</u></p> 	<p><u>De pé</u>: levante um joelho em direcção ao peito, e volte à posição inicial. Repita com a outra perna.</p> <p><u>Sentado</u>: leve cada joelho em direcção ao peito. Repita com os dois joelhos.</p> <p>Também pode fazer este exercício deitado.</p>

### 6. Esticar os ombros



Levante o ombro esquerdo em direcção ao ouvido esquerdo. Em seguida, baixe o ombro esquerdo, de modo a esticá-lo. Repita do lado direito e com os dois ombros.

### 7. Levantar os calcanhares



Sentado: levante os calcanhares.

De pé: erga-se e baixe-se, com as pontas dos pés.

### 8. Movimentos laterais dos braços



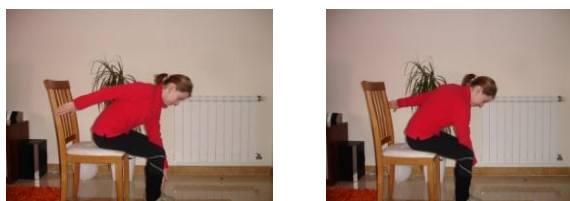
Comece com os braços caídos, junto ao tronco. Estique os braços para os lados e, depois, para cima.

### 9. Movimentos verticais dos braços



Com os braços junto ao tronco, estique-os para a frente e para cima. Volte lentamente à posição inicial.

### 10. Levar a mão ao joelho



De pé ou sentada, tente tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e, depois, com a mão esquerda abaixo do joelho direito.

---

## 11. Esticar as costas



Ponha as mãos nos joelhos para se equilibrar. Encolha o abdómen e incline-se para a frente, devagar, num movimento ondulante a partir da base da coluna, à medida que se concentra em cada vértebra. Dobre a cabeça em direcção aos joelhos. Mantenha-se assim contando até três. Lentamente, regresse à posição normal. Relaxe. Repita três vezes e, a seguir descanse.

---

## **APÊNDICE X: Grelha de Observação/Avaliação**

## Grelha de Observação / Avaliação

Posters de divulgação da Sessão de EpS elaborados: \_\_\_\_\_

Nº de Posters entregues: \_\_\_\_\_

(cálculo dos indicadores de resultado - taxas)

Sessão de Educação para a Saúde: \_\_\_\_\_

Utentes convidados		
Utentes que participaram		↑
Utentes que reconhece a actividade física como factor protector da saúde cardiovascular.		
Utentes que reconhecem a caminhada como sendo actividade física		(cálculo dos indicadores de resultado - taxas)
Utentes a quem foi entregue convite para participar na caminhada.		↓
Utentes a quem foi entregue folheto		
Utentes que referiram sentir-se bem após praticar actividade física		↓

Sessão de Actividade Física: \_\_\_\_\_

Sessão	1ª sessão		2ª sessão		3ª sessão	
Utentes convidados						
Utentes que participaram		↑		↑		↑
Realização correcta de, pelo menos, 3 exercícios		↑		↑		↑
Realização incorrecta de, pelo menos, 3 exercícios.		(cálculo dos indicadores de resultado - taxas)		(cálculo dos indicadores de resultado - taxas)		(cálculo dos indicadores de resultado - taxas)
Utentes que referiram sentir-se bem após praticar actividade física		↓		↓		↓

Caminhada: \_\_\_\_\_

Utentes a quem foi entregue convite		
Número de participantes		(cálculo dos indicadores de resultado - taxas)

**APÊNDICE XI: Poster para Divulgação da Sessão de EpS**

# Pela Sua Saúde... Mexa-se!

Enf.<sup>a</sup> Joana Marecos

A actividade física e o desporto constituem um dos pilares essenciais para um estilo de vida saudável, sendo uma forma de prevenção de doenças crónicas.

**Venha participar numa Sessão de Educação para a Saúde.**

Dia **12** de **Janeiro** de **2011** (Quarta-feira), no **Ginásio** do **Centro de Saúde** de **Oeiras**.

**Ponto de Encontro:**

**Piso -1 às 9h50.**



Oeiras  
Jan. 2011

## **APÊNDICE XII: Convite para Participar na Caminhada**

## Venha participar numa CAMINHADA!

Dia **15** de **Janeiro** de **2011**, no Jardim do Palácio do Marquês de Pombal, em Oeiras.

**Ponto de Encontro:**  
Entrada principal do Centro de Saúde de Oeiras,  
às **10 horas**.



Enf.<sup>a</sup> Joana Marecos

## **APÊNDICE XIII: Resultados de Saúde**

## RESULTADOS de SAÚDE:

- $$\frac{\text{N.º de posters para divulgação da sessão de EpS entregues}}{\text{N.º de posters para divulgação da sessão elaborados}} \times 100 =$$
$$= \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$$
- $$\frac{\text{N.º de utentes a quem foi entregue convite para participar na caminhada}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100 =$$
$$= \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$$
- $$\frac{\text{N.º de utentes a quem foi entregue folheto}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100 =$$
$$= \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$$
- $$\frac{\text{N.º de sessões de EpS realizadas}}{\text{N.º de sessões de EpS planeadas}} \times 100 =$$
$$= \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$$
- $$\frac{\text{N.º de sessões de actividade física realizadas}}{\text{N.º de sessões de actividade física planeadas}} \times 100 =$$
$$= \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$$
- $$\frac{\text{N.º de caminhadas realizadas}}{\text{N.º de caminhadas planeadas}} \times 100 =$$
$$= \frac{1}{2} \times 100 = 50\%$$
- $$\frac{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}}{\text{N.º de utentes que foram convidados a participar na sessão de EpS}} \times 100 =$$
$$= \frac{10}{17} \times 100 = 59\%$$

- N.º de utentes que participaram em, pelo menos,  
2 das 3 sessões de actividade física  
 $\frac{\text{N.º de utentes convidados para participar nas sessões de actividade física}}{\text{N.º de utentes convidados para participar nas sessões de actividade física}} \times 100 =$   
 $= \frac{8}{10} \times 100 = 80\%$
- $\frac{\text{N.º de utentes que participaram na caminhada}}{\text{N.º de utentes convidados a participar na caminhada}} \times 100 =$   
 $= \frac{7}{10} \times 100 = 70\%$
- N.º de utentes que reconhecem a actividade física como  
factor protector da saúde cardiovascular  
 $\frac{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100 =$   
 $= \frac{8}{10} \times 100 = 80\%$
- $\frac{\text{N.º de utentes que refiram sentir-se bem após praticar actividade física}}{\text{N.º de utentes que participaram nas sessões de actividade física}} \times 100 =$   
 $= \frac{8}{10} \times 100 = 80\%$
- $\frac{\text{N.º de utentes que reconhecem a caminhada como actividade física}}{\text{N.º de utentes que participaram na sessão de EpS}} \times 100 =$   
 $= \frac{8}{10} \times 100 = 80\%$
- N.º de utentes que realizaram correctamente, pelo  
menos 3 dos exercícios, realizados nas sessões de actividade física  
 $\frac{\text{N.º de utentes que participaram em pelo menos 2 das 3 sessões de actividade física}}{\text{N.º de utentes que participaram em pelo menos 2 das 3 sessões de actividade física}} \times 100 =$   
 $= \frac{8}{10} \times 100\% = 80\%$