



I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“Quilos a mais, não fazem falta”

RELATÓRIO

Orientador: *Prof. Doutora* Helena Maria Guerreiro José

Co-Orientador: *Mestre* Ana Maria Dias Grego Sobral Canhestro

Autor: José Custódio Marques Lucas

BEJA

2012

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

(José Saramago)

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Politécnico de Beja/ Escola Superior de Saúde de Beja, pela oportunidade que me ofereceu de realizar o Curso de Mestrado.

À Prof. Ana Canhestro, pela sua preciosa ajuda, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

À Prof. Doutora Helena José, pela sua disponibilidade, no acompanhamento de todo o percurso académico deste projeto.

À família, Inês e Rita, pela paciência que foram forçadas a ter ao longo do tempo por mim dedicado ao projeto.

A cada um dos idosos participantes no projeto, pelo seu exemplo de acreditar que a mudança ainda é possível

RESUMO

Introdução: a população em estudo apresenta um elevado envelhecimento, sendo a principal patologia a obesidade, sem intervenção comunitária dirigida.

Objetivo: contribuir para a diminuição da prevalência da obesidade nas pessoas idosas, na freguesia de Albernoa, concelho de Beja.

Metodologia: projeto de intervenção comunitária, com duração de 12 meses. A antropometria é recolhida em três pontos-chave: pré-intervenção, 6 meses depois e no final do projeto, determinando Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal, negociando um contrato de saúde, em âmbito de consulta de enfermagem. O acompanhamento é efetuado às 4, 12 e 20 semanas, através de entrevista direta aos participantes.

Resultados: 60 % dos utentes referiram ter modificado alguma prática alimentar; 17.7 % iniciaram e mantêm atividade física regular e em 8,8 % mantêm-se o consumo de água recomendado.

Conclusão: com uma elevada adesão ao projeto, os participantes colaboraram nos aspetos das alterações na dieta mostrando dificuldades na prática de atividade física regular e no consumo de água. A estratégia de mudança de comportamentos é feita por etapas, sendo o grau de eficácia das ações de promoção da saúde na próxima sessão de acompanhamento.

Descritores: envelhecimento; estilos de vida; obesidade; promoção da saúde; enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT

Background: The population under study revealed a striking ageing and obesity as the most prevalent pathology without community intervention targeted to them.

Objective: Contribute for the reduction of obesity among people over 65 years of age from a village of the Municipal Council of Beja, south of Portugal.

Methods: a communitarian intervention project, from September 2011 to September 2012. The anthropometry is collected on three key points: pre-intervention, 6 months later and at the end of the project, determining body mass index and abdominal circumference, and negotiating a contract of health, in nursing consultation. The follow-up occurs on the 4th, 12th and 20th weeks, through direct interviews.

Results: 60% of the users said that they had changed some aspects of their eating habits, 8.8% maintain the recommended water consumption and 17.7% have started regular physical activity.

Conclusion: Despite high adherence levels to the project, the participants cooperated better with the issues related to the changes in the diet showing difficulties in practice of regular physical activity and consumption of water. The behaviour changes will be made step-by-step. The degree of effectiveness of health promotion actions will be evaluated in future follow-up sessions

Descriptors: aging, lifestyles, obesity, health promotion, community health nursing.

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	12
1 – PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	15
2 – QUADRO DE REFERÊNCIA.....	18
2.1 – ENVELHECIMENTO.....	18
2.2 – OBESIDADE.....	21
2.3 - EXERCICIO FISICO.....	25
2.3.1 – Modelos para adoção de estilos de vida saudáveis.....	26
2.4 - CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM.....	29
3 – OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	35
4 – RESULTADOS OBTIDOS.....	46
5 – LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	65
6 - QUESTÕES ÉTICAS.....	68
7- CONCLUSÃO.....	71

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	79
ANEXO 1 – PLANO de AÇÃO: Freguesia de Albernoa 2011-201.....	80
ANEXO 2 – Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro – Lei de criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde.....	100
ANEXO 3 – Convite de apresentação do projeto.....	109
ANEXO 4 – Alimentação saudável	111
ANEXO 5 – Água	114
ANEXO 6 – Guia de exercícios físicos.....	117
ANEXO 7 – Carta de compromisso.....	120
ANEXO 8 – Medidas do projeto.....	122
ANEXO 9 – Cronograma do projeto.....	124
ANEXO 10 – Guião de acompanhamento do projeto.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Aplicação da Teoria de Nola Pender - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde da Pessoa Idosa.....	p. 33
---	-------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Comparação dos dados 2001-2011 relativos ao Alentejo, em termos de população (residentes/presentes), famílias, alojamentos e edifícios.....	p. 20
Quadro nº 2 – Comparação dos dados 2001-2011 relativos ao concelho de Beja, em termos de população (residentes/presentes), famílias, alojamentos e edifício.....	p. 20
Quadro nº 3 - Classificação da Obesidade segundo o IMC e segundo o risco de co – morbilidade.	p. 23
Quadro nº 4 - Classificação do Perímetro Abdominal (PA) segundo o risco de complicações metabólicas.....	p. 24
Quadro nº 5 - Classificação do excesso de peso e obesidade pelo IMC, perímetro abdominal e risco associado de doença.....	p. 24
Quadro nº 6 - Implicações dos pressupostos teóricos para a prática dos cuidados dos enfermeiros.....	p. 31
Quadro Nº 7 - Distribuição da população idosa da freguesia de Albernoa, por género	p. 46
Quadro Nº 8 – Distribuição da população idosa, da freguesia de Albernoa, por grupo etário e por sexo.	p. 47
Quadro Nº 9 – Distribuição da população idosa da freguesia de Albernoa, por IMC e por sexo.....	p. 48
Quadro Nº 10 – Distribuição da população idosa masculina, por valor de Perímetro Abdominal (<i>PA normal</i> < 94 cm; <i>PA aumentado</i> ≥ 94; < 102 cm; e <i>PA muito aumentado</i> ≥ 102 cm).....	p. 49

Quadro Nº 11 – Distribuição da população idosa feminina, por valor de Perímetro Abdominal (<i>PA normal</i> < 80 cm; <i>PA aumentado</i> ≥ 80; < 88 cm; e <i>PA muito aumentado</i> ≥ 88 cm).....	p. 50
Quadro Nº 12 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por gênero.....	p. 51
Quadro Nº 13 – Distribuição da população obesa participante no projeto, por grupo etário e por sexo.....	p. 51
Quadro Nº 14 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por estado civil e por sexo.....	p. 52
Quadro Nº 15 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por anos de escolaridade e por sexo.....	p. 53
Quadro Nº 16 – Distribuição da população obesa participante no projeto, com comorbilidades associadas (Diabetes e/ou Doença Cardiovascular), por sexo.....	p. 54
Quadro Nº 17 – Distribuição da população obesa participante no projeto, por tipo de co-morbilidades associadas (Doenças Cardiovasculares, Diabetes e Diabetes + Doença Cardiovascular), por sexo.....	p. 55
Quadro Nº 18 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por número de refeições diárias e por sexo.....	p. 57
Quadro Nº 19 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por consumo de água diária e por sexo.....	p. 59
Quadro Nº 20 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por prática de atividade física e por sexo.....	p. 60

ABREVIATURAS E SIGLAS

A – Altura

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ASC – Animador Sociocultural

CASCBeja – Centro de Apoio Social do Concelho de Beja

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cm – Centímetro

CMBeja – Câmara Municipal de Beja

CSBeja – Centro de Saúde de Beja

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DR – Diário da República

ESSBeja – Escola Superior de Saúde de Beja

FC – Frequência Cardíaca

HDL-c – High Density Lipoprotein - Cholesterol

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nursing

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPBeja – Instituto Politécnico de Beja

JFAlbernoa – Junta de Freguesia de Albernoa

Kg – Quilograma

M – Metro

MPPO – Metodologia de Planeamento de Projetos por Objetivos

NSLuz – Nossa Senhora da Luz

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

P – Peso

PA – Perímetro Abdominal

PANS – Physical activity and nutrition program for seniors

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

TA – Tensão Arterial

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - The World Health Organization

0 - INTRODUÇÃO

O termo projeto vem do latim *projectare* e significa “lançar para a frente, atirar”. Projetar significa investigar um tema, um problema, uma situação com o objetivo de a conhecer e, se possível, apresentar interpretações e/ou soluções novas. O Trabalho de Projeto é um método de trabalho que se centra na investigação, análise e resolução de problemas em grupo; tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. Esta metodologia constitui-se, assim, como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. (Nunes, 2010).

Os problemas de saúde relacionados com os estilos de vida e com o ambiente são uma causa crescente de morbilidade, mortalidade, custos de saúde aumentados e declínio na produtividade e na qualidade de vida (International Council of Nursing [ICN], 2010). Considerada uma área de atenção relevante para a enfermagem, a obesidade pode afetar qualquer pessoa de qualquer idade ou grupo socioeconómico, em qualquer parte do mundo, sendo particularmente frequente nos idosos. Para além da dimensão biológica e psicológica, a obesidade afeta fortemente a economia e o desenvolvimento social, na medida em que o excesso de peso e a obesidade são responsáveis por 6% das despesas diretas com cuidados de saúde na Região Europeia, afetando a produtividade, reduzindo a esperança de vida, causando um milhão de mortes anuais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006).

Como foco de enfermagem, a pessoa obesa é definida por elevado peso e massa corporal, habitualmente mais de 20% acima do peso ideal, aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício, durante longos períodos de tempo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2006). A pessoa com obesidade, em geral, manifesta mais problemas de auto-imagem e auto-estima, tem menos qualidade de vida e tem risco aumentado para várias doenças. Os estudos consultados revelam que a obesidade

acarreta um risco mais elevado de co-morbilidades; em homens obesos, verificou-se uma maior frequência de Diabetes Mellitus, HDL-c (High Density Lipoprotein – cholesterol) baixo e hipertrigliceridemia, quando comparados aos homens com IMC $<30\text{kg/m}^2$. Por outro lado, as mulheres obesas apresentam uma frequência maior de HTA (hipertensão arterial) (Cabrera & Filho, 2001).

A realização deste projeto partiu da preocupação em ajudar a população idosa e obesa da freguesia da Albernoa a melhorar os seus estilos de vida (hábitos de alimentação e prática de atividade física), numa primeira fase; posteriormente, numa segunda fase, que aquela melhoria se traduza em perda efetiva de IMC (Índice de Massa Corporal) e PA (Perímetro Abdominal) para cada um dos indivíduos aderentes ao projeto. Desta forma, pretende este projeto contribuir para a diminuição da obesidade nesta comunidade assim como para a diminuição da incidência e prevalência dos riscos e patologias a ela associados, com os ganhos em saúde daí decorrentes.

Atendendo às questões expressas e à pertinência e atualidade desta problemática, foi proposto desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado:

“Quilos a mais, não fazem falta”

Este projeto terá a duração de um ano (de setembro de 2011 a setembro de 2012), com supervisão e avaliações periódicas e tem os seguintes objetivos:

Objectivo Geral:

- Contribuir para a melhoria dos estilos de vida dos idosos com obesidade
- Contribuir para a diminuição da prevalência da obesidade na população idosa da freguesia de Albernoa.

Objectivos Específicos:

- Melhorar os conhecimentos dos idosos obesos acerca de alimentação saudável;
- Identificar alterações nos padrões de alimentação recomendados;
- Incentivar a mudança de alguns hábitos alimentares (aumento do número de refeições e do consumo de água);
- Melhorar os conhecimentos dos idosos obesos acerca dos benefícios da prática de atividade física
- Identificar alterações nos padrões de prática diária de atividade física;

- Incentivar a prática de atividade física regular dos idosos com obesidade;
- Diminuir em, pelo menos, 5% o peso inicial dos idosos participantes, tendo em conta que se considera uma perda de peso entre 5 e 10 % do valor inicial, durante o primeiro ano, após o início de um programa de controlo do peso, é uma meta apropriada para quase todas as pessoas (Teixeira & Silva, 2009).

O grupo de utentes que aceitaram participar no projeto é composto por 45 elementos, 30 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Relativamente à população - alvo, a adesão foi de 84.9 % do universo de idosos com obesidade (no total, eram 53 indivíduos com critérios compatíveis com esta patologia).

O grupo de trabalho é composto pelo autor do projeto - enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, nutricionista, psicóloga, dois enfermeiros de reabilitação da ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo) e pelos Técnicos de Desporto da CMBeja (Câmara Municipal de Beja) - 2 técnicos Superiores de Desporto e um professor de Educação Física. A intervenção envolveu, ainda, os poderes políticos locais, as instituições concelhias e locais, assim como os técnicos; a sua adesão ao projeto foi plena.

Ao longo deste relatório são descritas todas as fases do processo, desde a sua conceção, planeamento, execução até à sua avaliação.

O presente relatório divide-se nas diferentes partes: problemática/justificação do tema, quadro de referência, opções metodológicas, resultados obtidos, limitações do projeto e questões éticas no educar para a saúde. No final, serão apresentadas as principais conclusões do projeto.

1 - PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Ao nível individual, as pessoas devem participar em atividades promotoras da saúde, nomeadamente, realizando exercício físico regular, pelo menos o equivalente a 30 minutos de marcha vigorosa três vezes por semana, manter o peso e o IMC apropriados e comer cinco doses de fruta e vegetais frescos por dia, reduzindo a ingestão de sal e o consumo de gorduras (International Council of Nursing [ICN], 2010).

Vários estudos consultados reconhecem que as alterações nos estilos de vida, nomeadamente a redução drástica de prática de exercício físico e a modificação dos padrões de alimentação, provocaram um desequilíbrio energético das populações (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006). Numa parceria criada entre a ULSBA, através da USP (Unidade de Saúde Pública) e do CSBeja (Centro de Saúde de Beja), CMBeja e a JFAlbernoa (Junta de Freguesia de Albernoa) foi realizado o diagnóstico de saúde da freguesia de Albernoa, ao longo do ano 2010. Da análise e tratamento dos dados obtidos, verifica-se que muitos idosos desta freguesia têm o hábito de realizar poucas refeições diárias, ao mesmo tempo que ingerem uma reduzida quantidade de água e, quanto à prática de atividade física, mais de 50% dos utentes tem menos de 0,5 horas/dia. Os autores do referido trabalho apontam vários fatores que terão contribuído para que a prevalência da obesidade nesta população atingisse as proporções atuais: défice de conhecimentos sobre alimentação, excesso de consumo de alimentos obesogénicos (consumo de alimentos açucarados, pão e farináceos), défice de consumo de alimentos saudáveis (fruta, legumes, sopa e água), défice de atividade física. A freguesia de Albernoa apresenta-se, já hoje, como a mais envelhecida do Concelho de Beja, com 38,5 % da população com idade igual ou superior a 65 anos, em que a principal patologia é a obesidade. Referem, ainda, que esta população apresenta, em geral, um elevado consumo de medicamentos, com grande percentagem de idosos a manifestarem sentimentos de tristeza e em que as principais queixas são de natureza músculo-esquelética. (Anónimo, 2011).

O plano de ação “Promoção da Saúde – população de Albernoa: 2011-2013” (ANEXO 1), elaborado por parte do grupo técnico que realizou o diagnóstico de saúde, foi a resposta aos problemas detetados na comunidade, com objetivos, indicadores e um conjunto de atividades programadas (sessões de atividade física bissemanal, caminhadas, sessões de educação para a saúde, preparação da alimentação saudável, realizadas na freguesia). A participação e observação de algumas destas ações permitiu verificar que a grande maioria dos frequentadores eram pessoas que, na sua grande maioria, não apresentavam problemas relacionados com excessos antropométricos; esta forma, verificava-se uma intervenção comunitária para a população em geral mas não existia uma resposta dirigida, em concreto, aos indivíduos com obesidade diagnosticados na comunidade. Se bem que a resposta que já existia era uma situação era de manter (tendo em conta fomentar estilos de vida saudáveis na população idosa), era aqui visível um problema de não adesão às atividades de um grupo de indivíduos que, no universo dos rastreados, já apresentava valores bastante elevados de IMC e PA. Assim, seria importante, quiçá prioritário, identificar todos os indivíduos com obesidade da freguesia de Albernoa (uma vez que o grupo de trabalho que fez o diagnóstico de saúde obteve dados relativos a uma amostra dos indivíduos com 65 e mais anos), fornecendo-lhes a informação necessária, apontando-lhes alguns caminhos para a minimização/resolução do problema da obesidade e mostrando interesse em desenvolver algumas estratégias de intervenção. Desta convicção, partiu o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária.

Enquanto profissional, o enfermeiro é um elemento primordial na ajuda da satisfação das necessidades básicas e na promoção da saúde do indivíduo, ao capacitá-lo de meios favoráveis à criação do seu projeto de saúde e de vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Devido à perícia e ao contacto contínuo com os clientes, os enfermeiros tem uma oportunidade única de obter a liderança na promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades. Os resultados esperados relativamente à promoção da saúde realizada por enfermeiros são:

- Aumentar os níveis de saúde e bem-estar entre os indivíduos famílias e comunidades
- Diminuir a incidência da doença e incapacidade para os indivíduos e famílias
- Aumentar a capacidade para tomar decisões relacionadas com a saúde e bem-estar de indivíduos e famílias
- Promover a competência para o auto cuidado de indivíduos e famílias

- Aumentar a capacidade de indivíduos e famílias para avaliar as suas necessidades em cuidados de saúde profissionais
- Aumentar de forma convincente ao nível comunitários comportamentos de promoção da saúde enquanto opção oposta á de tratar a doença
- Aumentar a prevalência da promoção da saúde e estilos de vida na sociedade como um todo (Pender, 1987).

Verifica-se, no entanto, que os cuidados de enfermagem prestados em Portugal, ao nível dos CSP (Cuidados de Saúde Primários), contribuem para a promoção da longevidade dos utentes, privilegiando o tratamento. Esta situação traduz-se, no Centro de Saúde, por défice de recursos humanos, financeiros, temporais e materiais, que inviabilizam o fácil acesso dos utentes á equipa multiprofissional, para a promoção da saúde e a promoção da doença (Bicudo, 2009). O processo de reforma dos CSP, iniciado em 2005, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro (ANEXO 2), veio dar o enquadramento legal necessário à criação do ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), composto por uma rede de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde. Refere esta legislação que, em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF (Unidade de Saúde Familiar) ou UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e uma UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) ou serviços desta.

A diferenciação em todas estas unidades veio dotar os serviços de uma resposta aos problemas reais ou potenciais dos indivíduos/famílias/comunidades, especialmente no que respeita à Enfermagem de Saúde Comunitária, que antes não existia. Estas UCC, compostas por pessoal técnico próprio e diferenciado nas suas funções (artigo 11º), coordenadas por um enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional (artigo 15º), representam uma resposta de âmbito comunitário, no desenvolvimento das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

2 – QUADRO DE REFERÊNCIA

Os aspetos mais relevantes deste quadro de referência centram-se no envelhecimento da população, quer ao nível nacional e internacional, quer no contexto local, dotado de características próprias; Albernoa é uma freguesia rural, do interior do nosso país, profundamente envelhecida; ao mesmo tempo, são bastante frequentes os problemas de saúde desta população, com particular destaque para a obesidade. Associado a esta patologia, decorrem outros problemas, como sejam a HTA, a DM (diabetes mellitus) e a poli medicação. Os estilos de vida – alimentação e exercício físico – merecem igual relevância, uma vez que manifestam toda a história dos anos de vida passados, muito com base nas tradições de uma cultura própria, transmitida de geração em geração e pouco fundamentada em princípios adequados de procura de hábitos de vida saudável. Por fim, os contributos que a enfermagem, em especial a enfermagem de saúde comunitária, tem capacidade para oferecerem aos indivíduos e á comunidade, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, com a escassez de recursos disponíveis. Esta intervenção comunitária assenta num problema real devidamente identificado e validado – obesidade - numa população concreta – indivíduos com 65 e mais anos - com e para estes utentes que constituem a população - alvo, em parceria com as outras instituições da comunidade.

2.1 – ENVELHECIMENTO

O bem-estar físico e psíquico envolve uma conduta de hábitos saudáveis que começa na juventude, pois não só se reduzem consideravelmente as probabilidades de morte prematura por doença cardíaca ou cancerosa como pode retardar o processo natural de envelhecimento. Envelhecer é, portanto, um processo natural; todavia, isso não supõe que o idoso esteja determinado à ausência de saúde ou à falta de acesso aos meios necessários que possibilitem o usufruto de qualidade de vida. Entretanto, foram identificados fatores que aceleram a falência dos órgãos vitais, entre os quais avultam o consumo de álcool e de tabaco, e os que retardam o processo de envelhecimento,

de entre os quais são prioritários a prática de exercício físico e a manutenção do peso (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001).

Um dos elementos-chave para melhorar e contribuir para um envelhecimento saudável é a mudança de visão do envelhecimento na sociedade em geral, que modela de forma considerável a visão individual de cada um, em particular nas sociedades ocidentais onde as pessoas crescem com um estereótipo negativo associado à idade avançada (Rodrigues, 2007). Correntemente, fala-se do envelhecimento como se tratando de um estado tendencialmente classificado de “terceira idade” ou ainda “quarta idade”. De acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2012), o adjetivo velho significa avançado em idade; obsoleto; antigo; muito usado; antiquado. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. É, assim, impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo.

Desde a Declaração de Alma – Ata (1978), têm sido apontadas medidas de saúde que implicam a procura de estilos de vida saudáveis para um envelhecimento ativo. A promoção da saúde é vista como um processo de capacitação da comunidade visando a melhoria das suas condições de vida. As ações de promoção da saúde resultam da combinação de ações do estado nas políticas públicas de saúde; de ações comunitárias e de ações dos próprios indivíduos, para o desenvolvimento de intervenções conjuntas intersectoriais (Santos et al., 2008). A expressão “envelhecimento ativo” constitui uma terminologia indicada pela ONU (Organização das Nações Unidas) para as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento; estabelece a otimização das oportunidades de saúde a fim de aumentar a qualidade de vida, conforme as pessoas envelhecem.

Em termos demográficos, Portugal tem sido confrontado com o crescente envelhecimento da população residente. Prevê o INE (Instituto Nacional de Estatística) que, nos próximos 50 anos, em Portugal, o índice de envelhecimento populacional continue a aumentar; estima-se que, em 2060, residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens) (INE, 2009). A região do Alentejo com 758 739 pessoas recenseadas, tem vindo a perder progressivamente população ao longo das últimas décadas. Nos últimos dez anos a redução foi de 2% e nos últimos 30 anos a região regista menos 60 598 pessoas (INE, 2011).

O quadro nº 1 apresenta a comparação dos dados relativos à região do Alentejo ocorridos entre 2001 e 2011.

Quadro nº 1 – Comparação dos dados 2001-2011 relativos ao Alentejo, em termos de população (residentes/presentes), famílias, alojamentos e edifícios.

Alentejo	Residentes		Presentes		Famílias	Alojamentos	Edifícios
	HM	H	HM	H			
2001	776585	379310	760 896	369952	292898	423641	349946
2011	758739	367720	749 766	361931	306207	472831	384791

(Fonte: INE , 2011)

À semelhança do que aconteceu para a região do Alentejo a que pertence, na comparação 2001-2011, no concelho de Beja, verifica-se que a população residente diminuiu (embora ligeiramente, num total de 32 indivíduos); cresceram o número de famílias, alojamentos e edifícios (INE, 2011), conforme consta no quadro seguinte.

Quadro nº 2 – Comparação dos dados 2001-2011 relativos ao concelho de Beja, em termos de população (residentes/presentes), famílias, alojamentos e edifícios.

Concelho Beja	Residentes		Presentes		Famílias	Alojamentos	Edifícios
	HM	H	HM	H			
2001	35762	17194	36596	17363	13010	18082	12695
2011	35730	17271	35774	17240	14278	19969	13566

(Fonte: INE, 2011)

A freguesia de Albernoa fica situada no Alentejo e faz parte do concelho de Beja, no seu limite com o concelho de Castro Verde, tem uma área de 110,4 Km², dista á sede municipal 19,2 Km e tem uma população de 758 habitantes (INE, 2011).

O Parlamento Europeu aprovou 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. O envelhecimento ativo pode significar para as pessoas mais velhas a oportunidade de continuarem a trabalhar e partilharem as suas experiências, de continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade e de viverem as suas vidas de maneira saudável, independente e preenchida. Joaquina

Madeira, coordenadora nacional do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, salientou recentemente que o envelhecimento é um desafio incontornável que temos que enfrentar da melhor maneira. Será um encargo económico e um enorme perigo se não mudarmos a organização da nossa sociedade para que possamos contar com um tipo de população que não tínhamos há uns anos atrás. Para além da sensibilização para estas questões e outros desafios do envelhecimento, o Ano Europeu apela à tomada de ações políticas em domínios como o emprego, proteção social, educação e formação, saúde e serviços sociais, alojamento e infra-estruturas públicas.

Enquanto técnicos de saúde, é papel dos enfermeiros em Saúde Comunitária, contribuir para a alteração do atual panorama, em particular, na área das pessoas idosas, através de ações que possam facilitar uma sensível mudança em relação às atitudes e aos comportamentos, ou seja, que os idosos se mantenham como pessoas ativas e autónomas.

2.2 - OBESIDADE

No final do século XX, a obesidade representava já um dos grandes problemas de saúde pública. A partir da Conferência de Jacarta (2006), a obesidade passou a fazer parte dos grupos prioritários de investimentos no desenvolvimento das políticas de saúde; na “Carta Europeia de luta contra a Obesidade” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006), foram emanados os princípios orientadores que os diferentes estados deverão colocar em prática, no estabelecimento de parcerias entre todos os interessados, nomeadamente, os governos, a sociedade civil, o setor privado, as redes de profissionais, os meios de comunicação social e organizações internacionais, a todos os níveis (nacional, regional e local). Refere, ainda, que deve ser dado particular interesse aos grupos vulneráveis, assim como o apoio aos grupos sócioeconómicos mais baixos que enfrentam mais obstáculos e limitações na escolha de opções saudáveis. É ainda dado relevo ao papel das autarquias, no grande potencial e papel significativo que têm a desempenhar na criação de um meio ambiente e nas oportunidades para a prática de exercício físico, para uma vida ativa e uma dieta saudável.

Verifica-se, no entanto, que a redução drástica de prática de exercício físico e a modificação dos padrões de alimentação, incluindo o consumo de bebidas e alimentos ricos em energia mas pobres em nutrientes (com alto teor de gordura total e saturada, sal e açúcares), em combinação com a ingestão insuficiente de frutas e legumes,

provocaram um desequilíbrio energético na população; para além disso, a atividade física praticada por 2/3 da população adulta é insuficiente para alcançar e manter ganhos em saúde e o consumo de frutas e vegetais atinge os níveis recomendados em apenas uma minoria de países. A predisposição genética é insuficiente para explicar a epidemia da obesidade sem tais mudanças sociais, económicas, culturais e físicas do meio ambiente. O facto de os alimentos com elevada densidade energética estarem cada vez mais acessíveis será um dos principais motores da epidemia da obesidade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006).

O progresso e a urbanização das populações levam a uma *mudança nutricional*, caracterizada por uma passagem de regimes à base de cereais e de legumes para regimes ricos em gorduras e açúcares, a um número crescente de refeições fora de casa e a uma proporção de alimentos transformados. As mudanças sofridas nos sistemas de produção alimentar, o transporte, os modos de transformação e o acondicionamento, assim como o tamanho das porções favorecem o consumo de alimentos altamente energéticos. Esta mudança nutricional passa pelas multinacionais de produção e distribuição, que penetram nos novos mercados, implantam as suas marcas e estratégias à escala mundial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007). Embora recentemente se comece a assistir aquilo a uma “consciência nutricional” na população, os números da incidência da obesidade são cada vez mais preocupantes e atingem já os grupos etários mais jovens (Tallon, 2010). Assiste-se, assim, a um aumento crescente do número de obesos, ao nível dos diferentes grupos etários, desde as crianças e adolescentes até aos idosos.

A obesidade leva a alterações das condições de saúde do organismo. Essas alterações podem ser representadas por distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento de risco de doenças de grande morbimortalidade como a DM, HTA, dislipidémias, DVC (doenças cardiovasculares) e cancro (Cabrera & Filho, 2001), a DM tipo 2 e as doenças cardiovasculares (Carmo, 2008). Desta forma, as pessoas que se debatem com problemas de excesso de peso tendem a viver menos tempo e com menos qualidade do que aquelas cujo peso é normal. Por outro lado, são os idosos sedentários que apresentam maior prevalência da obesidade, com maior significado no sexo feminino face ao sexo masculino (Cabrera & Filho, 2001).

Também a nível económico, a obesidade é responsável por consideráveis perdas. As estimativas previstas apenas para o ano 2002, revelam que os custos da obesidade ascendiam a praticamente 500 milhões de euros. Sugere o mesmo estudo que a implementação de estratégias para reduzir ou prevenir a incidência e prevalência da

obesidade em Portugal poderia gerar ganhos de produtividade elevados (Pereira & Mateus, 2003). Desta forma, a pressão crescente acerca dos recursos económicos empregues na saúde das populações coloca-nos a questão da importância de avaliar com rigor o potencial impacto das estratégias de prevenção e tratamento da obesidade; deve ser dada atenção contínua à prevenção da obesidade em pessoas com excesso de peso e que representem alto risco e ao tratamento da obesidade. As ações específicas neste domínio compreenderiam: a introdução de diagnóstico e tratamento precoces da obesidade em cuidados de saúde primários; a formação de profissionais da saúde na área da prevenção da obesidade e orientações clínicas relativamente a rastreio e tratamento, tal como referido na Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, na medida nº 10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006). Concordam vários especialistas da atualidade nesta matéria que, se nada for feito para inverter a tendência do aumento da obesidade, esta patologia tornar-se-á um dos maiores problemas de saúde do século XXI (Carmo, 2008). A estratégia que melhor resulta no combate ao excesso de peso, é a que associa uma alimentação mais reduzida em calorias a um estilo de vida fisicamente ativo, uma vez que o gasto de calorias de um exercício físico ligeiro a moderado não chega para perder peso, se a pessoa não estiver simultaneamente a praticar um regime com restrição calórica. Só emagrece quem está em balanço calórico negativo mantido (Barata, 2003; Barata, 200; Carmo, 2010).

A determinação dos parâmetros antropométricos permite a obtenção do IMC e PA, dois importantes indicadores estatoponderais na situação de saúde de cada indivíduo. As classificações apresentadas a seguir são aquelas que são aceites pela OMS (2000). No quadro seguinte é apresentada a classificação da obesidade segundo o IMC e o risco de co-morbilidade.

Quadro nº 3 - Classificação da Obesidade segundo o IMC e risco de co – morbilidade.

Classificação	IMC	Risco de Co – morbilidade
Peso baixo	<18,5	Baixo
Intervalo normal	18,5-24,9	Médio
Excesso de peso	≥25.00	
Pré-obesidade	25.0-29.9	Aumentado
Obeso classe I	30.0-34.9	Moderado
Obeso classe II	35.0-39.9	Grave
Obeso classe III	≥40.0	Muito grave

(OMS, citado em Carmo, 2008)

Os valores de PA que correspondem ao aumento de risco variam de acordo com o sexo, conforme consta no quadro seguinte (quadro nº 4).

Quadro nº 4 - Classificação do PA segundo o risco de complicações metabólicas

Risco de complicações Metabólicas	Perímetro Abdominal	
	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥80
Muito aumentado	≥102	≥88

(OMS, citado em Carmo, 2008)

A avaliação do PA correlaciona-se aos valores de IMC e ainda reflete, de maneira aproximada, a gordura corporal total e a abdominal. Os autores consultados referem que a partir de 102 cm em homens e 88 cm nas mulheres, se verifica um risco substancialmente aumentado de complicações metabólicas associadas à obesidade (Cabrera & Filho, 2001; Carmo, 2008), conforme consta no quadro nº 5.

Quadro nº 5 - Classificação do excesso de peso e obesidade pelo IMC, PA e risco associado de doença

Classificação	IMC	Risco Associado de Doença	
		Homens ≤ 102cm Mulheres ≤ 88cm	Homens ≥102cm Mulheres ≥88cm
Peso baixo	<18,5	-	-
Intervalo normal	18,5-24,9	-	-
Excesso de peso	≥25.0		
Pré-obesidade	25.0-29.9	Aumentado	Elevado
Obeso classe I	30.0-34.9	Elevado	Muito Elevado
Obeso classe II	35.0-39.9	Muito Elevado	Muito Elevado
Obeso classe III	≥40.0	Extremamente Elevado	Extremamente Elevado

(OMS, citado por Carmo, 2008)

2.3 - EXERCICIO FISICO

Desde o princípio dos tempos, tanto os nômadas como os caçadores tinham de desenvolver tarefas de enorme esforço para sobreviverem. A Revolução Industrial e a Era Tecnológica que lhe sucedeu alteraram por completo a vida da maioria das pessoas; as pessoas tornaram-se, gradualmente, sedentárias. Durante mais de meio século, a reforma e o envelhecimento foram sinónimos de menor atividade física para a maioria das pessoas (Direção Geral da Saúde [DGS], 2001). O exercício físico não aumenta significativamente a longevidade mas é inquestionável que ele retarda o envelhecimento físico e mental, melhorando acentuadamente a qualidade de vida e permitindo que o idoso mantenha por mais tempo a sua autonomia e independência.

A maioria das pessoas ignora os efeitos anatómicos e funcionais determinados pelo envelhecimento, considerando-os naturais e conseqüentemente impossíveis de prevenir. Os conhecimentos atuais sobre os processos de envelhecimento contrariam essa ideia, sendo o exercício físico e a alimentação adequada as armas mais eficazes para a manutenção da autonomia e a qualidade de vida; o exercício físico regular pode melhorar a qualidade do sono, reduzir o estado de tensão, aumentar o controlo muscular, a capacidade cardiovascular e pulmonar, a força e a resistência e ajudar a controlar a obesidade.

Embora a expressão exercício físico seja usada correntemente para significar atividade física, os autores consultados fazem a diferenciação dos conceitos. *Atividade física* significa toda a atividade muscular ou motora que um ser assume, ou seja, tudo aquilo que implique movimento, força ou manutenção da postura; *exercício físico* será entendido como as atividades físicas repetidas, estereotipadas, que visam a obtenção de um objetivo concreto (Barata, 2003). No entanto, para que se considere que um individuo tem um estilo de vida ativo deve desenvolver, na maioria dos dias da semana (pelo menos durante cinco dias), cerca de trinta minutos de atividade física moderada por dia (Teixeira & Silva, 2009); as atividades físicas mais recomendáveis para o idoso são a marcha, a natação, a ginástica, o golfe e a dança. A escolha decorrerá do gosto de cada um e das limitações de ordem física ou patológicas existentes (Pinto, 2000).

2.3.1 - Modelos para a adoção de estilos de vida saudáveis

Os vários alarmes lançados pela OMS em relação à obesidade e à diabetes fundamentam-se no facto de estas patologias serem em grande parte evitáveis através da mudança de hábitos e comportamentos, os chamados estilos de vida. Os problemas de saúde relacionados com os estilos de vida e com o ambiente são uma causa crescente de morbilidade, mortalidade, custos de saúde aumentados e declínio na produtividade e na qualidade de vida (International Council of Nursing [ICN], 2010). Ressalta, assim, a necessidade de que os indivíduos se mantenham ativos ao longo de todas as etapas da sua vida. Para a prática da atividade física, foram desenvolvidos vários modelos que relacionam a sua realização com os eventuais benefícios na saúde e bem-estar de quem a pratica.

Um dos primeiros modelos psicológico para a participação no exercício físico foi desenvolvido por Sonstroem (1978). Apesar das suas limitações, este constitui um dos poucos modelos que incluía capacidade física e que tem em conta o contributo do exercício para os benefícios psicológicos nomeadamente ao nível da melhoria da auto-estima. Este modelo assume que o envolvimento na atividade física aumenta a capacidade física, a auto-estima física e, consequentemente, todo o sistema de auto-estima.

O modelo psicobiológico proposto por Dishman e Gettman (1980), citado por Mota (1997) contempla a percentagem de massa adiposa, o peso corporal e a auto-motivação como variáveis preditoras. Os autores conceptualizaram a auto-motivação como uma tendência generalizada e não específica que persiste na ausência de reforços extrínsecos. A auto-motivação é algo que se aprende socialmente e depende da capacidade individual de auto-reforço.

O modelo da crença em saúde é diversas vezes apresentado como um dos modelos teóricos mais frequentemente associados à promoção de comportamentos saudáveis, primeiramente desenvolvido por Rosenstock (1966) e mais tarde reformulado por Becken e Maiman (1975). É um modelo psicossocial desenvolvido com o objetivo de permitir antecipar o compromisso com as recomendações para a prevenção da doença e da promoção da saúde. A prognose do comportamento é feita com base nos valores individuais, no resultado e nas expectativas que o indivíduo desenvolveu do resultado de um determinado comportamento. O modelo assume que os sujeitos não se comprometem com as recomendações da promoção de saúde a não ser que tenham um nível mínimo de motivação e informação relevante, que se percecionem a

eles próprios como potencialmente vulneráveis e que acreditem nas condições de tratamento e na eficácia da intervenção, de forma a poderem antecipar algumas dificuldades. Os praticantes de atividades desportivas percecionam-se em níveis mais elevados de saúde do que os não praticantes, sendo a prática desportiva o preditor mais forte de percepções positivas de saúde, tanto da sua componente física como mental (Ferreira, 2003).

O modelo de comportamento de exercício foi elaborado por Nolan e Feldman (1984) e consiste numa alteração do modelo de crença na saúde, visando explicar melhor o comportamento de exercício. Este modelo tenta identificar e integrar os fatores que podem afectar a decisão do sujeito para praticar exercício regularmente; coloca, assim, a hipótese de existirem quatro predisposições que podem afetar a disponibilidade para o exercício: locus de controlo percebido para o exercício, atitude perante a atividade física, auto – conceito e valores relacionados com o exercício tais como a saúde, aparência e aptidão física. De acordo com este modelo, os sujeitos estão preparados para o exercício se tiverem um locus de controlo interno para o exercício, um auto – conceito positivo e valores positivos para a saúde, aparência física e aptidão física. A probabilidade de ação por parte do indivíduo depende da avaliação individual dos benefícios do exercício versus a percepção das barreiras ao envolvimento. Se a percepção das barreiras exceder os benefícios, então assume-se que o sujeito não irá participar atendendo à predisposição favorável ou aos fatores modificadores que suportam o exercício. Das três componentes da atividade física total (atividades domésticas, atividades desportivas e atividades físicas dos tempos livres) apenas a actividade desportiva está relacionada com melhores percepções do estado de saúde (Ferreira, 2003)

A teoria do comportamento planeado, desenvolvida por Ajzen (1985), introduziu o conceito de percepção de controlo como fator preditivo do comportamento. Esta percepção de controlo compreende os factores internos não volitivos e os fatores externos que interferem com a tentativa do sujeito para realizar um comportamento. Esta teoria postula que a força de vontade do sujeito em realizar um comportamento interage com o grau de controlo pessoal para determinar a probabilidade de ocorrência desse comportamento. Assume-se que quanto maior for o autocontrolo sobre os factores internos e externos maior será a probabilidade de realizar o comportamento pretendido. Os fatores internos incluem a falta de capacidades e competências, as habilidades, conhecimentos e planos adequados. Os fatores externos incluem o tempo, a oportunidade e dependência do comportamento da cooperação de outras pessoas. A teoria do comportamento planeado assume que a diversidade de recursos

e a oportunidade que o sujeito acredita ter diminuí os obstáculos antecipados, tornando assim maior a sua percepção do controle sobre o comportamento.

A teoria da aprendizagem social de Bandura (1986) realça os processos cognitivos na aquisição e retenção de novos padrões de comportamento. O modelo desta teoria é do tipo causa, em que os acontecimentos do meio envolvente, os fatores pessoais e o comportamento atuam com intervenientes. A teoria da aprendizagem social identifica a auto – eficácia como um dos mecanismos possíveis da mudança de comportamento. Bandura define a percepção de auto – eficácia como o julgamento individual da sua capacidade de organizar e executar os comportamentos necessários para atingir rendimentos estabelecidos ou desejados. Assim, o sujeito tende a envolver-se numa atividade quando tem confiança e percebe dentro dos limites das suas capacidades. Por outro lado, há a tendência para evitar as situações que estão para além das nossas capacidades individuais. No entanto, o esforço realizado para aumentar a adesão das populações à prática de exercício físico e à manutenção deste comportamento saudável tem vindo a falhar frequentemente. Os modelos descritos anteriormente, apresentam diversas limitações na explicação que fazem da adesão ao exercício físico. O aumento da idade, nos adultos idosos que praticam desporto, não implica uma redução dos seus níveis de atividade física total. O mesmo não acontece com os não praticantes, em que se regista uma redução desses níveis (Ferreira, 2003).

Proshaska e DiClemente (1983) propuseram o modelo transteórico que consiste num modelo geral de intenções para modificar o comportamento; centra-se na natureza dinâmica da transformação dos comportamentos de saúde e postula que a modificação de qualquer comportamento passa por uma série de estádios inter-relacionados. Os estádios considerados no modelo transteórico para a modificação do comportamento são os seguintes: pré – contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e finalização.

Pré – contemplação - os indivíduos podem estar neste estágio porque estão uniformizados com as consequências a longo prazo do seu comportamento, estão desmoralizados com a sua capacidade de mudar e nem querem pensar nisso ou são defensivos em particular devido às pressões sociais para mudar. Neste estágio, o indivíduo não faz qualquer tipo de exercício físico e também não considera essa hipótese nos próximos seis meses.

Contemplações – os contempladores vêem os prós e os contras dos riscos do seu comportamento de forma igual. Consequentemente, são ambivalentes na

mudança. Neste estágio, o indivíduo não faz exercício físico mas está a pensar iniciar nos próximos seis meses.

Preparação – planeia iniciar a ação e inicia-a sem caráter regular. Este estágio tem critérios de intenção e de comportamento. A preparação é um estágio instável e as pessoas que nele se encontram estão mais disponíveis para progredir nos próximos seis meses, do que os pré-contempladores ou os contempladores. Neste estágio o indivíduo pode iniciar com exercício físico num futuro próximo (um mês).

Ação – a mudança de comportamento ocorreu nos últimos seis meses. É também o estágio menos estável e corresponde ao mais alto risco de reincidir. O critério de mudança de comportamento adotado é aquele que coloca o indivíduo em menor situação de risco. Começou a fazer exercício regularmente (um mínimo de três sessões de pelo menos 20 minutos todas as semanas) durante seis meses. Este estágio é aquele em que ocorrem mais processos de mudança.

Manutenção – manutenção do comportamento durante seis meses após ter adotado o critério. Faz exercício regularmente há mais de seis meses. Este é um estágio em constante mudança e é necessário considerar alguns processos típicos para prevenir a reincidência. Quando o critério utilizado é o tempo, considera-se cinco anos de manutenção contínua para resultar em finalização.

Finalização – não há perigo de voltar ao comportamento anterior (voltar a ser sedentário).

2.4 - CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM

No seu percurso de formação inicial e especializada, o enfermeiro adquire competências teóricas e práticas que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas do indivíduo, família, grupo e comunidade, assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). A nível internacional, é feito um apelo à ação dos enfermeiros no sentido de liderarem a luta contra a doença crónica, agirem como exemplos saudáveis a seguir para as famílias, seus elementos e comunidades e a envolverem-se com os diferentes parceiros na necessária mudança social, económica e política (International Council of Nursing [ICN], 2010). O Código

Deontológico do Enfermeiro, artigo nº 80, que refere que o enfermeiro deve assumir o dever de:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária detém um aprofundado conhecimento num domínio específico da enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problema de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. Assim, a enfermagem de Saúde Comunitária tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). No desenvolvimento da sua prática, ao nível da satisfação das necessidades básicas e da promoção da saúde do indivíduo, o profissional de enfermagem deverá alicerçar as suas ações em pressupostos teóricos que a fundamentem. As teorias orientam a prática da educação, uma vez que conferem uma visão aprofundada sobre os fenómenos permitindo a reflexão, análise e discussão sobre os mesmos (Rodrigues et al., 2005).

O quadro seguinte ilustra de uma forma clara em que medida os pressupostos teóricos contribuem para orientar a prática dos cuidados dos enfermeiros inferindo aspetos fulcrais na educação para a saúde.

Quadro nº 6 - Implicações dos pressupostos teóricos para a prática dos cuidados dos enfermeiros.

Pressupostos teóricos	Implicações na prática de cuidados dos enfermeiros
1º Existe um potencial natural dentro de cada pessoa	Implica que os objetivos em saúde sejam centrados na pessoa, no seu potencial natural
2º A pessoa aprende na medida em que se auto - conhece	Implica que o cliente possa clarificar as suas dúvidas medos ou convicções
3º A pessoa interessa-se quando descobre o que é particularmente significativo para si	Implica que o enfermeiro compreenda o que é significativo para o cliente e não propor realidades externas incompatíveis com a sua subjetividade simbólica
4º A pessoa educa-se através de um processo de auto - conscientização	Em saúde não vale a pena impor mudanças sem que o cliente adquira a consciência da necessidade da mudança
5º A pessoa interessa-se quando se envolve na ação e na relação e tem um papel ativo	Implica que o enfermeiro passe da autoridade do conhecimento para a construção da relação; saber estabelecer e mediar contratos terapêuticos
6º Aprender a mudar é um processo evolutivo	Não se pode esperar resultados imediatos das ações realizadas; ajudar é um processo de capacitação progressiva, como quem monta andaimes para subir na construção

(Fonte: Rodrigues et al., 2005).

Tendo em conta que as ações de enfermagem deverão centrar-se na pessoa, na relação, na resposta aos problemas identificados, na sua capacidade e vontade de mudar, dotando a pessoa de todos os conhecimentos e meios necessários, respeitando os diferentes ritmos individuais, é fundamental ter por base um modelo que respeite todos estes pressupostos. As teorias e modelos de enfermagem providenciam informação sobre as definições e práticas de enfermagem, os princípios

onde assentam as bases da prática da profissão de enfermagem e os objetivos e funções da enfermagem (Wesley, 1995). A adoção de posturas que propiciem uma tomada de consciência que resulte em atitudes de ganhos de poder deverá ser alicerçada num modelo teórico de enfermagem que esteja direcionado para a promoção da saúde. Pela análise dos diferentes modelos publicados, aquele que melhor responde é o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender.

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, por Nola Pender, assente na concepção de Promoção da Saúde, definida como aquelas atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. O modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para se engajarem em comportamentos promotores de saúde. O Modelo de Promoção de Saúde é, fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e reavaliar ações de promoção de saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter – relação de três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos sobre o que se quer alcançar e o comportamento de promoção de saúde desejável. Na construção do modelo, a autora utilizou, como bases teóricas, a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expetativas, ambas da psicologia, citado por Silva (2010).

A figura 1 representa, esquematicamente, a aplicação da teoria de Nola Pender, segundo um modelo de promoção da saúde da pessoa idosa, quanto à construção das ações de auto cuidado para o envelhecimento saudável.

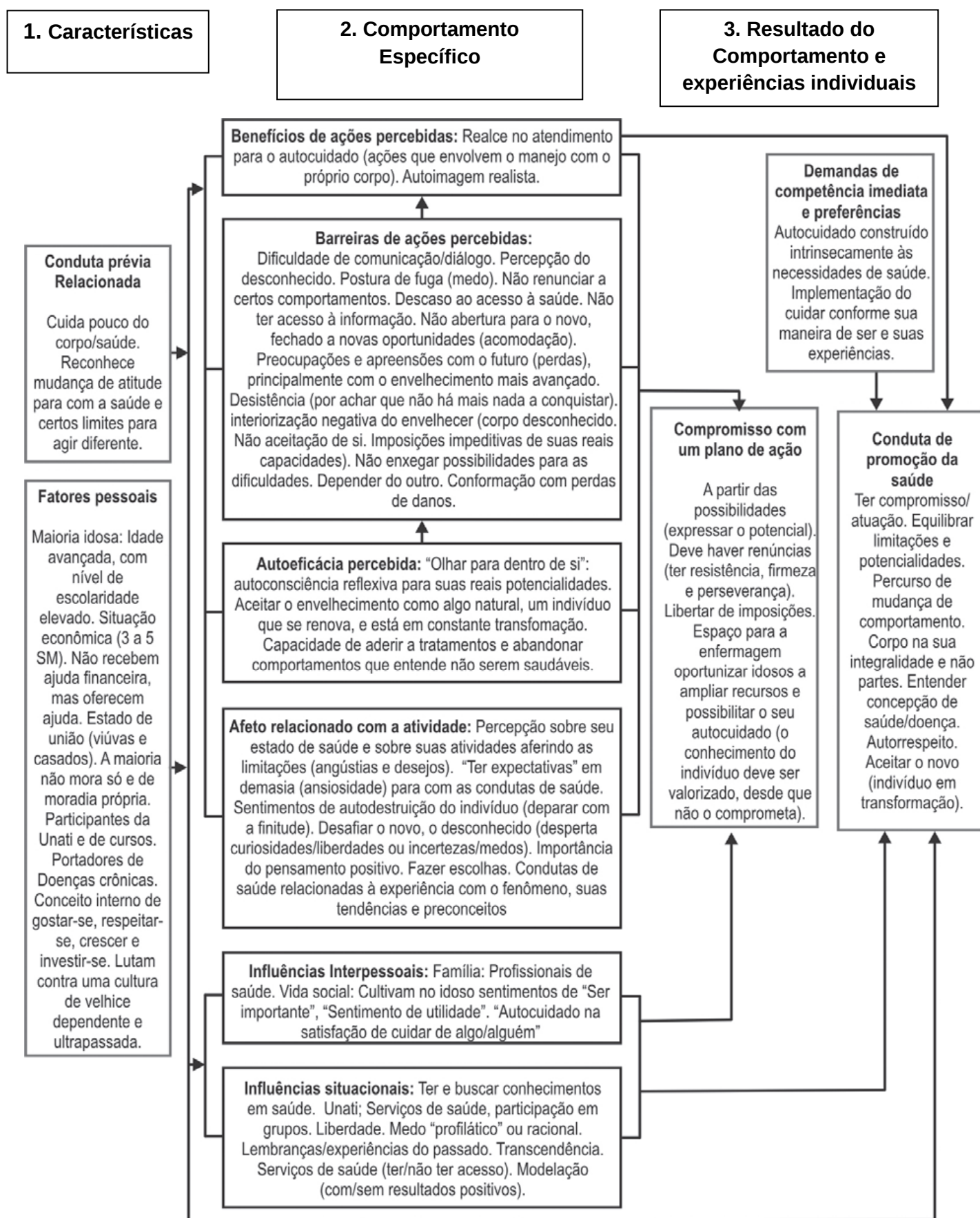


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde da Pessoa Idosa (Fonte: Silva, 2010).

Perante uma pessoa incapaz ou limitada no seu auto cuidado, o enfermeiro planeia e implementa um conjunto de intervenções que visam cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e promover o seu auto cuidado (Orem, 1995). Como foco de enfermagem, o **auto cuidado** é definido como toda a atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2006). As atividades da vida diárias são aprendidas ao longo do tempo e tornam-se hábitos que duram toda a vida. Incluídas na ampla categoria de atividades de auto cuidado estão não apenas as tarefas que devem ser feitas (higiene, banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, alimentar-se) mas como estas tarefas são feitas e quando, onde, com quem (Carpenito, 1998). O auto cuidado com o corpo exige do indivíduo conhecimentos e também a observação de si próprio para a tomada de consciência daquilo que lhe faz mal no seu hábito de agir e de pensar (Silva, 2010); o ensino ao utente deve desenvolver-se num processo dialético de ensino – aprendizagem, designada pelo autor como comunicação pedagógica (Phaneuf, 2001).

3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia de trabalho consistiu num projeto de intervenção comunitária, com a duração de 12 meses, destinado a pessoas com 65 e mais anos, com o diagnóstico de obesidade. A escolha da freguesia de Alburnoa para a realização deste projeto teve a ver, em primeiro lugar, com o fato de esta fazer parte do CSBeja, local de trabalho do seu autor. Para além disso, havia sido realizado o diagnóstico de saúde desta freguesia, na área da Saúde do Idoso, referido na prolema/justificação do tema, que revelara grandes problemas da população em termos de elevado IMC e PA na amostra estudada.

Ao longo dos meses de junho e julho de 2011, decorreu a fase de planeamento deste projeto de intervenção comunitária. Depois da conceção teórica do mesmo, passou-se à fase do trabalho de campo. Em primeiro lugar, foi extraída, do sistema informático SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde), a listagem de todos os inscritos na freguesia de Alburnoa, com 65 e mais anos (nascidos até 31/08/1946), onde consta nome, data de nascimento, morada, contato e número operacional de inscrição nesta extensão de saúde. O total de indivíduos da listagem inicial era composto por 252 elementos. De forma a operacionalizar o trabalho a desenvolver, houve necessidade de efetuar a gestão do ficheiro de utentes inscritos. Assim, foram excluídos 12 utentes por estarem falecidos e não abatidos aos ativos do ficheiro, 24 idosos por estarem ausentes e 11 utentes estão na situação de acamados, num total de 47 elementos. Deste modo, da população inicial de 252 indivíduos foram subtraídos aqueles 47 elementos; a população idosa da freguesia de Alburnoa em condições de ser alvo do projeto ficou, assim, composta por 205 elementos.

Em termos de trabalho junto dos utentes, foram convocados todos estes indivíduos, para determinação de peso, altura, IMC e PA. Desta avaliação, foram obtidos os dados que permitiram identificar o universo de idosos com critérios compatíveis com obesidade e com PA aumentado. Foi definido como população - alvo do projeto: **pessoas com 65 e mais anos de idade, inscritas no Centro de Saúde de Beja, com IMC maior ou igual a 30,0 kg/m² e PA a partir de 102 cm nos homens e 88 cm nas mulheres.**

Foram definidos três eixos de intervenção prioritária: aumento da atividade física da população, melhoria dos hábitos alimentares e aumento da ingestão do consumo de água.

Como critérios de inclusão no projeto, foram considerados todos os indivíduos que reúnam as condições de IMC e PA e que:

- Manifestem o desejo de integrar este projeto,
- Considerem a possibilidade de alterar, pelo menos, um comportamento alimentar errado,
- Aceitem participar em, pelo menos, uma das ações de actividade física a desenvolver ao longo do projeto e
- Sejam autónomos.

Para a sua implementação no terreno, houve necessidade de submeter o plano do projeto à apreciação por parte de todos os intervenientes. Assim, numa primeira fase, houve necessidade de assegurar a participação das entidades, tendo em conta a sua fundamental importância como suporte do projeto; os modelos de parceria têm provado ser muito eficazes em áreas com escassez de recursos e com número insuficiente de prestadores de cuidados de saúde (Stanhope & Lancaster, 1999); a seguir, era importante dar qualidade técnica nas áreas da nutrição, atividade física, saúde e psicologia (tendo em conta que a eficácia/eficiência das medidas em que assenta o projeto pressupõe processos de mudança). Numa metodologia desta índole, é muito importante que os destinatários sejam considerados como parceiros e que se mantenham ativos no processo de planeamento pois os indivíduos e as comunidades que estão informados e são participantes ativos no planeamento dos seus cuidados de saúde, têm maior probabilidade de desenvolver consensos acerca da solução mais adequada para os problemas locais. Consequentemente, têm maior probabilidade de utilizar e de apoiar o sistema depois da sua implementação (Stanhope & Lancaster, 1999).

APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS PARCEIROS

A apresentação do projeto de intervenção comunitária aos parceiros ocorreu no dia 9 de setembro de 2011, na sede da Junta de Freguesia de Alburnoa e estiveram representados: CMBeja, JFAlburnoa, Lar NSLuz (Lar da Nossa Senhora da Luz),

CASCBeja (Centro de Apoio Social do Concelho de Beja), a associação local *Escalfa Caminhos* e, ainda, a ESSBeja (Escola Superior de Saúde de Beja) /IPBeja (Instituto Politécnico de Beja), representado pela Co-Orientadora deste trabalho de projeto – Professora Ana Canhestro.

Da parte da CMBeja, foi dada a garantia da sua completa disponibilidade para colaborar na implementação do projeto, quer ao nível de apoio técnico, através dos profissionais que dela fazem parte, quer ao nível dos apoios logísticos necessários. Fez ainda alusão ao momento de alguma contenção orçamental, por via dos cortes anunciados para o país em termos da despesa pública.

A JFAlbernoa considerou o projeto válido, reconhecendo que a maioria da população residente é idosa, com muitos problemas de saúde associados à idade. Considerou, ainda, que este projeto contribuirá decisivamente para que se consigam alcançar as metas definidas no plano de ação 2011-2013, para esta freguesia. Mostrou total empenho na sua concretização.

Da parte do Lar NSLuz, enquanto parceiro deste projeto, foi manifestada a sua disponibilidade para continuar a sua colaboração, procurando que os idosos da instituição (7 indivíduos) participem de uma maneira ativa na vida da comunidade.

O CASCBeja também mostrou a sua concordância com o projeto, referindo o seu papel enquanto instituição no apoio à população idosa desta e doutras freguesias do concelho de Beja. Fez alusão particular a uma parte importante da sua atuação – ao nível alimentar, uma vez que fornecem um número significativo de refeições ao domicílio, neste caso a 7 participantes no projeto.

A associação local *Escalfa Caminhos* referiu que tem atividades pontuais com a população. Geralmente estas suas atividades incluem as caminhadas e alguns eventos sociais e são abertas a toda a população e não dirigidas em concreto para os idosos. Dispõe-se a colaborar com o projeto, mas referindo que, para atividades programadas e de caráter continuado, necessitaria de ter mais pessoas a trabalhar consigo.

Em termos de síntese das intervenções e posterior debate, ressalta a concordância de todas as entidades representadas com a implementação do projeto no terreno, em que todos se dispõem a colaborar; o projeto é tido como válido uma vez que responde a um problema real dos idosos da freguesia de Albernoa. Desta forma, a sua adesão ao projeto da parte dos poderes políticos locais, das instituições concelhias e locais foi plena.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS TÉCNICOS

A reunião de apresentação do projeto aos técnicos aconteceu no dia 28 de setembro de 2011, na biblioteca do CSBeja e contou com a presença dos diferentes técnicos, nomeadamente: dois Técnicos Superiores de Desporto (CM Beja), Nutricionista (dois Enfermeiros de Reabilitação e Psicóloga (todos da ULSBA).

Os técnicos presentes foram informados da composição da população - alvo do projecto (53 indivíduos, 16 do sexo masculino e 37 do sexo feminino). Foi assumido por todo o grupo técnico que se trabalharia com todos os utentes que manifestassem interesse em participar. Concordaram os técnicos quanto ao fato de que deveria ser fornecido a cada utente, aquando da apresentação do projeto na freguesia de Alburnoa, a documentação relativa ao mesmo (de preferência com figuras e com mensagem escrita muito clara e muito breve). Assim, foi decidido incluir na pasta individual uma informação acerca do projeto, informação sobre nutrição e sobre educação física.

A questão da estratégia a usar para psicologia, para nutrição e para educação física foi, também, apreciada pelos técnicos presentes. Foi ainda pedido aos técnicos que fosse definida uma calendarização, tendo em conta que este projeto vai acrescer às suas atribuições profissionais correntes. Assim, para além da estratégia, cada técnico vai ainda definir: datas (a partir de quando, dia (s) da semana e hora). Quanto aos Enfermeiros de Reabilitação, o seu calendário já está estava definido (terças e sextas-feiras, das 10 às 11 horas – 1º grupo e das 11 às 12 horas – 2º grupo).

O grupo de trabalho ficou, assim, composto pelo gestor do projeto – enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, uma nutricionista, uma psicóloga, dois enfermeiros de reabilitação, dois técnicos Superiores de Desporto e um professor de Educação Física.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO AO GRUPO-ALVO

A apresentação do projeto aos idosos aconteceu no dia 12 de outubro de 2011, em instalações locais da Junta de Freguesia da Alburnoa e contou com a colaboração de todos os parceiros locais e participação de todos os técnicos.

O convite para participar na apresentação do projeto foi enviado por carta (ANEXO 3).

Do total de 53 convocados, compareceram a esta sessão 45 indivíduos, o que representa uma adesão de 84,9%. Foram também solicitados contatos pessoais ou forma de contato preferencial.

A preparação e calendarização da sessão contaram com a colaboração de todos os parceiros: CMBeja, através da disponibilização dos recursos técnicos de desporto (pessoais e materiais); Junta de Freguesia, através da cedência de espaços e outros apoios logísticos; ULSBA, através dos seus recursos técnicos pessoais (Enfermeiros, Nutricionista e Psicóloga) e materiais (viaturas e outros apoios logísticos); CASCBeja, através da divulgação, motivação e transporte dos idosos para o local, disponibilizando viatura e pessoal de serviço; Lar NSLuz, através da divulgação, motivação e transporte dos idosos para o local, disponibilizando o seu pessoal de serviço.

Para cada um dos indivíduos do grupo-alvo foi preparada uma pasta, identificada com o nome do utente, onde foi colocado: Livro de registo dos valores de Peso, Altura, IMC, PA, TA (tensão arterial), FC (frequência cardíaca) e Glicémia, obtidos no primeiro momento de determinação dos parâmetros antropométricos, que decorreu em setembro e outubro de 2011. Para além do livro de registos, faz parte da pasta: um folheto sobre alimentação saudável. Fonte: ULSBA (ANEXO 4); um folheto sobre a importância do consumo de água. Fonte: ULSBA (ANEXO 5); e um guia de exercícios físicos adaptado às pessoas idosas. (Fonte: DGS, 2001, 27) (ANEXO 6). No momento de apresentação do projeto, os participantes do grupo de intervenção receberam a documentação técnica, destinada a fornecer-lhes os conhecimentos básicos acerca de regras alimentares saudáveis e prática regular de atividade física. Esta documentação foi obtida a partir de própria da ULSBA, especialmente dirigida aos idosos.

Depois, de forma sumaria e numa linguagem acessível às características do grupo, foi feita a apresentação do projeto pelo seu autor. Posteriormente, foi dada a palavra a cada um dos técnicos, para que se pronunciassem em relação ao projeto e atividades previstas.

A Enfermagem de Reabilitação, através dos seus dois representantes, realçou a importância das atividades do projeto na melhoria das funções motoras, diminuição das queixas, perda de peso e aumento da qualidade de vida dos idosos. Apesar de já ter um grupo de trabalho relativamente grande, mostram a sua disponibilidade para fazer a avaliação de todos os indivíduos com obesidade, com vista à intervenção individualizada, integrando nas suas sessões bissemanais os utentes que agora adiram a este projeto.

Em termos de Nutrição, a técnica presente aproveitou o momento para realizar uma sessão de grupo acerca de alimentação, fazendo a explicação dos folhetos da pasta individual, que cada um dos utentes foi seguindo (alimentação saudável e consumo de água). Como estratégia de projeto para as sessões que se pretendiam individuais, referiu a intenção de trabalhar com pequenos grupos, através de atividades de carácter essencialmente prático. Salientou, ainda, que as atividades em concreto e o seu formato serão dadas a conhecer ao grupo assim que estiverem elaboradas. Em relação à Psicologia, a sua representante articula o seu trabalho com as atividades da Nutricionista, em sessões que visam a motivação para a mudança de comportamentos em relação a hábitos alimentares e de prática de atividade física.

Os representantes técnicos do Sector de Desporto da CMBeja revelaram que serão definidos na freguesia de Alburnoa, circuitos para realização de marcha, com dificuldade diferenciada. Ficou prevista a marcação dos percursos e avaliado cada elemento do grupo de idosos até final de 2011, tendo em vista a prescrição da atividade física recomendada para cada um deles, assim como a demonstração de uma caminhada.

A concluir, foi realizada uma sessão de grupo que consistiu na demonstração dos 12 exercícios incluídos na pasta individual, com participação ativa dos elementos do grupo de idosos com obesidade. Como final de sessão, foi assinada a carta individual de compromisso de participação no projeto (ANEXO 7)

Em relação aos 8 elementos da população inicial que não compareceram à apresentação do projetos dos quais se desconheciam as razões foram contactados posteriormente; há a considerar dois casos de inscritos e ativos mas com permanência temporária em países de emigração, um caso cujo cônjuge se encontra em situação de grande dependência e os restantes casos de não valorização dos eventuais benefícios da participação neste projeto.

Assim, em termos de idosos diagnosticados com obesidade, aceitaram participar no projeto todos os 45 indivíduos que compareceram à sua apresentação; o grupo de participantes ficou composto por 45 elementos, 30 do sexo feminino e 15 do sexo masculino.

MEDIDAS DO PROJETO

Foram estabelecidas pelo grupo técnico as medidas que se julgam que podem ajudar os indivíduos idosos com obesidade nas suas opções por comportamentos mais saudáveis e compatíveis com as próprias condições (estado físico, patologias associadas, gostos pessoais). São, ainda, apresentadas as atividades desenvolvidas, em cada medida, ao longo do projeto (ANEXO 8).

Primeira medida: **“Determinação das medidas antropométricas dos idosos”** (avaliação inicial).

A informação acerca dos parâmetros antropométricos (peso, altura, perímetro abdominal e índice de massa corporal) dos participantes foi recolhida em três pontos-chave: pré-intervenção (já realizada ao longo do mês de setembro de 2011), 6 meses depois do projeto se ter iniciado (a realizar em março de 2012) e no final do mesmo (a realizar em setembro de 2012). Nesta primeira avaliação foram avaliados todos os utentes com 65 e mais anos inscritos na freguesia.

A avaliação inicial foi realizada em consulta de enfermagem específica para o idoso obeso, desenvolvida pelo enfermeiro gestor do projeto, em contexto de prática clínica, ao longo de setembro de 2011, na extensão de saúde de Albernoa.

Os dados antropométricos obtidos foram registados informaticamente, na ficha individual de cada utente, no SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem), em uso nos centros de saúde da ULSBA.

A antropometria foi realizada em utentes sem calçado, vestindo roupas leves, na posição em pé e com os pés juntos. Foi utilizada sempre a mesma balança antropométrica na unidade de ambulatório, bem como a mesma fita métrica para a medida da circunferência abdominal, designado ao longo deste relatório como perímetro abdominal (Cabrera & Filho, 2001). Os seguintes dados foram obtidos:

- a) Peso - em quilogramas, e apresentado até 1 número decimal.
- b) Altura - em metros, e apresentada até 2 números decimais.
- c) IMC = $\text{Peso} / \text{Altura}^2$, expresso em Kg/m²

d) PA - em centímetros, definida como a menor medida de uma circunferência no nível da cicatriz umbilical, no final do movimento expiratório.

A todos os indivíduos que apresentaram valores de IMC ≥ 30 Kg/m² foi proposto a adesão a um projeto envolvendo ações de educação para a saúde em termos de alimentação saudável e prática de atividade física regular, negociando um contrato de saúde, tendo em conta que, na implementação dos planos de ação, o enfermeiro especialista tem o papel de negociar com os elementos os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar; é um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde e a prevenção da doença com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família com vista ao máximo de autonomia na resposta às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Segunda medida: **“Encaminhamento para a consulta do médico de família”.**

Para o efeito, foi previamente dado a conhecer à equipa de saúde familiar da freguesia de Albernoa o presente projeto e solicitada a sua colaboração. Esta mesma colaboração concretizou-se com a marcação e realização de consulta médica, uma vez que o início ou reinício da prática de exercício físico, pelo idoso, deve ser sempre precedido de um exame clínico completo, visando detetar as diminuições e avaliar as capacidades restantes, no sentido de determinar a sua aptidão e estabelecer um programa de trabalho adequado e realista, condição necessária à aceitação e persistência do idoso no programa estabelecido (Pinto, 2000).

Terceira medida: **“Sessão de educação para a saúde sobre “Hábitos de alimentação saudável.”**

Foi realizada uma sessão de grupo, da responsabilidade da nutricionista, no sentido de capacitar os idosos do projeto, em termos de conhecimentos gerais, sobre os princípios de uma alimentação saudável e importância do consumo diário de água, uma vez que a informação antecede as escolhas, para que estas possam ser livres e esclarecidas. O respeito pela autonomia significa o reconhecimento de que a pessoa é

um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de auto governar-se, de decidir por si mesma (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003).

Quarta medida: **“Sessão de educação para a saúde - Benefícios da atividade física”**.

Da responsabilidade do grupo técnico da CMBeja (professor de Educação Física e Técnicos Superiores de Desporto), assim como de dois enfermeiros de reabilitação da ULSBA. Esta ação foi desenvolvida no sentido de sensibilizar as pessoas obesas para a importância da prática de atividade física na regulação do peso corporal e melhoria do funcionamento do sistema músculo-esquelético, tendo em conta que, seja qual for a idade em que se inicie a prática de exercício, o seu efeito benéfico faz-se sentir sempre, levando o idoso a passar da curva de desenvolvimento patológico ao padrão de envelhecimento fisiológico (Pinto, 2000).

Quinta medida: **“Encaminhamento para consulta de Nutrição”**,

Consulta individualizada, a realizar pela nutricionista do CSBeja (ULSBA), procurando responder, de uma intervenção individualizada, às necessidades de formação da pessoa em termos de nutrição, educando para os princípios de uma alimentação saudável.

Sexta medida: **“Encaminhamento para consulta de Psicologia”**,

Consulta individualizada, a realizar pela psicóloga do CSBeja (ULSBA), procurando responder, de uma intervenção individualizada, às necessidades de acompanhamento da pessoa nos processos de mudança de comportamentos face aos hábitos alimentares e de prática de atividade física considerados inadequados.

Sétima medida: **“Caminhada pela freguesia”**.

Atividade da responsabilidade do grupo técnico do Sector de Desporto da CMBeja. Por sugestão dos técnicos de desporto, antes de se iniciar a caminhada, é necessário proceder à sinalização e marcação na freguesia de Albernoa de 3 percursos para

marcha, de dificuldade diferenciada. Ficou agendado que, até final de 2011, fossem inventariados e adquiridos os materiais necessários. A avaliação de cada indivíduo em termos de condição física para que lhe possa ser prescrito o exercício físico é realizada posteriormente e, por fim, são calendarizadas as caminhadas, tendo em conta que a marcha é atividade física de excelência para os indivíduos com excesso de peso e obesos. A atividade caminhar, desenvolve a tonicidade e a massa muscular, melhora a circulação e o equilíbrio e pode ajudar a reduzir espasmos e contrações dos músculos das costas e das pernas. Entre as vantagens psicológicas de caminhar incluem-se uma melhoria da atitude mental e da autoconfiança. As pessoas podem interessar-se pelo meio envolvente á medida que caminham. Caminhar ajuda a aliviar o stress e o estado de tensão. Para o idoso, uma boa caminhada diária em passo ligeiro durante 30 minutos ou uma hora de atividade física estruturada e um pouco mais intensa, são duas boas opções (Direção Geral da Saúde [DGS], 2001; Barata, 2003; Póvoas, 2007).

Oitava medida: **“Participação em sessões de atividade física”.**

As sessões de grupo, bissemanais, da responsabilidade de dois enfermeiros especialistas da ULSBA, na área da reabilitação, é mais uma atividade programada a que os utentes aderiram. Os exercícios físicos destinados aos idosos devem ser interessantes, ser uma atividade para a qual se possa facilmente arranjar tempo, que contemple vários músculos, transmita uma sensação de sucesso, vigor e força redobrados e serem adequados á capacidade física da pessoa (Direção Geral da Saúde [DGS], 2001).

Nona medida: **“Acompanhamento do projeto”**

O acompanhamento foi realizado pelo gestor do projeto junto dos parceiros, técnicos do grupo de trabalho e utentes participantes no projeto.

Os participantes foram contatados na 4ª, com posterior contato na 12ª e 20ª semana, no sentido de averiguar o desenvolvimento das suas atividades, dando aconselhamento individual. Foram tidos em conta os objetivos traçados, providenciando encorajamento, apoio e exigindo resposta a esse empenho, tal como referido pelo estudo PANS (Physical activity and nutrition program for seniores) (Burke, et al., 2010).

O acompanhamento realizado junto dos parceiros e restantes técnicos do grupo de trabalho avaliou o desempenho de cada um no desenvolvimento das medidas definidas e assumidas no início do projeto, através da observação do seu desempenho direto e de entrevista junto de cada um dos representantes. Relativamente aos técnicos participantes no projeto, a observação da importância do seu contributo enquanto disciplina científica associada à partilha de saberes no desenvolvimento das medidas do projeto, revelou que as parcerias técnicas também constituem uma mais valia nas ações realizadas, uma vez que acrescentam e complementam os conhecimentos próprios das outras profissões envolvidas.

Décima medida: - **“Sessão de divulgação ao grupo e comunidade dos resultados obtidos com o projeto”**

Realizada no final como avaliação de processos e resultados obtido com o projeto. São avaliadas as alterações de comportamento acontecidas nos utentes idosos e obesos ao longo de um ano de duração do projeto. São ainda confrontadas as diferenças de parâmetros antropométricos do início e final e apresentados os resultados obtidos. Por fim, são discutidas as questões que possam apontar para uma possível continuidade do projeto, de acordo com o que vier a ser intenção de todas as partes interessadas no mesmo.

4 – RESULTADOS OBTIDOS

Para que possa ser feita uma leitura clara e objetiva dos resultados obtidos com este projeto, é apresentado em primeiro lugar a caracterização da população idosa da freguesia de Alvernoa e da população com obesidade aderente ao projeto **“Quilos a mais não fazem falta”**. Posteriormente, são divulgados os resultados do acompanhamento do projeto aos participantes no projeto assim do acompanhamento aos parceiros.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DA FREGUESIA DE ALVERNOA

A sua distribuição da população com 65 e mais anos, em condições de ser objeto de intervenção, por género, pode ser observada no quadro Nº 7.

Quadro Nº 7 - Distribuição da população idosa da freguesia de Alvernoa, por género.

GÉNERO	POPULAÇÃO IDOSA	Frequência	%
MASCULINO		93	45.4
FEMININO		112	54.6
TOTAL		205	100.0

Pela observação do Quadro Nº 7, pode verificar-se que a população idosa é composta por 93 homens (45.4 %) e 112 mulheres (54.6 %).

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população idosa segundo o grupo etário e por sexo.

Quadro Nº 8 – Distribuição da população idosa, da freguesia de Albernoa, por grupo etário e por sexo.

GRUPO ETÁRIO (Anos)	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
65-74	29	14.1	26	12.7	55	26.8
75-84	39	19.1	58	28.2	97	47.3
85-94	23	11.2	26	12.7	49	23.9
≥ 95	2	1.0	2	1.0	4	2.0
TOTAL	93	45.4	112	54.6	205	100.0

Pela observação do Quadro Nº 8, em termos de total da população, pode verificar-se que é no grupo etário 75-84 anos que se verifica a maior porção de indivíduos (47.3 %), seguido do grupo etário 65-74 anos (26.8 %) e 85-94 anos (23.9 %). A população com idade igual ou superior a 95 anos representa 2.0 % do total.

Pela observação do mesmo quadro, verifica-se que a população idosa masculina tem uma maior frequência no grupo etário 75-84 anos (19.1 %), seguida do grupo etário 65-74 anos (14.1 %), seguida do grupo etário dos 85-94 anos (11.2 %); a população idosa feminina, á semelhança da população masculina, tem uma maior frequência no grupo etário 75-84 anos (28.2 %), seguida do grupo etário 65-74 e 85-94 anos, com igual frequência (12.7 % cada).

Ao universo de idosos foram determinados os valores de peso, altura e perímetro abdominal. Dividindo o valor do peso (Kg) pelo valor da altura² (m²), foi obtido o IMC. Os dados obtidos constam no quadro seguinte.

Quadro Nº 9 – Distribuição da população idosa da freguesia de Albernoa, por IMC e por sexo.

IMC (Kg/m ²)	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
IMC ≤ 18,5	0	0.0	8	3.9	8	3.9
IMC - >18,5; ≤ 24,9	29	14.1	20	9.8	49	23.9
IMC - > 25,0; ≤ 29,9	47	22.9	48	23.4	95	46.3
IMC - > 30,0; ≤ 34,9	15	7.4	27	13.1	42	20.5
IMC - >35,0; ≤ 39,9	2	1.0	7	3.4	9	4.4
IMC ≥ 40,0	0	0.0	2	1.0	2	1.0
TOTAL	93	45.4	112	54.6	205	100.0

Pela observação do quadro nº 9, na distribuição por IMC, é possível verificar que:

- a população idosa em situação de “*baixo peso*” corresponde a 3,9 % da população total, totalmente composta por mulheres
- a população idosa com “*peso normal*” corresponde a 23.9 % do total, com predominância dos elementos do sexo masculino (14.1 %) em relação ao sexo feminino (9.8 %)
- a população idosa em situação de “*excesso de peso*” corresponde a 46.3 % do total, com ligeira predominância das mulheres (23.4 %) sobre os homens (22.9 %), representando a categoria que recebe a maior frequência
- a população idosa em situação de “*obesidade – classe I*” corresponde a 20.5 % do total, com claro predomínio dos elementos do sexo feminino (13.1 %) em relação aos elementos do sexo masculino (7.4 %)
- a população idosa em situação de “*obesidade – classe II*” corresponde a 4.4 % do total, com claro predomínio dos elementos do sexo feminino (3.4 %) em relação aos elementos do sexo masculino (1.0 %)

- a população idosa em situação de “*obesidade – classe III*” corresponde a 1.0 % do total, composta exclusivamente por elementos do sexo feminino

Somando os valores de obesidade classe I (20.5 %), obesidade classe II (4.4 %) e obesidade classe III (1.0 %), obtemos o valor da obesidade total (25.9 %), num total de 53 indivíduos (17 do sexo masculino e 36 do sexo feminino).

Pela medição do abdómen, foi possível determinar o Perímetro Abdominal de cada um dos idosos, cujos dados se encontram nos dois quadros nº10 e nº 11 (população masculina e população feminina)

Quadro Nº 10 – Distribuição da população idosa masculina, por valor de PA (*PA normal* < 94 cm; *PA aumentado* ≥ 94; < 102 cm; e *PA muito aumentado* ≥ 102 cm).

População Masculina Perímetro Abdominal (PA)(cm)	Frequência	%
PA < 94	24	25.8
PA - ≥ 94; < 102	24	25.8
PA - ≥ 102	45	48.4
TOTAL	93	100.0

Em termos PA, podemos observar, com base nos dados obtidos que, na população idosa masculina da freguesia de Albernoa, a distribuição foi:

-a população idosa masculina com “*PA normal*” corresponde a 25.8 % do total;

-a população idosa masculina em situação de “*PA aumentado*” corresponde a 25.8 % do total;

- a população idosa masculina em situação de “*PA muito aumentado*” corresponde a 48.4 % do total, sendo esta a categoria que recebe a maior frequência.

Verifica-se, assim, que na população masculina, cerca de um quarto dos idosos (25.8 %) têm PA aumentado enquanto cerca de metade desta mesma população (48.4 %) apresenta um PA muito aumentado. Se forem somados os dois valores (74.2 %), verifica-se que cerca de três quartos dos homens têm excesso de perímetro abdominal.

Quadro Nº 11 – Distribuição da população idosa feminina, por valor de PA (PA normal < 80 cm; PA aumentado ≥ 80; < 88 cm; e PA muito aumentado ≥ 88 cm).

População Masculina		
Perímetro Abdominal (PA) (cm)	Frequência	%
PA < 80	6	5.4
PA - ≥ 80; < 88	8	7.1
PA - ≥ 88	98	87.5
TOTAL	112	100.0

Em termos PA, podemos verificar, com base nos dados obtidos que, na população idosa feminina da freguesia de Alburnoa, a distribuição foi:

- a população idosa feminina com “PA normal” corresponde a 5.4 % do total;
- a população idosa feminina em situação de “PA aumentado” corresponde a 7.1 % do total;
- a população idosa feminina em situação de “PA muito aumentado” corresponde a 87.5 % do total, sendo esta a categoria que recebe a maior frequência.

Se forem somados os dois valores de perímetro abdominal que estão aumentados (94.6 %), que na população feminina, verifica-se que o excesso de perímetro abdominal é um problema que afecta a quase totalidade das mulheres.

Tal como definido no projeto inicial, os indivíduos a integrar no grupo de trabalho são aqueles que apresentam um IMC ≥ a 30,0 kg/m², ou seja, a soma dos indivíduos que constam dos dois últimos intervalos de IMC e que apresentem, ao mesmo tempo, perímetro abdominal muito aumentado (PA ≥ 102 cm, nos homens e PA ≥ 88 cm, nas mulheres). Do total da população de idosos foram, desta forma, selecionados 53 indivíduos idosos obesos, correspondendo a 25.9 % do total de idosos. Do total de 53 indivíduos obesos, 17 são homens (32.1%) e 36 são mulheres (67.9%). Foi este

número de utentes com que se partiu para a apresentação do projeto aos parceiros, aos técnicos e aos utentes.

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM OBESIDADE ADERENTE AO PROJETO

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por género.

Quadro Nº 12 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por género.

Género	População idosa	Frequência	%
MASCULINO		15	(33.3 %)
FEMININO		30	(66.7 %)
TOTAL		45	(100.0%)

O grupo de trabalho ficou composto por 45 elementos, 30 do sexo feminino, correspondendo a 66,7 % do total, e 15 do sexo masculino, que corresponde a 33,3 % do total de elementos, conforme consta no quadro seguinte.

É de realçar que, enquanto na população em geral o universo de mulheres é ligeiramente superior (54.6 %/45.4 %), em termos de adesão ao projeto há um claro predomínio dos elementos do sexo feminino (66.7 %/33.3 %).

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por grupo etário e por sexo.

Quadro Nº 13 – Distribuição da população obesa participante no projeto, por grupo etário e por sexo.

GRUPO ETÁRIO (Anos)	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
65-74	3	6.7	10	22.2	13	28.9
75-84	8	17.8	17	37.8	25	55.6
85-94	3	6.7	2	4.4	5	11.1
≥ 95	1	2.2	1	2.2	2	4.4
TOTAL	15	45.4	30	54.6	45	100.0

Pela observação do Quadro Nº 13, pode verificar-se que o grupo etário mais representado corresponde ao dos 75-84 anos (55.6 %), seguido do grupo etário 65-74 anos (28.9 %) e dos 85-94 anos (11.1 %). Os indivíduos com 95 ou mais anos recebem a menor frequência (4.4 %), refletindo, em certa medida, o que acontece para a população idosa total.

Em termos de distribuição por sexo, podemos constatar que:

- a população masculina participante no projeto tem uma maior frequência no grupo etário 75-84 anos (17.8 %), seguida dos grupos etários 65-74 anos e 85-94 anos (6.7 % cada),
- a população idosa feminina, á semelhança da população masculina, tem uma maior frequência no grupo etário 75-84 anos (37.8 %), seguida do grupo etário 65-74 anos (22.2 %) e do grupo etário 85-94 anos (4.4 %).

Nas mulheres, se a faixa etária de maior adesão acompanha a da população idosa geral (75-84 anos), verifica-se, depois, uma maior adesão ao projeto da faixa etária 65-74 anos, em prejuízo da faixa etária 85-94 anos.

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por estado civil e por sexo.

Quadro Nº 14 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por estado civil e por sexo.

ESTADO CIVIL	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Casado	9	20.0	17	37.8	26	57.8
Viúvo	4	8.9	11	24.4	15	33.3
Solteiro	1	2.2	2	4.5	3	6.7
Outro	1	2.2	0	0.0	1	2.2
TOTAL	15	33.3	30	66.7	45	100.0

Quanto à distribuição por estado civil, são os “casados” que recebem a maior frequência (57.8 %). Seguem-se os “viúvos” (33.3 %) e os “solteiros” (2.2 %); a categoria “outro” representa a menor frequência (2.2 %).

Quanto à distribuições por sexo, tanto nos homens (20.0 %) como nas mulheres (37.8 %) predominam os “casados”. Segue-se, em ambos os sexos, a proporção de “viúvos”, categoria em que o sexo feminino apresenta uma alta frequência (24.4 %) em relação ao sexo masculino (8.9 %). Os “solteiros” apresentam maior frequência nas mulheres (4.5 %) relativamente aos homens (2.2 %); a categoria “outro” (2.2 %) é representada por um único indivíduo, do sexo masculino.

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por anos de escolaridade e por sexo.

Quadro Nº 15 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por anos de escolaridade e por sexo.

ESCOLARIDADE (Anos)	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
0	5	11.2	18	40.0	23	51.2
Ler e escrever	2	4.4	3	6.7	5	11.1
1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	1	2.2	1	2.2	2	4.4
3	1	2.2	2	4.5	3	6.7
4	6	13.3	6	13.3	12	26.6
TOTAL	15	33.3	30	66.7	45	100.0

No que respeita à escolaridade, refira-se que não existe qualquer elemento que tenha mais habilitações que o 1º ciclo (4º Ano de Escolaridade). Quanto às distribuições, verifica-se que:

-mais que metade da população total de obesos aderentes ao projeto (51.1 %) apresenta “*escolaridade nula*”.

-seguem-se os indivíduos com o “4º ano de escolaridade” (26.6 %) e os indivíduos que sabem “*ler e escrever*” (11.1 %).

-por fim, aparecem os indivíduos que possuem o “3º ano de escolaridade” (6.7 %) e aqueles que possuem o “2º ano de escolaridade” (4.4 %).

Podemos observar que, na população obesa com “*escolaridade nula*”, observa-se uma especial relevância do sexo feminino (40 %) face ao sexo masculino (11.2 %)

No que respeita à população com o “*4º ano de escolaridade*”, embora com igual distribuição nos dois sexos (13.3 % cada), verifica-se maior peso relativo nos homens uma vez que, em termos absolutos, a sua proporção relativamente à das mulheres é de metade (15 homens e 30 mulheres, num universo de 45 elementos)

As co-morbilidades associadas á obesidade que são possíveis nos suportes de registo informático de que dispomos: SINUS e SAPE, de forma atualizada para que nos possa dar uma ideia o mais fidedigna possível dos nossos utentes/doentes, em termos de diagnóstico, são as doenças cardiovasculares e a diabetes. Nas cardiovasculares, a patologia mais representativa é a hipertensão arterial. De referir que os valores percentuais colocados ao lado dos valores das frequências absolutas são relativos ao número total de participantes no projeto (45 elementos).

A Diabetes é obtida a partir do programa SINUS, de forma administrativa, seleccionando “Utentes com guia diabético”; deste grupo, fazem parte 11 utentes diabéticos, 7 mulheres e 4 homens; as DCV e a HTA, foram obtidas a partir do programa informático SAPE, em uso na ULSBA, por consulta direta, utente a utente; verificou-se que existem 16 participantes no projeto, 10 mulheres e 6 homens.

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto com co-morbilidades associadas, por sexo.

Quadro Nº 16 – Distribuição da população obesa participante no projeto, com co-morbilidades associadas (Diabetes e/ou Doença Cardiovascular), por sexo.

CO-MORBILIDADES	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
SIM	10	22.2	17	37.8	27	60.0
NÃO	5	11.1	13	28.9	18	40.0
TOTAL	15	33.3	30	66.7	45	100.0

Pela observação do quadro nº 16, pode verificar-se que, no total de 45 participantes, 27 elementos (60 % do total) sofrem de alguma ou de ambas as doenças referidas. Em relação às co-morbilidades associadas (diabetes e/ou doenças cardiovasculares),

verificamos que 60.0 % da população participante no projeto sofre de alguma destas doenças. A sua maior distribuição é observada no sexo feminino (37.8 %) relativamente ao sexo masculino (22.2 %).

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por tipo de co-morbilidades associadas (DCV, DM e DM + DCV), por sexo.

Quadro Nº 17 – Distribuição da população obesa participante no projeto, por tipo de co-morbilidades associadas (DCV, DM e DM + DCV), por sexo.

TIPO DE CO-MORBILIDADES	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
DCV	6	22.2	10	37.0	16	59.2
DIABETES	1	3.8	3	11.0	4	14.8
DVC + DIABETES	3	11.0	4	15.0	7	26.0
TOTAL	10	37.0	17	63.0	27	100.0

Pela observação do quadro nº 17, pode verificar-se que, entre os indivíduos que apresentam co-morbilidade associada, a maioria (59.2 %) sofre de “DCV”; a seguir, aparecem os indivíduos que sofrem simultaneamente de “DCV + DM” (26.0 %) e, por fim, aqueles que sofrem de “DM” (14.8 %). Na distribuição por sexo, verificamos que a maior parte dos afetados são mulheres em qualquer dos tipos de co-morbilidades associadas. No entanto, atendendo á percentagem relativa de homens e mulheres no grupo-alvo (já anteriormente referida), não são feitas quaisquer comparações.

Para a realização da consulta médica, foi pedida colaboração ao médico e funcionário administrativo da equipa de saúde desta freguesia, que se disponibilizaram de imediato para o projeto. As marcações começaram a ser efectuadas no mês de setembro e prolongaram-se até novembro. No final de 2011, toda a população obesa participante no projeto tinha aderido e realizado a sua consulta no médico de família, num total de 45 indivíduos (100.0 %).

ACOMPANHAMENTO DO PROJETO

O acompanhamento foi realizado pelo gestor do projeto junto dos parceiros, técnicos do grupo de trabalho e utentes participantes no projeto.

ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES NO PROJETO

Este primeiro acompanhamento foi realizado ao longo do meses de novembro/dezembro de 2011 (primeiro momento); os outros dois momentos acontecerão em fevereiro/março de 2012 (segundo momento) e em abril/maio de 2012, tal como está descrito no cronograma do projeto (ANEXO 9).

A primeira sessão de acompanhamento foi realizada através de visitação domiciliária ou de contacto telefónico, com o objetivo de apoiar os participantes a adotar novos comportamentos. Neste projeto, o papel de guia é exercido pelo gestor do mesmo, atendendo a que acontece num espaço físico bem delimitado (comunidade rural) e com um universo de trabalho restrito (45 utentes).

As estratégias e as ações deste projeto, foram dirigidas à melhoria dos estilos de vida dos participantes, nomeadamente, os hábitos de alimentação (número de refeições diárias), aumento do consumo diário de água e da atividade física. A mudança de comportamentos pressupõe a ação voluntária de cada indivíduo mas que podem e devem ser promovidos pelos enfermeiros de Saúde Comunitária. Os enfermeiros estão numa posição-chave para facultar o acesso a serviços de saúde, realizar aconselhamento nutricional; incentivar a criação de ambientes saudáveis; facilitar o acesso a instalações para a atividade física e criar um ambiente no qual as escolhas saudáveis sejam mais fáceis (International Council of Nursing [ICN], 2010). As parcerias já criadas, entretanto, entre profissionais, utentes e comunidade representam elementos essenciais para que a mudança seja significativa a nível local; o conhecimento sobre os modelos de trabalho em parceria e as aptidões para os implementar de forma eficaz, torna-se útil para os enfermeiros comunitários que coordenam serviços que sejam acessíveis, disponíveis e aceitáveis para as populações das zonas rurais que lhes estão atribuídas (Stanhope & Lancaster, 1999).

A entrevista baseou-se num guião elaborado para o efeito (ANEXO 10), onde foram avaliados os seguintes aspetos:

-interesse em continuar no projeto

-mudança de hábitos após o início do projeto (alimentação, consumo de água e realização de exercício físico);

-metas para os próximos 3 meses (compromisso de mudança de comportamentos)

Relativamente à primeira questão “**Interesse em continuar no projeto**”, todos os participantes referiram considerar o projeto válido, manifestando interesse em continuar no mesmo.

Quanto à mudança de hábitos após o início do projeto com vista à adoção de estilos de vida mais saudáveis, os resultados foram os seguintes:

ALIMENTAÇÃO (Número de refeições diárias)

Verificou-se que, 27 utentes (60 % do total) referiram ter modificado algum aspeto relacionado com os seus hábitos alimentares (alguns consideravam ingerir menor quantidade de alimentos, enquanto outros referiam ter passado a fazer mais uma refeições diárias); no entanto, 18 utentes (40 % do total) referiram não ter conseguido mudar nada na sua dieta habitual.

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por número de refeições diárias e por sexo.

Quadro Nº 18 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por número de refeições diárias e por sexo.

Nº REFEIÇÕES DIÁRIAS	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
≤ 3	4	8.9	5	11.1	9	20.0
4	5	11.1	2	4.4	7	15.6
5	3	6.6	16	35.6	19	42.2
≥ 6	3	6.6	7	15.6	10	22.2
TOTAL	15	33.3	30	66.7	45	100.0

A maior parte dos idosos realiza “5 refeições diárias”, manifestando o sexo feminino a frequência mais elevada (35.6 %) relativamente ao sexo masculino (6.6 %). Seguem-se os utentes que realizam “6 ou mais refeições por dia”, igualmente com maior frequência nas mulheres (15.6 %) em relação aos homens (6.6 %). Seguem-se os utentes que realizam “4 refeições por dia”, com maior frequência nos homens (11.1 %) em relação às mulheres (4.4 %). Com “3 ou menos refeições por dia”, com ligeiro predomínio do sexo feminino (11.1 %) em relação ao sexo masculino (8.9 %).

METAS PARA OS PRÓXIMOS 3 MESES

Dos 45 elementos, verifica-se que 29 participantes (64.4 %) já realizam 5 ou mais refeições diárias (situação a manter), com uma frequência relativa de mulheres (51.2 %) muito superior à dos homens (13.2 %). Porém, ainda existem 16 participantes (35.6 %) com necessidade de aumentar o seu número de refeições diárias (situação a alterar); a frequência relativa de homens (20.0 %) é superior à das mulheres (15.6 %).

Foi feita a sensibilização individual a este grupo de 16 elementos para a importância de aumentar o número e, consequentemente, diminuir a quantidade de alimentos por refeição, de modo a fazer uma distribuição mais racional dos alimentos ao longo do dia. Assim, aos 7 elementos que fazem 4 refeições por dia, foi negociado o aumento de mais uma refeição diária, como objetivo para os 3 meses seguintes. Aos restantes 9 elementos, que só realizam 3 refeições diárias, foi negociado o objetivo de aumentar 2 refeições (em 2 tempos, ou seja, aumentar uma refeição nos 3 meses seguintes e, depois, mais outra no trimestre seguinte).

O grau de eficácia da ação de ensino e compromisso assumido ficou para ser avaliado na próxima sessão de acompanhamento (às 12 semanas do início do projeto)

CONSUMO DE ÁGUA (quantidade diária)

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por consumo de água diária e por sexo.

Quadro Nº 19 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por consumo de água diária e por sexo.

CONSUMO DE ÁGUA DIÁRIA (L)	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
< 0,5	4	8.9	10	22.2	14	31.1
≥ 0,5 < 1	6	13.4	11	24.4	17	37.8
≥ 1 < 1,5	3	6.6	7	15.7	10	22.3
≥ 1,5	2	4.4	2	4.4	4	8.8
TOTAL	15	33.3	30	66.7	45	100.0

Pela análise do quadro nº 19 pode verificar-se que a maioria dos utentes consome, em média cerca de 0,5 a 1 litro de água por dia (37.8 %); segue-se o consumo abaixo de 0,5 litros de água (31.1 %) e de 1 a 1,5 litros de água (22.3 %), todos com predomínio do sexo feminino. A menor frequência (8.8 %) ocorre nos indivíduos que consomem 1,5 litros de água ou mais por dia, com igual frequência nos dois sexos.

Pode observar-se, em termos globais, que sómente 4 participantes (8,8 % do total) consomem 1,5 litros de água ou mais por dia, com igual distribuição nos dois sexos (4.4 % cada) (situação a manter); por outro lado, 41 participantes (91.2 % do total) ingerem abaixo da dose diária recomendada, com predomínio das mulheres (62.2 %) sobre os homens (29.0 %) (situação a alterar).

METAS PARA OS PRÓXIMOS 3 MESES

O consumo de água representa, assim, um problema neste grupo de utentes. De referir que 17 elementos necessitam de aumentar o seu consumo em cerca de 0.5 litros e 14 elementos necessitam de mais 1 litro de água por dia. A importância do aumento do consumo de água diário foi manifestada a cada um dos utentes e foram, caso a caso, admitidas e negociadas estratégias de aumentar o seu consumo. Alguns utentes colocaram questões como “Posso amornar a água para beber?” ou “Posso beber chá em vez de água?”, que foram aceites como estratégia de mudança de comportamento face ao consumo de água.

ATIVIDADE FÍSICA

O quadro seguinte mostra-nos a distribuição da população obesa participante no projeto por prática de atividade física e por sexo.

Quadro Nº 20 - Distribuição da população obesa participante no projeto, por prática de atividade física e por sexo.

ATIVIDADE FÍSICA SEMANAL	População masculina		População feminina		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Não iniciou	9	20.0	18	40.0	27	60.0
Atividade esporádica	3	6.7	7	15.6	10	22.3
Atividade regular	3	6.6	5	11.1	8	17.7
TOTAL	15	33.3	30	66.7	45	100.0

Pela observação do quadro nº 20, verifica-se que a maior frequência pertence ao grupo de utentes que “*não iniciou*” a prática de atividade física após o início do projeto (60.0 %). Segue-se o grupo que mantém atividade esporádica (22.3 %) e, por fim, o grupo dos utentes que praticam atividade física regular (17.7 %). Há predomínio das mulheres sobre os homens em todas as categorias. Em relação à prática de atividade física, verificou-se que a adesão do grupo não foi a desejada.

METAS PARA OS PRÓXIMOS 3 MESES

No caso deste grupo que não havia iniciado até ao momento a prática de atividade física (27 elementos), procurou indagar-se aquilo que lhes teria faltado para que tal se tivesse verificado; as razões mais apontadas foram as dores que sentem, falta de vontade, estar aborrecido, ter o cônjuge doente/acamado/internado, ter que sair de casa, não ter valorizado a prática de exercício físico na sua idade, entre outros. Uma vez que todos referiram querer manter-se no projeto, foi reforçada a sugestão de realizar os 12 exercícios físicos que constam na pasta individual do projeto, diariamente, só ou acompanhado, de pé ou sentado.

A seguir, observa-se que cerca de 22.2 % dos participantes (10 elementos) iniciou a atividade física, mas de forma “*esporádica*”, com predomínio das mulheres (15.6 %)

em relação aos homens (6.7 %). Entre estes, contam-se os casos de caminhada de carácter esporádico (6 casos), ao mesmo tempo que realizam os exercícios que constam na pasta do projeto de uma forma não regular (“de vez em quando”). Relativamente a este segundo grupo (atividade física esporádica), foi reforçada a ideia de que continuem a realizar as atividades de que gostam e já praticam; no entanto, há a necessidade de acrescentar, nos dias que não as desenvolvam, os exercícios atrás referidos (que estão na sua pasta), para que passem a manter atividade diária regular.

Por fim, 8 indivíduos (17.7 % do total) praticam “*atividade física regular*” regular, com uma frequência de 11.1 % de mulheres e de 6.6 % de homens (situação a manter). Entre estes, contam-se trabalhos regulares em horta particular (1 caso), atividade laboral remunerada (1 caso) os indivíduos que frequentam as sessões semanais promovidas na freguesia pelo enfermeiro de reabilitação da ULSBA (6 elementos).

Da reunião com a Direção Técnica e com os participantes residentes no Lar NSLuz, pela sua especificidade como residência coletiva, foi dada a informação que a atividade física assumida por cada um dos participantes do projeto não estava a ser desenvolvida por nenhum deles; informaram, ainda, que a instituição dispõe dos serviços de um ASC (Animador Sociocultural), dois dias por semana, em geral, frequentada pelos idosos da instituição. Foi negociado com a diretora técnica e com os utentes participantes no projeto a possibilidade do ASC assumir a atividade física através dos doze exercícios propostos, dinamizada pelo técnico referido, podendo ser realizada em grupo, nos dois dias da semana que exerce a sua atividade na instituição, de modo aumentar o sucesso em termos de prática de atividade física regular; os utentes continuariam a atividade nos restantes cinco dias da semana, individualmente ou em grupo (conforme os gostos de cada um deles). Na próxima sessão de acompanhamento será avaliada a adesão dos participantes nesta atividade.

Na segunda fase de acompanhamento do projeto, com início em fevereiro, serão comparados os resultados obtidos com aqueles que se obtiveram na primeira sessão de acompanhamento, para que possa ser aferida a eficácia das medidas, metodologia e estratégias desenvolvidas até agora e a sua, eventual, necessidade de reformulação.

ACOMPANHAMENTO DOS PARCEIROS DO PROJETO

A ação desenvolvida pelos parceiros de projeto – ULSBA, autarquias, CASCBeja e associação Escalfa Caminhos centrou – se na disponibilização dos recursos humanos e materiais próprios no apoio às atividades previstas no projeto. A primeira sessão de acompanhamento do projeto junto dos parceiros no sentido de avaliar o desenvolvimento das medidas definidas.

Autarquia – através da Sr.^a Presidente da JFAlbernoa, foi dada a informação de que já dispõe de todo o inventário de meios a adquirir para que sejam marcados na freguesia os 3 percursos pedonais e respetivos orçamentos. A disponibilização da verba necessária é da responsabilidade da CMBeja, de quem se espera a resposta ao pedido já efetuado. Agendada para final de 2011, houve constrangimentos á sua consecução. Prevê-se uma resposta em março de 2012.

Técnicos de Desporto da CMBeja - bastante ativos na fase de planeamento e início do projeto, colabaram com empenho nas ações desenvolvidas. O seu papel ficou depois bastante condicionado após a não aquisição dos materiais para os percursos, associado ao facto de um dos técnicos ter deixado de pertencer aos serviços, cessando a sua colaboração. Os percursos referidos, com dificuldade diferenciada, em três níveis, destinavam-se à realização da caminhada; foi assumido pelos técnicos de desporto fazer as avaliações funcionais de cada participante para prescrição da atividade física recomendada, depois da marcação dos percursos pedonais. Como não foram adquiridos os materiais, não aconteceram as avaliações por parte dos técnicos. Desta forma, a medida “caminhada pela freguesia”, até ao momento presente, não se realizou.

Enfermeiros de Reabilitação – continuam a colaborar com o projeto através das suas atividades bissemanais; realizam atividade física duas vezes por semana 6 participantes do projeto, uma vez que já incorporaram 3 participantes com obesidade nas suas sessões, além dos 3 elementos que já frequentavam. Referem que, neste momento, não há capacidade de resposta para mais (já têm 2 grupos em cada dia que estão na freguesia)

Nutrição - foi adotada a estratégia de dividir o grande grupo de 45 pessoas em 3 grupos menores; foram avaliados os conhecimentos dos idosos em termos de alimentação saudável, relatadas as experiências individuais em termos alimentares (com a colaboração expressa do grupo de participantes), com debate acerca do tema.

O atendimento individualizado, em ambiente de consulta de Nutrição e de Psicologia, conforme planeado nas quinta e sexta medidas do projeto, foi delegado no gestor do projeto. Desta forma, duas medidas previstas para serem realizadas pelas técnicas respetivas foram alteradas no seu planeamento.

O dinamismo revelado pelo grupo de participantes mostrou que se trata de um assunto que lhes desperta interesse. Foi definido com cada utente o compromisso de mudança de comportamento face ao aumento do número de refeições diárias e aumento do consumo de água, nos casos em que tal ainda não aconteceu.

Foi ainda abordada a questão das ementas no CASCBeja e Lar NS Luz; foi reconhecida pelas responsáveis técnicas a necessidade de formação do pessoal da cozinha na área da alimentação. Vai ser proposto ao grupo técnico (Nutricionista, em particular), a realização de formação para as funcionárias da cozinha das duas instituições.

Psicologia – Foi adotada a estratégia de dividir o grande grupo de 45 pessoas em 3 grupos menores; foram realizadas três sessões reflexivas á volta da questão “Porque é tão difícil mudar?”. Nestas sessões com duração média de 60 minutos cada foram avaliados as barreiras à mudança de comportamento alimentar e de exercício físico. Foram sessões bastante participativas em que as grandes dificuldades sentidas pelos idosos remetem para o enraizamento de hábitos, desconhecimento ou conhecimentos insuficientes, as questões culturais relativas ao que é suposto ser feito ou não, e algum receio de ser criticado pelos outros (nomeadamente em relação à prática de atividade física). Tratou-se de uma conversa em que os participantes colocaram e alguns constrangimentos sentidos nas referidas mudanças. Foram sugeridas pequenas alterações que podem realizar tendo em vista os ganhos em saúde. A necessidade de acordar objetivos mensuráveis e atingíveis torna-se fundamental considerando as características próprias da população em estudo, para além de não criar expectativas irrealistas que por serem difíceis de alcançar poderão ser fonte de desmotivação.

Quanto às perspetivas de mudança de comportamentos esperadas, considera a psicóloga do projeto que é preciso dar tempo aos utentes para que as consigam fazer e implementar; são sempre de valorizar as alterações que cada um dos intervenientes é capaz de efetuar, mesmo que essas alterações não se traduzam em perda de peso, que sabemos nem sempre ser fácil de atingir. Como fator facilitador da mudança foi referido pelos participantes o fato de haver um projeto “*que se interesse por nós*”, reconhecendo a importância do investimento feito em cada um dos utentes e da

relação que os profissionais de saúde conseguem estabelecer compreendendo-os nas dificuldades que sentem e ajudando-os a ultrapassar as mesmas; o projeto feito especificamente para eles terá sido importante para a adesão ao mesmo, para a adesão às alterações negociadas entre os técnicos e os utentes individualmente e para a disponibilidade em participar nas diversas sessões. Torna-se necessário ainda valorizar, reconhecer e continuar a acompanhar os utentes que já efetuaram mudanças nos seus padrões de comportamento para que continuem a trabalhar nesse sentido. Em relação aos utentes mais resistentes à mudança é importante haver um trabalho mais individualizado, percebendo quais as maiores dificuldades e quais os constrangimentos para a mudança. Por vezes, passar de um estágio em que não se considera a modificação do comportamento para um em que se pensa sobre esta mudança e se procura informação sobre como a efetuar é de igual importância e valor. Numa primeira intervenção torna-se difícil ter a percepção dos conhecimentos adquiridos. A sua avaliação será realizada na próxima sessão de acompanhamento.

5 - LIMITAÇÕES DO PROJETO

Relativamente á implementação do projeto no terreno, é de salientar algumas limitações. Estas limitações, não sendo impeditivas da sua realização, constituem-se como obstáculos que, umas vezes dificultam outras vezes impedem que certas medidas fundamentais sejam uma realidade, especialmente em projetos que, à partida, já beneficiam de poucos apoios.

AUTARQUIAS

Enquanto freguesia, pode verificar-se que se encontra pouco dotada de recursos desportivos/lazer dirigidos à população idosa, embora sendo esta a faixa etária mais representativa. Existe, desta forma, uma oferta muito pouco variada no sentido de estimular a realização de atividades por parte dos idosos. Para além disso, as prioridades na aplicação das verbas anuais disponíveis, faz com que estas sejam extremamente reduzidas para novos projetos. A colaboração prestada nas medidas que implicavam investimento financeiro direto manifestou constrangimentos, o que resultou na não implementação dessas mesmas medidas, com consequências negativas no desenvolvimento integral do projeto (por exemplo, o caso da não aquisição dos materiais necessários à definição dos percursos para a caminhada)

TÉCNICOS

A principal dificuldade sentida relativamente ao pessoal técnico a colaborar no projeto foi em compatibilizar os tempos próprios dos profissionais e instituições envolvidas; marcar reuniões, programar atividades, deslocar pessoas, respeitar as especificidades de cada utente, entre outros, tornou problemática, por vezes, a calendarização das ações no terreno. Só a grande vontade demonstrada por todos os profissionais em participar no projeto tornou possível a sua execução.

A pouca disponibilidade de horas disponíveis para novos projetos limitou a concretização de algumas atividades que, no entender do autor do projeto poderiam facilitar, por um lado, os processos de mudança e, por outro, dotar cada participante no projeto de uma informação individualizada acerca da dieta e exercício físico aconselhado para o seu caso concreto. Em contrapartida, a estratégia de trabalho com grupos de cerca de 15 elementos por sessão, revelou-se bastante positiva em termos do processo ensino/aprendizagem, uma vez que permitiu a troca de experiências individuais, seguida de debate entre os participantes.

As consultas individualizadas de Nutrição e Psicologia aos participantes no projeto (definidas como quinta e sexta medidas do projeto) acabaram por não se realizar, tendo em conta razões, essencialmente, operacionais (segundo as técnicas, a sua deslocação a esta freguesia para realizar consultas individuais seria um processo moroso, interferindo com as suas atividades e obrigações profissionais já calendarizadas e, por outro lado, não seria prático deslocar os idosos à sede de concelho, atendendo à distância e aos meios que sejam necessários).

É de referir, ainda, as questões relacionadas com a mobilidade de pessoal técnico (perda de um técnico superior de desporto) que, sendo um elemento ativo do projeto, deixou de contribuir com as suas ações (consideradas como muito importantes).

POPULAÇÃO - ALVO

Em primeiro lugar, o grupo – alvo a que se destina o projeto; população idosa, com hábitos de alimentação muito próprios e atividade física muito reduzidos, cultivados ao longo de muitos anos de vida passada. As mudanças nos padrões de vida são sempre difíceis, em especial nesta faixa etária; porém, registam-se vários casos em que essa mudança aconteceu, o que nos poderá encorajar no desenvolvimento deste tipo de projetos.

A baixa escolaridade mostrou-se limitativa no desenvolvimento de estratégias que pressuponham certo tipo de atividades, como sejam, a leitura, a consulta de bibliografia ou o acesso a fontes de informação. Para além dos aspetos referidos, há a considerar, ainda, os episódios de agudização de doença crónica/novos diagnósticos em alguns utentes, associados a perdas de cônjuges, familiares e amigos (relativamente frequentes neste grupo de utentes). Estas situações, levaram a que se verificassem interrupções na participação de algumas atividades relacionadas com o projeto, por parte de alguns indivíduos.

GESTOR DO PROJETO

Em primeiro lugar, o reduzido tempo disponível (de setembro a dezembro de 2011); se tivermos em linha de conta que, mesmo com planeamento teórico já concebido, é necessário envolver instituições, técnicos e utentes, estabelecendo parcerias, garantindo recursos (materiais, financeiros e humanos), avaliando parâmetros antropométricos a todos os utentes, acompanhando o decorrer das atividades previstas, será pacífico aceitar a escassez de tempo. Tanto mais que tudo isto acresce às atividades profissionais diárias, uma vez que não existiram tempos próprios para o desenvolvimento do projeto.

A necessidade de deslocações suplementares à freguesia onde decorre o projeto (a cerca de 20 Km da sede de concelho) também tornaram mais frequentes as requisições de viaturas para transportar técnicos e meios necessários. Nalgumas situações, foi preciso compatibilizar horários e realizar atividades quando foi possível e não quando era desejado e conveniente.

A necessidade de comunicação frequente com a ESSBeja/ IPBeja para a orientação do projeto, obrigou à utilização de tempos próprios do seu autor, assim como das suas orientadoras, só possível, na maioria das situações, através da via eletrónica.

PROJETO EM SI MESMO

Atendendo a que o projeto foi desenvolvido na comunidade de Albernoa, o mesmo só é válido para esta comunidade, não podendo os resultados obtidos serem extrapolados para um universo mais vasto; no entanto, o seu planeamento pode ser replicado noutros contextos.

6 – QUESTÕES ÉTICAS

A comunidade é um espaço privilegiado para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, impondo constantes desafios à pericia dos enfermeiros proporcionando, simultaneamente, partilha e crescimento pessoal e profissional. Por outro lado, o número de pessoas com doenças de evolução prolongada aumentou, assim como aumentaram os fatores de risco para a saúde; o acréscimo das doenças crónicas introduziu um novo paradigma na organização dos cuidados de saúde; de fato, hoje, a pessoano domicilio pode ser alvo /parceiro de várias intervenções. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Diário da República [DR], Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, artigo 78º). Desta forma, o exercício profissional de enfermagem assenta em princípios e valores que integram a dimensão ética do agir profissional do enfermeiro. A responsabilidade do enfermeiro de promover a educação para a saúde está relacionada com o direito básico à saúde, reconhecida desde há muito como um direito básico de cada pessoa. Considerando que o Homem é um ser de direitos iguais e inalienáveis a Carta Internacional dos Direitos Humanos contempla o direito à saúde e ao bem-estar da pessoa e da família (artigo 25º) e o direito à educação um princípio fundamental do homem visando a plena expansão da personalidade humana (artigo 26º).

Tendo em atenção a relevância social da sua atividade, a enfermagem tem como essência e especificidade o cuidado ao ser humano na área da saúde. Assim se entende que o foco de atenção do enfermeiro seja a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003). O projeto *“Quilos a mais, não fazem falta”* surgiu da necessidade sentida pelo seu autor, alicerçada num diagnóstico de saúde recente, de atuação junto de um coletivo de pessoas que partilham duas caraterísticas entre si; por um lado, são idosas (65 e mais anos) e, por outro, têm obesidade. Estas duas condições associadas, acarretam riscos para a saúde que os técnicos conhecem e valorizam, mas para as quais não se tem dado a verdadeira visibilidade e não se têm desenvolvido os projetos que a situação merece.

No Código Deontológico de Enfermagem, artigo 80º, a Ordem dos Enfermeiros (2003) faz referência ao dever do enfermeiro de efetuar educação para a saúde. A relevância que nos últimos tempos se tem vindo a dar às questões éticas do educar e do cuidar, conduz-nos para um olhar para além do saber cognitivo e merece o nosso interesse sobre as questões éticas no educar para a saúde.

O processo de tomada de decisão é uma competência que requer que os profissionais considerem em cada situação os seus valores pessoais e profissionais, as crenças e tradições, as perspetivas multidisciplinares, o enquadramento das várias alternativas para a ação, a decisão coletiva e as implicações concretas da decisão tomada (Queirós, 2001). Este aspeto torna-se extremamente relevante face à educação para a saúde, pois é na medida que conhecemos as crenças e o significado que cada um atribui ao seu projeto de saúde que podemos colaborar na sua consecução.

As pessoas obesas sofrem os efeitos do excesso de peso, direta e indiretamente, mas não revelam capacidade para, por si só, realizarem ações para reduzir o peso, minimizando os efeitos do seu impacto. Embora tenhamos que levar sempre em linha de conta com os aspetos relacionados com a resistência à mudança, tão comuns no homem, temos que acreditar que essa mesma mudança pode ser desejada pelos próprios utentes. O dilema com que se debate qualquer profissional de saúde é o de decidir quais os limites em que pode e deve agir, de forma a convencer o utente a mudar certos comportamentos que lhe são nocivos. Por outro lado, a existência de conflitos de valores é por vezes uma situação que não pode ser evitada. Porém, pode ser vista como uma oportunidade do enfermeiro partilhar informações valiosas como os utentes, ensinar-lhes em matéria de saúde e assistir-lhes na tomada de decisão coerente com os seus valores, no respeito pelo código deontológico. A adequação destes valores à prestação de cuidados supõe uma análise concreta e minuciosa de cada caso, pressupondo, a priori, uma decisão ética.

A ética é a reflexão filosófica sobre o agir humano. E este agir que difere do fazer ou produzir algo, refere-se a uma dinâmica pessoal, a um processo de construção de si; não existem modelos em ética, porque o caminho é pessoal (Lopes & Nunes, 1995); a deontologia é o conjunto de normas referidas a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da moral e do direito, procurando definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003).

O característico da opção ética é que está sempre nas nossas mãos, não depende senão da intenção de cada um; não precisa do consentimento ou do acordo dos demais e não requer o concurso de circunstâncias especialmente favoráveis. Porque a educação, a experiência, o conhecimento conflui para condicionar a pessoa, mas não

a pode determinar por completo (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003). Cada vez mais as pessoas são informadas e estimuladas a usarem os seus conhecimentos; a adotarem atitudes que potencializem as suas capacidades e a desenvolverem atividades que melhorem a saúde deles próprios, das respetivas famílias e da respetiva comunidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003).

O enfermeiro, ao prestar cuidados, pressupõe a assunção dos valores humanos, nomeadamente os princípios éticos em cuidados de saúde designadamente: princípio da autonomia, da beneficência e da justiça.

O princípio da autonomia, para, prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres (Queirós, 2001). O consentimento informado funda-se no respeito pelo direito à autodeterminação, ou noutros termos, no respeito pela autonomia da pessoa, que autoriza ou recusa uma intervenção na área da sua saúde. Isto pressupõe entre outros aspectos, que a pessoa deve receber previamente por parte do profissional de saúde, a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como sobre as suas consequências e riscos. Este aspeto foi considerado antes do início do projeto com a assinatura do compromisso face ao projeto.

O princípio da beneficência, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro, o que é para seu benefício; a este princípio está ligado o da não maleficência que, segundo alguns autores, não causar dano é mais imperativo, do que promover o bem. A aplicação destes dois princípios é complexa, pois ponderar o risco/benefício não é fácil, depende dos valores e dos interesses das pessoas implicadas, da ponderação das consequências, entre outros.

O princípio da justiça surge como o dar a cada um o que lhe é devido, na conformidade com o direito e segundo uma proporção. Beauchamp & Childress (1989) citados em Fry (1994) consideram que o princípio da justiça formal estipula a igualdade de tratamento entre os iguais, e a diferença de tratamento entre situações desiguais, de acordo com as suas necessidades, levando-nos a concluir que o que poderá levar à distribuição será proporcional às necessidades de cada caso.

Mesmo que a maioria dos nossos idosos não consiga mudar significativamente os seus estilos de vida é-lhe reconhecido o direito a que lhe sejam dadas todas as “ferramentas” que se julguem necessárias, para que, caso queiram, possam fazer a sua opção de mudança. Este projeto foi desenvolvido porque acreditou nessa virtude da parte dos idosos; a elevada adesão manifestada pela população parece revelar que o projeto lhes despertou algum tipo de interesse; se conseguirão fazer alterações nos seus modos de vida, é o que vai ser avaliado nas próximas sessões de acompanhamento do projeto.

7 - CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária procurou responder a uma necessidade da população de Albernoa, relacionada com uma elevada prevalência de uma doença – *Obesidade* – revelada através de elevado IMC e PA, na população com 65 e mais anos. Desta forma, foi pretensão deste projeto contribuir para a melhoria dos estilos de vida dos participantes, para a diminuição da obesidade nesta comunidade assim como para a diminuição da incidência e prevalência dos riscos e patologias a ela associados, com os ganhos em saúde daí decorrentes.

Do total da população de idosos, foram diagnosticados 53 indivíduos obesos (IMC $\geq$ 30,0 kg/m²), correspondendo a 25.9 % do total de idosos, com maior proporção de elementos do sexo feminino; verifica-se, ainda, que cerca de três quartos dos homens têm excesso de perímetro abdominal enquanto na população feminina se verifica que são a sua quase totalidade. Destes 53 indivíduos convidados a participar no projeto, aderiram 45 indivíduos; a taxa de adesão representou, assim, uma participação dos idosos obesos de 84,9%. O grupo de utentes obesos participantes no projeto ficou composto por 45 elementos, 30 do sexo feminino (66.7 %) e 15 do sexo masculino (33.3 %). É de realçar que, enquanto na população em geral o universo de mulheres é ligeiramente superior (54.6 %/45.4 %), em termos de adesão ao projeto há um claro predomínio dos elementos do sexo feminino (66.7 %/33.3 %).

Relativamente às variáveis da população - alvo do projeto, podemos referir que:

Há um claro predomínio na adesão ao projecto das mulheres face aos homens.

Pode verificar-se que o grupo etário mais representado corresponde ao dos 75-84 anos seguido do grupo etário 65-74 anos. Para além disso, é de salientar que, entre os homens, mais que 2/3 da população tem 75 e mais anos e que, entre as mulheres, mais que 3/4 da população tem 75 e mais anos.

Quanto á distribuição por estado civil, são os *casados* que recebem a maior frequência, a que se seguem os *viúvos*.

No que respeita á escolaridade, refira-se que não existe qualquer elemento que tenha mais habilitações que o 1º ciclo (4º Ano de Escolaridade). Destes, mais que metade da população total de obesos aderentes ao projeto apresenta *escolaridade nula*, onde se observa uma especial relevância do sexo feminino face ao sexo masculino. No que respeita à população com o *4º ano de escolaridade*, embora com igual distribuição nos dois sexos, verifica-se maior peso relativo nos homens uma vez que, em termos absolutos, a sua proporção relativamente à das mulheres é de metade (15 homens e 30 mulheres, num universo de 45 elementos)

No total de participantes, verifica-se que a maioria sofre de alguma ou de ambas as co-morbilidades (DM e/ou DCV).

A primeira sessão de acompanhamento do projeto aconteceu 4 semanas após o seu início. O acompanhamento foi realizado pelo gestor do projeto junto dos parceiros, técnicos do grupo de trabalho e utentes participantes no projeto.

A ação desenvolvida pelos parceiros de projeto centrou – se na disponibilização dos recursos humanos e materiais próprios no apoio às atividades previstas no projeto, fatores que se revelaram essenciais para o desenvolvimento do projeto; a este respeito, há que registar o espírito de colaboração e de trabalho de equipa revelado por todos os seus representantes. No entanto, houve algumas limitações que, não sendo impeditivas da sua realização, constituem-se como obstáculos que, umas vezes dificultam outras vezes impedem que certas medidas fundamentais sejam uma realidade, especialmente em projetos que, à partida, já beneficiam de poucos apoios.

Ao nível das autarquias, verificam-se constrangimentos, essencialmente de natureza económica que, associado à perda de colaboração de um técnico superior de desporto, contribuíram para a não realização de uma atividade do projeto – caminhada organizada.

Em relação à atividade desenvolvida pelos enfermeiros de Reabilitação, continuam a colaborar com o projeto através das suas atividades bissemanais, onde estão integrados 6 participantes do projeto. Referem que, neste momento, não há capacidade de resposta para mais, atendendo ao número atual de frequentadores.

Quanto às medidas previstas da responsabilidade das disciplinas de Nutrição e Psicologia, foram assumidas as sessões de grupo aos participantes do projeto. O atendimento individualizado, em ambiente de consulta, foi delegado no gestor do projeto. Desta forma, duas medidas previstas para serem realizadas pelas técnicas respetivas foram alteradas no seu planeamento.

O acompanhamento dos utentes participantes foi, igualmente, realizado pelo gestor do projeto, privilegiando o contacto em ambiente de consulta de enfermagem ou visita domiciliária, com prévio contacto telefónico a cada um dos elementos participantes no projeto (definido caso a caso). A entrevista baseou-se num guião elaborado para o efeito e consistiu em: interesse em continuar no projeto (SIM/NÃO); mudança de hábitos após o início do projeto (alimentação, consumo de água e realização de exercício físico); metas para os próximos 3 meses (compromisso de mudança de comportamentos).

Em termos de projeto, todos os participantes o consideraram válido, manifestando interesse em continuar no mesmo.

A maioria dos participantes no projeto referiram ter modificado algum aspeto relacionado com os seus hábitos alimentares, ou seja, dos 45 elementos, verifica-se que 29 já realizam 5 ou mais refeições diárias (situação a manter), enquanto que ainda existem 16 utentes com necessidade de aumentar o seu número de refeições diárias (situação a alterar).

Quanto consumo de água, a generalidade dos indivíduos ingere abaixo da dose diária recomendada (1,5 litros) (situação a alterar).

Em relação à prática de atividade física regular, verificou-se que a adesão do grupo não foi a desejada; a maior frequência pertence ao grupo de utentes que não a iniciou após o início do projeto. Uma vez que referiram querer manter-se no projeto, foi negociado o compromisso de realização dos exercícios físicos que constam na pasta individual do projeto, no seu domicílio, sentado ou de pé, com caráter diário.

Tendo em conta a natureza deste projeto, o contexto em que se desenvolve e as características próprias da população participante, torna-se fundamental a definição de objetivos mensuráveis e atingíveis de forma a não criar expectativas irrealistas que por serem difíceis de alcançar poderão ser fonte de desmotivação. Quanto às perspetivas de mudança de comportamentos pelos participantes, considera a psicóloga do projeto que é preciso dar tempo aos utentes para que as consigam fazer e implementar; são sempre de valorizar as alterações que cada um dos intervenientes é capaz de efetuar, mesmo que essas alterações não se traduzam em perda de peso, que sabemos nem sempre ser fácil de atingir. Torna-se necessário ainda valorizar, reconhecer e continuar a acompanhar os utentes que já efetuaram mudanças nos seus padrões de comportamento para que continuem a trabalhar nesse sentido; são já visíveis pequenas alterações por parte de alguns utentes, o que nos leva a acreditar na

obtenção de alguns resultados, especialmente naqueles que sempre se mostram mais recetivos a melhorar a sua saúde e respetiva qualidade de vida. Em relação aos utentes mais resistentes à mudança é importante haver um trabalho mais individualizado, percebendo quais as maiores dificuldades e quais os constrangimentos para a mudança. Numa primeira intervenção torna-se difícil ter a perceção dos conhecimentos adquiridos. As posteriores avaliações dos processos e resultados confirmarão ou não as expetativas criadas com a realização deste projeto; a eficácia desta negociação será avaliada na próxima sessão de acompanhamento.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer. Acedido em: 23 de Janeiro de 2012. Disponível em: http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20Clusters/Health%20Communication/theory_planned_behavior.doc/
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action; A social cognitive theory*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barata, J. L. T. (2003). *Mexa-se...pela sua saúde*. Lisboa: D. Quixote.
- Becker, M. H., Maiman, L. A. (1975). *Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*. *Med Care*, Jan,13(1), p. 10-24. Acedido em 26 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1089182>
- Bicudo, M. J. G. A. (2009). *Do envelhecimento saudavel à longevidade com qualidade – contributos da enfermagem. (Doutoramento em enfermagem)*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Burke, L., Jancey, J., Howat, P., Lee, A., Kerr, D., ... Anderson, A. (2010). *Physical activity and nutrition program for seniors (PANS): protocol of a randomized controlled trial*. *BMC Public Health*, Vol. 10(751), [aproximadamente 7 p.].
- Cabrera M. A. S., Filho, W. J. (2001). *Obesidade em idosos: Prevalência, Distribuição e associação com hábitos e co-morbilidades*. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, vol. 45, nº 5, doi: 10.1590/S0004-27302001000500014.
- Ferreira, C. A. S. (2003). *Actividade física e percepções do estado de saúde em idosos do concelho de Viseu (Dissertação de Mestrado)*. Porto, Universidade do Porto, 167 p.
- Carmo, I.; Santos, O., Camolas, J., Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Carmo, I. (2011). *Alimentação e bem-estar*. Alfragide: D. Quixote.
- Carpenito, L. J. (1998). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. (6ªEd.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Centro de Saúde de Beja (2011). *Plano de Acção: Promoção da saúde: População de Alburnoa: 2011. (Documento não publicado)*. Beja: autor.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP) – Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dean-Baar, Susan. (2000).

Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Decreto-Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro (Código Deontológico do Enfermeiro)

DiClemente, C. C. ; Prochaska, J. O (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. Journal of consulting and clinical of Psychology, 51, p. 390 - 395.

Dishman, R. K.; Gettman, L. R. (1980). *Psychobiological influences on exercise adherence*. Journal of Sports Psychology, 2, p. 295-310.

Direcção-Geral da Saúde (2001) . *Quem?Eu? Exercício? Exercício sem risco para lá dos sessenta*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direcção-Geral da saúde.<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005649.pdf>

Ferreira C. A. S. (2003). *Actividade física e percepções do estado de saúde em idosos do concelho de Viseu (Dissertação de Mestrado)*. Porto: Universidade do Porto,

FRY; S. T. (1994). *La ética en la práctica de la enfermería: Guía para la toma de decisiones éticas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.

INE (2009). *Projecções de população residente: 2008-2060*. Lisboa: INE, www.ine.pt, acedido em 6 de Julho de 2011.

INE (2011). *Censos 2011, Dados preliminares*. Lisboa: INE, www.ine.pt, acedido em 6 de Julho de 2011.

Lampreia, M. J. (2012). *Manual de elaboração e apresentação de trabalhos científicos de índole académica*. Documento não publicado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja.

Lopes, A., Nunes, L. (1995). *Acerca da triologia: Competências profissionais Qualidade dos Cuidados - Ética*. Nursing, 90/91, 10-13.

Mota, M. P. (1997). *Modelos Teóricos da Prática do Exercício Físico*. Psicologia: teoria, investigação e prática. Vol. 2, nº 3, pp. 393 – 430. (ISSN 0873-4976)

Noland, M. W.; Feldman, N. H. (1984). *Factores related to leisure exercise behavior of returning women college students*. Health educations , 15(2), 32-36.

Nunes, L. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. Setubal: Revista Percursos Nº 15, 38 p. Obtido de: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf, acedido em 6 de Dezembro de 2011.

Orem, Dorothea E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th Ed.). New York: Mosby.

OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde*, Otawa, Canadá. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Ottawa.pdf>, acessido em 27 de Janeiro de 2012.

OMS (1997). *Declaração de Jacarta. 4ª Conferência internacional sobre promoção da saúde no século XXI*. Indonésia. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/> acessido em 27 de Janeiro de 2012.

OMS (2006). *Carta Europeia de luta contra a obesidade*: Istambul, Turquia, 15-17 Novembro de 2006 <http://www.fipa.pt/userfiles/file/Carta%20Europeia.pdf>, acessido em 27 de Janeiro de 2012.

OMS (2007). *Declaração de Jacarta: 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Séc. XXI*. Indonésia.

Ordem dos Enfermeiros (2003, a). *Código deontológico do enfermeiro*: Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *XI Seminário de Ética*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pender, N. J., Pender, A. R. (1980) - *Illness Prevention and Health Promotion Services Provided by Nurse Practitioners: Predicting Potential Consumers*. AJPH August 1980, Vol. 70, No 8. p. 798-803.

Pender, N. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2ªed. Norwalk: Appleton & Lange.

Pereira, J., Mateus, C. (2003). *Custos da doença - Custos indirectos associados à obesidade em Portugal*. Revista portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 3, p. 65-80

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

Pinto, A. M. (2000). *Saúde e exercício físico*. Quarteto Editora, 123 p.

PORTUGAL. Ministério dos Negócios Estrangeiros. (1978). Carta internacional dos direitos humanos. *Diário da República*, I Série A, nº 57/78

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 Setembro 1996). Decreto lei nº 161/96 Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I série A*. 2959-2961.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, 22 de Fevereiro). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. *Diário da República, I série*, nº 38, 1182-1189.

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros (1999, Março 31). Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março. *Diário da República, I Serie-A* (76), 1774-1790.

Póvoas, F. (2007). *O prazer de emagrecer*. Rio Tinto: ASA Editores.

- Queirós, A. A., Costa, L. C., Santos, E. M. (2001). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rodrigues, M.; Pereira, A.; Barroso, T. (2005) - *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-52-2.
- Rodrigues, P. G., Pereira, A. M. (2007). A reforma das pensões em Portugal: uma análise de equilíbrio geral dinâmico. Lisboa: Fundação Luso-Americana.
- Rosenstock, I. M. (1966). *Why people se health services*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, P. 94 - 124.
- Santos S. S. C., Barlem E. L. D., Silva B. T., Cestari M. E., & Lunardi V. L. (2008). *Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica*. Acta Paul Enferm 2008;21(4): p. 649-53.
- Silva, A. C. S.; Santos, I. (2010). *Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender*. Florianópolis, Out-Dez; 19(4): P. 745-53. (Artigo Original – 745)
- Silva, M. D. S. O. (2007). *Educar ara o autocuiddo num serviço hospitalar*. Porto: Universidade do Porto (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Dissertação – Mestrado financiado pelo Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira. Bolsa Individual de Formação: FSE BM – I/2005 – 005
- Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4^a ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tallon, J. M. (2010). *A minha dieta: aprender a comer, conseguir emagrecer*. Carnaxide: Editora Objectiva.
- Teixeira, P., Silva, M. (2009). *Repensar o peso*. Lisboa: Lidel – Equipas técnica, Ida.
- Wesley, R. L. (1995). *Nursing theories and models*. Springhouse, PA: Springhouse Corporation. (p. 2)
- WHO (1978). *Declaration of Alma Ata. Internacional conference on primary health care*, Alma Ata, URSS