



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Viver com Hipertensão Arterial:

- Risco cardiovascular nos profissionais

Hipertensos do Centro Hospitalar Lisboa Central,

EPE

Sandra de Fátima Melo Fagundes Fonseca

Lisboa

Maio de 2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Viver com Hipertensão Arterial:

- Risco cardiovascular nos profissionais

Hipertensos do Centro Hospitalar Lisboa Central,

EPE

Sandra de Fátima Melo Fagundes Fonseca

Relatório de Estágio Orientado por:

Prof. Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa

Lisboa

Maio de 2013

PENSAMENTO

“Para saber o quanto a nossa felicidade depende da jovialidade do ânimo e este do estado de saúde, é preciso comparar a impressão que as mesmas situações ou eventos exteriores provocam em nós nos dias de saúde e vigor com aquela produzida por eles quando a doença nos deixa aborrecidos e angustiados. O que nos torna felizes ou infelizes não é o que as coisas são objectiva e realmente, mas o que são para nós, na nossa concepção....”

Arthur Schopenhauer, in 'Aforismos para a Sabedoria de Vida'

AGRADECIMENTOS

Este projeto resultou de um conjunto de esforços, sem os quais teria sido muito difícil chegar ao fim das várias etapas que o constituem. Este representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional, pelo que, desta forma, manifesto a minha gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de angústia, de ansiedade, de insegurança, de exaustão e de satisfação.

À minha orientadora, Professora Doutora Lourdes Varandas, pela forma como me orientou, pela disponibilidade sempre manifestada, apesar do seu horário demasiado preenchido.

Às minhas orientadoras locais. À Enfermeira Rosa Romão pela disponibilidade e ajuda na fase inicial deste projeto. À Enfermeira Fátima Ramalho que sempre me escutou e orientou, no desenrolar das várias etapas, proporcionando uma preciosa ajuda no desenvolvimento deste projeto e revisão do texto. À Enfermeira Angelina Diogo que apesar da distância, esteve, sempre que possível, presente no desenrolar das atividades.

À Enfermeira Cristina e Doutora Sandra pelos conselhos dados ao longo do desenrolar do projeto.

Aos meus colegas Rui, Pedro e João, pois sem eles o tratamento estatístico seria complicado, por me ouvirem e ajudarem nos momentos bons e menos bons deste projeto.

Aos meus amigos Maria João, Marlene e Paula por me ouvirem nas alturas de desespero e partilharem comigo as alegrias.

Ao meu marido Gonçalo que sempre me ajudou e me ouviu, pela sua paciência, pela minha ausência apesar da presença. A toda a minha família pelo apoio incondicional, pois acreditaram sempre no meu esforço e empenho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial constitui um problema de Saúde Pública, visto ser a doença crónica mais frequente e causadora de grande percentagem de mortalidade e morbidade na população portuguesa, tornando-se importante identificar e desenvolver estratégias de intervenção nesta área (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Este projeto teve como objetivo contribuir para a promoção do autocuidado dos profissionais de saúde hipertensos do Centro Hospitalar Lisboa Central, tendo sido realizado o diagnóstico de situação, através do questionário SF-36 v2, e intervenções, através de ações de promoção da saúde. Todo o tratamento de dados estatísticos foi realizado pela aplicação *Statistical Package for the Social Sciences*.

A metodologia utilizada foi o Planeamento em Saúde, que “procura mudanças no comportamento das populações a nível (...) dos seus hábitos de saúde” (Imperator & Giraldes, 1982, p. 7). A população alvo do projeto corresponde a sessenta profissionais identificados com hipertensão arterial, sendo a amostra constituída por trinta e dois, que autorizaram a sua participação no estudo, e, destes, dezassete participaram nas atividades desenvolvidas.

Após a identificação dos problemas, estes foram priorizados segundo o método de priorização por pares. Como problemas prioritários foram identificados os focos da hipertensão e o excesso de peso, bem como os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia CIPE versão 2: conhecimento sobre regime dietético não demonstrado; conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado; excesso de peso atual; regime de exercício físico comprometido; conhecimento sobre regime de exercício físico não demonstrado; capacidade para regime de exercício físico não demonstrado.

Nas estratégias de intervenção optou-se pelas sessões de educação para a saúde, sobre as temáticas exercício físico e alimentação saudável.

Após a intervenção houve uma evolução positiva nas dimensões relacionadas com a atividade física. O risco cardiovascular e índice de massa corporal diminuíram após a intervenção e houve um aumento da prática de exercício físico, tanto a nível da frequência como do tipo de exercício praticado.

Palavras-chave: Risco cardiovascular, percepção da qualidade de vida, hipertensão arterial.

ABSTRACT

Arterial Hypertension constitutes a Public Health problem, provided that it is the most common chronic disease and responsible for a big mortality and morbidity rate in the Portuguese population, being important to identify and develop intervention strategies in this area (Direção-Geral de Saúde, 2011).

This project had as an objective to contribute to the promotion of self-care of the hypertensive professionals of health of the Centro Hospitalar Lisboa Central, having been made the diagnostic situation through the SF-36 v2 survey, and interventions, through promotion health actions. All the statistic data treatment was made by the *Statistical Package for the Social Sciences* application.

The methodology utilized was the Health Planning, which “procura mudanças no comportamento das populações a nível (...) dos seus hábitos de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 7). The project target population corresponds to sixty professionals with arterial hypertension, being the sample composed by thirty two, that authorized their participation in the study and seventeen of these participated in the activities.

After the identification of the problems, these were prioritized according the prioritizing peer method. As priority problems were identified the hypertension focus and the overweight, as well the nursery diagnostics, according the CIPE taxonomy version 2: knowledge about dietetic regimen don't demonstrated; knowledge about medication regimen don't demonstrated; actual overweight; committed exercise regimen; knowledge about exercise regimen don't demonstrated; ability to exercise regimen don't demonstrated.

In the intervention strategies it was chosen education sessions for health about the topics of exercise and healthy eating.

After the intervention there was a positive evolution in the related dimensions in the physical activity. The cardiovascular risk and the body mass index decreased after the

intervention and there was an increase in the practice of physical activity, both in frequency level and the type of exercise practiced.

Keywords: Cardiovascular risk, perception of quality of life, arterial hypertension.

ABREVIATURAS

CHLC/HSAC – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Pólo Hospital Santo António dos Capuchos;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

cm – centímetro;

DC - Dor Corporal;

DE - Desempenho Emocional

DF - Desempenho Físico;

DGS – Direção-Geral de Saúde;

DM - Diabetes *Mellitus*;

Fem – Feminino;

FF - Função Física;

FS - Função Social;

HTA - Hipertensão Arterial;

IMC - Índice de Massa Corporal;

INSA - Inquérito Nacional de Saúde;

Kg/cm² - Quilograma por centímetro quadrado;

MAPA – Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial;

Mas - Masculino

mg/dl – miligrama por decilitro;

min – minutos;

ml – mililitros;

n.º - número;

N – Número Absoluto;

n – Número Relativo;

OMS- Organização Mundial da Saúde;

p. - página

PA - Pressão Arterial;

PAD - Pressão Arterial Diastólica;

PAS - Pressão Arterial Sistólica;

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária;

PNPCDCV – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares;

PNS - Plano Nacional de Saúde;

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

PS – Planeamento em Saúde;

RCV - Risco Cardiovascular;

SCORE - Systematic COronary Risk Evaluation;

SF-36 v 2 - *Short Form Health Survey – 36 Item* versão 2;

SG - Saúde Geral;

SM - Saúde Mental;

VT – Vitalidade.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. FOCO DE INTERVENÇÃO.....	16
1.1 Definição de Hipertensão Arterial	16
1.2. Epidemiologia da Hipertensão Arterial	16
1.3. Risco Cardiovascular.....	17
1.4. Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial	19
2. QUADRO REFERENCIAL NORTEADOR	21
2.1. Modelo do Autocuidado de Dorothea Orem	21
2.1.1. Contributo do “ <i>empowerment</i> ” na promoção da saúde.....	23
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	24
3.1. Objetivo Geral	24
3.1.1. Objetivos específicos.....	24
3.2. Local de desenvolvimento do projeto.....	24
3.3. Caracterização da população alvo e amostra.....	25
3.4. Diagnóstico da situação de saúde	26
3.4.1. Instrumentos de colheita de dados.....	27
3.4.2. Tratamento e análise dos resultados	28
3.4.3. Identificação e priorização dos problemas	30
3.5. Fixação de Objetivos e Metas.....	31
3.6. Seleção de estratégias	32
3.7. Execução.....	35
3.7.1. Atividades desenvolvidas	36
3.7.1.1. Primeira atividade.....	36
3.7.1.2. Segunda atividade.....	37
3.7.1.3. Terceira atividade	38
3.7.1.4. Quarta atividade.....	39
3.8. Avaliação.....	40
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	45
5. QUESTÕES ÉTICAS.....	47

6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	56
ANEXO 1 - Systematic COronary Risk Evaluation – Escala de SCORE	
ANEXO 2 - Autorização da aplicação do questionário SF-36 v2	
ANEXO 3 - Questionário de Avaliação das sessões	
APÊNDICES	63
APÊNDICE 1 - Pedido de Autorização do diagnóstico de situação	
APÊNDICE 2 - Cronograma de atividades	
APÊNDICE 3 - Questionário	
APÊNDICE 4 - Consentimento Informado	
APÊNDICE 5 - Caraterização da Amostra	
APÊNDICE 6 - Resultados do Questionário Inicial	
APÊNDICE 7 - Priorização	
APÊNDICE 8 - Plano da Primeira Sessão – Livro de registos de atividades	
APÊNDICE 9 - Livro de registos de atividades	
APÊNDICE 10 - Plano da Segunda Sessão – Alimentação Saudável	
APÊNDICE 11 - Apresentação da Segunda Sessão – Alimentação Saudável	
APÊNDICE 12 - Livro de apoio – Alimentação Saudável	
APÊNDICE 13 - Plano da Terceira Sessão – Exercício Físico	
APÊNDICE 14 - Apresentação da Terceira Sessão – Exercício Físico	
APÊNDICE 15 - Livro de apoio – Exercício Físico	
APÊNDICE 16 - Plano da Quarta Sessão – Avaliação	
APÊNDICE 17 - Apresentação da Quarta Sessão – Avaliação	
APÊNDICE 18 - Indicadores de avaliação	
APÊNDICE 19 - Tratamento dados estatísticos da avaliação	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Classificação da Hipertensão Arterial	16
Tabela 2: Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades	20
Tabela 3: Distribuição da amostra por género e idade	26
Tabela 4: As dimensões do questionário SF-36 v2	27
Tabela 5: Estatística descritiva das dimensões do SF-36 v2 por género (%)	28
Tabela 6: Estatística descritiva das dimensões do SF-36 v2 por grupo etário (%)	29
Tabela 7: Problemas e diagnósticos de enfermagem.....	30
Tabela 8: Estatística descritiva das dimensões do SF-36 v2 por género (%), questionário final	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Função Física	42
Gráfico 2: Desempenho Físico	42
Gráfico 3: Dor Corporal	42
Gráfico 4: Saúde Geral	42
Gráfico 5: Vitalidade	43
Gráfico 6: Função Social	43
Gráfico 7: Desempenho Emocional	43
Gráfico 8: Saúde Mental	43

INTRODUÇÃO

O sofrimento e os custos, causados pelas doenças cardiovasculares, são pontos importantes e a ter em consideração nos dias de hoje, de tal forma que as podemos considerar como verdadeiras doenças sociais. A Direção-Geral de Saúde (DGS, 2006) refere-as como sendo doenças com génese e repercussão social, devido ao seu carácter multidimensional e às graves consequências, diretas e indiretas, tanto para a saúde de todos os cidadãos, como também para a sociedade e, consequentemente, para o sistema de saúde.

Durante a última década, a comunidade científica e os profissionais de saúde têm realizado um grande esforço no sentido de reduzir as taxas de mortalidade e morbidade, decorrentes de anos de hipertensão arterial (HTA) não tratada. Contudo, esta continua a ser uma doença sub-diagnosticada e mal controlada (DGS, 2006).

Em 1986, a Carta de Ottawa, falava da importância da promoção da saúde, referindo-a como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (Organização Mundial da Saúde, 1986). Esta também refere a importância da promoção da saúde através da educação e a capacitação da população. Na mesma linha de pensamento, a Declaração de Alma Ata de 1978 descreve que a justiça social, a equidade, a educação, entre outros, são pré-requisitos para a saúde das populações (Organização Mundial da Saúde, 1978).

A escolha da temática, além do que foi referido anteriormente, prendeu-se com o facto desta ser uma problemática do dia-a-dia, tanto a nível da comunidade como de uma população específica. Como enfermeira da Área da Saúde Ocupacional observava constantemente indivíduos com HTA não controlada e com *deficit* de acompanhamento, e como pessoa e membro de uma família constatei que alguns membros desta sofrem da patologia referida sem o devido acompanhamento e controlo desta.

A realização deste projeto tem três objetivos, o primeiro refere-se ao desenvolvimento deste projeto, o segundo com a intervenção e o terceiro, que se encontra implícito nos

anteriores, com o desenvolvimento de Competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Os objetivos delineados são: contribuir para a promoção do autocuidado dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Pólo Hospital Santo António dos Capuchos (CHLC/HSAC); promover o autocuidado através do desenvolvimento do *empowerment* do indivíduo; agir como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária (PIC) foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde (PS), que é um método que “procura mudanças no comportamento das populações a nível (...) dos seus hábitos de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1982, pág. 7). A população alvo corresponde a sessenta profissionais de saúde do CHLC/HSAC, diagnosticados com HTA nos ficheiros clínicos da Área da Saúde Ocupacional. Contudo, a amostra do PIC corresponde a dezassete profissionais, que participaram na intervenção, apesar de trinta e dois terem respondido ao questionário aplicado na fase de diagnóstico de situação. Para o diagnóstico de situação foi aplicado um questionário sobre a perceção da qualidade de vida, intitulado SF-36 v2, e calculado o risco cardiovascular (RCV) dos participantes. Todo o tratamento estatístico foi elaborado com o apoio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

O projeto encontra-se dividido em sete capítulos. O primeiro corresponde ao foco de intervenção, onde se irá apresentar uma breve descrição da problemática, tanto a nível mundial como nacional. Seguidamente será apresentado o quadro referencial norteador, que acompanha todo o PIC, e a metodologia do PS, onde é descrito pormenorizadamente os passos realizados. No quarto capítulo são expostas as competências desenvolvidas, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ao longo do desenrolar do PIC, as questões éticas, que tivemos em consideração, e as limitações do projeto. Por último, e não menos importante, apresentamos as considerações finais deste PIC.

1. FOCO DE INTERVENÇÃO

1.1 Definição de Hipertensão Arterial

A HTA é definida, segundo a DGS (2011), como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da Pressão Arterial Sistólica (PAS), sendo esta igual ou superior a 140mmHg, e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg. Esta pode ser classificada em três graus, tal como apresentado na tabela seguinte.

Tabela 1: Classificação da Hipertensão Arterial

Categoria (adultos >18anos)	PAS (mmHg)	PAD(mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	120-129 /ou	80-84
Normal-Alta	130-139 /ou	85-89
Hipertensão arterial (HTA)		
Grau 1 (HTA ligeira)	140-159 /ou	90-99
Grau 2 (HTA moderada)	160-179 /ou	100-109
Grau 3 (HTA grave)	≥180 /ou	≥110
Hipertensão Sistólica isolada (HSi)	≥140	<90

Fonte: DGS – Norma n.º 020/2011. 28/09/2011.

Apesar de existirem critérios de diagnóstico da HTA uniformizados, para considerar-se um indivíduo hipertenso deve existir flexibilidade de critérios, ou seja, cada indivíduo é único, e basear-se sobretudo no RCV total do mesmo.

1.2. Epidemiologia da Hipertensão Arterial

Mundialmente estima-se que a HTA seja responsável por sete milhões de mortes prematuras, por 4.5% da carga global de doença e por noventa e dois milhões de anos de vida com incapacidade (Dias, N. C., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M.; 2009).

Existem vários estudos que calculam a prevalência de HTA em Portugal, como o estudo *Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP*, que estima que 43% da população adulta portuguesa apresenta HTA, com uma taxa de controlo tensional não superior a 12%. Este também refere que esta

população tem excesso de peso, 16% são obesos e 20% são fumadores (Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. D., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. 2007).

Segundo Macedo, A., Santos, A., Rocha, E. & Perdigão, C. (2008), num estudo realizado em Portugal, intitulado *Percepção da doença cardíaca e cerebral e dos fatores de risco cardiovasculares em Portugal: estudo AMALIA*, a HTA está presente em 24.9% indivíduos do género feminino e 21.8% do género masculino e aumenta progressivamente com o grupo etário. No mesmo estudo verifica-se que a HTA é mais elevada nos doentes obesos, que não praticavam exercício físico, com baixa escolaridade, com história familiar de doença cardiovascular e história pessoal de enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Em termos de prevalência de HTA por regiões, esta é superior nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira e em Lisboa e Vale do Tejo, é inferior nas regiões do Norte e Algarve e apresenta valores intermédios na Região Centro e Alentejo. O estudo também refere que o diagnóstico foi feito pelo médico de família em 84% dos casos.

No Inquérito Nacional de Saúde (INSA) realizado em 2005/2006, a HTA é considerada a doença crónica mais frequente, 19.8% dos residentes em Portugal Continental, 16.3% na Região dos Açores e 13.1% na Região da Madeira (INSA, 2009).

A DGS (2011) refere que as doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte, ou seja, 32% dos óbitos ocorridos. Especificamente, em 2006, a mortalidade por estas pode ser dividida em doença cérebro vascular (14%), doença isquémica cardíaca (8%) e outras doenças do aparelho circulatório (11%).

1.3. Risco Cardiovascular

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte em Portugal e a HTA um dos fatores de risco com prevalência nestas, como já mencionamos anteriormente (INSA, 2009; Macedo et al., 2007; Macedo et al., 2008).

Para além da HTA, temos que ter em consideração outros fatores de RCV, como sendo a idade, sexo, história familiar de eventos cardiovasculares prematuros (antes dos 65 anos para mulheres e dos 55 para homens), diabetes *mellitus*, dislipidémia, tabagismo,

sedentarismo, alimentação inadequada, excesso de peso ou obesidade e *stress* (DGS, 2006).

Em Portugal a DGS (2007) recomenda a escala SCORE – Systematic COronary Risk Evaluation, elaborada pela European Society of Hypertension, validada para países europeus, para avaliar o RCV total de uma pessoa ou população. Esta escala está validada para a população com idade compreendida entre os 40 e os 65 anos e está dividida em cinco variáveis principais (sexo, idade, tabagismo, PAS e Colesterol Total). O cruzamento destas variáveis dão o resultado de RCV em alto ou baixo risco, podendo assim calcular o risco de morte por patologia cardiovascular em dez anos (DGS, 2007). (Anexo 1)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 salienta a importância do desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovascular (PNPCDCV) que tem como estratégia a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, através de ações populacionais e individuais, e como objetivo reduzir a incidência de enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, principalmente, na população com idade inferior a 65 anos. Este programa está destinado à população em geral, dando especial atenção à população portadora de fatores de risco e de história pessoal ou familiar de doença cardiovascular. A última revisão do PNPCDCV, ocorrida em 06/02/2006, visa abranger a população alvo bem como os objetivos num prazo de dez anos (DGS, 2006).

Este programa, entre outras estratégias, refere a importância da existência de informação sobre a epidemiologia da HTA, Acidente Vascular Cerebral, Doença Cardíaca, Doença Arterial Periférica; Fibrilação Auricular e Insuficiência Cardíaca e a adequação ou criação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento, monitorização e avaliação deste programa (DGS, 2006).

As estratégias do PNPCDCV visam complementar e ser complementadas, pelas de outros programas nacionais de saúde, nomeadamente o da diabetes *mellitus* (DGS, 2006).

1.4. Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial

Segundo a DGS (2011), a avaliação da Pressão Arterial (PA) deve ter em conta as seguintes normas: Utilizar um aparelho aferido com uma braçadeira de tamanho adequado no membro onde foram detetados valores mais elevados de PA; realizar este procedimento num ambiente acolhedor, sem pressas, com o paciente sentado e relaxado; este deve ter a bexiga vazia, não ter fumado nem ingeridos estimulantes uma hora antes.

Recomenda-se que os valores da PA sejam confirmados em dois registos e em tempos diferentes, por exemplo: em duas consultas diferentes com um intervalo mínimo entre elas de uma semana. Na avaliação inicial deve-se avaliar a PA nos dois membros superiores, utilizando nas avaliações seguintes o membro que apresentar a PA mais elevada. Quando os valores de PAS e PAD do indivíduo se enquadram em categorias diferentes, deve-se considerar a categoria do valor mais elevado (DGS, 2011, critério II alínea b).

Concomitantemente é relevante fazer uma avaliação da PA no domicílio ou em regime ambulatorio com o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular e permitir a adequação e o reajuste terapêutico (DGS, 2011).

Em adição, verifica-se a necessidade de realizar monitorização ambulatoria da pressão arterial (MAPA) em vinte e quatro horas para exclusão de doença e reajuste de terapêutica, isto quando: se deteta uma variabilidade considerável da PA medida na mesma consulta; se deteta uma PA elevada na consulta em indivíduos que apresentam um RCV global baixo; existe uma discrepância acentuada entre os valores da PA, obtidos na consulta e em casa; se suspeita de resistência à terapêutica farmacológica; se suspeita de episódios de hipotensão, especialmente em utentes mais idosos e diabéticos; se suspeita de apneia do sono; se deteta uma PA elevada na consulta em grávidas ou se suspeita de pré-eclampsia; para despiste da síndrome de bata branca (DGS, 2011).

Sendo a HTA um fator de risco modificável, variável de pessoa para pessoa, deve-se adotar uma estratégia global tendo em conta a deteção precoce e tratamento adequado, bem como a promoção da saúde primária, secundária e terciária (DGS, 2004).

O principal objetivo da adoção farmacológica para a HTA é de a longo prazo reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular e renal. Desta forma e dependendo do estadio em que se encontra, a adoção do tipo de terapêutica pode variar, dependendo das características individuais de cada um (DGS, 2004).

O tratamento não farmacológico, nomeadamente a obtenção de estilos de vida saudáveis, torna-se importante, pois estes são um fator predominante na prevenção da HTA e, conseqüentemente, do RCV em indivíduos sãos com e sem risco familiar de patologia cardiovascular (DGS, 2006). Assim sendo, as medidas de promoção de estilos de vida saudáveis poderão permitir, se realizados de forma eficaz, uma redução da PA em 5 a 20mmHg e, conseqüentemente, redução do RCV global. Mais especificamente, a redução de 2mmHg na PAD diminui o risco de acidente vascular cerebral em 15% e o risco de doença cardíaca em 6% (DGS,2006). Outras medidas são a redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso de peso; aumento da prática de exercício físico; alteração dos hábitos alimentares; diminuição do consumo de álcool; cessação tabágica (DGS, 2004).

O Programa Nacional de Combate à Obesidade apresenta a seguinte tabela que relaciona o índice de massa corporal (IMC) com o risco de complicações.

Tabela 2: Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de co morbidades

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Co morbidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40.0	Muito grave

Fonte: DGS, 2005, Programa Nacional de Combate à Obesidade

2. QUADRO REFERENCIAL NORTEADOR

Aquando da elaboração deste projeto foi essencial ter subjacente um modelo teórico, que servisse de referência no desenvolvimento do processo do PS. A área da saúde comunitária visa capacitar eficazmente os indivíduos, para que estes assumam responsabilidade no seu processo de saúde e na prevenção secundária, cujo *empowerment* das suas potencialidades e capacidades de desempenho sejam um objetivo primordial. Tendo em conta que a informação constante e clara é um elemento imprescindível no rumo à autonomia, o modelo do Autocuidado de Dorothea Orem tem as características necessárias para auxiliar o desenvolvimento deste projeto, tornando-se uma ferramenta facilitadora, visto atribuir na sua conceptualização, a perspetiva e fundamento das intervenções dos enfermeiros e a promoção da autonomia, num determinado indivíduo.

2.1. Modelo do Autocuidado de Dorothea Orem

O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa, para seu próprio benefício e para a manutenção da vida e do bem-estar. A atividade do autocuidado constitui uma habilidade para a autonomia deste (Foster & Bennett, 2000). O modelo do autocuidado de Dorothea Orem baseia-se em três modelos teóricos: a teoria do autocuidado, a teoria do *deficit* do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Teoria do Autocuidado

Esta relaciona o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado, sendo que esta última constitui a totalidade das ações do autocuidado, através de conjuntos de operações e ações (Orem, 1993).

Segundo esta autora existem três requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano,

sendo comum em todos os estadios do ciclo de vida. Os requisitos de desenvolvimento são as expressões e eventos associados ao ciclo de vida, como por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou a mudanças físicas. Por último, o desvio de saúde está relacionado com o processo de doença ou pode ser consequência de medidas médicas, exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Teoria de *deficit* do autocuidado

A teoria de *deficit* do autocuidado, segundo Foster & Bennett (2000), constitui a essência da teoria de Orem. Segundo os autores supracitados, Orem identificou cinco métodos de ajuda, sendo estes: agir ou fazer para o outro; guiar e orientar; disponibilizar apoio físico e psicológico; disponibilizar ou manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar o outro.

Teoria dos sistemas de enfermagem

A base da teoria dos sistemas de enfermagem, para Foster & Bennett (2000), é baseada nas necessidades de autocuidado e na capacidade que o indivíduo apresenta na execução das atividades do mesmo. Para satisfação dos requisitos do autocuidado do indivíduo, os mesmos autores, referem que Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio-educação.

O processo de enfermagem proposto por Orem (1993) apresenta os seguintes passos: Passo 1 - fase de diagnóstico e prescrição. O enfermeiro realiza o diagnóstico de situação, identifica as áreas com necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde do indivíduo, bem como o seu inter-relacionamento. São também colhidos dados sobre os conhecimentos, motivação e orientação do indivíduo.

Passo 2 - fase do planeamento. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação.

Passo 3 - fase de produção e execução do sistema de enfermagem. O enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo ou grupo, no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. A avaliação é realizada em conjunto pelo enfermeiro e indivíduo.

2.1.1. Contributo do “*empowerment*” na promoção da saúde

O *empowerment* na perspetiva do indivíduo veio facilitar a capacitação do outro, para a autonomia e gestão da doença, de forma a complementar o modelo de autocuidado de Dorothea Orem, e segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

O conceito do *empowerment* surgiu nos Estados Unidos em 1970, mas em Portugal ainda é incipiente, tendo sido adotado ao nível dos cuidados de saúde com o objetivo de capacitar o indivíduo a assumir o controlo da gestão da sua saúde ou doença (Fazenda, s.d.).

Deste modo torna-se importante ter em consideração que o *empowerment* implica criar estratégias e mecanismos de envolvimento e participação dos indivíduos, no diagnóstico, conceção, desenvolvimento e avaliação dos cuidados prestados. Mas também envolver os indivíduos nos processos de autorrepresentação (self-advocacy) e de cooperação, nos processos de tomada de decisão, numa autorresponsabilização pelo seu estado de saúde (Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O., 2011).

Em suma, o indivíduo deve ser entendido como um parceiro no processo de tomada de decisão, numa relação onde não é esperado que se resolva os seus problemas, mas sim capacitá-los e dar-lhes estratégias que possam resolver os seus problemas de saúde, em colaboração com o profissional de saúde (Pereira et al., 2011).

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A realização deste PIC teve por base a Metodologia do PS, cujos autores de referência para esta temática são Imperatori & Giraldes (1982, 1993) e Tavares (1990).

O “planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível (...) dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços que fazem considerá-lo um processo de mudança social” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.7). Assim, este é um processo contínuo que serve para atingir determinados objetivos, estabelecidos e priorizados, permitindo escolher soluções para a resolução dos problemas, tendo em consideração os constrangimentos atuais e os previsíveis. (Tavares, 1990)

3.1. Objetivo Geral

Como objetivo geral do projeto estabeleceu-se o seguinte:

- Contribuir para a promoção do autocuidado dos profissionais de saúde hipertensos do CHLC/HSAC.

3.1.1. Objetivos específicos

Este projeto tem com objetivos específicos:

- Identificar o RCV dos profissionais de saúde hipertensos do CHLC/HSAC;
- Conhecer os fatores de RCV dos profissionais de saúde hipertensos do CHLC/HSAC;
- Identificar a perceção do estado de saúde dos profissionais de saúde hipertensos do CHLC/HSAC, nas dimensões Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal; Saúde Geral; Vitalidade; Função Social; Desempenho Emocional e Saúde Mental.

3.2. Local de desenvolvimento do projeto

A opção de desenvolver esta temática, neste local, está relacionada com a Orientação Técnica n.º 1 do Departamento de Saúde Pública (DSP, 2010), que diz respeito à gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde. Esta orientação refere ser importante identificar todos os fatores de risco profissional para além dos agentes

causais de acidentes de trabalho, como sendo a nível físico, químico, biológico, psicossocial e relacionados com a atividade, quer a nível do risco ocupacional quer do profissional.

Esta gestão do risco deve ser um processo dinâmico de identificação de todos os fatores de risco, com planeamento de intervenções, atuando ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, de forma a reduzir os danos e os custos quer pessoais quer para a instituição, devido ao absentismo dos profissionais por doença (Orientação técnica nº 1, DSP).

Assim este PIC foi desenvolvido na Área da Saúde Ocupacional do CHLC/HSAC, tendo em conta também o facto de ser a área onde profissionalmente exerço funções de enfermagem.

3.3. Caraterização da população alvo e amostra

A primeira fase do diagnóstico consistiu em estabelecer a população que será o objeto de estudo. Segundo Fortin “a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns”, sendo a amostra “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população” (Fortin, 1999, p.41).

A população alvo em estudo corresponde a sessenta profissionais de saúde do CHLC/HSAC, com o diagnóstico de HTA, das diferentes categorias profissionais e dos vários grupos etários. A sua identificação foi efetuada através dos registos clínicos da Área da Saúde Ocupacional.

A amostra inicial era constituída por trinta e dois profissionais, que concordaram em participar no estudo, após explicação do mesmo, e preencheram um questionário epidemiológico, no período compreendido entre 26 de Junho e 19 de Julho de 2012. No entanto, dado a mobilidade atual dos profissionais do CHLC/HSAC, o PIC na fase de implementação, abrangeu dezassete profissionais. A exclusão de quinze participantes deveu-se ao facto de não se encontrarem na instituição na fase de implementação, seja por terem transitado da instituição, por reforma ou por absentismo prolongado, no período compreendido de 1 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013.

Tabela 3: Distribuição da amostra por género e idades

Grupo etário	Género		Total	%	
	Masculino	Feminino			
N=17	[30-39]	1	3	4	23.5
	[40-49]	1	3	4	23.5
	[50-59]	6	2	8	47.1
	[60-69]	0	1	1	5.9
Total	8	9	17	100%	
%	47.1%	52.9%			

A distribuição da nossa amostra por género é constituída por 47.1% do género masculino (n=8) e 52.9% do género feminino (n=9). A média de idades é de 48.65 anos e o grupo etário mais frequente é o dos [50- 59] anos (Tabela 9; Apêndice 5).

No que se refere à escolaridade, a nossa amostra apresenta 29.4% com o 3º ciclo (n=5), 52.9% o secundário (n=9), 11.8% a licenciatura (n=2) e 5.9% o mestrado (n=1) (Tabela 11; Apêndice 5).

Na sua maioria (76.5%; n=13) são trabalhadores da instituição há mais de 10 anos, estando enquadrados nas seguintes categorias profissionais: assistente operacional (52.9%; n=9), assistente técnico (29.4%; n=5) e enfermeiro (17.6%; n=3). No que se refere ao regime de trabalho, 94.1% trabalha em regime de horário fixo (n=16) (Tabelas 12, 13 e 14; Apêndice 5).

3.4. Diagnóstico da situação de saúde

Esta fase torna-se importante, pois permite “identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes” (Imperatori & Giraldes, 1982, Pág. 11) e funciona “como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 44).

Logo, o diagnóstico de situação de saúde “é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária” (Tavares, 1990, p. 51). Este deve apresentar como características ser “suficientemente alargado; suficientemente aprofundado, sucinto; suficientemente rápido;

suficientemente claro; corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990, p. 53).

3.4.1. Instrumentos de colheita de dados

Após a identificação dos profissionais com história de HTA efetuou-se o diagnóstico de situação, tendo-se aplicado um questionário que pretendia caracterizar a população, avaliar o RCV dos profissionais e a sua perceção do estado de saúde (Apêndice 3).

O questionário é composto por três partes e a sua aplicação foi efetuada através de entrevista, sendo que a primeira e segunda parte foram preenchidas pelo participante e a terceira preenchida pelo entrevistador. A primeira parte do questionário refere-se à caracterização sociodemográfica da população e a segunda reporta-se ao questionário SF-36 v2, *MOS Short Form Health Survey – 36 Item*, validado para Portugal por Ferreira em 1998. Este refere que o questionário destina-se a medir conceitos de saúde percecionados por cada ser humano e é composto por trinta e seis questões, onde são avaliadas oito dimensões do estado de saúde, podendo ser aplicado a todas as faixas etárias (Ferreira, 1998).

Tabela 4: As dimensões do questionário SF-36 v2

Dimensão	Questões do questionário
Função Física (FF)	3
Desempenho Físico (DF)	4
Dor Corporal (DC)	7, 8
Saúde Geral (SG)	1, 11
Vitalidade (VT)	9a, 9e, 9g, 9i
Função Social (FS)	6, 10
Desempenho Emocional (DE)	5
Saúde Mental (SM)	9b, 9c, 9d, 9f, 9h

Fonte: Ferreira, P.L. (1998)

A dimensão da FF destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas. As dimensões de desempenho medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou problemas emocionais (DE). A dimensão para a DC representa a intensidade e o desconforto causado pela dor, bem como o impacto no trabalho. A dimensão da SG mede a perceção geral da saúde, enquanto que a dimensão da VT mede os níveis de energia e fadiga. A dimensão de FS identifica a quantidade e qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas

atividades. Por fim, a dimensão da SM inclui os conceitos de ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e bem-estar psicológico.

A terceira parte destina-se à caracterização do RCV, permitindo calcular o risco de morte por patologia cardiovascular em dez anos e identificar os fatores de risco, que o podem influenciar. Para esta parte foi criado um questionário, com base nas orientações emanadas pela DGS (2007), para a colheita dos dados necessários à avaliação dos fatores de risco e score de RCV.

3.4.2. Tratamento e análise dos resultados

O tratamento dos dados do questionário foi realizado através da aplicação do SPSS versão 20. Devido à extensão e complexidade dos resultados, o tratamento de dados estatísticos foi remetido para apêndice (Apêndice 6) e, seguidamente, serão apresentados aqueles que são considerados os mais relevantes.

Tabela 5: Estatística descritiva das dimensões do SF-36 v2 por género (%)

Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Total	Média	75.88	77.94	59.54	59.29	54.41	73.52	47.84	66.47
N=17	Desvio-padrão	19.38	18.37	31.8	17.15	10.07	18.9	20.17	18.77
	Máximo	100	100	100	97	75	100	66.67	95
	Mínimo	35	37.5	11.11	37	37.5	37.5	0	35
Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Masculino	Média	85.62	85.15	69.30	59.12	55.46	75.31	48.33	70
N=8	Desvio-padrão	9.04	15.99	31.29	16.32	10.26	23.28	22.18	20.7
	Máximo	95	100	100	87	68.75	100	66.67	95
	Mínimo	70	62.5	24.44	40	43.75	37.5	0	35
Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Feminino	Média	67.22	71.52	50.86	59.44	53.47	71.94	47.40	63.33
N=9	Desvio-padrão	22.38	18.78	31.39	18.85	10.42	15.29	19.6	17.5
	Máximo	100	100	100	97	75	100	66.67	95
	Mínimo	35	37.5	11.11	37	37.5	55	6.07	35

Analisando a tabela anterior pode-se verificar que todas as dimensões são positivas, à exceção do DE, que apresenta percentagem inferior a 50%, pelo que é prejudicial para a amostra. Por género, a dimensão mais positiva é a FF no género masculino, com 85.62%, e a FS no género feminino, com 71.94%.

Pode-se então concluir que as dimensões, por género, são pontuadas de forma mais positiva pelo género masculino, à exceção da dimensão do SG, quando comparadas com as do género feminino.

Tabela 6: Estatística descritiva das dimensões do SF-36 v2 por grupo etário (%)

Idade		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
[30-39]	Média	76.25	81.25	57.72	66.50	54.69	74.37	55.00	67.50
N=4	Desvio-padrão	28.39	18.39	35.01	29.90	13.85	18.97	13.74	24.66
	Máximo	100.00	100.00	93.33	97.00	75	100.00	66.67	95.00
	Mínimo	35.00	62.50	11.11	37.00	43.75	55.00	40.00	35.00
Idade		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
[40-49]	Média	73.75	73.43	43.33	60.25	51.56	63.13	28.33	52.50
N=4	Desvio-padrão	11.09	5.98	19.09	12.87	5.98	20.75	29.50	12.58
	Máximo	85.00	81.25	68.89	72.00	56.25	80.00	60.00	65.00
	Mínimo	60.00	68.75	24.44	42.00	43.75	37.50	0.00	35.00
Idade		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
[50-59]	Média	81.25	80.47	75.83	54.25	55.47	77.50	53.33	71.25
N=8	Desvio-padrão	15.53	23.49	29.29	12.27	11.29	19.77	13.80	17.68
	Máximo	95.00	100.00	100.00	77.00	68.75	100.00	66.67	95.00
	Mínimo	50.00	37.50	24.44	40.00	37.50	55.00	40.00	45.00
Idade		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
[60-69]	Média	40.00	62.50	13.13	67.00	56.25	80.00	53.33	80.00
N=1	Desvio-padrão	-	-	-	-	-	-	-	-
	Máximo	40.00	62.50	13.13	67.00	56.25	80.00	53.33	80.00
	Mínimo	40.00	62.50	13.13	67.00	56.25	80.00	53.33	80.00

Relativamente à análise descritiva das dimensões do questionário SF-36 v2, por grupo etário, pode-se verificar que as dimensões DE e VT são as que apresentam piores resultados, mais acentuadas no grupo etário [40-49]. À exceção da FS e SM, as restantes dimensões vão tendencialmente piorando o resultado com a idade e verifica-se também que a idade que apresenta melhores resultados, no geral, corresponde ao grupo etário [50-59] anos.

Da amostra, cerca de treze participantes (76.5%) referem efetuar terapêutica anti-hipertensiva, sendo que destes, onze (64.7%) só realizam um medicamento. Quanto ao RCV, segundo o SCORE, não foi possível calcular o mesmo a quatro participantes (23.5%) por apresentarem idade inferior a 40 anos, sendo a possibilidade de morrer por patologia cardiovascular variável, como se pode verificar na Tabela 26 do Apêndice 6.

A amostra, relativamente ao IMC, apresenta uma média de 28.37Kg/cm² concluindo-se que a maioria dos participantes apresenta peso acima do considerado normal, ou seja, 70.6% com IMC superior a 25Kg/cm² (n=12). Quanto ao perímetro abdominal, a amostra apresenta uma média de 104.98 cm no género masculino e 92.89 cm no género feminino. Em relação ao valor de colesterol médio na amostra, este mantém-se acima do padronizado, seguindo a tendência dos dados anteriores, 47.1% (n=8) tem valor do colesterol total superior a 200mg/dl (Tabela 30 e 31; Apêndice 6).

Quatro dos participantes (23.5%), referem ter igualmente o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* associado à HTA.

Quanto aos hábitos e estilos de vida, três participantes (17.6%) são fumadores, isto é, fumam mais do que cinco cigarros por dia; dois participantes (11.8%), do género masculino, consomem em média 350ml de álcool diariamente, à hora do jantar. Cerca de 64.7% (n=14) não praticam exercício físico com regularidade e aqueles que o referem relatam que a atividade mais realizada é a caminhada (17.6%; n=3).

3.4.3. Identificação e priorização dos problemas

Seguindo a metodologia do planeamento em saúde, o próximo passo corresponde à identificação e priorização dos problemas. Esta etapa foi composta por três fases, sendo estas a determinação de prioridades, a definição de critérios e sua ponderação e, por último, a seleção da técnica para determinar as prioridades (Tavares, 1990).

O método de priorização por pares foi utilizado para realizar a priorização dos problemas, cujos pares são a equipa da Área da Saúde Ocupacional (Apêndice 7). Para além da priorização dos problemas, os diagnósticos de enfermagem foram realizados com o auxílio da metodologia CIPE[®] versão 2 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2).

Tabela 7: Problemas e diagnósticos de enfermagem

Problemas identificados	Foco	Diagnósticos de enfermagem segundo CIPE [®] versão 2
P3 – 70.6% apresenta IMC superior a 25 (33.3%);	Hipertensão	Conhecimento sobre regime medicamentoso não adequado;
P2 – 64.7% não pratica exercício físico com regularidade (26,7%);		Conhecimento sobre o regime dietético não demonstrado
P4 – 47.1% apresenta valor de colesterol superior a 200mg/dl (20%);	Excesso de peso	Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado;
P1 – 23.5% apresenta risco de morrer por doença cardiovascular em 10 anos superior a 2% (13.3%);		Conhecimento sobre regime dietético não demonstrado;
P6 – 17.6% apresenta hábitos tabágicos (6.7%).		Excesso de peso atual;
P5 – 11.8% apresenta hábitos alcoólicos acima do padronizado pela DGS (0%);		Regime de exercício físico comprometido;
		Conhecimento sobre regime de exercício físico não demonstrado
		Capacidade para regime de exercício físico não demonstrado.

Avaliando os problemas identificados como prioritários e, tendo em conta o quadro norteador, pode-se concluir que se está perante um desvio da saúde, relacionado com a situação de doença, como se constata nos estilos de vida comprometidos. A Teoria de Dorothea Orem defende que o enfermeiro deve intervir ao nível da capacitação do indivíduo e, conjuntamente com o *empowerment*, deve ser transmissor de informação, de forma a capacitá-lo e responsabilizá-lo para o autocuidado, de modo a otimizar a sua saúde e qualidade de vida.

Os diagnósticos de enfermagem levantados tiveram em conta os focos hipertensão e excesso de peso, dos quais foram levantados diagnósticos na área da capacitação e do conhecimento. Através dos diferentes guias de ensino verifica-se a diferença nos diagnósticos na área do conhecimento, logo, os mesmos irão ser avaliados e tidos em consideração ao longo do nosso PIC.

3.5. Fixação de Objetivos e Metas

Na metodologia do PS, a fixação de objetivos é a próxima fase, sendo estes o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível”, que devem traduzidos “em termos de indicadores de resultados ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1982, pág. 45). Nesta etapa devem ser considerados quatro fases: a seleção dos indicadores dos problemas prioritários, a determinação da tendência dos problemas, a fixação dos objetivos e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais e metas (Imperatori & Giraldes, 1982, 1993).

O objetivo para o desenvolvimento desta intervenção comunitária é:

- Promover o autocuidado, através do desenvolvimento do *empowerment* do indivíduo.

Os objetivos operacionais e metas delimitados foram:

- Em Fevereiro de 2013, 50% da amostra apresente uma redução de 2% do IMC;
- Em Fevereiro de 2013, 50% da amostra aumente a prática de exercício físico para, pelo menos, duas vezes por semana, durante 15 minutos.

3.6. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é a parte do “processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (...) em termos inovadores e criativos” e “propor novas formas de actuação que nos permitem alcançar os objectivos fixados” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 65). Assim, pode-se inverter a tendência natural da evolução do problema, pelo que se deve ter em atenção as características específicas da nossa população. Segundo os autores supracitados, as estratégias de saúde são definidas “como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo (...) problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87)

O PNS 2012-2016 refere haver evidência de benefícios, para a saúde a longo prazo, se: houver intervenções a nível de estilos de vida saudáveis; controlo de fatores de risco como o excesso de peso, HTA, tabaco, álcool, colesterol elevado, baixa ingestão de vegetais e frutas e inatividade física; rastreios e ações que promovam o diagnóstico precoce e controlo e autogestão das doenças crónicas.

A DGS (2004) define como estratégias para a promoção da saúde a redução do peso, em indivíduos obesos ou com excesso de peso; a adoção de dietas ricas em frutos, vegetais e baixo teor em gorduras saturadas; a redução da ingestão de sal; a atividade física (como por exemplo caminhar durante trinta minutos por dia); o consumo moderado de álcool (trinta mililitros de etanol por dia para os homens e quinze mililitros por dia para as mulheres); e a cessação dos hábitos tabágicos.

O PNPCDCV apresenta como estratégias de intervenção: intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral; melhorar o diagnóstico e tratamento da HTA; melhorar o diagnóstico e tratamento da dislipidémia; prevenir e controlar o tabagismo; reduzir o número de pessoas com excesso de peso ou obesidade; aumentar a prática regular de atividade física; identificar portadores de fatores de RCV, através da realização do exame periódico de saúde; melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da doença coronária; e melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica do acidente vascular cerebral (DGS, 2006).

Avaliando o documento da Ordem dos Enfermeiros, sobre as Competências do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011), em contexto geral, verifica-se que o processo educativo está presente na execução dos cuidados de enfermagem, de forma a existir promoção do autocuidado dos indivíduos. Equitativamente, no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011) está presente o ensino aos indivíduos/famílias/comunidades e, na mesma linha de pensamento, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 128/2011) evidenciam o papel do enfermeiro como agente de educação para a saúde, na procura permanente da excelência no exercício profissional. Assim, o enfermeiro ajuda os indivíduos a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da identificação da situação de saúde da população e dos recursos do indivíduo/família/comunidade; da promoção de estilos de vida saudáveis, identificados como deficitários; e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades para o indivíduo/família/comunidade.

As estratégias adotadas foram reforçadas pelo referencial teórico, ou seja, a Teoria de Dorothea Orem através do sistema de apoio e educação, que permitiu compreender que este “es para las situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interna o externamente orientado, pero no puede hacerlo sin ayuda” (Orem, 1993, p. 325). Logo, a educação para a saúde torna-se importante, pois assim são dadas orientações para que os indivíduos possam ultrapassar as suas necessidades, de forma a tomarem decisões de forma consciente e sejam responsabilizados pelos seus atos, sendo assim capazes de lidar com as alterações sobre a sua saúde e estilos de vida. Orem (1993) também refere que devem ser considerados três pontos: primeiro, o indivíduo pode por si só realizar as atividades; segundo, deve-se identificar as necessidades do mesmo ao nível da orientação e apoio; e terceiro deve-se favorecer um ambiente propício para o desenvolvimento das atividades.

Com a formação potencializa-se os indivíduos ou grupos para a capacidade de tomar decisões, relacionadas com a sua saúde, de forma fundamentada, para que assumam assim a responsabilidade pela sua saúde e possam lidar com as alterações da mesma e

estilos de vida. Para isso, o enfermeiro quando desenvolve um projeto de educação para a saúde deve identificar as necessidades de aprendizagem, ter em consideração como a população aprende e o que a ajuda na aprendizagem, verificar as suas preocupações, desenhar e implementar um programa educativo e avaliar os resultados do mesmo (Onega & Denver, 2011).

A educação para a saúde deve “fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do *empowerment* individual” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 36), devendo ter em consideração um planeamento cuidado, anterior à execução do plano de educação. Os mesmos autores falam da importância do papel ativo dos intervenientes, no seu processo de saúde, “através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, tornando-se necessário que a pessoa, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 18).

Para que ocorra uma mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem e para que exista aprendizagem tem de haver comunicação. Pelo que o enfermeiro torna-se um elo importante na transmissão de informação necessária para a aprendizagem e, consequentemente, para a mudança de comportamento (Carvalho & Carvalho, 2006).

Os modelos de educação para a saúde “fornecem uma maneira prática de abordar o processo de educação para a saúde” (Lancaster, Onega & Forness, 1999, p. 270) e baseiam-se em três categorias determinantes do comportamento de promoção para a saúde: os fatores cognitivos-perceptuais, os de mudança e as variáveis que afetam as probabilidades da ação. Este modelo inclui os conceitos das teorias gerais de educação para a saúde, e de outros modelos, e tem como objetivo realizar a “avaliação das percepções sobre a saúde e tentativas para ajudar os utentes a modificar o seu comportamento em relação a saúde, mudando as suas percepções dos factores que influenciam a saúde” (Lancaster, Onega & Forness, 1999, p. 271).

A implementação de um plano de educação para a saúde, de forma a intervir no grupo, torna-se, assim, importante pela motivação e estimulação que proporciona para a mudança e/ou aquisição de comportamentos saudáveis. A que ter em consideração as necessidades de aprendizagem do indivíduo, o nível de conhecimento anterior e a noção

que o enfermeiro deve ajudar o indivíduo a relacionar os conhecimentos adquiridos com os novos.

Após o exposto, a educação para a saúde foi delineada como estratégia de intervenção, visto que a aprendizagem vai possibilitar que o grupo de participantes recordem e melhorem as suas capacidades de tomada de decisão e, assim, alterem o seu comportamento e adotem estilos de vida mais saudáveis (Onega & Devers, 2011). O objetivo é que estes adquiram conhecimentos no âmbito da alimentação saudável e atividade física, utilizando-os para uma possível mudança de comportamentos.

Aquando da elaboração dos objetivos e planos de sessão teve-se em consideração os domínios da aprendizagem, nomeadamente os domínios cognitivo, efetivo e psicomotor, visto serem os domínios que traduzem a aprendizagem. Durante este processo foi também considerado os seguintes passos do ensino: prender a atenção; informar o educando quanto aos objetivos do ensino, estimular a recordação de aprendizagens anteriores; apresentação de material; proporcionar orientação para a aprendizagem; proporcionar feedback; avaliar o desempenho; realçar a retenção e transferência de conhecimentos (Onega & Devers, 2011).

Na seção dos apêndices são apresentadas as estratégias, de acordo com os objetivos definidos (Apêndices 8, 10, 13 e 16). Nesta fase foi tido também em consideração a disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários para as intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993), nomeadamente os custos, para garantir a disponibilidade das requisições de colheita de sangue, para a avaliação do colesterol, no final da intervenção.

3.7. Execução

A execução é uma etapa do PS imprescindível, pois é nesta que se apresenta, detalhadamente, todas as atividades realizadas, de acordo com os objetivos delimitados, num período de tempo, com vista à obtenção de resultados e à execução do projeto designado “Viver com Hipertensão Arterial” (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

As atividades realizadas com os indivíduos da amostra tiveram lugar na Área da Saúde Ocupacional e no Centro de Formação, do CHLC/HSAC, que disponibilizaram uma sala para o desenvolvimento do PIC.

As intervenções de enfermagem executadas foram determinadas tendo em conta a natureza científica, os problemas priorizados e a ética de enfermagem, intervindo-se ao nível da prevenção secundária. Aquando da planificação verificou-se que as áreas de intervenção necessitavam de mais informação, nomeadamente ao nível do conhecimento, do que a que foi colhida aquando da aplicação do questionário, na fase do diagnóstico de situação. Esta situação foi colmatada através da elaboração de uma nova estratégia para avaliar os conhecimentos atuais dos indivíduos, ou seja, foi elaborado um livro de registo de forma a que estes descrevessem a sua alimentação diária e a prática de exercício. Esta estratégia foi utilizada no início da sessão correspondente e permitiu avaliar de forma sumária os conhecimentos anteriores dos participantes.

Nesta fase do PIC foram realizadas quatro sessões, a primeira intitulada Livro de Registos, a segunda Alimentação Saudável, a terceira Exercício Físico e por último Avaliação Final.

3.7.1. Atividades desenvolvidas

De seguida é apresentado cada atividade realizada, tendo em consideração os seguintes parâmetros: atividade, objetivo, descrição da atividade e respetiva avaliação. Em todas as atividades desenvolvidas, os participantes foram os profissionais hipertensos do CHLC/HSAC, que colaboraram na elaboração do diagnóstico de situação e que concordaram participar nas atividades, após explicação das mesmas, sendo as datas de realização das mesmas exposto no plano de cada sessão (Apêndice 8, 10, 13 e 16).

3.7.1.1. Primeira atividade

Atividade: Livro de registo de atividades (Apêndice 8)

Objetivos: Capacitar a população para um regime alimentar e exercício físico.

Descrição da atividade: A sessão realizou-se individualmente, tendo sido explicado ao participante a forma como as atividades decorreriam ao longo das semanas seguintes. A avaliação inicial do RCV e parâmetros (peso, IMC, Tensão Arterial) foi efetuada, tendo sido fornecido e explicado o preenchimento do livro de registo, onde o participante registaria todas as atividades realizadas, referentes à alimentação e ao exercício físico.

Este livro contempla uma parte que corresponde ao registo das tensões arteriais e pesos, que o participante preencheria ao longo de todo o PIC e onde foi registado a primeira avaliação do peso, IMC, tensão arterial e RCV atual e se tivesse mais dez anos, para que o participante tivesse a noção do seu próprio RCV e dos seus hábitos. (Apêndice 9)

Avaliação: Avaliação inicial do RCV e parâmetros (peso, IMC, tensão arterial)

3.7.1.2. Segunda atividade

Atividade: Alimentação Saudável (Apêndice 10)

Objetivos: Capacitar os participantes a realizar um regime alimentar saudável.

Descrição da atividade: A sessão foi dividida em duas, pela necessidade de partilha de informação por parte dos intervenientes e para poder-se rentabilizar o tempo disponível para a sessão. A sessão da manhã decorreu com sete participantes e a da tarde com seis, e, por incompatibilidade de horário, foi agendada uma terceira sessão com os restantes participantes.

A sessão iniciou-se através da identificação dos objetivos geral e específicos e posteriormente foi efetuada a monitorização dos registos dos participantes, através da transcrição da composição da sua alimentação nas últimas semanas, num quadro, de forma a que os próprios participantes identificassem os erros alimentares presentes na alimentação dos pares. Seguidamente foi feita a correção da alimentação, descrita segundo o que é padrão, identificando como principais erros o tempo entre o levantar e a primeira refeição e entre refeições, bem como a composição das refeições pequenas (pequeno almoço e lanches). Posteriormente foi apresentado um *PowerPoint* que complementava a informação de como deveria ser composta uma alimentação saudável,

para que os indivíduos pudessem delimitar os seus próprios objetivos, face a esta temática (Apêndice 11). No final efetuou-se uma síntese do que se falou e uma pequena avaliação da sessão, distribuindo-se um panfleto/livro de apoio à sessão (Apêndice 12).

Avaliação: Aplicação de questões rápidas, orais e de um questionário de avaliação geral. (Anexo 3)

3.7.1.3. Terceira atividade

Atividade: Exercício Físico (Apêndice 13)

Objetivos: Capacitar os participantes a realizar um regime de exercício físico.

Descrição da atividade: A terceira sessão também foi dividida em duas sessões. No período da manhã estiveram presentes quatro participantes e no da tarde cinco e, pelo mesmo motivo da sessão anterior, foi agendada nova sessão na qual estiveram presentes os restantes oito participantes.

A sessão iniciou-se com a descrição dos objetivos gerais e específicos. Quando questionados sobre o tipo de exercício que realizavam, quanto tempo dispunham para a realização do mesmo e quais as razões pelas quais não o realizavam, os participantes evidenciaram na sua resposta que os fatores que condicionavam as questões anteriores prendem-se com a questão monetária e a falta de tempo. Seguidamente, com o suporte do *PowerPoint* foi efetuada uma apresentação sobre a prática de exercício físico e que tipo de exercício físico poderiam praticar, oferecendo-lhes ferramentas para poderem realizar uma prática de exercício físico saudável, de forma agradável e económica. Durante a sessão foram realizados alguns exemplos de exercícios, que os participantes poderiam praticar em casa, com o objetivo final de eles próprios puderem elaborar os seus objetivos e planos de atividade (Apêndice 14). No final da sessão foi fornecido um panfleto/livro de apoio à sessão (Apêndice 15).

Avaliação: Aplicação de questões de resposta rápida e questionário de avaliação da sessão (Anexo 3).

Entre a terceira e a quarta sessão foi efetuado um contato telefónico com os participantes, com a finalidade de saber como estavam a decorrem os planos individuais, realizando, assim, reforço positivo para as mudanças que estarão a implementar. Este contato permitiu também informá-los que teriam que realizar análises de sangue para verificar como estavam os níveis de colesterol, após as atividades realizadas e poder-se realizar a avaliação final do PIC.

3.7.1.4. Quarta atividade

Atividade: Avaliação das sessões anteriores (Apêndice 16)

Objetivos: Avaliar a alteração de comportamento face a uma alimentação saudável e exercício físico.

Descrição da atividade: A quarta e última sessão decorreu em três sessões, como as anteriores. Na primeira e segunda sessão, realizadas a 1 Fevereiro de 2013, estiveram presentes cinco participantes, na sessão da manhã, e seis, na da tarde. A terceira resultou no dia 8 de Fevereiro de 2013 com os restantes seis participantes.

Na apresentação inicial da sessão deu-se a conhecer os objetivos gerais e específicos da mesma, e seguidamente o grupo dialogou sobre as alterações que tinham efetuado aos seus estilos de vida, desde o início do projeto e, referiram quais as suas maiores dificuldades, tanto iniciais como mantidas. Posteriormente foi apresentado um *PowerPoint*, que continha um vídeo elaborado pela Administração Regional de Saúde do Algarve sobre a alimentação e exercício físico, de forma a existir uma síntese de toda a informação transmitida ao longo do PIC (Apêndice 17). De forma a existir uma avaliação final foi novamente entregue o questionário inicial para ser preenchido e para poder-se comparar os resultados iniciais e finais, de forma a constatar-se ou não a existência de alteração de estilos de vida e da perceção da saúde. Os parâmetros peso, IMC, perímetro abdominal, tensão arterial foram igualmente reavaliados e foi efetuado novamente o cálculo do RCV atual.

Avaliação: Aplicação do questionário inicial e avaliação final do RCV e parâmetros (peso, IMC e tensão arterial)

3.8. Avaliação

A última etapa do processo de PS corresponde à avaliação e segundo Casado (2000), citado por Carvalho & Carvalho (2006), existem três níveis de avaliação: processo, impacto e resultados, tornando-se este conjunto um dos métodos adequados para a avaliação. Nesta linha de pensamento, a avaliação do processo procura avaliar o grau de eficácia na execução do mesmo. Quando é referido a avaliação de impacto esta reporta-se aos conhecimentos, atitudes e aos comportamentos dos participantes, isto é “efeitos imediatos de um programa” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 72). A avaliação de resultados refere-se a avaliação dos efeitos finais, às mudanças de uma condição de saúde ou social, tendo sempre em consideração que “a maior parte das mudanças a nível da condição de saúde tardam muito a aparecer” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 72).

Segundo Imperatori & Giraldes os “elementos utilizados na avaliação são os indicadores”, pois é através destes que é possível conhecer até que ponto as intervenções tiveram resultado e quais os avanços alcançados. Os indicadores são dados referentes às variáveis em estudo, transcritos pelo observador através da captação direta, pelo que estes também têm que ser “fácil de obter, simples de calcular, representantes da população estudada, ser aceite universalmente, reprodutível, específico e sensível” (Imperatori & Giraldes, 1983, p.132).

As atividades desenvolvidas neste PIC foram avaliadas segundo os indicadores de processo, ou seja, através dos indicadores de adesão, de participação, de eficácia e de satisfação. Assim podemos concluir que obtivemos uma adesão, eficácia e adesão de 100% e uma participação de 100% na primeira e quarta sessão, 88.24% na segunda sessão e 94,12% na terceira sessão (Apêndice 18).

Relativamente aos indicadores de impacto, não foi possível fazer a avaliação dos mesmos, pelo que seria pertinente a continuação deste PIC na Área da Saúde Ocupacional.

Os indicadores de resultados avaliados foram o exercício físico, o perímetro abdominal, o IMC e o valor de colesterol, tendo sido a sua avaliação positiva, como se pode

verificar no Apêndice 19. Contudo, seguidamente é exposto alguns resultados considerados importantes, com o intuito de perceber se ao intervir ao nível dos estilos de vida a perceção do estado de saúde melhorava.

Por não existirem trabalhos sobre esta temática em profissionais de saúde, a comparação de dados será efetuada com a população geral, que apresente a mesmo grupo etário e escolaridade da população alvo.

Tabela 8: Estatística descritiva das dimensões do SF-36 v 2 por género (%), questionário final

Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Total	Média	82.94	90.44	61.24	63.82	60.66	77.35	50.20	73.82
N=17	Desvio-padrão	12.75	13.09	12.93	13.34	15.27	20.22	20.57	16.73
	Máximo	100.00	100.00	77.78	85.00	87.50	100.00	66.67	100.00
	Mínimo	55.00	62.50	45.56	42.00	31.25	25.00	-6.67	45.00
Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Masculino	Média	80.63	89.84	62.36	60.00	61.72	83.75	40.83	76.86
N=8	Desvio-padrão	13.74	12.02	15.39	14.09	11.78	16.58	25.00	19.07
	Máximo	95.00	100.00	77.78	82.00	87.50	100.00	66.67	100.00
	Mínimo	55.00	68.75	45.56	42.00	37.50	45.00	-6.67	50.00
Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Feminino	Média	85.00	90.97	60.25	67.22	59.72	71.67	58.52	71.11
N=9	Desvio-padrão	12.25	14.69	11.18	12.43	18.52	22.36	10.95	14.95
	Máximo	100.00	100.00	77.78	85.00	81.25	100.00	66.67	90.00
	Mínimo	65.00	62.50	45.56	45.00	31.25	25.00	33.33	45.00

Nota: a negrito apresentamos as dimensões que obtiveram melhores resultados

Nas dimensões do questionário SF-36 v2, analisadas por género e comparandas com os resultados obtidos antes das intervenções, verificar-se que apesar da FF apresentar melhores percentagens, o género feminino é o que usufruiu ganhos, facto que também se verifica nas dimensões da DC e DE. No que concerne aos ganhos mais substanciais, no género masculino, este observa-se na dimensão da FS.

Em geral e comparando os dados fornecidos inicialmente com os finais conclui-se que houve uma evolução positiva nas dimensões relacionadas com a atividade física, como se pode verificar na Tabela 8. Quando se compara estes valores com o estudo realizado por Ferreira & Santana (2003) verifica-se que a dimensão do DE é a que apresenta valores mais díspares, entre os dois estudos, e contrariamente ao que ele tinha constatado no seu estudo, o género feminino apresenta melhores resultados que o género masculino.

Seguidamente é apresentado os gráficos comparativos das dimensões do questionário SF-36 v2, por grupo etário.

Gráfico 1: Função Física

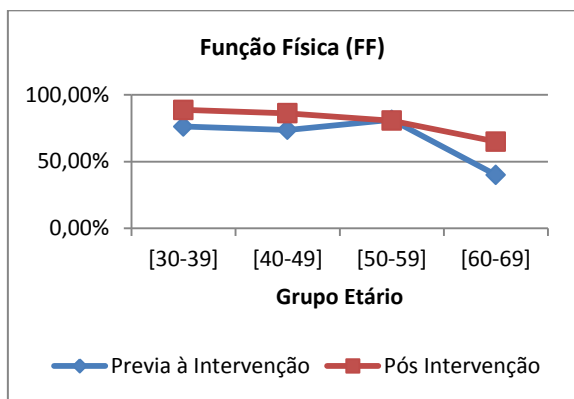
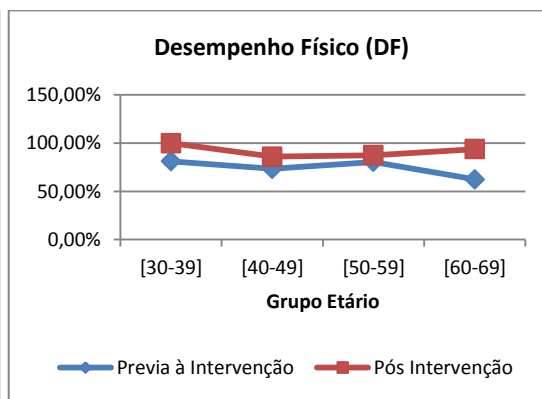


Gráfico 2: Desempenho Físico



Ao analisar as dimensões, por grupo etário, verificasse que na FF houve ganhos mais acentuados no grupo etário [60-69] anos. No DF o grupo etário [30-39] está com um ótimo desempenho (100%) e todos os grupos etários tiveram ganhos com a intervenção, obtendo resultados muito positivos.

Gráfico 3: Dor Corporal

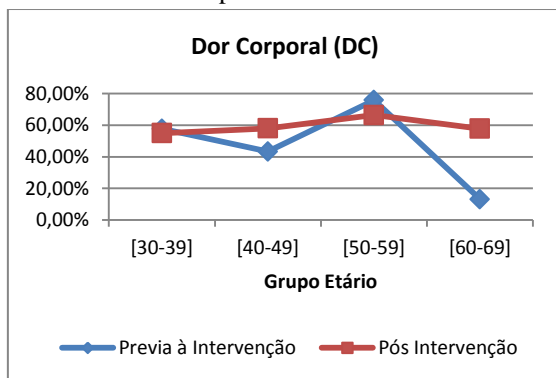
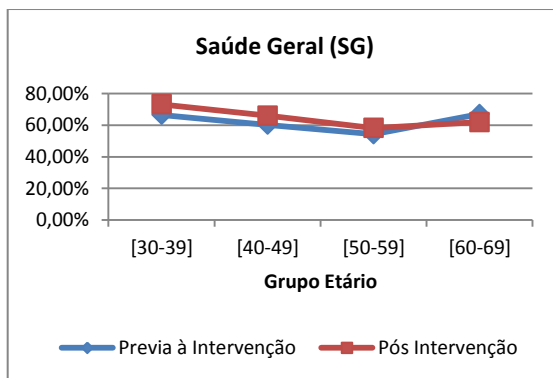


Gráfico 4: Saúde Geral



Na DC quem obteve melhor resultado foi o grupo etário [60-69] anos, verificando inclusive um decréscimo no grupo etário [50-59] anos. Na SG os resultados são basicamente sobreponíveis apesar de existirem ganhos.

Gráfico 5: Vitalidade

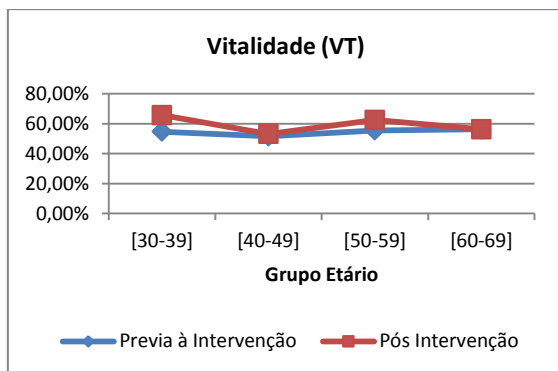
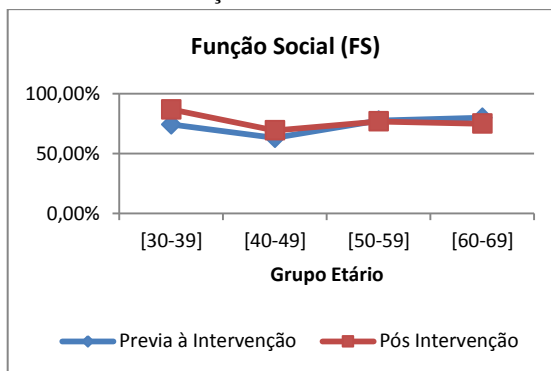


Gráfico 6: Função Social



Na VT e FS também os ganhos foram mínimos, observando-se estes maioritariamente no grupo etário [30-39].

Gráfico 7: Desempenho Emocional

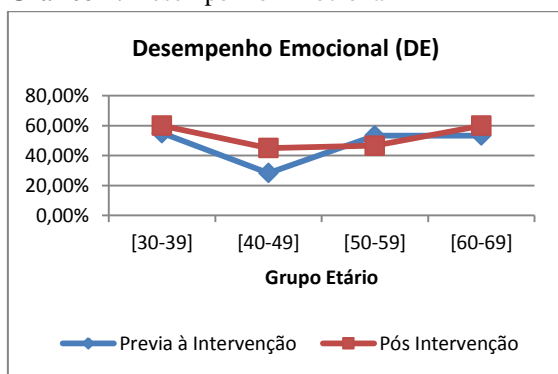
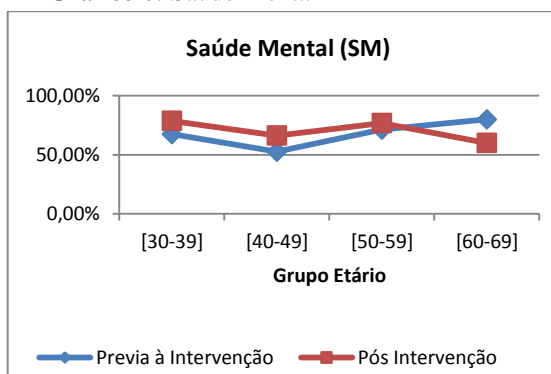


Gráfico 6: Saúde Mental



O DE apresentou ganhos em todos os grupos etários, à exceção do grupo etário dos [50-59] anos. Quanto à SM só não apresentam ganhos o grupo etário dos [60-69] anos.

Após a intervenção, pode-se concluir que houve uma melhoria nos resultados obtidos nas oito dimensões, mas que estas são mais evidentes nas dimensões do DF e FF, diretamente relacionadas com as atividades físicas que iniciaram.

Relativamente ao RCV, observa-se que existiu alteração na distribuição do risco na amostra, havendo participantes que passaram para o SCORE de 1% (11.8%; n=2) e que o SCORE de 10%-14% deixou de existir na amostra, após a intervenção (Tabela 49 e 49, Apêndice 19). Assim, conclui-se que a intervenção foi positiva neste aspeto importante, pois o aumento da PA está intimamente interligado com o RCV.

Após a intervenção houve uma diminuição na média do IMC de 28.37kg/cm² para 27.81kg/m², nos participantes, havendo uma diminuição de 5.9% dos mesmos com IMC superior a 25Kg/m² (n=1). Além do referido anteriormente, 50% da amostra perdeu 2% do seu peso (n=8), logo, um dos objetivos delineados inicialmente foi atingido (Tabelas 53, 54 e 55 do Apêndice 19).

Apesar de não se constatar uma diminuição da percentagem amostral para o valor do colesterol total superior a 200mg/dl (47.1%; n=8), existiu um ligeiro decréscimo no valor médio do mesmo, de 203.56mg/dl para 200mg/dl (Tabela 53; Apêndice 19). No que respeita ao valor médio do perímetro abdominal este obteve uma diminuição de 2.75cm, no género masculino e de 2.45cm, no feminino (Tabela 56; Apêndice 19).

No que concerne à prática de exercício físico é de mencionar que houve um aumento desta para 94.1% (n=16), surgindo as caminhadas como a atividade mais realizada (53.1%; n=9). Cinco participantes do PIC (29.4%) conjugam várias atividades físicas (Tabela 58 e 59; Apêndice 19). Mais uma vez, o objetivo operacional estipulado na fase inicial foi atingido, com sucesso pleno.

Os diagnósticos de enfermagem redigidos para o foco hipertensão, regime medicamentoso e regime dietético não demonstrado foram substituídos por regime medicamentoso e regime dietético demonstrado, fruto da alteração do RCV e ajuste terapêutico, face às novas necessidades dos indivíduos.

No foco excesso de peso houve mudança no estabelecimento de diagnósticos, ou seja, no final da intervenção os diagnósticos são: conhecimento sobre regime medicamentoso e regime dietético demonstrado, esta alteração deve-se às alterações realizadas nos hábitos alimentares e número de refeições por dia, referidas nas sessões pelos participantes; excesso de peso atual reduziu a média, mantendo-se inalterado; conhecimento sobre o regime de exercício e regime de exercício físico demonstrado, tendo sido alterados pelo facto dos participantes terem modificado os hábitos relacionados com a prática de exercício; capacidade para regime de exercício físico demonstrado, tendo sido transformado pelo facto de se ter verificado início da prática do mesmo e a alternância das atividades praticadas.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde portugueses. Estes são reconhecidos social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos vinte anos (Correia, et al., 2001). Os mesmos autores também referem que a prática de enfermagem, em conjunto com a equipa multidisciplinar e os parceiros da comunidade, são os responsáveis por identificar as necessidades de um indivíduo/família/grupo, inserido numa determinada área geográfica.

O enfermeiro especialista é referido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro como aquele a quem se “reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 104/98, p. 1742). Os mesmos apresentam competências para atuar a nível dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários, envolvendo as dimensões “de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante” (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

No que concerne ao Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011), o enfermeiro, com base na metodologia do PS, realiza a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, atua de forma a capacitar o indivíduo/grupo/comunidade, participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização dos programas de saúde do PNS e procede a vigilância epidemiológica de um grupo ou comunidade.

Com a elaboração deste PIC utilizando a metodologia do PS e ancorando-me no modelo teórico do autocuidado de Dorothea Orem tive a possibilidade de me realizar a nível pessoal e profissional. A nível pessoal, este PIC ofereceu-me possibilidade de colocar em prática um projeto aliciante, com uma problemática do dia-a-dia. Profissionalmente,

este projeto permitiu a demonstração das vantagens das intervenções de enfermagem na população alvo e instituição, pelo que a implementação deste PIC no meu contexto de prestação de serviços, seria benéfico para todos os intervenientes.

Neste sentido e tendo em consideração o referido anteriormente, com maior ênfase nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tive a possibilidade de desenvolver competências na realização de um diagnóstico de situação, utilizando a metodologia do PS e ancorando-me num referencial teórico. O referido anteriormente teve como finalidade ganhar competências de forma a atuar num grupo, poder capacitá-lo, para obterem ganhos em saúde, ou seja, “participar na avaliação multicausal (...) dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista a capacitação e “*empowerment*” das comunidades” (Regulamento n.º128/2011, p. 8667).

Outro aspeto positivo foi o contato próximo com o PNS e o PNPCDCV que permitiu a consolidação de aprendizagem e informação colhida junto dos programas que articulam com o PNS e vice-versa.

Ao avaliar as competências adquiridas e considerando as etapas da aprendizagem experiencial referidas por Benner, baseadas no Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências, considero que este projeto de aprendizagem foi fundamental para complementar e melhorar as competências que apresentava anteriormente. Benner refere que “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (Benner, 2005, p. 14) e nada melhor do que a prática para fomentar novos conhecimentos e colocar em prática conhecimentos teóricos e práticos em conjunto.

5. QUESTÕES ÉTICAS

Ao longo de todo este processo foi tido em consideração várias questões éticas bem como o código deontológico, pelo qual se rege a profissão de enfermagem.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados foi necessário o pedido de autorização para a utilização do Questionário SF-36 v 2, ao seu autor. (Anexo 2)

Um pedido de autorização dirigido ao Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, foi redigido com a finalidade de elaborar este PIC na instituição e poder-se aceder aos ficheiros da Área da Saúde Ocupacional, de forma contatar com os profissionais de saúde identificados com HTA (Apêndice 1).

Aquando do contato com os profissionais foi explicado o que se pretendia com a realização do PIC e que, ao longo do processo era tido em consideração a confidencialidade e anonimato dos participantes, podendo estes abandonar o estudo sem juízo de valor, desde que esboçassem esse interesse. Assim sendo, foi entregue um consentimento aos participantes, o qual foi lido e assinado (Apêndice 4).

6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Ao longo da realização deste PIC várias foram as limitações que surgiram. Salienta-se a falta de celeridade desejada à resposta do pedido de autorização para a utilização do questionário SF-36 v2, facto que implicou a aplicação do questionário num período em que os profissionais se encontravam de férias. O agendamento para depois das férias não foi possível devido a fatores temporais, contudo inicialmente obteve-se uma amostra de mais de 50% da população alvo. Posteriormente, face a conjuntura atual do país, alguns profissionais que participaram no questionário inicial, saíram da instituição, tendo limitado o tamanho da amostra mas não a tornando menos aliciante para o desenvolvimento deste PIC. Outra situação que pode ser considerada limitativa para este PIC foi a necessidade de mudança de orientador local.

Além do referido anteriormente, o facto de os participantes serem profissionais de saúde implica terem deveres profissionais nos seus serviços e unidades, e por vezes, este tipo de intervenções não é valorizado pelas chefias operacionais, embora, houvesse o cuidado prévio de informá-las sobre as intervenções a realizar, objetivos e cronograma das sessões a desenvolver, para que os profissionais/participantes pudessem estar presentes. Desta forma foram organizados novos horários para as sessões compatíveis com os horários dos participantes, para que não houvesse prejuízo dos seus deveres profissionais.

Aquando o início das intervenções verificou-se a necessidade de obter mais informação referente aos conhecimentos sobre a alimentação e exercício físico, situação colmatada com a introdução de um livro de registos das atividades diárias. Apesar disto, verificou-se que as sessões foram consideradas por parte dos participantes como úteis para a população envolvida e que deveria ser replicada para o restante universo. No entanto, a aquisição dos conhecimentos apreendida pelos participantes depois da implementação deste PIC, apresenta um incremento, em média, de um valor.

A não existência de estudos realizados na área da perceção da qualidade de vida em profissionais de saúde, foi outra limitação, que foi colmatada com estudos cujo grupo etário e escolaridades semelhantes estivessem presentes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HTA é considerada um dos grandes problemas de Saúde Pública causadora de grande percentagem de mortalidade e morbidade na população portuguesa (DGS, 2006). O desenvolvimento deste tipo de PIC tornou-se importante, visto visar a capacitação dos indivíduos para escolhas conscientes dos seus hábitos e estilos de vida, de forma a melhorar o seu estado de saúde e prevenir o RCV e suas complicações.

O enfermeiro especialista deve ter a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização, mas também competências na área da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Gestão da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais como é referido no artigo quatro do Decreto-Lei nº 161/96. Apesar de trabalhar na área da Saúde Ocupacional e participar nas sessões de educação para a saúde desenvolvidas por esta área, a realização deste PIC permitiu desenvolver competências de forma estruturada, nomeadamente as relacionadas com o planeamento e definição de objetivos. Outro fator que se revelou desafiante prendeu-se com a utilização de um referencial teórico e taxonomias não utilizadas diariamente, o que levou a uma pesquisa exaustiva mas muito aliciante.

A metodologia do PS e o modelo teórico do Autocuidado de Dorothea Orem foram facilitadores na obtenção dos objetivos propostos para este PIC. Pois ao se optar pela educação para a saúde em grupos estava-se a permitir que o grupo aumentar o seu *empowerment* e também demonstrar ao indivíduo o que este poderia realizar sem ajuda, dando-lhes ferramentas para tomarem decisões de forma autónoma e consciente (OREM, 1993).

O PIC foi realizado com dezassete profissionais do CHLC/HSAC que participaram em todas as fases constituintes do mesmo. A sua composição é maioritariamente do grupo profissional, assistente operacional, mas também se encontra presente na amostra assistentes técnicos e enfermeiros. Face à média de idades esta é de 48.65anos sendo a idade mínima os 30 anos e a máxima os 61anos. A escolha de um grupo tão restrito, foi

um desafio mas ao mesmo tempo muito aliciante para o desenvolvimento de competências.

Após a realização da priorização, os problemas que se evidenciaram relacionam-se com o IMC e a prática de exercício físico, nomeadamente: 71,9% dos participantes apresenta IMC superior a 25 e 62,5% não pratica exercício físico com regularidade, pelo foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem, segundo a linguagem CIPE®2, tendo em atenção os focos do excesso de peso e hipertensão arterial, conhecimento sobre regime dietético não demonstrado; conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado; excesso de peso atual; regime de exercício físico comprometido; conhecimento sobre regime de exercício físico não demonstrado; capacidade para regime de exercício físico não demonstrado, os outros problemas identificados foram: 50% apresenta valor de colesterol superior a 200mg/dl; 28,1% apresenta risco de morrer por doença cardiovascular em 10 anos superior a 2%; 18,8 apresenta hábitos tabágicos e 9,4% apresenta hábitos alcoólicos acima no padronizado pela DGS. Debruçando-me sobre problemas identificados, verifico que esta é uma problemática geral, referenciada para a população geral e, ao trabalhar com um grupo tão específico, os mesmos encontram-se também presentes.

Ao longo do projeto foram realizadas várias sessões com o intuito de capacitar o indivíduo para o autocuidado e autonomia relacionada com a alimentação e exercício físico.

No final das sessões aplicou-se o questionário SF-36 v2 com o intuito de perceber se ao intervir, ao nível dos estilos de vida, haveria alterações na amostra ao nível da perceção do seu estado de saúde. Comparando os dados fornecidos inicialmente com os que foram apresentados após as intervenções pode-se concluir que houve uma evolução positiva nas dimensões relacionadas com a atividade física e que as respostas dadas pelo género feminino foram mais positivas do que as do género masculino, podendo-se referir que os primeiros tiveram mais ganhos para a saúde.

No que se refere ao RCV obteve-se uma diminuição do mesmo na amostra em três participantes e o IMC diminuiu a média para 27.81Kg/m². A média do valor do

colesterol total também diminuiu para 200mg/dl e houve um aumento na prática do exercício físico.

Em suma, as atividades realizadas tiveram um balanço positivo para a amostra em estudo.

A capacitação do indivíduo para alcançar os seus objetivos foi uma meta presente em todo este PIC. Sendo que, no seu final, podemos então concluir que ao intervir nos estilos de vida saudáveis houve melhoria na perceção de saúde, bem como no *empowerment* que estes apresentavam.

Desta forma, conclui-se que este PIC tornou-se num ponto importante para os participantes e que intervenções como estas seriam importantes, quer no meio hospitalar com os profissionais de saúde, quer no meio comunitário com a população em geral com HTA ou outra patologia crónica. Para mim este PIC também foi um marco por me ter permitido adquirir competências de enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

BIBLIOGRAFIA

- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência
- Circular Normativa n.º02/DGCG de 31 de Março de 2004. Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão. Portugal. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- Circular Normativa n.º 03/DSPCS de 06 Fevereiro de 2006. Actualização do programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Portugal. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
- Circular Normativa n.º 06/DSPCS de 18 de Abril de 2007. Risco Global Cardiovascular. Portugal. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da Republica I Série-A, N.º 93 (21-04-1998). 1739-1757.
- Dias, N. C., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M. (2009). Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 28 (5), 499-523.
- Direcção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
- Fazenda, I. (s.d). Empowerment e participação, uma estratégia de mudança. Acedido: 21-07-2012. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>
- Ferreira, P. L. (1998), *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Acedido: 05-03-2012. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>

- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (21), 15-30.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Foster, P., & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In George, J. *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed.) (p. 83-102). Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Obras avulsas.
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993) *Metodologia do Planeamento em Saúde. Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ed Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Instituto Nacional de Estatística, IP. & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Lancaster, J., Onega, L. & Forness, D. (1999) Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária In: Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*.(p.265-284) 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Macedo, A., Rocha, E., Santos, A. & Perdigão, C. (2008). Percepção da doença cardíaca e cerebral e dos factores de risco cardiovasculares em Portugal: estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 27(5), 569-580.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. D., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26 (1), 21-39.
- Norma n.º 020/2011 de 28 de Setembro de 2011. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Portugal Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

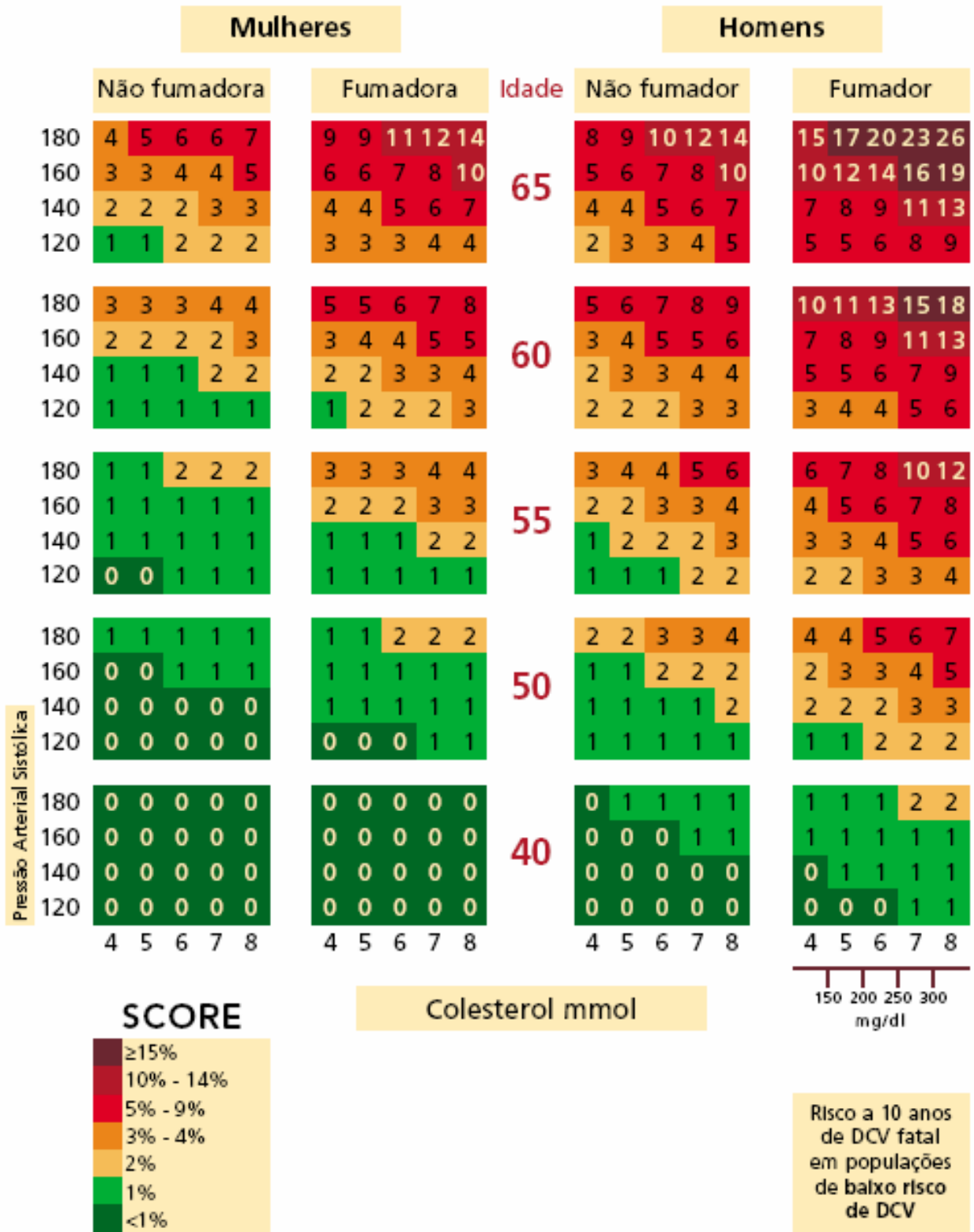
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Acedido: 10-05-12. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Acedido: 10-05-2012. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>.
- Onega, L.L. & Denver, E. (2011) Educação para a saúde e processo de grupo In: Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (p.302-330). Loures: Lusodidata.
- Ordem dos enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros
- Ordem dos enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2011b) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® versão 2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem Conceptos de enfermeira en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Orientação técnica n.º1- DSP. Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde. Fevereiro 2010. Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *NURSING edição Portuguesa*. 267. Acedido: 20-07-2012. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org>

- Pololónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L. & Saavedra, J. (2006) Normas sobre a Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 25 (6), 649-660.
- Redman, B. K. (2003) *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ed. Loures: Lusociencia.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, N.º35 (18/02/2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República II série, N.º35 (18/02/2011). 8667-8669.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2007). *Hipertensão Recomendações de 2007 para o Tratamento da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005) *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

ANEXOS

ANEXO 1
Systematic COronary Risk Evaluation – Escala de SCORE

TABELA DE BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR¹



¹ Terceiro Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2003). **Recomendações para a prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica**

ANEXO 2
Autorização da aplicação do questionário SF-36 v2



Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 22 de Junho de 2012

Ex.ma Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey - 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507

ANEXO 3
Questionário de Avaliação das sessões

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Identificação da Sessão: _____

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala: 1 – Mau 2 – Insuficiente 3 – Suficiente 4 – Bom 5 – Muito Bom

1 – Conhecimentos Iniciais

1 2 3 4 5

Ao apresentar-se nesta sessão os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram:

--	--	--	--	--

2 – Expectativas

1 2 3 4 5

a) Esta sessão correspondeu ao que esperava?

--	--	--	--	--

b) Considera-o adequado às suas necessidades?

--	--	--	--	--

3 – Funcionamento da Sessão

1 2 3 4 5

a) Os objetivos eram claros?

--	--	--	--	--

c) Estava bem estruturado?

--	--	--	--	--

d) Os textos de apoio distribuídos foram adequados em quantidade e qualidade?

--	--	--	--	--

e) Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?

--	--	--	--	--

f) A duração foi adequada?

--	--	--	--	--

4 – Resultados alcançados

1 2 3 4 5

Como classifica os resultados alcançados pela frequência deste curso?

--	--	--	--	--

5 – Na sua opinião, quais os “pontos fortes” e “pontos fracos” desta sessão?

PONTOS FORTES

PONTOS FRACOS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6 – Sugestões/Críticas

Nome (Facultativo) _____ Data ___ / ___ / _____

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Pedido de Autorização do diagnóstico de situação

Autorizada - Sr.
Ana Soares
2012/04/16

À Senhora Presidente do Conselho de
Administração do Centro Hospitalar de Lisboa
Central

Ana Soares
Enfermeira Directora

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um diagnóstico subordinado à temática Problemas Cardiovasculares – Hipertensão, no Serviço de Saúde Ocupacional.

Venho por este meio solicitar a V. Exas. autorização para a realização de um diagnóstico de situação, referente à temática Problemas Cardiovasculares – Hipertensão nos profissionais do Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC).

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e pretendo desenvolver um projecto anteriormente referido, no Serviço de Saúde Ocupacional, com vista à implementação de um "Programa de Acompanhamento dos Profissionais Hipertensos". Este projecto vai ao encontro do que os peritos sobre a temática preconizam e considero que possa ser uma mais-valia para a Instituição.

Para a consecução deste objectivo e com a finalidade de desenhar de forma eficaz as actividades a desenvolver para a prossecução do projecto supracitado, necessito que V. Exas. se dignem autorizar o acesso ao processo clínico dos profissionais e posteriormente o contacto com os profissionais identificados.

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 04 de Abril de 2012

Sandra de Fátima Melo Fagundes Fonseca

Informação da Directora da Área de Saúde Ocupacional

A relação entre esta doença e os riscos ocupacionais mereceu um estudo e avaliação mais detalhados.

Assim a realização deste trabalho

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA Secretariado CA
N.º 2648
Entrada 11.04.12
Saída 07.04.12

Lisboa, 09 de Abril de 2012

Dr.ª Maria João Manzano

APÊNDICE 2
Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano	2012																						
Mês	Março					Abril					Maio				Junho				Julho				
Dias	1	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30
	2	9	16	23	20	5	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	31
Orientações Tutoriais																							27
Escola										2										12			
Reunião Área da Saúde Ocupacional																							
Levantamento da população alvo																							
Pedido de autorização do diagnóstico de situação																							
Estágio de intervenção Comunitária																							
Aplicação do questionário																							
Autorização da aplicação do questionário SF-36 v 2																							
Tratamento de dados estatísticos																							

Ano	2012												2013											
Mês	Outubro				Novembro					Dezembro			Janeiro					Fevereiro				Mar		
Dias	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11	18	25	4	
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8
Orientações Tutoriais	1	8		22																				
Planificação das ações																								
Convocação para 1ª Sessão					2																			
1ª sessão																								
2ª sessão- Alimentação Saudável								23				18												
3ª sessão - Exercício físico											11				4									
Contato telefónico																								
4ª sessão - Avaliação das atividades																			1	8				
Elaboração e apresentação do relatório																								
Férias do Natal																								
Seminário																	14/ 16							

APÊNDICE 3
Questionário

Exmo.(a) Sr.(a)

O instrumento que se segue foi elaborado por Sandra Fonseca enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem de Lisboa, utilizando a escala de SCORE da DGS, Questionário de Qualidade de Vida (SF-36 v2) e caracterização da amostra.

Este instrumento dirige-se aos profissionais identificados com Hipertensão Arterial, do Hospital Santo António dos Capuchos do CHLC, EPE, fazendo parte integrante e fundamental de um projeto de intervenção comunitária que tem como finalidade a identificação de problemas relacionados com o risco Cardiovascular e Qualidade de Vida desses profissionais.

Solicitamos que preencha o documento, que demorará aproximadamente quinze (15) minutos.

As respostas são confidenciais e anónimas. Após tratamento e análise dos dados obtidos, os resultados deste estudo estarão disponíveis para consulta, neste serviço.

Muito obrigada pela colaboração!

Lisboa, Junho de 2012

PARTE I

A primeira parte deste questionário destina-se à caracterização sociodemográfica da amostra.

Pedimos-lhe que assinale com uma cruz as quadrículas, de acordo com a informação solicitada.

Q 1. Idade: _____

Q 2. Género:

- Masculino
- Feminino

Q 3. Estado Civil:

- Solteiro/a
- Casado/a / União de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a

Q 4. Habilitações Literárias:

- 4º Ano
- 6º Ano
- 9º Ano
- 12º Ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Q 5. Categoria profissional:

- Assistente Operacional
- Assistente Técnico
- Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- Enfermeira/o
- Médico
-

Q 6. Serviço a que pertence: _____

Q 7. Tipo de Horário:

- Fixo (só Manhas)
- Turnos (Manhas, Tardes e Noites)

Q 8. Antiguidade no Serviço

- <5 Anos
- ≥ 5 Anos <10 Anos
- ≥ 10 Anos <20 Anos
- ≥ 20 Anos

Q 9. Antiguidade no Hospital

- <5 Anos
- ≥ 5 Anos <10 Anos
- ≥ 10 Anos <20 Anos
- ≥ 20 Anos

PARTE II

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36 V2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir a pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? <i>(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)</i>			
	Sim muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)...	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito Fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.
Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.
Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros...	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa...	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima....	1	2	3	4	5

PARTE III

A terceira parte deste questionário destina-se à caracterização do Risco Cardiovascular (questionário preenchido pelo enfermeiro).

Q 1. Pressão Arterial

____/____ mmHg Pulso: _____ b/min

Q 2. Valor de Colesterol (total)

_____mg/dl

Q 3. Valor de Peso

_____Kg

Q 4. Valor da Altura

_____ Cm

Q 5. Valor IMC

Q 6. Valor Perímetro Abdominal

_____ Cm

Q 7. Faz medicação para Hipertensão

Sim

Não

Q 7.1 Se sim, o quê?

Q 8. Antecedentes familiares de Patologia Cardíaca

- Sim
- Não

Q 9. Tem Diabetes

- Sim
- Não

Q 10. Outras patologias (Ex. doença cerebrovascular)

Q 11. Hábitos Tabágicos:

- Sim
- Não

Q 14.1. Se sim, Quantos cigarros dia?

Q 12. Hábitos Alcoólicos:

- Sim
- Não

Q 12.1. Se sim, que quantidade de bebidas semanal:

Q 13. Pratica exercício físico:

- Sim
- Não

Q 13.1. Se sim, que tipo:

Q 12.2. Quantas vezes por semana:

APÊNDICE 4
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu _____(nome) aceito participar no “Projeto Risco Cardiovascular e Qualidade de Vida em Profissionais de Saúde em Contexto Hospitalar”, que se insere na realização Relatório de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa da Enfermeira Sandra Fonseca.

Foi-me explicado e estou ciente que:

- Este estudo é confidencial e que o meu anonimato será sempre protegido, não sendo divulgados nenhum nome ou outros detalhes identificativos;
- Durante todo o período de desenvolvimento do projeto tenho o direito de esclarecer todas as dúvidas acerca do mesmo;
- Poderei desistir de minha participação em qualquer etapa do projeto, sem nenhum prejuízo;
- Este documento será guardado de forma segura e destruído no fim do estudo.

Entendi todas as explicações que me foram dadas acerca do projeto, bem como a oportunidade para colocar todas as minhas dúvidas, as quais foram respondidas satisfatoriamente na totalidade. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Assim, declaro que aceito participar voluntariamente no projeto a desenvolver e autorizo a divulgação dos dados num contexto académico.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Enfermeira: _____

APÊNDICE 5
Caraterização da Amostra

Caraterização Sócio demográfica

A amostra do estudo é composta por dezassete profissionais do Centro Hospitalar Lisboa Central, Pólo do Hospital Santo António dos Capuchos.

Tabela 9: Idade

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	48.65	52	52	9.89	30	61

A sua idade está compreendida entre os 30 anos e os 61 anos de idade, sendo a média de idades os 48.65 anos com um desvio padrão de 9.89 anos, como se verifica na Tabela 9.

Tabela 10: Estatística descritiva do estado civil por género

Estado Civil	Género		Total	Percentagem	
	Masculino	Feminino			
(N=17)	Solteiro/a	1	2	3	17.6
	Casado/a /União de Facto	6	5	11	64.7
	Divorciado/a	1	2	3	17.6
Total		8	9	17	

O estado civil mais frequente é o casado/união de facto, com cerca de onze participantes, sendo que cinco dos participantes são do género feminino e seis do género masculino, como se pode verificar na Tabela 10.

Tabela 11: Estatística descritiva das habilitações literárias por género

Habilitações Literárias	Género		Total	Percentagem	
	Masculino	Feminino			
(N=17)	3º Ciclo	2	3	5	29.4
	Secundário	5	4	9	52.9
	Licenciatura	1	1	2	11.8
	Mestrado	0	1	1	5.9
Total		8	9	17	100

Relativamente às habilitações literárias dos participantes, pode-se concluir que a maioria (n=14; 82.3%) só apresenta as habilitações consideradas atualmente obrigatórias, ou seja 3º ciclo e secundário.

Tabela 12: Estatística descritiva da categoria profissional por género

Categoria Profissional	Género		Total	Percentagem	
	Masculino	Feminino			
(N=17)	Assistente Operacional	5	4	9	52.9
	Assistente Técnico	2	3	5	29.4
	Enfermeiro	1	2	3	17.6
Total		8	9	17	100

Em relação à categoria profissional da amostra, esta é maioritariamente composta por Assistentes Operacionais, com um total de nove participantes.

Tabela 13: Estatística descritiva do tipo de horário por género

Tipo de Horário	Género		Total	Percentagem	
	Masculino	Feminino			
(N=17)	Fixo	8	8	16	94.1
	Turnos	0	1	1	5.9
Total		8	9	17	

No que concerne ao horário realizado, os participantes da amostra realizam horário fixo, diurno (8-20h), em 94.1% da mesma (n=16).

Tabela 14: Estatística descritiva da antiguidade por género no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Antiguidade	Género		Total	Percentagem	
	Masculino	Feminino			
(N=17)	<5	0	0	0	0
	>5; <10	1	3	4	23.5
	>10; <20	3	2	5	29.4
	>20	4	4	8	47.1
Total		8	9	17	100

Oito dos participantes trabalham no Centro Hospitalar Lisboa Central a mais de 20 anos.

APÊNDICE 6
Resultados do Questionário Inicial

A composição das dimensões do questionário SF-36 v2 é realizada através de pontuações que são dados às questões que o constituem. Visto considerar-se pertinente para o estudo a apresentação das mesmas, apesar destas só estarem presentes no corpo de trabalho subentendidas nas dimensões, é apresentado seguidamente a análise descritiva das trinta e seis questões.

Tabela 15: Questão 1- Em geral, que diria da sua saúde

Questão 1	Frequência	Percentagem (%)
(N=17) Muito boa	2	11.8
Boa	7	41.2
Razoável	8	47.1
Fraca	0	0
Total	17	100

O questionário inicia-se questionando como diria que a sua saúde em geral, cujos participantes responderam que a sua a saúde era boa em 41.2% (n=7) e muito boa em 11.8% (n=2). Esta questão influencia a dimensão da SG.

Tabela 16: Questão 2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual

Questão 2	Frequência	Percentagem (%)
(N=17) Com algumas melhoras	15	88.2
Aproximadamente igual	2	11.8
Um pouco pior	0	0
Total		100

Os participantes quando questionado face ao seu estado geral comparado com o de há um ano responderam apresentar algumas melhorias no último ano 88.2%.

Tabela 17: Questão 3- As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

Questão 3 (N=17)	a)		b)		c)		d)		e)		f)		g)		h)		i)		j)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim muito limitado/a	2	11.8	2	11.8	1	5.9	1	5.9	1	5.9	1	5.9	2	11.8	1	5.9	0	0	0	0
Sim um pouco limitado/a	12	70.6	3	17.6	5	29.4	8	47.1	3	17.6	10	58.8	6	35.3	7	41.2	5	29.4	1	5.9
Não nada limitado/a	3	17.6	12	70.6	11	64.7	8	47.1	13	76.5	6	35.3	9	52.9	9	52.9	1	70.6	1	94.1
Total	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes...;
- b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa...;
- c) Levantar ou pegar nas compras da mercearia;
- d) Subir vários lanços de escadas;
- e) Subir um lanço de escadas;
- f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se;
- g) Andar mais de 1 Km;
- h) Andar várias centenas de metros;
- i) Andar uma centena de metros;
- j) Tomar banho ou vestir-me sozinho/a.

A questão três está subdividida em 10 perguntas e pretende avaliar como a pessoa se sente limitada devido aos seus problemas de saúde, indo influenciar as respostas a dimensão da FF. Face às respostas obtidas conclui-se que 82.9 % sente-se limitado quando realiza tarefas consideradas violentas (n=14), mas quando se refere a tarefas menos pesadas só 29.4% sente limitações a realizá-lo (n=5), quando se refere a levar a compras da mercearia ainda 35.3% apresenta limitações a realizar esta tarefa. (n=6)

Os participantes quando questionados sobre o subir escadas, 53% apresenta limitações a subir vários lanços de escadas (n=9), 23.5% apresenta limitações a subir um lanço de escadas (n=4) e 64.7% também apresenta limitações a inclinar-se e ajoelhar-se (n=11). Quando questionado sobre a capacidade de andar, 47.1% apresenta limitado a andar mais de 1 Km (n=8), umas centenas de metros e 29.4% uma centena de metros (n=5). Somente 5.9% referiu limitações relativamente ao vestir-se e cuidados de higiene (n=1).

Tabela 18: Questão 4 - Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico

Questão 4 (N=17)	a)		b)		c)		d)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sempre	0	0	0	0	0	0	0	0
A maior parte do tempo	3	17.6	0	0	2	11.8	1	5.9
Algum tempo	3	17.6	3	17.6	1	5.9	5	29.4
Pouco tempo	3	17.6	4	23.5	7	41.2	4	23.5
Nunca	8	47.1	10	58.8	7	41.2	7	41.2
Total	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Diminui o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades
 b) Fez menos do que queria
 c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades
 d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)

Quando questionado os profissionais relativo as alterações na sua vida relacionada com a saúde física nas últimas quatro semanas, 35.2% refere ter diminuiu o tempo gasto nas actividades (n=6), 17.6% ter feito menos do que queria (n=3), 17.6% sentiu-se limitado (n=3) e 58.8% teve dificuldade em realizar a sua actividade (n=7), como se verifica na Tabela 18. Esta questão vai afetar a dimensão do DF.

Tabela 19: Questão 5 - Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum tipo dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Questão 5 (N=17)	a)		b)		c)	
	F	%	F	%	F	%
Sempre	1	5.9	0	0	0	0
A maior parte do tempo	1	5.9	2	11.8	2	11.8
Algum tempo	2	11.8	2	11.8	2	11.8
Pouco tempo	7	41.2	6	35.3	4	23.5
Nunca	6	35.3	7	41.2	9	52.9
Total	17	100	17	100	17	100

- a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades
 b) Fez menos do que queria
 c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.

Quando questionado os participantes relativo as alterações na sua vida relacionada com problemas emocionais nas últimas quatro semanas, 23.5% refere ter diminuiu o tempo gasto nas actividades, feito menos do que queria e realizado a sua actividade com menos cuidados, de sempre a algum tempo (n=4), como se verifica na Tabela 19. Esta questão influencia a dimensão do DE.

Tabela 20: Questão 6- Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Questão 6		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Absolutamente nada	5	29.4
	Pouco	4	23.5
	Moderadamente	7	41.2
	Bastante	1	5.9
	Imenso	0	0
	Total	17	100

A questão evidenciada na tabela anterior influencia a dimensão da FS, desta forma pode-se verificar que a saúde física e psicológica interfere no relacionamento com a família e amigos em 70.6% dos profissionais (n=12).

Tabela 21: Questão 7- Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Questão 7		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Nenhumas	4	23.5
	Muito fracas	1	5.9
	Ligeiras	3	17.6
	Moderadas	5	29.4
	Fortes	3	17.6
	Muito fortes	1	5.9
	Total	17	100

A maioria da amostra (76.5%; n= 13) refere ter tido dores nas últimas quatro semanas. Esta questão bem como a que se apresenta na tabela seguinte manipulam a dimensão da DC.

Tabela 22: Questão 8 - Durante as ultimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Questão 8		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Absolutamente nada	6	35.3
	Pouco	3	17.6
	Moderadamente	3	17.6
	Bastante	4	23.5
	Imenso	1	5.9
	Total	17	100

Apesar de apresentarem dor somente 64.7% refere que a dor interferiu nas suas atividades (n=11).

Tabela 23: Questão 9 As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

	a)		b)		c)		d)		e)		f)		g)		h)		i)	
(N=17)	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sempre	0	0	0	0	0	0	2	11.8	1	5.9	0	0	0	0	3	17.6	0	0
A maior parte do tempo	5	29.4	1	5.9	1	5.9	6	35.3	5	29.4	1	5.9	2	11.8	6	35.3	4	23.5
Algum tempo	9	52.9	4	23.5	5	29.4	3	17.6	7	41.2	4	23.5	7	41.2	5	29.4	6	35.3
Pouco tempo	3	17.6	11	64.7	4	23.5	4	23.5	2	11.8	5	29.4	7	41.2	1	5.9	7	41.2
Nunca	0	0	1	5.9	7	41.2	2	11.8	2	11.8	7	41.2	1	5.9	2	11.8	0	0
Total	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?
- b) Se sentiu muito nervoso/a?
- c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?
- d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?
- e) Se sentiu com muita energia?
- f) Se sentiu deprimido/a?
- g) Se sentiu estafado/a?
- h) Se sentiu feliz?
- i) Se sentiu cansado?

A questão nove que está subdividida em nove alíneas que influenciam a dimensão VT nas alíneas a, e, g e i; e a SM nas alíneas b, c, d, f e h. Desta forma os participantes referem negativamente 29.4% referem nervosismo e se sentirem deprimidos (n=5), 35.3% sentiu-se deprimido em que nada o animava (n=6), 53% estafado (n=9) e 58.8% cansado (n=10) de sempre a algum tempo das últimas quatro semanas. Positivamente referem: 82.4% sentiu-se com vitalidade e feliz (n=14), 76.5% sentiu-se com energia (n=13), e 64.7% calmo e tranquilo (n=11) sempre a algum tempo nas últimas quatro semanas.

Tabela 24: Questão 10 - Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Questão 10		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	A maior parte do tempo	1	5.9
	Algum tempo	6	35.3
	Pouco tempo	4	23.5
	Nunca	6	35.3
	Total	17	100

A questão dez determina a dimensão da FS, tendo os profissionais referido em 64.7% que os problemas de saúde física e emocional afetaram ir visitar familiares e amigos (n=11).

Tabela 25: Questão 11 - Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Questão 11	a)		b)		c)		d)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
(N=17)								
Absolutamente verdade	0	0	3	17.6	0	0	1	5.9
Verdade	2	11.8	5	29.4	3	17.6	6	35.3
Não sei	3	17.6	8	47.1	8	47.1	5	29.4
Falso	6	35.3	1	5.9	4	23.5	5	29.4
Absolutamente Falso	6	35.3	0	0	2	11.8	0	0
Total	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Parece que adoço mais facilmente que os outros
- b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
- c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
- d) A minha saúde é ótima

Quando questionados se adoecem mais facilmente que os outros 70.6% refere que não (n=12), se é tão saudável que outra pessoa 47.1% refere que sim (n=8), se a sua saúde vai piorar 35.3% refere que não (n=6) e 41.2% refere que a sua saúde é ótima (n=7). Esta questão influencia a dimensão da GS.

Seguidamente apresentado a análise do RCV inicial na amostra, bem como os hábitos e estilos de vida que influenciam o mesmo.

Tabela 26: Risco cardiovascular

Risco Cardiovascular		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Não aplicável	4	23.5
	< 1%	4	23.5
	1%	4	23.5
	2%	1	5.9
	3%-4%	1	5.9
	5% - 9%	2	11.8
	10% - 14%	1	5.9
	Total	17	100

Quanto ao RCV segundo a SCORE, este foi possível calcular a quatro (23.5%) participantes por apresentarem idade inferior a 40 anos, sendo variável a possibilidade de morrer por patologia cardiovascular como se pode verificar na Tabela 26.

Tabela 27: Análise descritiva do risco cardiovascular por género e grupo etário

Grupo etário		RCV										Total	
		[30 – 39]		[40 – 59]		[50 – 59]		[60 – 69]		Mas	Fem	Abs.	%
Género		Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Abs.	%
(N=17)	Não aplicável	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3	4	23.5
	< 1%	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3	4	23.5
	1%	0	0	0	0	1	2	0	1	1	3	4	23.5
	2%	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5.9
	3%-4%	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5.9
	5% - 9%	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	11.8
	10% - 14%	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5.9
Total		1	3	1	3	6	2	0	1	8	9	17	100
		4		4		8		1		17			

Realizando a distribuição do RCV por género e idades verificamos que o género masculino apresenta o RCV mais elevado e que o género feminino maioritariamente apresenta o RCV <1%.

Tabela 28: Realização de medicação para a Hipertensão Arterial

Medicado	Género		Total	Percentagem	
	Masculino	Feminino			
(N=17)	Sim	6	7	13	76.5
	Não	2	2	4	23.5
Total		8	9	17	100

Da amostra dos participantes pode-se referir que treze (76.5%) destes realizam terapêutica para a HTA.

Tabela 29: Quantidade de medicação para HTA

Medicação para HTA		Gênero		Total %	Porcentagem %
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Nada	2	2	4	23.5
	1 Anti-hipertensivo	4	7	11	64.7
	2 Anti-hipertensivos	1	0	1	5.9
	>3 Anti-hipertensivos	1	0	1	5.9
Total		8	9	17	100

Dos que realizam terapêutica, maioritariamente realizam um medicamento Anti-hipertensivo (64.7%; n=11)

Tabela 30: Análise do Índice de Massa Corporal e Valor do Colesterol total

(N=17)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
IMC (Kg/cm²)	21,00	42,50	29,4313	5,12643
Valor Colesterol total (mg/dl)	150,00	280,00	203,5625	34,75160

Relativamente ao IMC a amostra apresenta uma média de 28.37Kg/cm² isso quer dizer que a maioria da amostra apresenta peso acima do considerado normal (70.6% com IMC superior a 25 Kg/cm²), apresentando também uma média do valor de colesterol acima do padronizado (47.1% tem valor do colesterol total superior a 200mg/dl).

Tabela 31: Perímetro Abdominal por género

Perímetro Abdominal		Média	Máximo	Mínimo	Desvio padrão
(N=17)	Feminino	92.89	110	80	9.22
	Masculino	104.98	138	93.5	12.96

Quanto ao perímetro abdominal podemos referir que a média é mais acentuada no género masculino com 104.98cm em relação aos 92.89cm do género feminino.

Tabela 32: Apresentarem co comitantemente Diabetes *Mellitus*

Associado DM		Gênero		Total	Porcentagem %
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Sim	3	1	4	23.5
	Não	5	8	13	76.5
Total		8	9	17	100

Quando questionados se apresentam Diabetes *Mellitus*, quatro (23.5%) participantes referem que sim.

Tabela 33: Hábitos Tabágicos

Hábitos Tabágicos		Gênero		Total	Percentagem
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Sim	3	0	3	17.6
	Não	5	9	14	82.4
Total		8	9	17	100

Três (17.6%) dos participantes são fumadores, isso é, fumam mais do que 5 cigarros dia.

Tabela 34: Hábitos alcoólicos

Hábitos Alcoólicos		Gênero		Total	Percentagem
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Sim	2	0	2	11.8
	Não	6	9	15	88.2
Total		8	9	17	100

Dois (11.8%) participantes do sexo masculino com idade compreendida dos 48 e 59 anos consomem em média 350dl de álcool diariamente, referindo realizá-lo à hora do jantar.

Tabela 35: Prática de exercício físico

Prática Exercício Físico		Gênero		Total	Percentagem
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Sim	3	3	6	35.3
	Não	5	6	11	64.7
Total		8	9	17	100

Analisando a prática de exercício físico, 64.7% não o praticam (n=17).

Tabela 36: Tipo de exercício físico

Frequência		Gênero		Total	Percentagem
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Sem-prática	5	6	11	64.7
	Caminhada	2	1	3	17.6
	Pilatos	0	1	1	5.9
	Corrida	1	0	1	5.9
	Hidroginástica	0	1	1	5.9
	Total	8	9	17	100,0

Dos participantes que praticam exercício físico, as caminhadas são a atividade mais realizada (17.6%; n=3).

APÊNDICE 7
Priorização

Para a realização da priorização dos problemas identificados foi empregue o método de comparação por pares, por ser um método que nos permite comparar um problema com todos os outros. Os nossos pares para a realização deste método, foi a equipa da Área da Saúde Ocupacional.

Os problemas identificados no desenvolvimento do projeto foram:

P1 – 23.5% apresenta risco de morrer por doença cardiovascular em 10 anos superior a 2%;

P2 – 64.7% não pratica exercício físico com regularidade;

P3 – 70.6% apresenta IMC superior a 25;

P4 - 47.1% apresenta valor de colesterol superior a 200mg/dl;

P5 – 11.8% apresenta hábitos alcoólicos acima do que é padronizado pela DGS;

P6 – 17.6% apresenta hábitos tabágicos.

Tabela 37: Priorização dos problemas pelo método de comparação por pares

Problemas	Comparação por pares					Valor final (calculo pelo n.º de vezes selecionado)	(%)
P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1=2	13.3
	P2	P3	P4	P5	P6		
P2	P2	P2	P2	P2	P2	P2=4	26,7
	P1	P3	P4	P5	P6		
P3	P3	P3	P3	P3	P3	P3=5	33.3
	P1	P2	P4	P5	P6		
P4	P4	P4	P4	P4	P4	P4=3	20
	P1	P2	P3	P5	P6		
P5	P5	P5	P5	P5	P5	P5=0	0
	P1	P2	P3	P4	P6		
P6	P6	P6	P6	P6	P6	P6=1	6,7
	P1	P2	P3	P4	P5		

APÊNDICE 8

Plano da Primeira Sessão – Livro de registos de atividades

Plano da 1ª Sessão: Livro de Registo de Atividades

Tema da sessão: Livro de Registo de Atividades

População Alvo: Profissionais com hipertensão que participaram no questionário inicial.

Local: Área Saúde Ocupacional, CHLC/HSAC

Data: 13,16 e 19 de Novembro de 2012

Duração: 15 min

Formador: Enfª Sandra Fagundes Fonseca

Objetivo geral: Capacitar a população para um regime alimentar e exercício físico

Objetivos específicos: Compreender a finalidade do livro de registos. Proceder ao preenchimento do livro de registo.

Etapas	Conteúdos	Métodos e Técnicas pedagógicas	Recursos	Avaliação	Tempo
Introdução	Comunicação dos objetivos	Expositivo Exposição			30seg
	Apresentar o projeto de intervenção	Expositivo: Explicar os vários momentos do projeto de intervenção e as datas da sua realização			1 min
Desenvolvimento	Livro de Registo de Atividades	Expositivo: Explicar o preenchimento do livro de registo	Livro de registo		2 min
	Realizar a avaliação	Interativo: Realizar a avaliação dos	Livro de registo;	Avaliação	9min

	inicial	parâmetros iniciais;	Balança, fita métrica; esfigmomanómetro; Tabela do Risco Cardiovascular; Tabela IMC.	inicial	
Conclusão	Síntese	Expositivo Exposição			1min
	Verificação da Aprendizagem	Expositivo/interrogativo: Questionar como se deve fazer o registo das atividades	Livro de registo		1min
	Ponto para a próxima sessão	Expositivo Exposição Como será feito o próximo contato			30seg

APÊNDICE 9
Livro de registros de atividades



LIVRO DE REGISTO DE ATIVIDADES

“Viver com Hipertensão Arterial”



Elaborado por: Enfª Sandra Fagundes Fonseca

Orientadora Local: Enfª Angelina Diogo

Orientadora: Prof. Doutora Lourdes Varandas

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

N^a Mecanográfico: _____

Serviço: _____

Tipo de Horário: _____

Avaliação Inicial:

- Peso: _____ Kg

- Altura: _____ cm

- IMC: _____

- Perímetro Abdominal: _____ cm

- TA: ___/___ mmHg P: _____ bpm

- Risco Cardiovascular:

- Risco Cardiovascular em 10 anos:

Registo de Parâmetros

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ b/min

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ b/min

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ b/min

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ b/min

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Data: ___/___/___
- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: ___
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: ___ bpm

Registo Semanal de Parâmetros

Data: ___/___/___

- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: _____
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: _____ bpm

Data: ___/___/___

- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: _____
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: _____ bpm

Data: ___/___/___

- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: _____
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: _____ bpm

Data: ___/___/___

- Peso: ___ Kg
- Altura: ___ cm
- IMC: _____
- Perímetro Abdominal: ___ cm
- TA: ___/___ mmHg P: _____ bpm

Registo da Alimentação diariamente

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: __/__/__

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Data: ___/___/___

Hora	Refeição
00:00 – 3:00	
3:00 – 6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

Registo de Exercício Físico

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Data: ___/___/___

Tipo de Exercício: _____

Cronograma de Atividades

- Alimentação Saudável: 23 Novembro de 2012;
- Exercício Físico, uma necessidade: 11 Dezembro de 2012.

SANDRA FAGUNDES FONSECA

Contatos:

Extensão 11317/21141
Correio eletrónico:
sandra.fonseca@chlc.min-saude.pt

APÊNDICE 10
Plano da Segunda Sessão – Alimentação Saudável

Plano da 2ª Sessão: Alimentação Saudável

Tema da sessão: Alimentação Saudável

População Alvo: Profissionais com hipertensão arterial que participaram no questionário inicial.

Local: Centro de Formação, CHLC/CHLC

Data: 23 de Novembro de 2012

Duração: 60 min

Formador: Enfª Sandra Fagundes Fonseca

Objetivo geral: Capacitar a população a realizar um regime alimentar saudável

Objetivos específicos: Identificar 3 erros alimentares. Realizar no mínimo de 5 refeições dia. Aumentar a ingestão de legumes, frutas e água. Selecionar os objetivos SMART.

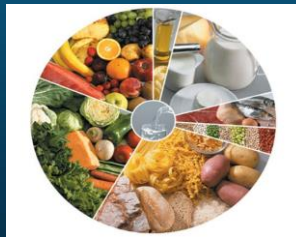
Etapas	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Tema e Objetivos	Expositivo	Exposição	PowerPoint		1
	Apresentação	Ativo	Brainstorming	Bola e quadro branco		10
	Ponto com a sessão Anterior	Expositivo	Exposição			4

Desenvolvimento	Avaliação em grupo dos registos	Interrogativo Interativo	Formação de perguntas	Quadro branco	Avaliação inicial	10
	Alimentação saudável	Expositivo	Exposição	PowerPoint Quadro		29
Conclusão	Síntese	Expositivo	Exposição	PowerPoint		2
Avaliação	Verificação da aprendizagem	Expositivo	Interrogativo	Fotocopias	Avaliação sumativa	3
	Conclusão e realização do ponto com a próxima sessão	Expositivo	Exposição	PowerPoint		1

APÊNDICE 11
Apresentação da Segunda Sessão – Alimentação Saudável

Alimentação Saudável

“Viver com Hipertensão Arterial”



Elaborado por: Enfª Sandra Fonseca
Orientadora Local: Enfª Angelina Diogo
Orientadora: Prof. Doutora Lourdes Varandas

Objetivo Geral

- Capacitar a população a realizar um regime alimentar saudável.

Objetivo Específico

- Identificar 3 erros alimentares.
- Realizar no mínimo de 5 refeições dia.
- Aumentar a ingestão de legumes, frutas e água.
- Selecionar os objetivos SMART.

Apresentação

Responda...

- Nome?
- Hipertenso à quanto tempo?
- O que espera da formação?

5

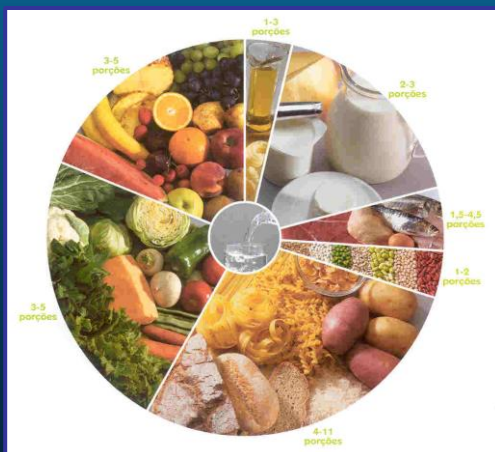
Os meus
registos da
alimentação...

6

Alimentação Saudável

7

Alimentação Saudável



- **Completa** (ingerir diariamente alimentos de todos os grupos)
- **Equilibrada** (ingerir maior quantidade dos grupos maiores)
- **Variada** (escolher alimentos diferentes dentro de cada grupo)

Fonte: www.dgs.pt

8

Hidratos de Carbono

Distribuir os alimentos com hidratos de carbono por todas as refeições (6 a 7 por dia), pequenas quantidades de cada vez....

Manter de dia para dia as quantidades a cada refeição.

Sintese

Equivalência de Hidratos de Carbono



=



=



1 batata
(tamanho do ovo)

2 c. sopa arroz
cozinhado

2 c. sopa massa
cozinhada



=



=



=



3 c. sopa feijão
cozinhado

1 c. sopa grão
cozinhado

3 c. sopa
lentilhas
cozinhadas

6 c. sopa ervilhas
ou favas
cozinhadas

11

Equivalência de Hidratos de Carbono



=



=



Meio
pão
(25g)

Meia fatia de
pão
de mistura
(25g)

Meia fatia de pão
integral (30g)



=



=



2 tostas

2 bolachas água e
sal

3 bolachas Maria

12

Equivalência de Hidratos de Carbono



1 maçã

=



1 pêra

=



1 laranja



meia banana

=



2 tangerinas

=



14 morangos

Equivalência de Hidratos de Carbono



1 copo de leite meio gordo
ou magro (2 dl)

=



1 iogurte (magro sem açúcar)

Como evitar excesso de gordura



Leite gordo	→	Leite meio gordo ou magro
Queijo gordo	→	Queijo magro (queijo fresco, requeijão)
Carnes gordas	→	Peixe ou carnes magras (aves, coelho)
Manteiga	→	Margarina vegetal, manteiga “magra”
Fritos e guisados	→	Estufados, cozidos, grelhados

15

Bebidas Alcoólicas

DESACONSELHADAS EM MUITAS SITUAÇÕES

Se não há contraindicações pode beber-se vinho ou cerveja com moderação, a acompanhar as refeições

3 dl vinho ou 2 cervejas – homens
1,5 dl vinho ou 1 cerveja – mulheres



16

Como dividir o prato

17

Refeições Principais - Almoço e jantar



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

Massa ou
Arroz ou
Batata ou
Feijão ou
Grão ou
Ervilhas



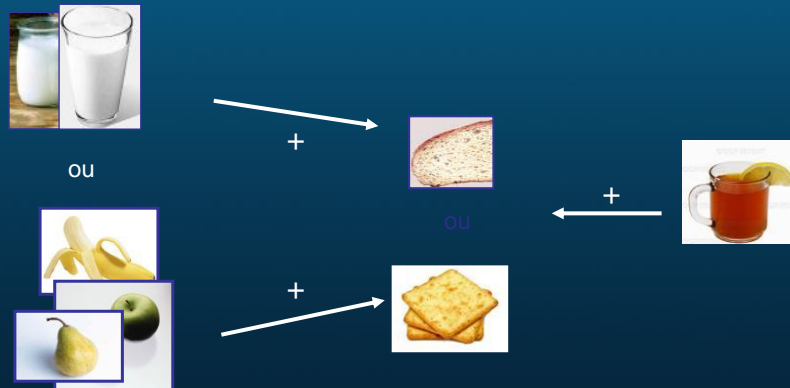
Peixe ou
Carnes magras

Salada
ou legumes

18

Refeições Intermédias

- pequeno almoço, meio da manhã, lanches e ceia



Avaliação da sessão

Avaliação

- Quanto tempo depois de levantar, devemos fazer a primeira refeição?
- Quantas refeições devemos fazer por dia?
- Que tempo não devemos passar entre as refeições?

21

Bibliografia

- www.dgs.pt
- www.who.int

22



Bem haja!
Disponham sempre
Próxima sessão dia 11
Dezembro de 2012

APÊNDICE 12
Livro de apoio – Alimentação Saudável

Alimentação Saudável

“Viver com Hipertensão Arterial”



Elaborado por: Enf^a Sandra Fonseca

Orientadora Local: Enf^a Angelina Diogo

Orientadora: Prof. Doutora Lourdes Varandas

Índice

Recomendações da DGS	4
A Roda dos Alimentos	6
O que é uma porção	7
Nova Pirâmide dos Alimentos	10
Os elementos da Nova Pirâmide dos Alimentos	11
As mudanças	12
Cereais e derivados, tubérculos	14
Hortícolas	15
Fruta	16
Lacticínios	17
Carne, pescado e ovos	18
Leguminosas	19
Gorduras e óleos	20
Tipo de Gorduras	21
Bebidas Alcoólicas	22
Sal	23
Substitutos aos Sal	24
Como dividir o prato	26
Objetivos SMART	28
Bibliografia	30

Recomendações da DGS

Em termos Nutricionais para a população Portuguesa

1. Promoção do aleitamento materno;
2. Aumento do consumo de hidratos de carbono complexos;
3. Aumento do consumo de fibras;
4. Redução do consumo dos lípidos totais, em especial à custa dos ácidos gordos saturados e colesterol;
5. Redução do consumo de sacarose;
6. Redução do consumo de sódio;
7. Redução do consumo de álcool;
8. Ingestão adequada de cálcio;
9. Ingestão adequada de flúor;
10. Adequação alimentar às necessidades energéticas.

Recomendações da DGS

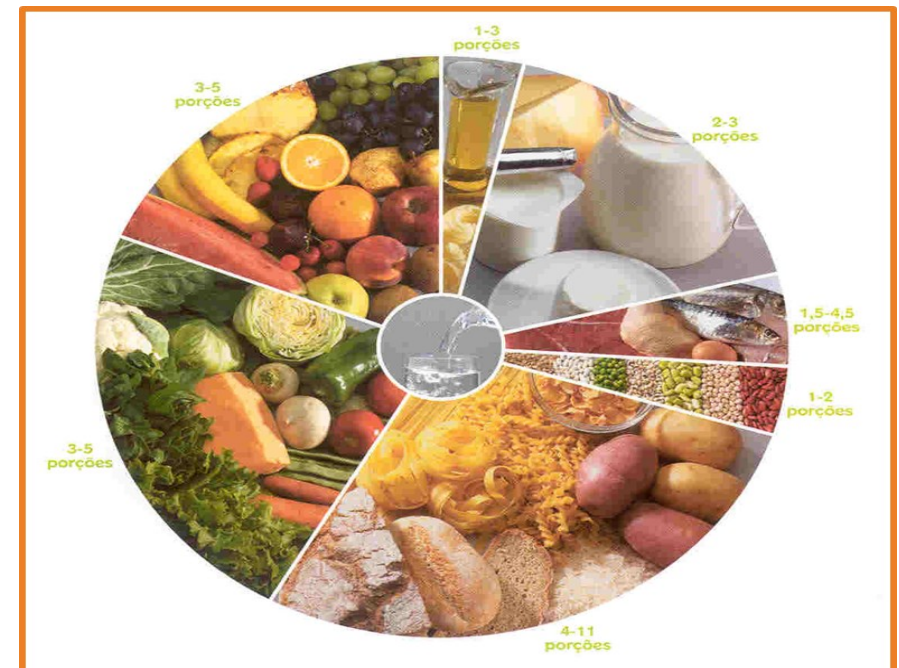
Específicas da alimentação:

1. Aleitamento materno nos primeiros meses de vida, pelo menos durante os primeiros seis meses;
2. Consumo adequado de cereais e seus derivados, como o pão e outros, batatas e leguminosas;
3. Aumento do consumo de produtos hortícolas e de frutos frescos;
4. Redução do consumo de gorduras, em especial das gorduras sólidas e das saturações; dar preferência ao consumo de azeite;
5. Aumento do consumo de peixe;
6. Redução do consumo de açúcar e de produtos açucarados;
7. Redução do consumo de sal;
8. Em caso de ingestão de bebidas alcoólicas, que esta seja feita com moderação. Grávidas, lactentes, crianças e jovens com menos de 17 anos nunca devem beber álcool;
9. Consumo adequado de leite e seus derivados;
10. Manutenção de um peso adequado à custa de um equilíbrio entre a ingestão alimentar e a atividade física;
11. Ingestão alimentar variada e fraccionada em pelo menos cinco refeições diárias;
12. Uma primeira refeição equilibrada logo após o acordar.

A Roda dos Alimentos

A nova roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar na alimentação diária: Cereais e derivados, tubérculos—28%; Hortícolas—23%; Fruta—20%; Lacticínios—18%; Carnes, pescado e ovos—5%; Leguminosas—4% e Gorduras e óleos—2%

A água encontra-se no centro da roda pois esta deve estar presente ao longo de todo o dia, sendo a água imprescindível à vida, é importante que seja ingerida em abundante quantidade ao longo do dia (1,5 a 3l)



O que é uma porção

Cereais e derivados, tubérculos (4 a 11)

- 1 pão (50gr);
- 1 fatia fina de broa (70gr);
- 1 e 1/2 batata—tamanho médio (35gr);
- 6 bolachas—tipo Maria/água e sal (35gr);
- 2 colheres de sopa de arroz/ massa crus (35gr);
- 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhada (110gr).

Hortícolas (3 a 5)

- 2 chávenas de hortícolas crus (180gr);
- 1 chávena de hortícolas cozinhados (140gr).

Fruta (3 a 5)

- 1 peça de fruta—tamanho médio (160gr).

Lacticínios (2 a 3)¹

- 1 chávena de leite (2050ml);
- 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200gr);
- 2 fatias finas de queijo (40gr);
- 1/4 de queijo fresco—tamanho médio (50gr);
- 1/2 requeijão—tamanho médio (100gr).

Carnes, pescada e ovos (1,5 a 4,5)

- Carnes/pescada crus (30gr);
- Carnes/pescada cozinhados (25gr);

O que é uma porção (ctn)

Leguminosas (1 a 2)

- 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex.grão de bico, feijão, lentilhas) (25gr)
- 3 colher de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80gr);
- 3 colher de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80gr).

Gorduras e óleos (1 a 3)

- 1 colher de sopa de azeite /óleo (10gr)
- 1 colher de chá de banha (10gr);
- 4 colheres de sopa de nata (30ml);
- 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina (15gr)

Nota: As porções aqui recomendadas foram calculadas para o valor energético de 1300Kcal a 3000 Kcal.

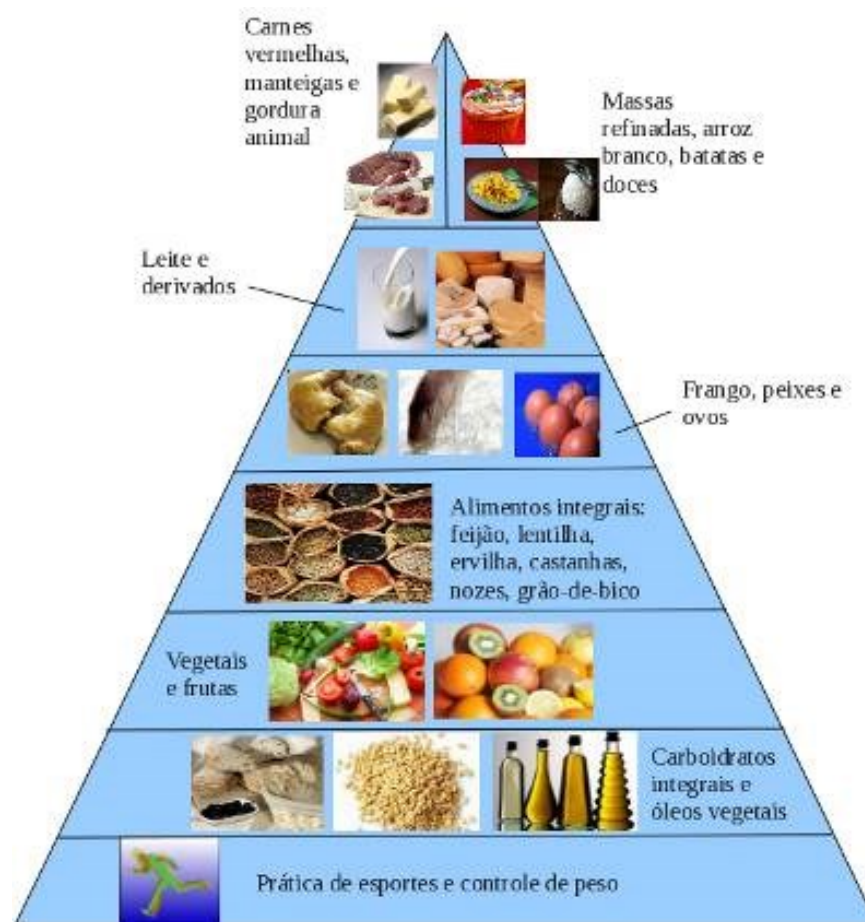
1– A maioria da população deve consumir 2 porções diárias, a excepção das crianças que deverão consumir 3.

Diariamente dever-se-á comer porções de todos os grupos.

O número de porções recomendado depende o valor energético que necessita, tendo o adulto que se guiar pelo valor intermédio de porções. Os valores limite (mínimo e máximo) das porções aqui recomendadas foram calculados para os valores energéticos de 1300Kcal e 3000Kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 2200Kcal.



Nova Pirâmide dos Alimentos



Os elementos da Nova Pirâmide dos Alimentos

Base: prática de exercícios físicos diários e controle do peso;

2º andar: Hidratos de carbono integrais e óleos vegetais (azeite de oliva, óleo de girassol e linhaça);

3º andar: vegetais e frutas;

4º andar: alimentos integrais (castanhas, amendoim, feijão, ervilha e grão-de-bico);

5º andar: carne branca (peixe, frango) e ovos;

6º andar: laticínios (leite e derivados) ou suplementos de cálcio;

7º andar: carne vermelha, gordura animal, hidratos de carbono (arroz branco, pão branco, macarrão) e doces;

As mudanças

Entram em destaque as gorduras boas, provenientes das castanhas, nozes, dos óleos vegetais e da carne de peixe;

Os hidratos de carbono continuam exercendo a mesma importância, mas, destacam-se os integrais em detrimento dos refinados, pois os hidratos de carbono integrais têm mais fibras e nutrientes, além de menor valor de açúcares;



Inclusão das castanhas, nozes, amêndoas e amendoins na alimentação, pois estes frutos são importantes fontes de sais minerais, proteínas, vitaminas e gorduras saudáveis.

São capazes de prevenir doenças hormonais como a tireoide, ajudam a diminuir o colesterol ruim do sangue e fornecem bastante energia.

As mudanças

As fontes de proteína estão divididas em carnes brancas e vermelhas, sendo importante optar pelas proteínas saudáveis e livres de gordura ruim.

As carnes vermelhas possuem maior taxa de gordura do que os ovos, frangos e peixes, por isso devem ser consumidas em menor quantidade.

Cereais e derivados, tubérculos (28%)

Os cereais, seus derivados e tubérculos são fornecedores de hidratos de carbono, a principal fonte energética das nossas células; fibras alimentares; minerais, como o Selênio, Potássio e Magnésio; e vitaminas, particularmente do complexo B (B1, B2, B3, B6) e C (tubérculos).

Estes são praticamente isentos de gordura e fornecedores de proteínas de média qualidade. Incluindo alimentos como o pão, arroz, massas, cereais e batatas.

Os cereais integrais são bastante ricos em fibra, que têm várias funções importantes no nosso organismo, particularmente ao nível do trato digestivo.

Os alimentos deste grupo devem estar presentes em todas as refeições.

Hortícolas (23%)

São fornecedores insubstituíveis de minerais (potássio, zinco, cálcio, magnésio, cobre, etc), de algumas vitaminas (especialmente a vitamina C), de diversos compostos protetores e de alguns tipos de fibras alimentares ou complantix. Por terem elevada concentração de elementos protetores e reguladores, mas com baixo valor energético, estes alimentos revelam-se aliados essenciais para a prática de hábitos alimentares saudáveis e para o cumprimento de planos alimentares destinados à redução de peso.

Como aproveitar o máximo de nutrientes...

- Prepare-os imediatamente antes de os usar para a que estes não fiquem muito tempo em contato com o oxigénio do ar, perdendo assim quantidades significativas de vitaminas;
- Se os cortar, descascar, ripar ou triturar faça-o imediatamente antes de os servir ou cozinhar;
- Não os deixe “de molho” (em água) durante longos períodos de tempo;
- Sempre que adequado procurar consumir estes alimentos crus, (ex: alface, salsa, couve roxa, etc...);
- Procure cozinhar estes alimentos durante o tempo estritamente necessário e em recipiente fechado, pois a exposição a altas temperaturas também reduz o conteúdo em determinadas vitaminas;
- Ao cozinhar os alimentos aproveite sempre a água da cozedura para outros cozinhados, caso não necessite cozinhe-os em quantidade mínima e indispensável ou opte por cozer a vapor.

Fruta (20%)

As frutas, tal como os hortícolas, são muito ricos em vitaminas, sais minerais, fibras (complantix) e vários micronutrientes protetores. Fornecem geralmente mais hidratos de carbono do que hortícolas e a frutose (açúcar característico dos frutos).

Como tirar o proveito total da fruta

- Sempre que possível consuma fruta fresca;
- Lave bem toda a fruta antes de consumir, mesmo a descascável;
- Retire a casca, se não tiver segurança em relação aos produtos químicos utilizados, uma vez que estes acumulam-se na casca;
- Evite cozer ou assar os frutos, pois ao cozinhar reduz o seu conteúdo em vitaminas e minerais;
- Evite o consumo de frutos com bolores, pois este aumenta o risco de aparecimento de diarreias, cólicas e mau estar intestinal;
- Os frutos enlatados conservados em calda podem ser consumidos seguramente, mas é importante estar atento ao seu conteúdo de açúcares, consulte sempre o rótulo;
- As compotas e geleias de frutos tem elevada percentagem de açúcar, pelo que deve ser consumido moderadamente;
- Quando se consome sumos de frutas naturais dever-se-á consumir logo após a sua confeção.

No grupo dos frutos secos (nozes, amendoins, avelãs, pinhões, figos secos, uvas, passas etc.) o seu consumo deverá ser realizado regularmente mas em proporções moderadas, por serem ricos em hidratos de carbono, fibras, minerais e fornecerem quantidades consideráveis de ácidos gordos polissaturados.

Laticínios (18%)

Os laticínios são geralmente definidos como produtos derivados do leite de vaca, como o leite simples, iogurte e queijo. Estes alimentos são boas fontes de proteínas, cálcio, vitaminas e de outros nutrientes essenciais.

É bom para os dentes e ossos e tem atenção ao alto valor de gorduras do queijo e do leite que são ricos em calorias e colesterol.

Nota: Veja sempre os rótulos dos alimentos para verificar as gorduras e seus tipos. Compare sempre a percentagem de gorduras entre os produtos.

Carne, pescado e ovos

O grupo da **carne, pescado e ovos** não fornecem hidratos de carbono, sendo constituídos essencialmente por proteína de alto valor biológico e gordura. As gorduras presentes podem ser saturada no caso da carne vermelha e ovos, monoinsaturada no caso da carne branca e polissaturada (ácidos gordos n-3) no caso do peixe.

São excelentes fontes de vitaminas do complexo B, ferro, zinco, fósforo e vitamina D.

Devem ser consumidos duas vezes por dia.

Algumas ideias:

- Bifes de vaca, peru, galinha, carne de porco, esparguete à bolonhesa ou almôndegas caseiras são boas opções.
- Sardinhas, salmão ou atum, carnes frias ou patés são boas opções para sanduíches.

O peixe num molho branco ou num molho de queijo é uma opção muito nutritiva.

Leguminosas (4%)

As leguminosas provêm de plantas cujas sementes crescem em vagens. Podem ser comestíveis como os feijões, soja, alfalfa, lentilhas, pinhões e ervilhas, ou não, como o trevo.

Os feijões são conhecidos por provocarem desconforto no estômago: são difíceis de absorver, porque contêm staquirose e rafinose, que não são absorvidos no intestino delgado e passam para o cólon. Mas se antes de serem cozinhados forem mergulhados em água pelo menos por algumas horas (de preferência durante a noite) tornam-se mais fáceis de cozinhar e causam menos flatulência.

As leguminosas apresentam grande percentagem de fibra, gordura pouco saturada de complexos hidratos de carbono e proteína e não contêm colesterol.

O consumo regular parece ter um efeito protetor contra doenças cardiovasculares e alguns câncros. Para ganhar o benefício da proteína da leguminosa esta deve ser cozinhada e comida com um cereal (de preferência cereal integral em grão).

O conteúdo nutricional das leguminosas maduras é diferente do conteúdo nutricional das leguminosas secas, já que estas são as “sementes” das plantas e portanto são nutricionalmente densos.

Gorduras e óleos (2%)

Numa alimentação saudável as gorduras dos alimentos são essenciais ao bom funcionamento do nosso organismo, e quando consumidas nas proporções recomendadas são bem toleradas e tem benefícios para o organismo. Quando a ingestão é excessiva pode levar a doenças como a obesidade, diabetes, hipertensão, hipercolesterolémia e doenças cardiovasculares.

Importância das gorduras

- Fornecem os ácidos gordos essenciais que não podem ser sintetizados pelo nosso organismo e são fundamentais para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental;
- São um veículo para a ingestão de vitaminas lipossolúveis (vit. A, D, E, K);
- Estimulam a secreção da biliar e melhoram o funcionamento da vesícula biliar;
- Atrasa o esvaziamento gástrico e por isso regulam o trânsito do bolo alimentar;
- Tem capacidade de saciar o apetite, contribuindo assim para a diminuição da quantidade de alimentos consumidos.

Tipo de Gorduras

Gorduras Boas	Gorduras Más	
Ácidos gordos monoinsaturados, polinsaturados, Ômega-3	Gorduras Saturadas	Gorduras “trans”
Podem ser encontradas em:	Podem ser encontrados em:	Podem ser encontrados em:
<ul style="list-style-type: none"> • Azeite, óleo de colza, milho, girassol, amendoim; • Frutos secos (amêndoas, nozes, caju); • Abacate; • Peixe (atum, sardinha, cavala, truta salmoadada, salmão). 	<ul style="list-style-type: none"> • Carne; • Manteiga; • Leite gordo; • Natas, queijo; • Banhas, margarinas industriais; • Assados; • Óleos tropicais (palma, coco). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolachas; • Salgados; • Biscoitos; • Bolos; • Batatas fritas; • Margarinas sólidas.

Bebidas Alcoólicas

As bebidas alcoólicas estão desaconselhadas na maioria das idades.

Aconselha-se a consumir álcool às refeições e moderadamente.

As bebidas alcoólicas quando consumidos em grandes quantidades dão a falsa sensação de saciedade e boa disposição.

Não ultrapasse as recomendações da OMS:

- Homens: 3 dl vinho ou 2 cervejas dia;
- Mulheres: 1,5 dl vinho ou 1 cerveja.



Sal

De acordo com um relatório publicado em 2003 pela Organização Mundial da Saúde, o ideal é consumir no máximo 5 gramas de sal (cloreto de sódio) por dia.

Sugestões Práticas Para Reduzir o Consumo diário de Sal

- Leia os rótulos dos alimentos e procure adquirir os que tiverem menor quantidade de sal, (cloreto de sódio (NaCl));
- Diminua gradualmente a quantidade de sal que adiciona durante a confecção dos alimentos, utilizando ervas aromáticas, especiarias, vinho ou sumo de limão para temperar a comida (ver tabela da pág. 20 e 21);
- Não leve o saleiro para a mesa;
- Deixar a carne e o peixe a marinar, antes de os convencionar, em vinha de alhos ou com outros temperos sem sal. Deste modo, o sabor e aroma dos temperos adicionados ficarão mais intensos e o resultado final mais saboroso;
- Utilize alimentos coloridos como tomate, cenoura, pimento verde, amarelo, vermelho ou laranja, brócolos, milho, feijão, beringela, couve roxa, beterraba, ananás, laranja, maçã etc. ... para dar gosto aos pratos;
- Evite consumir alimentos com elevado teor em sal, tais como: Produtos de salsicharia, charcutaria e alimentos fumados (ex.: fiambre, presunto, chouriços, alheiras, bacon); Sopas instantâneas; Caldos concentrados; Rissóis, croquetes, chamuças, bolinhos de bacalhau, panados; Alimentos enlatados; Ketchup, maionese, mostarda, molho de soja; Folhados; Determinados tipos de queijo; Comida congeladas prontas a consumir; Margarinas, manteiga e outras gorduras para barrar; Batatas fritas de pacote e outros aperitivos muito salgados; Azeitonas; Águas minerais gaseificadas.

Substitutos ao Sal

Substitua o sal por	Parte mais utilizada	Usos mais comuns em culinária
Aipo	Caules e folhas - fresco	Sopas, caldos de carne, estufados e cozidos de carne
Açafrão	Estigma da planta secos e não maduros	Sopas, pratos de peixe, caldeiradas, arroz e certos molhos
Açafrão da terra ou curcuma	Raiz - seca	Pratos com ovos, molhos cremosos, massas, frango, peixes, arroz, pães
Açafrão espanhol	Botão - seco	Arroz, paella, risotos, peixes, frutos do mar, pães
Alcaparra	Botão floral - seco	Saladas, carnes diversas, molhos, peixes, pizzas
Alcarávia ou kummel	Semente	Carnes, assados, sopas de legumes, saladas, marinadas, patês
Alecrim	Caule e folhas - seco	Marinadas, coelho, aves e carne de porco grelhados, aromatizante de água para a cozedura de massa ou arroz

Substitutos ao Sal

Substitua o sal por	Parte mais utilizada	Usos mais comuns em culinária
Alho	Bolbo	Muito vasto, desde sopas de legumes, estufados, assados, cru em molhos como o molho verde, etc. ...
Anis ou erva-doce	Sementes	Tortas, peixes, ensopados, queijos, massas, purés, carnes
Cardamomo	Vagem	Sopas, molhos, alguns pratos de carne e peixe
Caril	Em pó	Peixe, moluscos, molhos, aves, ovos, arroz, massas, estufados
Cebola	Bolbo	Muito vasto, cozidos, grelhados, assados no forno, estufados, carnes, peixes, saladas, legumes, feijão, molhos
Cebolinho	Folhas - fresco, seco	Saladas, pratos de ovos, queijo
Cerefólio	Folhas - fresco	Saladas, molhos, sopas
Coentro	Folhas, grão	Saladas, sopas, arroz, massa, ervilhas, favas, marinadas
Colorau ou pimentão	Polpa do pimento doce maduro reduzido a pó	Estufados, assados no forno, ensopados, carnes de porco, bacalhau e outros pratos de peixe
Cominho	Grãos	Carnes de porco, estufados

Como dividir o prato

Refeições Principais (Almoço e Jantar)

Come-se sempre com uma sopa, com base de batata, cenoura, abobora, feijão e com legumes.



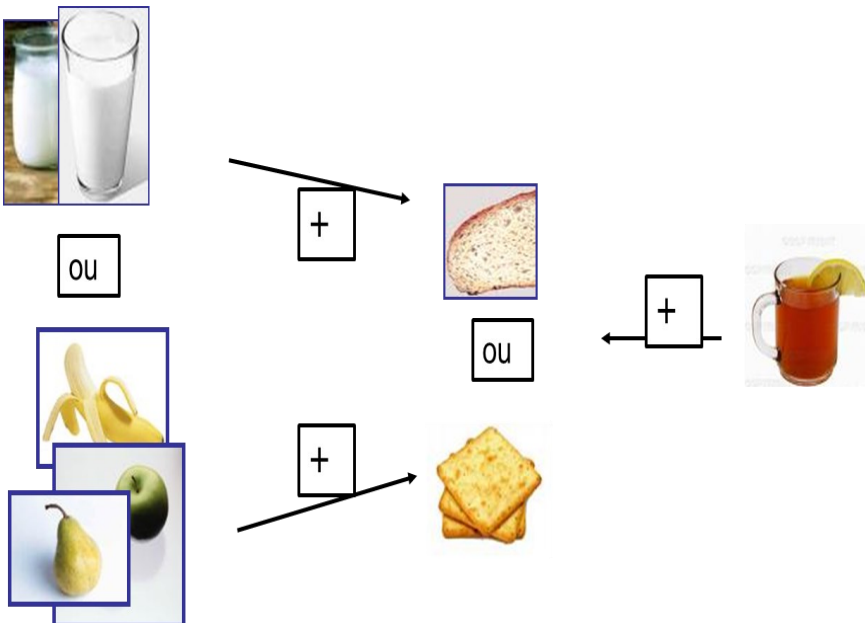
Divida o prato principal em três partes: A 1ª e maior devem estar presentes os legumes ou vegetais, a 2ª Hidratos de Carbono e a 3ª Carne ou peixe.



Como dividir o prato

Refeições Intermédias (pequeno almoço, lanches da manhã e tarde e noite (se justificar))

Estas refeições sempre que possível devem ser realizada calmamente e na posição de sentado (principalmente o pequeno almoço) e deve ser constituída por fruta ou lacticínios mais um Hidrato de carbono e água



Objetivos SMART

O que são?

São objetivos que nos propomos a atingir de forma a que sejam:

- e**S**pecíficos;
- **M**ensuráveis;
- **A**tingíveis;
- **R**elevantes
- **T**emporalmente definidos.

Porquê definir objetivos SMART?

Torna-se importante definir os objetivos SMART porque é uma forma de controlarmos as decisões tomadas, verificarmos os ganhos obtidos e estabelecermos novos objetivos.

Objetivos SMART

Os meus objetivos SMART a curto prazo...

O que irei fazer?	Como irei fazê-lo?	Onde irei fazê-lo?	Quando irei fazê-lo?	Com quem irei fazê-lo?	Quanto tempo tenho para atingir esse objetivo?

Os meus objetivos SMART a longo prazo...

O que irei fazer?	Como irei fazê-lo?	Onde irei fazê-lo?	Quando irei fazê-lo?	Com quem irei fazê-lo?	Quanto tempo tenho para atingir esse objetivo?

Bibliografia

- Cartilha da Alimentação
- Direção Geral da Saúde—www.dgs.pt
- Organização Mundial da Saúde— www.who.int

SANDRA FAGUNDES FONSECA

Contatos:

Extensão 11317/21141

Correio eletrónico:
sandra.fonseca@chlc.min-saude.pt

APÊNDICE 13
Plano da Terceira Sessão – Exercício Físico

Plano da 3ª Sessão: Exercício Físico

Tema da sessão: Exercício Físico

População Alvo: Profissionais com hipertensão arterial que participaram no questionário inicial.

Local: Centro de Formação, CHLC/HSAC

Data: 11 de Dezembro de 2012 **Duração:** 60 min

Formador: Enfª Sandra Fagundes Fonseca

Objetivo geral: Capacitar a população a realizar um regime de exercício físico

Objetivos específicos: Identificar 2 erros face ao regime de exercício físico. Realizar no mínimo de 30min de exercício físico dia.

Selecionar os objetivos SMART.

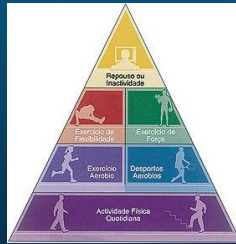
Etapas	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Tema e Objetivos	Expositivo	Exposição	PowerPoint		1
	Ponto com a sessão anterior	Expositivo	Exposição			4
Desenvolvimento	Avaliação em grupo dos registos	Interrogativo Interativo	Formação de perguntas	Quadro branco	Avaliação inicial	10

	Exercício físico	Expositivo	Exposição	PowerPoint Quadro branco		15
	Exercício Físico	Interativo	Exercícios	Fita elástica		22
Conclusão	Síntese da sessão	Expositivo	Exposição	PowerPoint, vídeo		4
Avaliação	Verificação da aprendizagem	Expositivo	Interrogativo	Fotocópias	Avaliação sumativa	2
	Concluir, despedir	Expositivo	Exposição	PowerPoint		1

APÊNDICE 14
Apresentação da Terceira Sessão – Exercício Físico

Exercício Físico

“Viver com Hipertensão Arterial”



Elaborado por: Enfª Sandra Fonseca
Orientadora Local: Enfª Angelina Diogo
Orientadora: Prof. Doutora Lourdes Varandas

Objetivo Geral

- Capacitar a população a realizar um regime de exercício físico

Objetivo Especifico

- Identificar 2 erros face ao regime de exercício físico;
- Realizar no mínimo de 30min de exercício físico dia;
- Selecionar os objetivos SMART.

3

Os meus
registos de
exercício
físico...

4

Exercício Físico...

5

O que é o Exercício Físico/ Atividade física?

- Pode ser considerado um exercício físico todos os movimentos humanos e muitos tipos de atividades, tais como passatempos, exercícios, desportos de competição ou atividades quotidianas.
- Mas para ser considerado uma atividade física tem que ser realizada durante pelo menos 10 min sem paragens.

6

Importância da Atividade Física



Ajuda a
diminuir o
peso



Estimula o
bem-estar e



Diminui o
aparecimento
de
depressões



Importância da Atividade Física



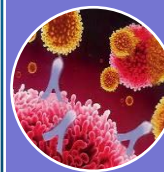
Ajuda a
controlar a
Hipertensão



Melhora os
batimentos
cardíacos



Diminui o
valor do
Colesterol



Aumenta as
defesas do
corpo.



Pirâmide do Atividade Físico



9

Diariamente, sempre que possível

- Todas as atividades de casa;
- Evite utilização de elevador, prefira as escadas;
- Aproveite os transportes e saia na paragem anterior.

10

2 a 5 vezes por semana...

- Caminhada 20-60min dia;
- Corrida;
- Dança;

2 a 3 vezes por semana...

- Jardinagem;
- Flexibilidade;
- Força.

Mínimo possível

- Ver TV;
- Estar no computador;
- Estar no sofá.

O princípio FITT

No planeamento da sua atividade física, tenha em conta:

Frequência

Intensidade

Tempo

Tipo

Síntese

- Ao vir de transportes públicos, saia na paragem anterior a que era previsto e faça o restante caminho a pé;
- Se vem de carro deixe o carro o mais longe possível do local previsto e faça uma caminhada a pé;
- Faça caminhadas de relaxamento, aumentando a frequência e tipo de atividade;

- Realize exercícios de flexibilidade sempre que faça atividades mais vigorosas;
- Aproveite os tempos livres para fazer passeios ao ar livre, jardinagem...;
- Realize exercícios de fortalecimento muscular para aumentar a força muscular.

Avaliação da sessão

Avaliação

- Como deve iniciar a sua atividade física?
- Quando deve aumentar a força e resistência dos mesmos?
- Que exercício vai começar a realizar?

Bibliografia

- www.dgs.pt
- www.who.int

Bem haja!
Disponham sempre

APÊNDICE 15
Livro de apoio – Exercício Físico

Exercício Físico

“Viver com Hipertensão Arterial”



Elaborado por: Enf^a Sandra Fonseca

Orientadora Local: Enf^a Angelina Diogo

Orientadora: Prof. Doutora Lourdes Varandas

Índice

Recomendações da DGS	4
Vantagens da Atividade Física regular	5
Pirâmide da Atividade Física	6
Que quantidade de Exercício Físico é necessário?	7
Como iniciar o Exercício Físico	8
Primeiro patamar da pirâmide	9
Segundo patamar da pirâmide	10
Princípios F.I.T.T.	11
Exercício com Fita — Localização Costas	12
Exercício com Fita—Localização Peito	15
Bibliografia	18

Recomendações da DGS

O Plano Nacional de Saúde refere que apesar de serem evidentes os benefícios do exercício físico para a saúde, os mesmos são particularmente baixos, nomeadamente a partir dos 55 anos altura em que a prevalência de doenças como osteoartrose, doenças cardiovasculares e diabetes aumentam, como se verifica nos resultados dos inquéritos nacionais de saúde.

Sabe-se que a atividade física tem benefícios para a saúde, pois reduz o risco de doenças cardiovasculares e de diabetes tipo 2, entre outras patologias. Isso acontece porque há melhoria do metabolismo da glicose, da redução das gorduras e da diminuição da tensão arterial. Também a realização de exercício físico melhora o sistema músculo-esquelético, o controle do peso corporal e reduz os sintomas de depressão.

Logo o ideal seria a implementação de programas de exercício físico em espaços comunitários de fácil acesso à população, cuja finalidade seria a prática regular e contínua de exercício, para haver ganhos em saúde.

Vantagens da Atividade Física regular:

- Reduz o risco de morte prematura;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afeta 1/5 da população adulta mundial;
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fêmur nas mulheres;
- Ajuda na manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão;
- Ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável), especialmente em crianças e adolescentes.

Pirâmide da Atividade Física



Que quantidade de Exercício Físico é necessário?

Para melhorar e manter o melhor bem estar de saúde são necessários 30 minutos de exercício físico moderado acumulado, todos os dias. Para atingir este objetivo deverá realizar atividades físicas agradáveis, tais como caminhar para o local de trabalho, subir escadas, jardinagem, dançar e muitos outros desportos recreativos.

Para se ter um benefício extra da prática do exercício físico e para o controlo do peso dever-se-á realizar pelo menos 60 minutos diários de exercício físico vigoroso/moderado.

Motivação para o exercício físico

Para uma prática eficaz é necessário estipular objetivos (SMART) para a própria prática de exercício físico, de forma a ter motivação para a prática da mesma. Se tem múltiplas razões para praticar exercício, vai ter sempre algo para o fazer ir em frente, mesmo quando a sua motivação é baixa. A parte mais difícil é começar... se conseguiu chegar tão longe, já ganhou metade da batalha.

Para ajudar a ultrapassar as possíveis barreiras, aqui fica algumas dicas:

- Relembre a si próprio dos seus objetivos;
- Pense num evento futuro para o qual gostaria de alcançar esse objetivo (casamento, férias, etc.);
- Imagine o quão relaxado fica após o seu treino;
- Pense no exercício como um dos únicos períodos de tempo que tem para si próprio ao longo do dia;
- Pense nos benefícios para a sua saúde.

Como iniciar o Exercício Físico

O volume e o tipo de exercício físico que vai fazer vai depender do exercício que já realiza. Tente sempre que possível cumprir a pirâmide do exercício físico.

Linhas orientadoras para a base da pirâmide

Para começar evite levar o carro para todo o lugar, aproveite a ida para o trabalho para caminhar, ficando por exemplo na paragem do autocarro anterior a que costumava sair.

Pode sempre que possível, caso more num prédio, evitar a utilização do elevador, dando sempre preferência as escadas.

Caso tenha cães dê uma passeio maior com eles.

Todo o tipo de atividades que se realiza em casa pode ser considerado exercício físico desde que realizado durante 20 min sem pausas.

Primeiro patamar da pirâmide

Tire 20 a 60 min por dia para iniciar a prática de outro tipo de exercício este pode ser a marcha, correr, passeios de bicicleta, nadar ou dançar, desde que realizado de forma contínua. Este tipo de exercício fortalece o coração e pulmões, aumenta a resistência e queima calorias, o que vai ajudar a perder peso.

Inicie por um período curto, por exemplo 20 min de caminhada, aumentando o tempo à medida que se sinta a vontade.

Sempre que sentir à vontade nesta tarefa aumente a dificuldade, devendo iniciar sempre por uma marcha lenta, passando posteriormente para uma marcha mais rápida e só depois para corrida.

Inicie dia sim dia não até atingir os 7 dias da semana.

Pode dividir o exercício por dois períodos do dia, quando estiver por exemplo com 60 min dia.

Segundo patamar da pirâmide

Neste patamar estão presentes as atividades de lazer e a flexibilidade e força.

Aproveite sempre que possível para tratar do jardim e quintal, de forma a distrair e descontrair.

Na parte da flexibilidade e força, a flexibilidade é muito importante quando aumenta a frequência do período da marcha e em qualquer parte do dia.

Sempre que faça mais de 30 min de exercício deve sempre fazer uns alongamentos para evitar as dores musculares, especialmente se temos zonas sensíveis ou alguma situação crónica.

A força ajuda a aumentar a capacidade muscular e a aguentar as atividades do dia a dia. Com este tipo de treino, levantamos pesos (com máquinas, halteres, elásticos) para fortalecer os músculos, ossos e tecidos adjacentes.

O treino de força torna-se tão importante para a perda de peso como qualquer outro tipo de exercício. Normalmente, conforme aumentamos os níveis de força, aumentamos também a massa muscular magra, o que vai aumentar o metabolismo e reduzir a percentagem de gordura corporal.

Princípios F.I.T.T.

Os princípios FITT ajudam a elaborar os seus objetivos SMART e a evoluir na sua própria capacidade de realização dos exercício físico que pode manipular de forma a evitar a fadiga e ao mesmo tempo mantê-lo desafiado, sendo:

F- Frequência – Com que frequência faz exercício físico

I - Intensidade – O quão forte você treina

T - Tempo – Quanto tempo treina

T - Tipo – Que tipo de exercício físico pratica (ex.: correr, caminhar, etc.)

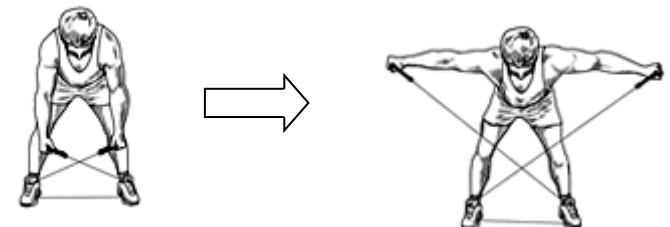
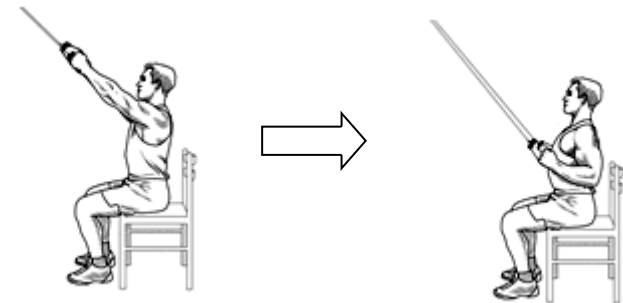
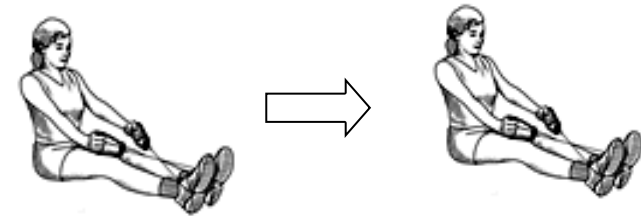
Quando se treina com frequência, tempo e intensidade suficiente começa-se a notar diferenças no seu peso, percentagem de massa gorda, na capacidade de resistência e força.

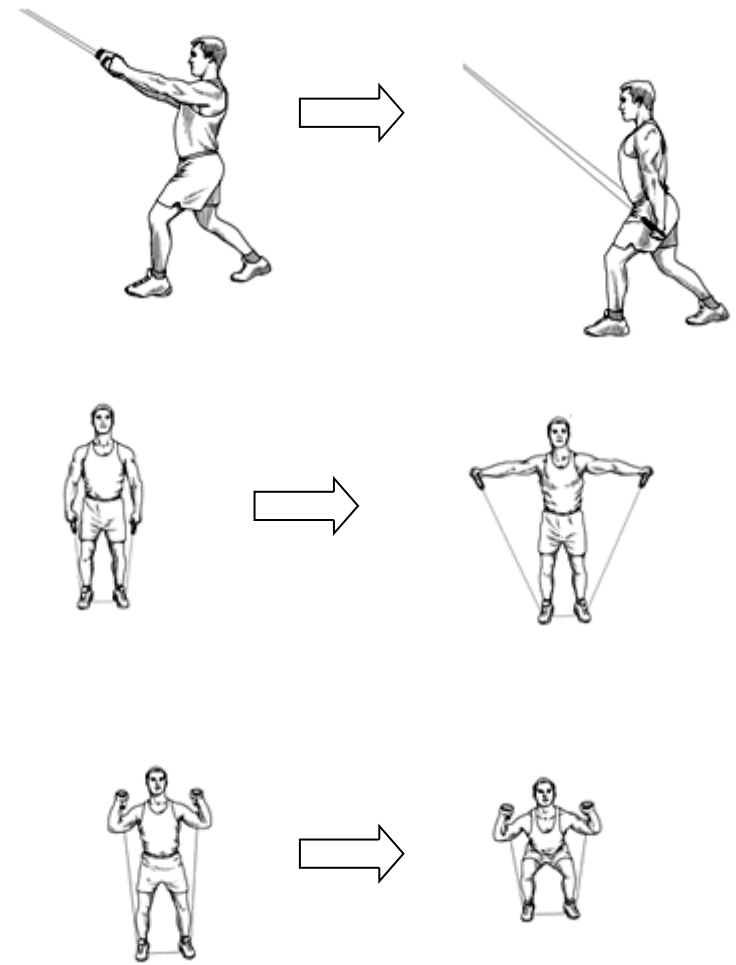
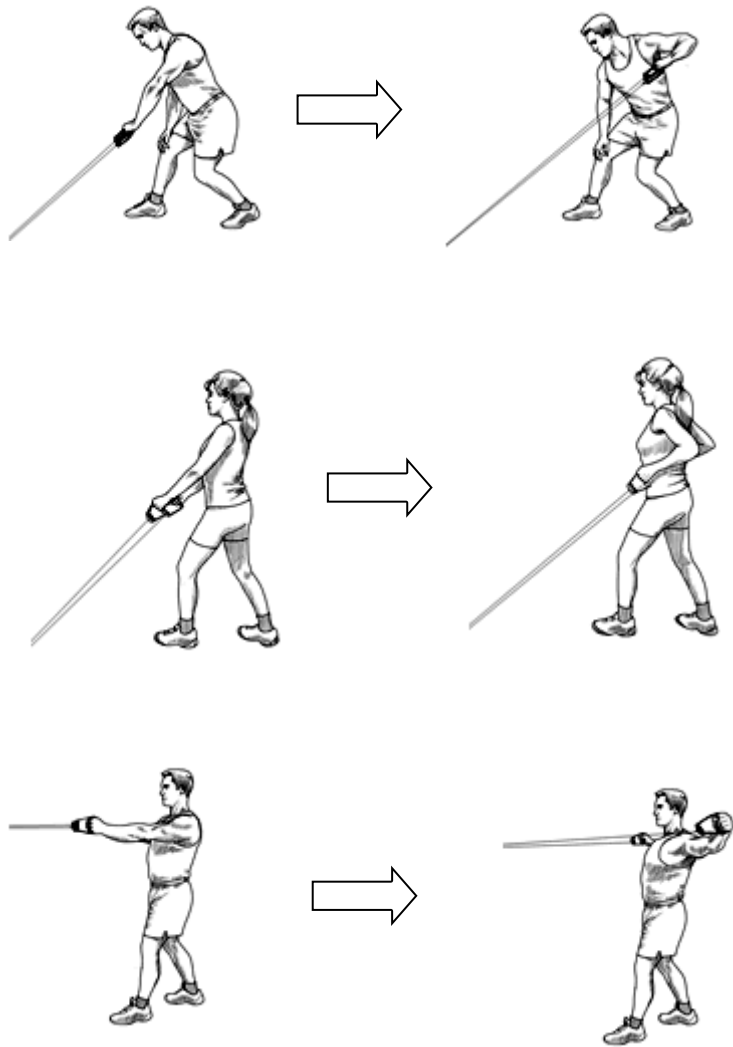
Quando sentir que o seu corpo se adaptou ao seu novo nível de FITT, aumente o exercício realizado. Por exemplo, se está a caminhar 20 minutos 2 vezes por semana e deixou de notar evolução, mude o seu plano, podendo seguir os seguinte pensamento:

Frequência – Adicione mais um dia de caminhada

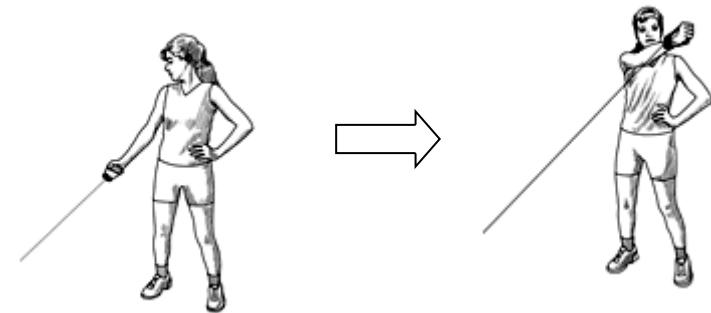
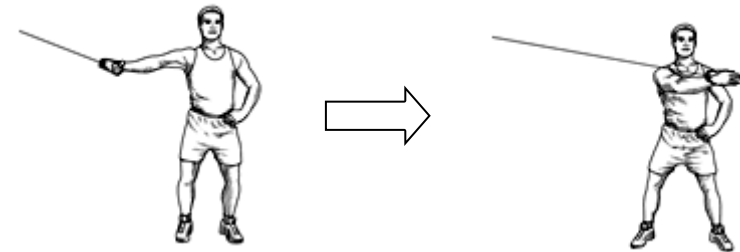
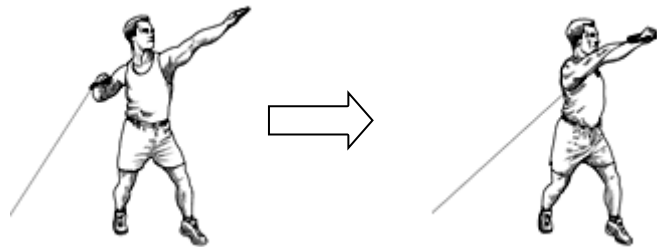
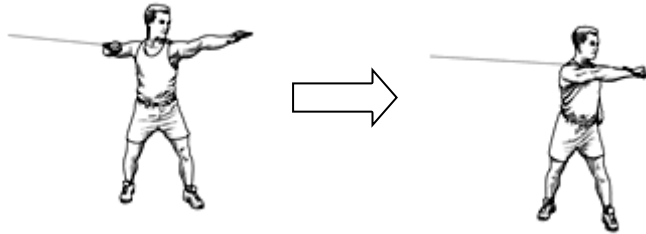
Intensidade – Passe de marcha, para marcha rápida

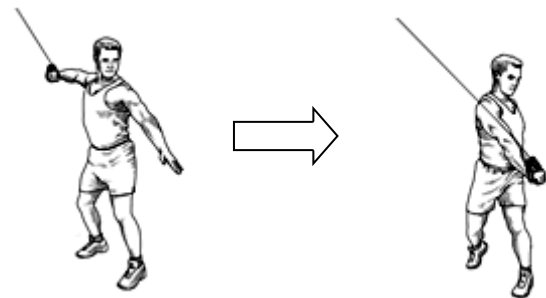
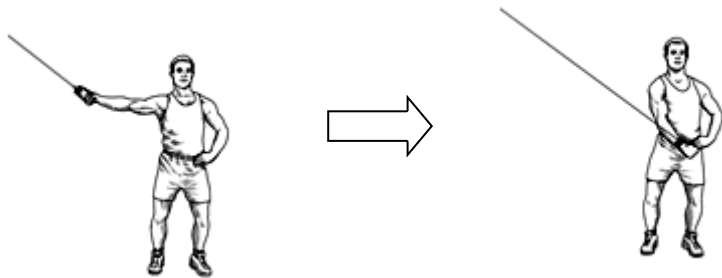
Exercícios com fita- Localização Costas





Exercícios com fita- Localização Peito





Bibliografia

- Direção Geral da Saúde—www.dgs.pt
- Organização Mundial da Saúde— www.who.int
- <http://www.fitnessbliss.com/pt/exerc%C3%ADcios/exerc%C3%ADcios-com-banda.html>

SANDRA FAGUNDES FONSECA

Contatos:

Extensão 11317/21141

Correio eletrónico:
sandra.fonseca@chlc.min-saude.pt

APÊNDICE 16
Plano da Quarta Sessão – Avaliação

Plano da 4ª Sessão: Avaliação

Tema da sessão: Avaliação das sessões anteriores

População Alvo: Profissionais com hipertensão arterial que participaram no questionário inicial.

Local: Área da Saúde Ocupacional, CHLC/HSAC

Data: 1 e 8 de Fevereiro de 2013 **Duração:** 60 min

Formador: Enfª Sandra Fagundes Fonseca

Objetivo geral: Avaliar a alteração de comportamento face a uma alimentação saudável, exercício físico. Avaliar a perceção da qualidade de vida

Objetivos específicos: Identificar 2 alterações feitas face ao regime de exercício físico e alimentação saudável. Aplicar os questionários realizados no início do projeto.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Tema e Objetivos	Expositivo	Exposição	PowerPoint		1
Desenvolvimento	Averiguar as alterações de hábitos realizadars	Interrogativo Interativo Expositivo	Formação de perguntas Exposição	Quadro branco PowerPoint Quadro branco		10
	Exercício físico	Interativo				15

	Alimentação Saudável					22
Conclusão	Síntese das sessões anteriores	Expositivo	Exposição	PowerPoint, vídeo		17
Avaliação	Avaliação de parâmetros	Interativo: Realizar a avaliação dos parâmetros;	Livro de registo; Balança, fita métrica; esfigmomanómetro; Tabela do Risco Cardiovascular; Tabela IMC.		Avaliação final	15
	Aplicação de questionários	Expositivo	Interrogativo	Fotocópias		
	Concluir, despedir	Expositivo	Exposição	PowerPoint		1

APÊNDICE 17
Apresentação da Quarta Sessão – Avaliação

Alimentação Saudável/ Exercício Físico

“Viver com Hipertensão Arterial”



Elaborado por: Enfª Sandra Fonseca
Orientadora Local: Enfª Angelina Diogo
Orientadora: Prof. Doutora Lourdes Varandas

Objetivo Geral

- Avaliar a alteração de comportamento face a uma alimentação saudável, exercício físico;
- Avaliar a perceção da qualidade de vida.

Objetivo Especifico

- Identificar 2 alterações feitas face ao regime de exercício físico e alimentação saudável.
- Aplicar os questionários realizados no início do projeto.

Que alterei?

- Durante estas sessões alterei.....

Síntese

- Vídeo:
- <http://www.youtube.com/watch?v=2RYyuNxQ8wE>

Bem haja!
Disponham sempre

APÊNDICE 18
Indicadores de avaliação

Os indicadores que utilizados para a avaliação foram divididos em indicadores de processo, indicadores de processo e indicadores de resultados, que apresentamos seguidamente.

Os indicadores de processo são:

$$\text{Indicador de adesão} = \frac{\text{Número de participantes em cada sessão}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$$

$$\text{Indicador de adesão 1ª Sessão} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de adesão 2ª Sessão} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de adesão 3ª Sessão} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de adesão 4ª Sessão} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de participação} = \frac{\text{Número de participantes ativos por sessão}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$$

$$\text{Indicador de participação 1ª Sessão} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de participação 2ª Sessão} = \frac{15}{17} \times 100 = 88.24\%$$

$$\text{Indicador de participação 3ª Sessão} = \frac{16}{17} \times 100 = 94,12\%$$

$$\text{Indicador de participação 4ª Sessão} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de eficácia} = \frac{\text{Número de sessões realizadas}}{\text{Número de sessões programadas}} \times 100$$

$$\text{Indicador de eficácia} = \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Indicador de satisfação} = \frac{\text{feedback dos participantes positiva}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$$

$$\text{Indicador de satisfação} = \frac{17}{17} \times 100 = 100\%$$

Os indicadores de resultado:

$$\text{Incidência de exercício físico} = \frac{\text{Nº novos casos que iniciaram a prática de exercício físico}}{\text{Nº total do grupo}} \times 100$$

$$\text{Indicador de satisfação} = \frac{10}{17} \times 100 = 58.82\%$$

$$\text{Prevalência de exercício físico} = \frac{\text{Nº casos que praticam exercício físico}}{\text{Nº total do grupo}} \times 100$$

$$\text{Prevalência de exercício físico} = \frac{16}{17} \times 100 = 94.12\%$$

$$\text{Perímetro Abdominal} = \frac{\text{Média do perímetro final}}{\text{Média do perímetro inicial}} \times 100$$

$$\text{Perímetro Abdominal} = \frac{95.94}{99.50} \times 100 = 96.42\%$$

$$\text{IMC} = \frac{\text{Média IMC final}}{\text{Média IMC inicial}} \times 100$$

$$\text{IMC} = \frac{27.81}{29.43} \times 100 = 94.49\%$$

$$\text{Colesterol total} = \frac{\text{Média Colesterol final}}{\text{Média Colesterol inicial}} \times 100$$

$$\text{Colesterol total} = \frac{200}{203.56} \times 100 = 98.25\%$$

APÊNDICE 19
Tratamento dados estatísticos da avaliação

Após o término deste PIC foi feita o preenchimento, por parte dos participantes, do questionário SF-36 v2, com intuito de se perceber se ao intervir nos hábitos e estilos de vida haveria alterações na percepção do estado de saúde. Pelo que seguidamente é apresentado a análise descritiva de todas as questões, comparando-as com os resultados obtidos no questionário inicial, de forma a saber como estas influenciaram as dimensões correspondentes.

Tabela 38: Questão 1 - Em geral, que diria da sua saúde

Questão 1	Frequência	Percentagem (%)
(N=17)		
Optima	1	5.9
Muito boa	1	5.9
Boa	10	58.8
Razoável	5	29.4
Fraca	0	0
Total	17	100

No que concerne a saúde geral houve um aumento do que consideravam boa de 41.2% (n=7) para 58.8% (n=10) e 5.9% (n=1) de muito boa para ótima, logo influenciou positivamente a dimensão da SG.

Tabela 39: Questão 2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual

Questão 2	Frequência	Percentagem (%)
(N=17)		
Com algumas melhoras	7	41.2
Aproximadamente igual	10	58.8
Um pouco pior	0	0
Total	17	100

Consideram que a sua saúde teve algumas melhorias no último ano consideram que mantem-se aproximadamente igual 58.8% (n=10) sendo com algumas melhorias em 41.2% (n=7).

Tabela 40: Questão 3 - As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(N=17)	a)		b)		c)		d)		e)		f)		g)		h)		i)		j)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim muito limitado/a	1	5.8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	17.6	0	0	0	0	1	5.9	0	0
Sim um pouco limitado/a	12	70.6	4	23.5	7	41.2	10	58.8	3	17.6	4	23.5	5	29.4	4	23.5	2	11.8	1	5.9
Não nada limitado/a	4	23.5	13	76.5	10	58.8	7	41.2	14	82.4	10	58.8	12	70.6	13	76.5	4	23.5	8	47.1
Total	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes...
- b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa...
- c) Levantar ou pegar nas compras da mercearia.
- d) Subir vários lanços de escadas.
- e) Subir um lanço de escadas.
- f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.
- g) Andar mais de 1 Km
- h) Andar várias centenas de metros
- i) Andar uma centena de metros
- j) Tomar banho ou vestir-me sozinho/a

Comparando com as respostas dadas inicialmente verificamos uma melhoria dos resultados desta questão, apesar na alínea f) e i) ter aumentado o número de resposta a muito limitado/a, também verificamos um aumento de respostas a não, nada limitado, pelo que podemos concluir que houve melhoria dos resultados em geral, que influíram positivamente a dimensão da FF.

Tabela 41: Questão 4 - Durante as ultimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico

Questão 4	a)		b)		c)		d)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
(N=17)								
Sempre	1	5.9	0	0	0	0	0	0
A maior parte do tempo	0	0	0	0	1	5.9	0	0
Algum tempo	2	11.8	2	11.8	2	11.8	0	0
Pouco tempo	1	5.9	2	11.8	3	17.6	5	29.4
Nunca	13	76.5	13	76.5	11	64.7	12	70.6
Total	17	100	17	100	17	100	17	100

a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades

b) Fez menos do que queria

c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades

d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)

Podemos verificar que nas últimas quatro semanas as alterações na sua vida relacionada com a saúde física apresentam melhores resultados do que antes da intervenção. Como se verificar na tabela anterior, logo, consequentemente influenciou positivamente a dimensão do DF.

Tabela 42: Questão 5 - Durante as ultimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum tipo dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	a)		b)		c)	
	F	%	F	%	F	%
(N=17)						
Sempre	1	5.9	1	5.9	0	0
A maior parte do tempo	0	0	0	0	2	11.8
Algum tempo	4	23.5	2	11.8	2	11.8
Pouco tempo	2	11.8	7	41.2	4	23.5
Nunca	10	58.8	7	41.2	9	52.9
Total	17	100	17	100	17	100

a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades

b) Fez menos do que queria

c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume

Nesta questão pode-se verificar que a nível emocional nas últimas quatro semanas, os resultados mantiveram-se sensivelmente iguais aos apresentados inicialmente.

Tabela 43: Questão 6 - Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Questão 6		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Absolutamente nada	7	41.2
	Pouco	4	23.5
	Moderadamente	4	23.5
	Bastante	2	11.8
	Imenso	0	0
	Total	17	100

Verifica-se que a saúde física e psicológica, que interfere no relacionamento com a família e amigos, reduziu para 58.8% (n=10) em vez dos 70.6% (n=12). Desta forma a FS obteve ganhos.

Tabela 44: Questão 7 - Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Questão 7		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Nenhumas	4	23.5
	Muito fracas	3	17.6
	Ligeiras	5	29.4
	Moderadas	5	29.4
	Fortes	0	0
	Muito fortes	0	0
	Total	17	100

O nível de dor, nas últimas quatro semanas, também alterou face ao exposto no início do projeto. Os participantes que referem ter dor, referem-na como moderada e ligeira, facto que não se verificava inicialmente, logo vai-se espelhar na dimensão da DC.

Tabela 45: Questão 8 - Durante as ultimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Questão 8		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	Absolutamente nada	6	35.3
	Pouco	5	29.5
	Moderadamente	5	29.5
	Bastante	1	5.9
	Imenso	0	0
	Total	17	100

E somente 35.3% (n=6) refere que esta interfere no seu trabalho normal, moderadamente e bastante.

Tabela 46: Questão 9 - As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

Questão 9 (N=17)	a)		b)		c)		d)		e)		f)		g)		h)		i)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sempre	5	29.4	0	0	0	0	3	17.6	3	17.6	0	0	0	0	6	35.3	0	0
A maior parte do tempo	4	23.5	0	0	1	5.9	8	47.1	4	23.5	0	0	3	17.6	6	35.3	3	17.6
Algum tempo	7	41.2	8	47.1	2	11.8	5	29.4	6	35.3	5	29.4	8	47.1	3	17.6	7	41.2
Pouco tempo	1	5.9	7	41.2	6	35.3	1	5.9	3	17.6	4	23.5	3	17.6	2	11.8	6	35.3
Nunca	0	0	2	11.8	8	47.1	0	0	1	5.9	8	47.1	3	17.6	0	0	1	5.9
Total	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?
- b) Se sentiu muito nervoso/a?
- c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?
- d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?
- e) Se sentiu com muita energia?
- f) Se sentiu deprimido/a?
- g) Se sentiu estafado/a?
- h) Se sentiu feliz?
- i) Se sentiu cansado?

As questões analisadas na tabela anterior avaliam como o participante sentiu nas últimas quatro semanas. Verifica-se que 94.1% sentiu-se com vitalidade, calmo e tranquilo (n=16), 47.1% sentiu nervosismo (n=8), 29.4% sentiu-se deprimido (n=5), 77.5% com energia (n=13), 64.7% estafado (n=11), 58.8% cansado (n=10), mas 88.2% feliz (n=15) de sempre a algum tempo. Em suma, pode-se referir que houve melhorias nos resultados apresentados, o que se reflete nas dimensões VT e SM.

Tabela 47: Questão 10 - Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Questão 10		Frequência	Percentagem (%)
(N=17)	A maior parte do tempo	1	5.9
	Algum tempo	3	17.6
	Pouco tempo	7	41.2
	Nunca	6	35.3
	Total	17	100

35.3% dos participantes (n=6) refere que os problemas de saúde física e emocional nunca os afetaram de ir visitar familiares e amigos, apesar dos resultados serem sensivelmente iguais aos iniciais, evidencia-se algumas melhorias no algum tempo para pouco tempo e desta forma influencia positivamente a dimensão FS.

Tabela 48: Questão 11 - Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Questão 11	a)		b)		c)		d)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
(N=17)								
Absolutamente verdade	1	5.9	2	11.8	0	0	1	5.9
Verdade	0	0	6	35.3	1	5.9	6	35.3
Não sei	2	11.8	6	35.3	7	41.2	7	41.2
Falso	7	41.2	3	17.6	2	11.8	3	17.6
Absolutamente Falso	7	41.2	0	0	7	41.2	0	0
Total	17	100	17	100	17	100	17	100

- a) Parece que adoço mais facilmente que os outros
- b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
- c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
- d) A minha saúde é ótima

Quando questionados se adoecem mais facilmente que os outros, 82.4% refere que não (n=14), se é tão saudável que outra pessoa 47.1% refere que sim (n=8), se a sua saúde vai piorar 53% refere que não (n=9) e 41.2% refere que a sua saúde é ótima (n=7). Somente existe uma melhoria na primeira e terceira alínea da questão, que assim influencia positivamente a dimensão da SG.

Seguidamente e face ao RCV apresentaremos os dados obtidos no final do PIC, de forma a saber quais foram as alterações que apresentaram face as medidas instituídas.

Tabela 49: Risco cardiovascular

RCV		Frequência	Porcentagem (%)
(N=17)	Não aplicável	4	23.5
	< 1%	4	23.5
	1%	6	35.3
	2%	2	11.8
	3%-4%	0	0
	5% - 9%	1	5.9
	10% - 14%	0	0
	Total	17	100

O RCV apresentou uma melhoria de 11.8% que passou para Score de 1% (n=2) e ninguém apresentou RCV no SCORE 10%-14%.

Tabela 50: Análise descritiva do risco cardiovascular por gênero e grupo etário

		RCV										
Grupo etário		[30 – 39]		[40 – 49]		[50 – 59]		[60 – 69]		Total		
Gênero		Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	
(N=17)	Não aplicável	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3	4
	< 1%	0	0	1	3	0	0	0	1	1	4	5
	1%	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2	5
	2%	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2
	3%-4%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5% - 9%	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	10% - 14%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		1	3	1	3	6	2	0	1	8	9	17
		4		4		8		1		17		

Verificamos que houve uma melhoria no gênero masculino, em que 17.6% do grupo etário [50-59] apresentou melhoria do SCORE do RCV (n=3).

Tabela 51: Realização de medicação para a Hipertensão Arterial

Medicação HTA	Gênero		Total	Porcentagem %
	Masculino	Feminino		
(N=17)	Sim	6	9	15
	Não	2	0	2
Total		8	9	17

Houve um aumento de quem realiza medicação para a HTA.

Tabela 52: Quantidade de medicação para HTA

Quantidade de terapêutica		Gênero		Total
		Masculino	Feminino	
(N=17)	Nada	2	0	2
	1 Anti-hipertensivo	4	9	13
	2 Anti-hipertensivos	1	0	1
	>3 Anti-hipertensivos	1	0	1
Total		8	9	17

Apesar do aumento dos participantes que realizam terapêutica, houve uma diminuição do número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados.

Tabela 53: Análise do Índice de Massa Corporal, Valor do Colesterol total e Perímetro abdominal final

(N=17)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
IMC	24.20	34,5	27.81	3.58
Valor Colesterol total (mg/dl)	127	281	200	4.10
Perímetro Abdominal	81	128	95.94	11.28

Relativo ao IMC houve uma diminuição para 64.7% com IMC superior a 25Kg/m² sendo a média do mesmo de 27,81Kg/m². No que se refere ao valor de colesterol total a média baixou para 200mg/dl mas mantém-se 47.1% de quem tem valor do colesterol total superior a 200mg/dl. A média do perímetro abdominal passou para 95,94cm.

Tabela 54: Índice massa corporal por gênero final

(N=17)		Média	Máximo	Mínimo	Desvio padrão
IMC	Feminino	27.74	34.20	24.20	3.59
	Masculino	27.89	34.50	24.20	4.56

Houve uma diminuição entre os dois gêneros, em que o ganho maior verificou-se no gênero feminino.

Tabela 55: IMC valores comparativos de antes e pós intervenção (Kg/m²)

Participante	Antes da Intervenção	Após a Intervenção	Resultado
1	25	25	=
2	26.5	26.4	-
3	24.5	24.2	-
4	26.5	26.5	=
5	26	24.6	-
6	29	26.2	-
7	26	26	=
8	34.5	31.6	-
9	32	31.9	-
10	25	25	=
11	34.5	34.5	=
12	27	27	=
13	34.5	34.2	-
14	30	30	=
15	31	31	=
16	24.8	24.2	-
17	25	24.5	-

A tabela anterior é realizada a comparação do IMC por participante para verificou-se a nível da intervenção qual foi a sua repercussão individual. Podemos concluir que metade da amostra perdeu peso.

Tabela 56: Perímetro abdominal por género final

(N=17)		Média	Máximo	Mínimo	Desvio padrão
Perímetro Abdominal (cm)	Feminino	90.44	100	81	8.29
	Masculino	102.13	128	93.5	11.39

Houve uma diminuição em ambos os géneros, houve uma diminuição em média do género masculino de 3.68cm e no género feminino de 3.45cm.

Tabela 57: Valor de colesterol total por género final

(N=17)		Média	Máximo	Mínimo	Desvio padrão
Colesterol (mg/dl)	Feminino	207.89	280	142	42.65
	Masculino	192.38	281	127	44.55

Por grupo etário verifica-se que o género feminino diminui a média do valor do colesterol, contrariamente do género masculino que manteve a média.

Tabela 58: Prática de exercício físico

Prática Exercício Físico		Gênero		Total
		Masculino	Feminino	
(N=17)	Sim	7	9	16
	Não	1	0	1
Total		8	9	17

A prática para o exercício físico aumentou para 94,1% (n=16).

Tabela 59: Tipo de exercício físico

Tipo de exercício físico		Gênero		Total	Porcentagem (%)
		Masculino	Feminino		
(N=17)	Sem-prática	1	0	1	5,9
	Caminhada	3	6	9	53,1
	Pilatos	0	1	1	5,9
	Ginásio	0	1	1	5,9
	Vários	4	1	5	29,4
	Total	8	9	17	100,0

As caminhadas são a atividade que mais realizam (53.1%; n=9), evidencia-se também um aumento de 29.4% (n=9) para quem pratica mais de que uma atividade física.