



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE E RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO NUMA ZONA DE SAÚDE RURAL.

Salvador D. Martínez Ramos

Orientação: Professor Doutor Mario Martins.

3ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE E RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO NUMA ZONA DE SAÚDE RURAL.

Salvador D. Martínez Ramos

Orientação: Professor Doutor Mario Martins.

3ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020.

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE E RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO NUMA ZONA DE SAÚDE RURAL.

Salvador D. martínez Ramos

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

Arguente: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes.

Orientador: Professor Doutor Mário José de Oliveira Martins.

Data: 17 de setembro 2020

"Os seres humanos passam a primeira metade das suas vidas a arruinar a saúde e a outra metade a tentar restaurá-la"

Leonard, Joseph

AGRADECIMENTOS.

É tempo de agradecer e recordar todas as pessoas que, a dada altura, tiveram uma palavra de encorajamento para continuar e não desistir.

Agradeço principalmente ao meu orientador, o Professor Mário Martins e à Professora Filomena Martins, que sempre estiveram presentes e conscientes da minha evolução. Obrigado pela dedicação e apoio demonstrado, pelo respeito sobre as minhas sugestões, ideias e pela supervisão e rigor que demonstraram ao longo deste trabalho.

Gostaria também de agradecer aos restantes professores de todas as disciplinas lecionadas ao longo do curso de mestrado. A barreira linguística foi sem dúvida uma limitação inicial, que foi superada não só pela minha capacidade de adaptação, mas também a demonstrada pela equipa pedagógica, e também, obrigado ao Enfermeiro Especialista Samuel Bobadilla por me acompanhar neste percurso, contribuído para a minha formação como enfermeira especialista.

Gostaria também de dedicar algumas palavras de agradecimento aos colegas do curso Mestrado e, especificamente, aos da especialidade da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública, que nos acolheram e nos ajudaram com o idioma, fazendo uma menção especial neste momento à minha colega e amiga Eva, *sabes que sem ti, isto não teria sido possível.*

Finalmente, este trabalho é também o resultado do reconhecimento e apoio que nos foi dado pelas pessoas que nos amam, porque nas nossas quedas e batalhas diárias, precisamos de alguém para te ajudar a erguer e continuar, e esse foi um papel que a minha família realizou de forma árdua e persistente. Graças àqueles que cuidam de mim *desde o mais alto*, daria tudo para passar uns minutos contigo, para te dar mais um abraço. Mas também graças àqueles que estão aqui e nos ajudam no dia-a-dia. *Obrigado Mãe, obrigado Família.*

Acima de tudo, quero lembrar-me da minha cara metade, pela sua paciência, compreensão e encorajamento permanente, pelo tempo que lhe roubei. Sem o seu apoio, não teria podido realizar este trabalho, devo-lhe tudo. Obrigado por construir a bela família que temos juntos. O caminho não tem sido fácil, mas valeu a pena. Mário, filho, és a nossa ilusão de todos os dias.

Obrigado a todos.

RESUMO

Existem dados sobre uma evolução crescente da prevalência da obesidade na população espanhola desde 1987. Este trabalho analisa a prevalência da obesidade numa população rural pertencente à Zona Básica de Saúde de Talavera la Real, na província de Badajoz tendo sido incluídos no estudo 132 dos 664 doentes pertencentes à população.

Nos resultados obtidos, no estudo, quase 80% da população estudada tem problemas de excesso de peso e obesidade e foram encontradas diferenças significativas (**P<0.001**) em função da idade, do estado civil e do nível sociocultural da população.

No decorrer do Mestrado de Enfermagem Comunitária, e em consonância com a Estratégia para a Abordagem da Cronicidade no Sistema Nacional de Saúde Español, foi decidido realizar um projeto de intervenção comunitaria sobre esta comunidade utilizando a Metodología do Planeamento em Saúde como ponto-chave da sua estruturação, e através do qual, poderemos observar se as intervenções desenhadas foram eficazes.

Este relatório pretende descrever todo o percurso desde o diagnóstico até à intervenção efetuada e respectiva avaliação.

Palavras-chave. Prevalência, Índice de Massa Corporal, Risco Cardiovascular, Obesidade.

ABSTRACT

There are data on an increasing evolution of the prevalence of obesity in the Spanish population since 1987. This work analyses the prevalence of obesity in a rural population belonging to the Basic Health Zone of Talavera la Real, in the province of Badajoz, included in the study, 132 out of the 664 patients belonging to the population.

As for the results obtained in the study, 80% of the population studied has problems of overweight and obesity, finding significant differences (**P<0.001**) depending on the age, marital status and sociocultural level of the population.

In the Master's course in Community Nursing, and in accordance with the Strategy for the approach of the Chronoty of the National System of Spanish Sude, it was decided to carry out a community intervention project on this community using the Health Planning Methodology as a key point of its structuring, and through which, we will be able to observe if the interventions designed were effective.

This document aims to describe all the work carried out, from the diagnosis to the intervention carried out and its respective evaluation.

Keywords. Prevalence, body mass index, cardiovascular risk, obesity.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADERE- Registo Nacional de insuficiência cardíaca aguda.

AESAN- Agência Espanhola de Segurança Alimentar e Nutrição.

AVD- Atividades do Dia-a-dia.

BMI- Índice de Massa Corporal.

CCS- Comissões Comunitárias de Saúde.

CE- Centro Educativo.

CICITEX- Centro de Investigação Científica e Tecnológica da Extremadura.

CP- Cuidados Primários.

CS- Centro de Saúde.

CVD- Doença cardiovascular.

DLP- Dislipidemia.

DM- Diabetes Mellitus.

DNT- Doenças Não transmissíveis.

DS- Determinantes Sociais.

DSC- Diagnóstico comunitário de Saúde.

DSS- Diagnóstico de situação de saúde.

ECP- Equipa de Cuidados Primários.

ECSD- Enfermagem comunitária e de saúde pública.

ENRICA- Estudo de Nutrição e Risco Cardiovascular em Espanha.

FRCV- Fatores de Risco Cardiovascular.

HTA- Hipertensão Arterial.

IMC- Índice de Massa Corporal

IOTF- Grupo Internacional tabajo em obesidade.

MSC- Ministério da Saúde e de Consumo.

MSSSI- Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade.

NAOS- Nutrição, Atividade Física e Obesidade.

PBE- Prática baseada na Evidência

RCEEEECSP- Regulamento de Competencias Específicas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitaria e de Saúde Pública.

SNS- Sistema Nacional de Saúde.

SPSS- Pacote estatístico para as ciências sociais.

Prevalência Obesidade e RCV associado numa Zona de Saúde Rural. Projeto de Intervenção.

UD- Unidade de Ensino.

WHO-OMS- Organização Mundial de Saúde.

ZBS- Zona básica de saúde.

INDICE

RESUMO	3
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	5
INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. A OBESIDADE.....	18
1.2. RISCO CARDIOVASCULAR.....	22
1.3. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO.....	24
1.4. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	25
2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	27
2.1. DIAGNÓSTICO DA SAÚDE.....	28
2.1.1 Caracterização da unidade	29
2.1.2 Caracterização de saúde	32
2.1.3 Questões éticas	32
2.1.4 População - alvo	33
2.1.5 Instrumentos, técnicas e procedimentos	39
2.1.6 Resultados do estudo	43
2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	57
2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	59
2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	61
2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	65
2.6. AVALIAÇÃO.....	70
3. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	76
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS.....	76
3.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e jurídica	76
3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	77
3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados	77
3.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais	78
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	78

3.3	COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	79
4.	CONCLUSÃO.....	82
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
	ANEXOS.	88
	APÉNDICES.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Piramide populacional de Guadajira.....	34
Gráfico 2. Piramide populacional de Balboa.....	37
Gráfico 3. Distribuição da população com base no sexo e idade.....	44
Gráfico 4. Nível sociocultural dos participantes incluídos no estudo.....	45
Gráfico 5. Distribuição da amostra segundo o consumo de tabaco.....	47
Gráfico 6. Distribuição da amostra em relação ao consumo do álcool.....	47
Gráfico 7. Medições antropométricas da amostra.....	48
Gráfico 8. Distribuição da BMI da amostra em grupos do Normopeso, Sobrepeso e Obesos.....	50
Gráfico 9. Distribuição da BMI da amostra com base na idade.....	52
Gráfico 10. Distribuição da BMI da amostra de acordo com o nível sociocultural.....	53
Gráfico 11. Distribuição do Risco Cardiovascular por Sexo.....	54
Gráfico 12. RCV com base na idade.....	54
Gráfico 13. Distribuição do RCV de acordo com BMI.....	55
Gráfico 14. RCV com base no nível sociocultural.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	20
Figura 2. Mapa Área de Salud de Badajoz. ZBS de Talavera la Real.....	31
Figura 3.. Vista aérea de Guadajira.....	33
Figura 4.. Trabalhos Agrícolas en Guadajira.....	35
Figura 5. Finca la Orden.....	35
Figura 6. CETAEX.....	35
Figura 7. Vista aérea de Balboa.	36
Figura 8. Balboa ao nível da rua.....	36
Figura 9. Colheita de Tomate em Balboa.....	38
Figura 10. Cultivo de milho.....	38

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição etaria dos doentes incluídos no estudo.....	40
Quadro 2. Distribuição da amostra por sexo.....	43
Quadro 3. Idade dos participantes incluídos no estudo.....	44
Quadro 4. Distribuição total dos participantes em estudo por grupo etario.....	44
Quadro 5. Clasificação dos participantes no estudo de acordó com o seu nivel sociocultural.....	45
Quadro 6. Distribuição da amostra de acordo com o seu estado civil.....	46
Quadro 7. Distribuição da amostra de acordo com a situação atual do emprego.....	46
Quadro 8. Distribuição da amostra com base na comorbiidades.....	46
Quadro 9. Distribuição participantes com base no Índice do invalidez de Barthel.....	47
Quadro 10. Distribuição das medições antropométricas da amostra.....	48
Quadro 11. Distribuição da amostra de acordó com o BMI.....	49
Quadro 12. Distribuição da amostra em grupos de Normopeso, sobrepeso e obesos.....	49
Quadro 13. Estratificação do amostra em adultos jóvenes e com mais do 65 anos.....	50
Quadro 14. Distribuição da amostra com base na BMI e Sexo.....	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Declaração do Diretor do Curso de Mestrado em enfermagem para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz.....	88
Anexo 2. Declaração do Tutor – Orientador do relatório para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz.....	89
Anexo 3. Autorização do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde.....	90
Anexo 4. Autorização da Comissão de Ética e Investigação da Área de Saúde de Badajoz	91
Anexo 5. Tabela SCORE para cálculo de risco cardiovascular.....	92

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1. Cronograma de Gantt Original.....	95
Apêndice 2. Cronograma de Gantt Modificado (adaptado a pandemia).....	96
Apêndice 3. Base de dados Filemaker.....	97
Apêndice 4. Artigo Científico.....	99

INTRODUÇÃO.

Este documento resulta do diagnóstico da situação de saúde, e intervenção efetuados durante o estágio na terceira edição do mestrado em Enfermagem em Associação da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde no ramo de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública realizado no IPP de Portalegre.

O Relatório de Estágio, faz parte da área de especialização da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública (ECSP) incluído na Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio Final e sua elaboração, discussão pública e aprovação visam a obtenção do grau de mestre em enfermagem e o o título de especialista em enfermagem comunitária e de Saúde Pública.

O objetivo geral deste relatório, é documentar a intervenção efectuada com base no diagnóstico de Saúde, e a aquisição de conhecimentos, aptidões e competências como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública E portanto, definimos uma série de objetivos tais como:

- Demonstrar capacidade de reflexão sobre as práticas de Estágio.
- Demonstrar capacidade de desenvolvimento do nosso trabalho, com base na evidência científica.
- Demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária com base no planeamento em saúde.

O diagnóstico da situação, foi feito, considerando os 991 doentes que são tratados na área dos cuidados de saúde primários, nas localidades onde desenvolvo a minha atividade profissional como enfermeiro dos cuidados de saúde primários correspondentes às cidades de Guadajira-Balboa, pertencentes à Zona Básica de Saúde de Talavera la Real.

Em concreto, o estudo foi realizado a partir do início do mês de maio de 2019, terminando no último dia do mês de julho do mesmo ano.

Como objetivos gerais para este diagnóstico, pretendeu-se:

- Identificar as necessidades de saúde da comunidade.
- Identificar os determinantes que influenciam a saúde das populações.
- Digitalizar os dados do diagnóstico de saúde comunitária.

A participação comunitária na saúde é particularmente importante para ter provas de que tanto o aumento das despesas com a saúde por parte dos governos, como os avanços na disciplina da investigação médica, não estão associados a uma melhoria na saúde da população, uma vez que há outros fatores a que chamamos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e que são de grande importância.

Como refere a Organização Mundial de Saúde (OMS), DSS, são aquelas *condições socioeconómicas, laborais, sociais e educativas que têm um grande impacto na saúde das populações* ou podemos também dizer que são *"as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde"*. (OMS, 2020)

No relatório do Lalonde, propõe-se fazer uma viragem nas políticas de saúde, passando de um modelo baseado na cura de doenças para chegar a outro com base na promoção da saúde.

Há diferentes modelos que representam como os determinantes da saúde influenciam o nosso estado de bem-estar. Certos de que estes desempenham um papel crucial na saúde da população em estudo e considerando ainda o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011) admitimos que este profissional deve liderar estratégias de ação, em resposta às necessidades em saúde das populações, através do desenvolvimento e coordenação dos programas de saúde comunitários e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, e é por isso, que desenvolvemos o presente trabalho tendo em conta todas estas condições, realizando um diagnóstico da situação de saúde, como na implementação de um programa de intervenções que visa resolver os problemas identificados na população.

Para nos centrarmos um pouco no tema do trabalho, no nosso caso e principalmente motivados pelo aumento exponencial dos números da obesidade na população, e atingindo mesmo proporções epidémicas a nível global, considerámos fazer um diagnóstico da situação de saúde em relação à obesidade e ao **risco cardiovascular associado em doentes com mais de 30 anos**, da população onde costumo a desempenhar o meu trabalho como enfermeiro de cuidados de saúde primários.

Assim, a partir dos dados produzidos pelo estudo, podemos confirmar as hipóteses que tratámos antes do seu início e que se direccionava para a **presença de elevadas taxas de obesidade na população da Zona Básica de Saúde de Talavera la Real**, podendo considerar esta importante descoberta como um problema prioritário de forma trabalhar nas nossas consultas.

Com os dados obtidos, pretendemos realizar um projeto de intervenção sobre os grupos populacionais afetados por este importante problema de saúde; por um lado, um programa de intervenções educativas sobre hábitos higiénico-alimentares e por outro lado, através da formação, na correta gestão da saúde destes doentes.

Na sequência desta Introdução, desenvolvemos no primeiro capítulo do trabalho, o Quadro Teórico que aborda a situação complexa em que as populações de hoje se situam em termos da presença dos problemas de saúde crónicos cada vez mais frequentes, como a Obesidade, dedicando uma secção especial à importância do autocuidado para lidar com esses problemas de saúde.

Após o Quadro Teórico, abordamos o Quadro Prático que, seguindo a metodologia de planeamento da saúde (PS), inclui as seguintes secções: Diagnóstico da Situação de Saúde do ZBS de Talavera la Real, Determinação das Prioridades; Definição de Objetivos, Seleção de Estratégia; Preparação operacional e Avaliação.

O terceiro capítulo do trabalho aborda um dos pontos-chave deste relatório de estágio, a Aquisição e Desenvolvimento de Competências, tanto as que são comuns a todos os enfermeiros, como as específicas para enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e ainda as referentes ao Grau Académico de Mestre.

Na conclusão será apresentada a síntese de todo o trabalho realizado com uma reflexão geral sobre a aprendizagem durante o curso de Mestrado e o relatório de estágio, bem como apresentada uma linha futura de intervenção e pesquisa de forma a dar continuidade ao projeto desenvolvido.

A elaboração deste documento está de acordo com as Orientações da APA, assim como as da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.

1.1. A OBESIDADE.

A obesidade atinge proporções epidémicas a nível global, constituindo um grande problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, onde a prevalência da obesidade continua a aumentar incessantemente.

É tão importante que o Grupo de Trabalho Internacional sobre obesidade (IOTF) e a Organização Mundial de Saúde o tenham definido como a epidemia do século XXI devido às dimensões adquiridas ao longo das últimas décadas, ao seu impacto na morbilidade, na qualidade de vida e nos gastos com a saúde.

Em Espanha, a prevalência da obesidade desde 1987 (7,7%) e até 2003 (13,2%), quase duplicou, e desde então continuou a aumentar para cerca de 17,4% da população, de acordo com os Inquéritos Nacionais de Saúde publicados em junho de 2018 e referindo-se aos estudos realizados em 2017, e não só estes dados são alarmantes, mas destes inquéritos podem ser extraídos outros dados, como o facto de o excesso de peso já afetar 37% da população espanhola com mais de 18 anos e que, no caso das crianças, uma em cada dez é obesa e duas em cada dez, apresenta excesso de peso, com percentagens semelhantes em ambos os sexos. (Gutiérrez-Fisac, Regidor, Banegas, & Rodríguez Artalejo, 2005) (MSPS, 2007), (ENS, 2018).

A obesidade é considerada uma doença crónica caracterizada por um aumento da massa gorda e, conseqüentemente, um ganho de peso.

O conceito de crónica, advém por fazer parte do grupo de patologias que não podemos curar com o arsenal terapêutico disponível hoje.

Está provado que a obesidade se deve principalmente a fatores genéticos e ambientais e que tanto a sua prevenção como o seu tratamento passam pelo tratamento dietético e pela prática regular do exercício físico.

Do ponto de vista da antropometria, podemos considerar uma pessoa obesa, para aqueles que têm um Índice de Massa Corporal (IMC), superior a 30 kg por metro quadrado.

O problema que temos com este índice é que não especifica se há obesidade abdominal, que está associada a um aumento do risco cardiovascular, (SEEDO, 1996) (Kuk, et al., 2006) (Katzmarzyk, Janssen, Ross, Church, & Blair, 2006).

A obesidade, aumenta o risco de morte por causas cardiovasculares em 50 - 100% em comparação com pessoas que não são obesas, e especialmente a obesidade abdominal, têm stado ligados um risco acrescido de diabetes, doenças coronárias e cerebrais, hipertensão arterial, distúrbios do sistema locomotor, distúrbios respiratórios restritivos e até mesmo aumento do risco de cancro, especialmente cancro do cólon e cancro da mama em mulheres pós-menopáusicas, (Must, Spadano, & Barbería, 1999) (Irwin, Yasui, & Ulrich, 2003) (Frank, Sorensen, & Yasui, 2005).

Dada a dimensão deste problema de saúde pública, muitos estudos têm sido feitos ao longo das últimas décadas para quantificar o risco cardiovascular associado à obesidade, tanto em adultos como em adolescentes, (Wilson, D'Agostino, Sullivan, Parise, & Kannel, 2002) (Rubio, Salas-Salvadó, Barbany, Moreno, & Aranceta, 2007) (Liu, Wade, & Tan, 2007).

Como até aqui já dissemos, a obesidade ou excesso de peso, foi considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e uma maior morbidade, factos, pelos quais os esforços das autoridades de saúde têm sido destinados a prevenir o aumento exponencial do excesso de peso, abordando os fatores que são modificáveis, constituindo um exemplo claro disso, a estratégia da *NAOS (Nutrição, Atividade Física e Obesidade)* promovida pelo Ministério da Saúde e dos Assuntos do Consumidor (MSC), através da Agência Espanhola de Segurança Alimentar e Nutrição (AESAN).

Além de todos os itens acima, neste momento, devemos parar para analisar os modelos que demonstram como os determinantes da saúde influenciam o nosso estado de bem-estar. Entre todos eles, destacamos o Modelo Dahlgren e Whitehead que será o modelo teórico em que basearemos o desenvolvimento deste trabalho, porque na nossa perspetiva é o que melhor explicita a influência destes determinantes na nossa saúde.

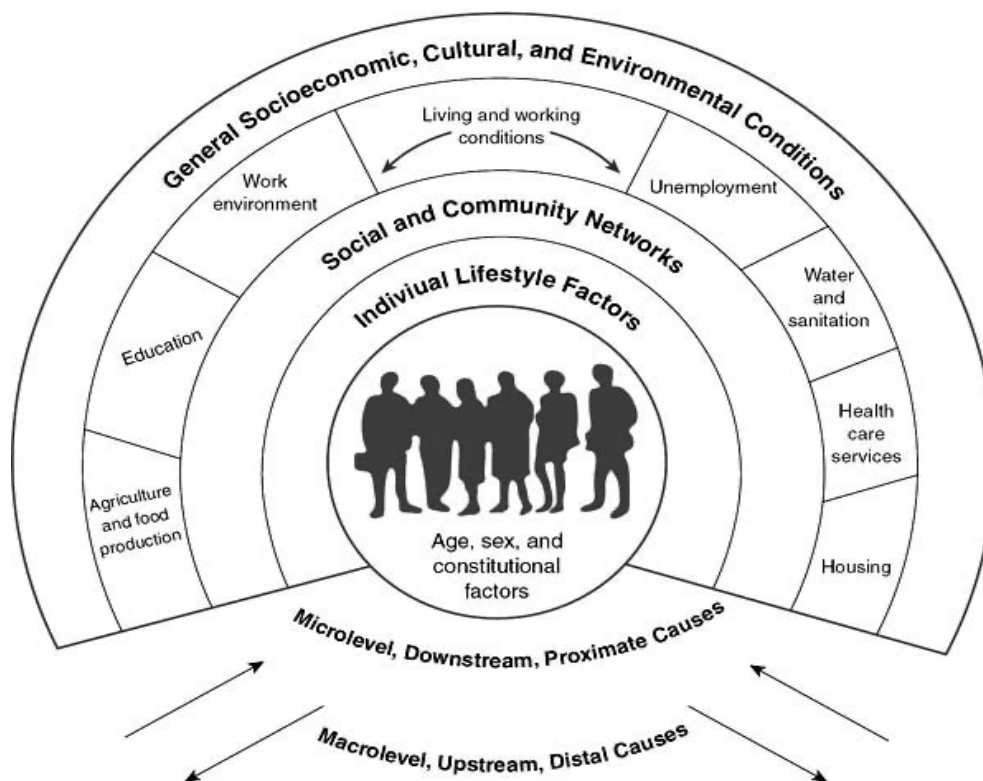


Figura 1: dahlgren e whitehead model: The Layers of Influence

Este modelo explica como as desigualdades sociais na saúde são o resultado de interações entre diferentes condições causais, há uma relação estreita entre a equidade da saúde e os determinantes sociais.

As pessoas são o centro do modelo, constituindo a sua idade, sexo e fatores genéticos, condições inamovíveis ou marcadores de risco que influenciarão a sua saúde.

Acima das pessoas, vamos encontrar os seus comportamentos e estilos de vida, determinantes que, em circunstâncias negativas, são comportamentos desfavoráveis (vícios, maus hábitos na sua dieta, higiene, etc.).

Num nível mais elevado de estilos de vida e as pessoas redes sociais e comunitárias estão localizadas. A participação das pessoas nas atividades sociais, a sua integração nas redes familiares e nas amizades, desempenham um papel decisivo nos problemas de saúde.

Acima destes três níveis existem fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, como a habitação, o emprego e a educação recebida, que são concebidos como requisitos essenciais para a saúde das comunidades.

No que diz respeito aos cuidados de saúde, nos seus aspetos de promoção, prevenção, cuidados, reabilitação e reintegração, acesso a serviços de saúde, cobertura, qualidade, atividades comunitárias ou funções de saúde pública são exemplos de determinantes da saúde.

Mas, a todos os níveis, estão disponíveis as condições económicas, culturais e ambientais associadas às características da sociedade, da economia e do ambiente em que as pessoas vivem.

A epidemiologia, através de todos os estudos realizados neste campo, definiu quais são os principais fatores que estão associados à obesidade e, neste sentido, podemos dizer que, entre os fatores sociodemográficos, aqueles que mais contribuem para o aumento do excesso de peso são:

- *Idade e peso.* A prevalência da obesidade aumenta à medida que a idade progride e é maior nas mulheres.
- *Nível cultural.* Na maioria dos estudos realizados, observou-se uma relação inversa entre o nível cultural e a prevalência da obesidade.
- *Nível socioeconómico.* Nos países desenvolvidos, a prevalência da obesidade é maior em grupos socioeconómicos de nível inferior.
- *Dieta.* Existe um risco acrescido de obesidade em pessoas que consomem poucas frutas e legumes.
- *Hábito de fumar.* Relacionado com o aumento do IMC.
- *Número de crianças.* Observou-se que quanto mais crianças, maior é a frequência da obesidade.

Embora a obesidade tenha sido diretamente relacionada com o aumento do risco cardiovascular e aumentar a mortalidade global, nos últimos tempos, diferentes trabalhos têm revelado dados que entraram em conflito com este pensamento, encontrando dados que sugerem que o excesso de peso apresenta um menor risco de eventos em doentes com

doença cardiovascular, este fenómeno é conhecido como "**paradoxo da obesidade**" e, nesta base, existem diferentes estudos realizados com o objetivo de investigar este fenómeno, como o realizado por Oreopoulos et al, que analisou numa meta-análise um total de 28.000 doentes e em que concluíram que "*os doentes com excesso de peso e obesos tinham um menor risco de morte em comparação com doentes com peso normal*" (Oreopoulos, et al., 2008) ou dados do registo ADHERE (Acute descompensated heart failure national registry, que incluem mais de 100.000 internamentos de insuficiência cardíaca, que mostraram esta relação entre o IMC e a mortalidade hospitalar em doentes com insuficiência cardíaca (IC), salientando que "*a mortalidade diminuiu à medida que o IMC aumentou*" (Zamora, et al., 2007)

Noutros estudos, observou-se um aumento da mortalidade em doentes com valores de IMC muito elevados, com a possibilidade de a relação entre o IMC e a sobrevivência desenhar uma curva em "U", na qual valores de IMC muito baixos ou excessivamente elevados teriam a maior mortalidade (Kapoor & Heidenreich, 2010).

Em suma, o maior consenso existe no facto de a obesidade estar associada a uma grande variedade de comorbidades, que incluem diabetes, dislipidémia, esteatose hepática, síndrome da apneia obstrutiva do sono, refluxo gastroesofágico, etc, e tudo isto, também implica consequências económicas, aumentando os custos na saúde, perda de produtividade e morte, custos, diretos e indiretos, que nos países desenvolvidos representam entre 2 a 7% do total de gastos em saúde, e coincidindo com o facto de mesmo pequenas perdas de peso, cerca de 5-7% mostraram uma redução significativa nas comorbidades relacionadas à obesidade (Quiles, et al., 2008) (M Seagle, Witt Strain, Makris, & S Reeves, 2009).

1.2. RISCO CARDIOVASCULAR.

Um fator de risco cardiovascular (FRCV) é uma característica biológica ou hábito de vida que aumenta a probabilidade de desenvolver ou morrer de doenças cardiovasculares (DCV). De facto, podemos dizer que, uma vez que é uma probabilidade, a ausência de tais fatores de risco não exclui a possibilidade de desenvolver uma DCV, assim como a presença de DCV, também não implica necessariamente a sua aparência.

Os principais fatores de risco podem ser **não modificáveis** ou também chamados marcadores de risco (idade, sexo, fatores genéticos, etc.) ou **fatores modificáveis**, que são

os que mais interessam, porque estão mais intimamente associados com o desenvolvimento de um DCV e sobre os quais podemos trabalhar preventivamente. Entre estes fatores de risco modificáveis podemos destacar: pressão arterial alta (HTA), tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) e excesso de peso/obesidade; precisamente este último, em que nos focamos ao longo de todo este trabalho.

Na última década, fatores psicossociais como o baixo nível socioeconómico, o stress do trabalho ou o isolamento social tem vindo a ser estreitamente relacionados com um risco acrescido de desenvolvimento de DCV.

Como ponto importante nesta matéria, dizem os factos que as doenças do sistema circulatório são colocadas em primeiro lugar como causa de morte para a população espanhola, assumindo no ano 2016 o 29% de todas as mortes (26% nos homens e 32% nas mulheres). (INE, 2018). No entanto, se tivermos em conta os dados acima referidos sobre as taxas de mortalidade relativas a todas as doenças do sistema circulatório para a população espanhola, podemos dizer que as taxas são mais baixas do que noutros países ocidentais (OMS, 2018).

Podemos considerar a pressão arterial alta (HTA), dislipidemia (DLP), Diabetes Mellitus (DM) e excesso de Peso/Obesidade, como fatores de risco principais e causais para doenças cardiovasculares e mortalidade vascular e total (Labarthe, 2010), descrevendo estes fatores de risco sobre a população espanhola no Estudo de Nutrição e Risco Cardiovascular em Espanha (ENRICA), realizado em 2010 (Banegas, et al., 2011).

Por outro lado, referindo-se o estudo IBERICAN, sobre o risco cardiovascular em adultos em consultas de Cuidados Primários em Espanha, revela que a presença dos principais fatores de risco cardiovascular é bastante elevada, mas que o seu controlo é escasso (Cinza Sanjurjo, et al., 2017).

Com base nos dados acima recolhidos sobre os principais fatores de risco para o desenvolvimento do DCV, podemos dizer que o risco cardiovascular em Espanha é moderado em 56% dos homens e baixo para 55% das mulheres, mas, no entanto, o grau de controlo destes fatores de risco em indivíduos de alto risco, é muito baixo (Amor, et al., 2015).

1.3 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Como temos vindo a dizer ao longo de todo este relatório, as doenças não transmissíveis representam as taxas mais elevadas de morbilidade nos países industrializados, ao mesmo tempo que podemos dizer que a sua incidência está também a aumentar nos países que estão em desenvolvimento.

Estamos em condições de afirmar, em termos da origem destes doenças não transmissíveis, que se deve principalmente à aquisição de estilos de vida pouco saudáveis e ambientes físicos desfavoráveis, entre os quais podemos destacar o tabagismo, a falta de exercício físico ou o consumo exagerado de álcool, entre outros, e é por tudo isto, que podemos concluir que as doenças cardiovasculares são o reflexo da sociedade de hoje.

Faz particular sentido na prevenção deste tipo de patologias, "*o interesse dos indivíduos envolvidos no autocuidado da sua própria saúde*" chamando Orem a este conceito com o nome de "The Self-Care Agency" (Orem & Luis-Rodrigo, 1993).

As necessidades de autocuidado que os indivíduos podem apresentar podem ser de diferentes tipos, destacando-se entre eles, *necessidades do tipo Universal* (comum a toda a população), como o fornecimento de alimentos ou água, a prevenção de riscos, etc., *necessidades derivadas de uma determinada fase do desenvolvimento da pessoa*, e, finalmente, *necessidades derivadas de alterações no estado de saúde*.

A presença deste tipo de necessidades significa que as pessoas devem ter diferentes tipos de capacidades para as satisfazer, e entre estas capacidades, podemos destacar *capacidades fundamentais* como percepção, memória e orientação. *Capacidades específicas* que se relacionam com a capacidade do indivíduo de efetuar os seus autocuidados e também capacidades que lhe permitem, orientar a tomada de decisões.

As evidências científicas mostram que, para que os programas comunitários atuem sobre as doenças não transmissíveis e para que funcionarem, devem ser rigorosamente planeadas, implementadas e avaliadas, envolvendo todos os sectores da população. Mas, neste caso, ¿qual seria a fórmula a utilizar para alcançar uma prevenção eficaz no desenvolvimento destas patologias?.

Com a passagem do tempo e a experiência adquirida no planeamento de intervenções comunitárias destinadas a prevenir doenças não transmissíveis é demonstrado que se limitarmos estas intervenções a indivíduos com elevado risco de desenvolvimento de patologia, os resultados terão muito pouco impacto. No entanto, se os destinatários de tais intervenções fossem todos os indivíduos, a introdução de comportamentos saudáveis, mesmo que fossem, pequenas alterações nos fatores de risco e no estilo de vida das populações, poderiam ter um impacto significativo na saúde pública (OMS, 2001).

Como temos vindo a dizer ao longo do desenvolvimento deste trabalho, os DNT são produzidos em grande parte como resultado de estilos de vida pouco saudáveis e/ou nocivos, pelo que acreditamos que a promoção da saúde destinada a mudar os modos de vida das populações deve ajudar a reduzir significativamente o aparecimento destas doenças.

No nosso caso específico, a estratégia de intervenção a implementar basear-se-á principalmente na mudança de estilos de vida e na obtenção da participação da comunidade nos programas que desenvolvemos.

1.4. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.

Os cuidados de saúde primários são o elemento-chave de um sistema de saúde. Os profissionais do CSP estão na linha da frente, são o primeiro nível de cuidados e são acessíveis quando necessários pelos utentes, tanto em regime de emergência, a pedido, como em consultas programadas para monitorização e controlo de problemas crónicos de saúde da população.

Os profissionais da CSP direcionam a sua intervenção para a promoção da saúde e autorresponsabilidade das populações nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, com outras estruturas ou profissionais, e é esta prática de enfermagem centrada na comunidade que tem proporcionado aos enfermeiros especialistas uma compreensão mais profunda das respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde (Lobo, 2008)

desenvolvimendo , uma elevada capacidade de resposta às necessidades de saúde das populações, refletindo-se, também, no Regulamento de Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (RCEEEECSP), onde o papel decisivo dos cuidados de saúde primários tem sido reconhecido nos últimos anos, enfatizando a capacidade de resolver os problemas da comunidade. (ordenenfermeiros, 2011).

No documento que regula as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista é definido como:

"enfermeiros com profundo conhecimento numa área específica de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, e que demonstram elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos, num conjunto de competências especializadas num determinado campo de intervenção". (ordenenfermeiros, 2011)

No contexto atual em que nos encontramos e em que se torna muito difícil perpetuar ou sustentar o atual modelo de saúde pública, o planeamento em saúde tornou-se um instrumento essencial no dia-a-dia de todos os serviços de saúde, como a figura do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, que com a sua formação, pode contribuir para a realização de um diagnóstico de saúde fiável e atualizado sobre as populações com as quais trabalha.

Faz sentido, pois, esta figura do enfermeiro especializado em enfermagem comunitária e de saúde pública, uma vez que o seu trabalho na comunidade é essencial no estudo e análise das condições ambientais e sanitárias das populações, bem como na tomada de decisões sobre as prioridades e estratégias de intervenção a implementar, fazendo parte de uma equipa de saúde pública, onde poderá interferir direta ou indiretamente com as políticas de saúde que são realizadas.

2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Em resposta às afirmações de Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde é um instrumento para otimizar recursos cada vez mais escassos, independentemente do país ou do sistema de saúde adotado. Ou seja, a utilização racionalizada dos recursos para atingir os objetivos estabelecidos e com o objetivo final de reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários na comunidade.

Por outro lado, Pineault e Daveluy (1987) definem o planeamento da saúde como um processo contínuo de previsão dos recursos e serviços necessários para atingir os objetivos estabelecidos, de acordo com a ordem de prioridades estabelecida, que permitirá escolher soluções ideais de todas as alternativas propostas. Estes dois autores, juntamente com Tavares (1990), afirmam também que o planeamento implica uma ligação causal entre a ação proposta e os resultados esperados.

Para (Tavares, 1990) o planeamento é um processo sistémico e de natureza multidisciplinar, que visa selecionar entre várias alternativas, um curso de ação. Uma técnica de alocação de recursos que permitirá a racionalização dos recursos na saúde". Para Tavares, o planeamento envolve ação.

O planeamento da saúde não implica apenas de planear serviços de saúde que exijam a participação de todos os setores que condicionam a saúde da comunidade, é um esforço coletivo que envolve todos os participantes da realidade que deve ser alterada. (Imperatori & Giraldes, 1982)

Tavares, identifica seis fases do processo de planeamento: diagnóstico de situação, priorização, definição de objetivos, seleção de estratégia, preparação operacional e avaliação.

No entanto, não poderemos considerar uma fase do processo de planeamento tal como concluída, porque na fase seguinte, poderemos sempre voltar à fase anterior e recolher mais informações para o refazer. (Imperatori, E; Giraldes, M, 1993)

2.1 DIAGNÓSTICO DA SAÚDE.

Fazer o diagnóstico de saúde é a primeira fase do processo de planeamento da saúde. Com a realização do diagnóstico da situação, serão identificados os problemas de saúde da população estudada e as suas necessidades, afirmando também neste ponto *Tavares*, que o diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento, e que deve ser alargado e aprofundado, sendo fundamental envolver a noção de causalidade, o conhecimento dos fatores que determinam os problemas e o seu prognóstico, a análise da sua evolução e perspetivas. (*Tavares*, 1990)

Para os autores *Imperatori e Giralde*s, o diagnóstico, deve descrever a situação, de preferência quantitativamente e "o diagnóstico de ser sucinta para não gastar muitas energias e tempo na sua elaboração, prejudicando as fases seguintes, e deve ser claro, de forma a ser facilmente apreensível por todas as intervenções" (*Imperatori & Giralde*s, 1982).

Por último, *Tavares* diz que o diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas e, embora muitas vezes se faça sentir no final desta fase que o diagnóstico está incompleto e ultrapassado, deve ser constantemente atualizado, continuando com o próximo passo do processo de planeamento da saúde, que será prioritário (*Tavares*, 1990).

Tendo em conta todas as definições e riqueza documental que nos foram disponibilizadas por tantos autores, prossigamos abaixo para descrever as seguintes etapas no desenvolvimento do nosso trabalho e, para isso, temos de ter em conta que a primeira coisa que temos de fazer para trabalhar na Saúde Comunitária é realizar um estudo de aproximação que prossiga o objetivo de conhecer a situação sanitária da Comunidade onde estamos a desenvolver o nosso trabalho como membros da Equipa de Cuidados Primários (ECP).

Para assegurar a solução dos problemas e necessidades detetados no diagnóstico de saúde comunitário (DSC), a população deve participar nela, através da criação de espaços de reunião que garantam essa participação, sendo chamados estes espaços como Comissões Comunitárias de Saúde (CCS); um espaço de colaboração e participação comunitária, destinado ao desenvolvimento da promoção da saúde da população.

Quando falamos de comunidade, temos de ter em conta que há três protagonistas, *administrações/instituições, recursos técnico-profissionais e, finalmente, cidadania*. Estes três recursos estão representados nestas Comissões Comunitárias, cada um cumprindo o seu papel, mas contribuindo para o objetivo comum único: **"a promoção da saúde comunitária"**.

Este projeto DSC requer uma grande quantidade de recursos, tanto materiais como humanos, para poder realizá-lo com sucesso e, dadas as circunstâncias, neste trabalho, apresentar-se-á um Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) da comunidade em que trabalhamos.

Neste caso particular e tendo em conta que a população com quem trabalhamos apresenta taxas de excesso de peso e obesidade, que nos chama a atenção, e que à priori nos parece estarem longe da média espanhola, considerámos fazer o Diagnóstico de Situação de Saúde sobre esta patologia e também calcular o Risco Cardiovascular associado que apresenta essa população.

Pretende-se desenvolver o trabalho em três fases: a primeira será estabelecer novas relações entre os profissionais de saúde e a comunidade, para destacar a vontade de trabalhar em conjunto para melhorar a saúde dos cidadãos. A segunda fase, consiste no desenvolvimento efetivo do Diagnóstico da população com a qual estamos a trabalhar e, por último, a terceira fase consistirá na programação de intervenções comunitárias decorrentes das necessidades detetadas no Diagnóstico de Situação de Saúde realizada na fase anterior.

2.1.1 Caracterização da unidade.

Estou atualmente a desempenhar o meu trabalho como enfermeiro na Equipa de Cuidados Primários na Zona Básica de Saúde (ZBS) de Talavera la Real, Badajoz. Esta ZBS faz parte da Área de Saúde de Badajoz, que por sua vez tem mais 24 ZBS, das quais 9, são do tipo "Urbanas", localizadas na Cidade de Badajoz e 16 do tipo "rural". A Área de Saúde de Badajoz, situa-se a sudoeste da Comunidade Autónoma de Extremadura, rodeada pelas Áreas de Saúde de Cáceres, Mérida e Zafra, e geograficamente limitando também, com o nosso país vizinho Portugal, especificamente com a região do Alentejo.

A área de Saúde de Badajoz é a área de saúde de toda a Extremadura que tem a maior população, e por isso onde se situa o maior número de recursos de saúde da Comunidade Autónoma.

Esta área tem um carácter eminentemente urbano, concentrando-se principalmente em torno da população de Badajoz e tendo, aproximadamente a 60 minutos de distancia, o ZBS Rural mais afastado do hospital de referência da área.

A ZBS em que desenvolvo a minha atividade profissional é de tipo rural com uma dispersão aproximada de 25 km, e uma população de 10.069 habitantes(dados de 1 de janeiro de 2019).

Este ZBS conta com um Centro de Salud (CS) localizado em Talavera la Real e mais cinco centros locais ligados nas cidades de Alvarado, Balboa, Guadajira, La Albuera e Villafranco del Guadiana.

Há já alguns anos, que os vários profissionais de saúde que trabalham neste centro têm vindo a assistir a lacunas no domínio da saúde comunitária, que tiveram um impacto direto na população, que tinham cuidados de saúde praticamente baseados na solução de problemas. Como medidas destinadas a resolver este problema, estamos a considerar uma série de atividades comunitárias destinadas a melhorar a saúde, organizando diferentes ações de interesse geral, e outras que mereciam especial atenção pela sua prevalência e procura repetida em consultas, tanto de enfermagem como de medicina.

Neste sentido, focamos a realização do Diagnóstico da Situação de Saúde nas populações de Guadajira-Balboa, que, como já dissemos acima, pertencem ao ZBS de Talavera la Real.

Na extensão de Guadajira, atendemos a população segunda, terça, quarta e sexta das 8 às 11h30 e às quintas-feiras das 12 às 15h nos dias úteis.

Na extensão de Balboa, atendemos a população às segundas, terças, quartas e sextas das 12 às 15h e às quintas-feiras das 8 às 11h30 h também nos dias úteis. O atendimento de urgências fora do horário laboral, é prestado no ponto de serviço contínuo de Talavera la real.

Ambas as extensões têm uma Unidade de Cuidados Básicos (UBA), composta por um médico de família e uma enfermeira.

A consulta de Pediatria, está localizada no Centro de Saúde de Talavera la Real, que tem o seu hospital de referência em Badajoz, distanciado a 20 minutos (15 Km).

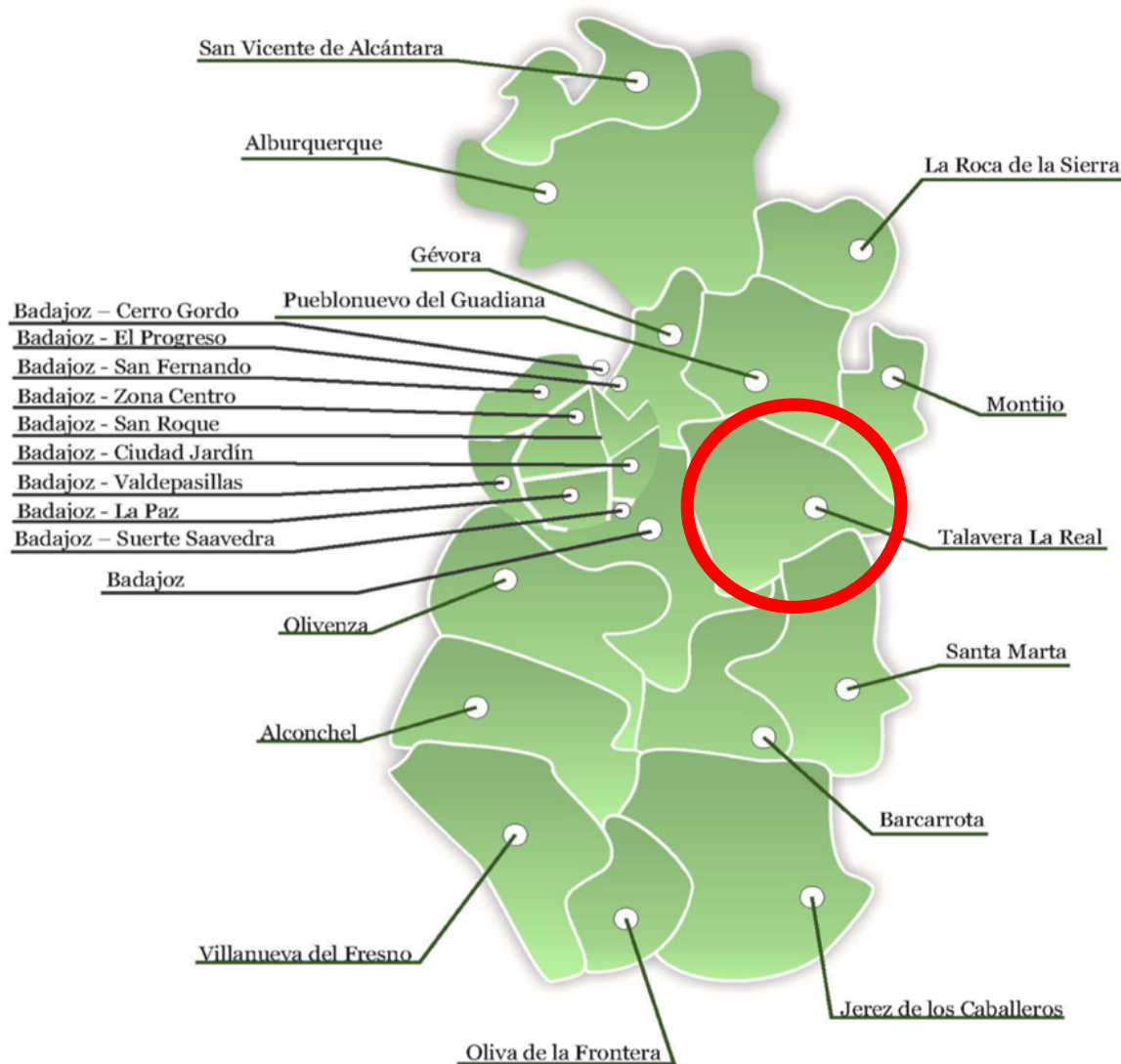


Figura 2. Mapa Área salud de Badajoz.

2.1.2 Caracterização de saúde.

A população total registada em ambos os concelhos ascende a 991 pessoas, com uma grande predominação dos edifícios do rés do chão com uma grande área útil, uma vez que, ambas são aldeias colonizadoras incluídas no chamado Plano Badajoz.

As características das casas são semelhantes às das localidades rurais, basicamente um piso mais algumas dependências posteriores na área do pátio onde quase todas as casas têm uma cozinha extra e algum armazenamento.

Os materiais utilizados nas construções dos edifícios são os do período de construção, os pré-50 são adobe, pedra, tijolo vermelho cozido, madeira aço. Construções posteriores incorporaram novos materiais como tijolo, blocos, vigas de betão, etc.

Os profissionais veterinários e farmacêuticos do Centro de Saúde de Talavera têm as competências em ambiente e saúde pública, realizando o acompanhamento do cumprimento das normas de saúde nos estabelecimentos e atividades da cidade.

A recolha de resíduos sólidos urbanos e assimilados de ambos os locais inclui:

- Recolha de resíduos sólidos urbanos e assimilados, depositados em contentores.
- Recolha de recipientes ligeiros e cartão, depositados em contentores.
- Recolha de móveis e outros aparelhos similares.

A gestão destes resíduos é realizada pela empresa ECOPARQUE de Badajoz. A recolha seletiva de embalagens ligeiras e cartão é recolhida pela MÉDIA, pertencente ao Conselho Provincial de Badajoz, e a gestão é da ECOEMBES.

2.1.3 Questões éticas.

Para a elaboração deste trabalho, foram solicitadas as autorizações necessárias à Comissão de Ética e Investigação da Área de Saúde de Badajoz, sendo necessário para a sua aprovação a documentação a seguir detalhada:

- Certificado de avaliação e/ou aprovação pelo Comité Científico da Universidade ou, na sua falta, relatório favorável do Departamento Universitário que apoia o projeto.
- Autorização do(s) serviço ou centro ou centro envolvido, incluindo a adequação dos meios disponíveis para a realização do estudo.
- Documento assinado pelo diretor/tutor afirmando que reviu e avaliou o projeto, nos seus aspetos metodológicos e éticos, de que o aluno recebeu formação adequada em metodologia e ética de investigação, confidencialidade e proteção de dados, e que reviu e endossou os documentos apresentados ao Comité.

2.1.4 População - alvo.

Abaixo descrevemos os dois tipos de populações em que trabalhamos durante o desenvolvimento do diagnóstico.

Guadajira: É um pequeno núcleo rural da chamada "colonização", integrado no Plano Badajoz, na década de 1940, como é o caso de outras cidades vizinhas como Pueblonuevo del Guadiana, Valdelacalzada, Gévora ou Novelda del Guadiana.



Figura 3. Vista aérea de guadajira

A partir de 24 de maio de 2019 (data em que o estudo começou), tem uma população de **529 habitantes** distribuidos como se observa na sua pirâmide populacional.

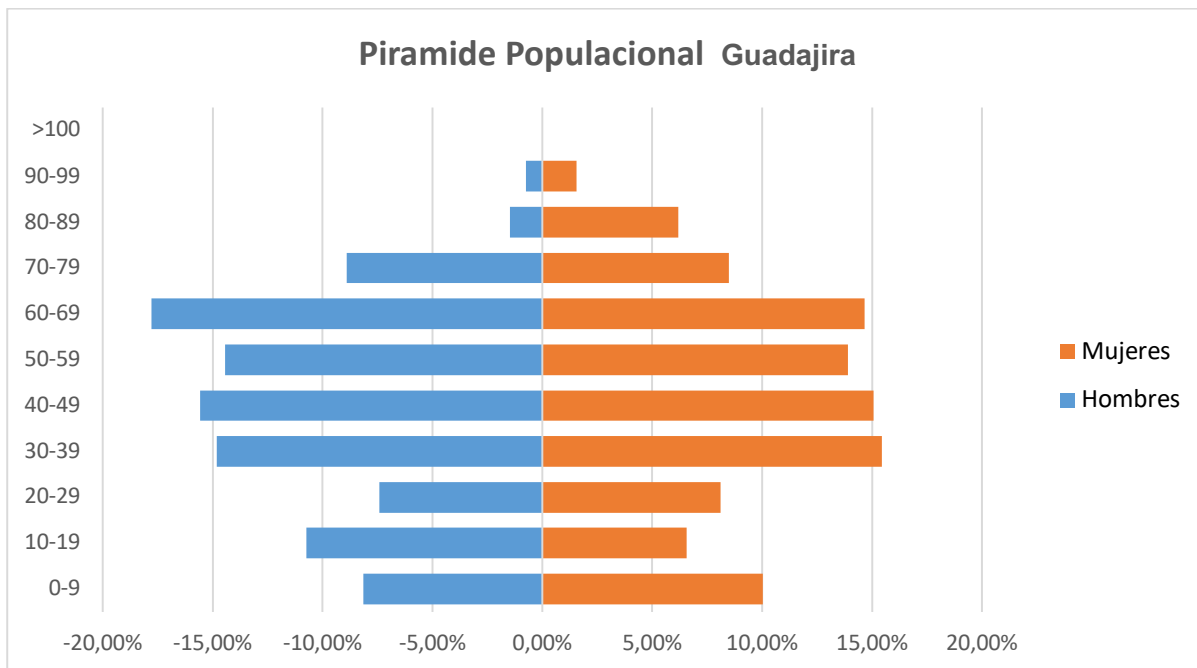


Gráfico 1. Pirâmide populacional de Guadajira

É uma população relativamente envelhecida que condensa a maioria dos seus habitantes entre os 40 e os 70 anos e com apenas 3 nascimentos no ano passado e dois, à data de hoje, durante este ano.

A principal atividade da população deriva de atividades agrícolas e uma outra parte importante, entre os 20 e os 50 anos, trabalha como peões na "Finca la Orden", onde se situa o Centro de Investigação Científica e Tecnológica da *Extremadura (CICITEX)*, que, desde o seu nascimento, tem apoiado o sector agrícola da Extremadura no domínio da i+D+i, desenvolvendo projetos de investigação aplicada, investindo na formação de pessoal de investigação, apoiando a empresa agrícola e apostando na transferência de conhecimentos gerados nas suas instalações.



Figura 4. Labores agrícolas Guadajira



Figura 5. Finca la orden.



Figura 6. CETAEX

Balboa: Balboa é uma pequena vila pertencente ao concelho de Badajoz, na província de Badajoz. Situada a 17 Km de Badajoz, tem uma localização privilegiada na vegas do Guadiana e apenas a 1 km do Aeroporto de Badajoz.

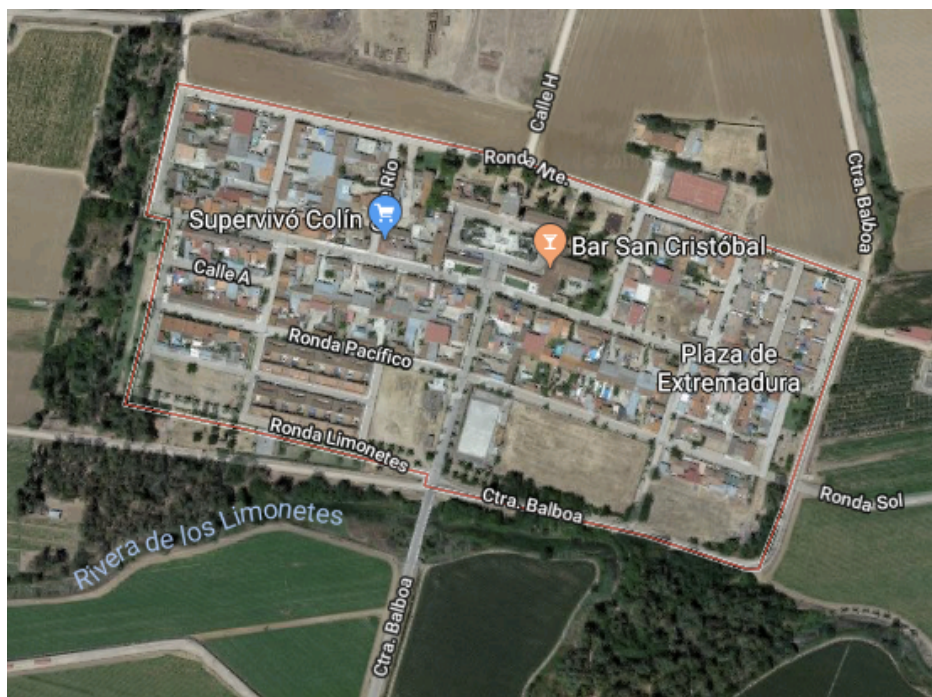


Figura 7. Vista aérea Balboa



Figura 8. Balboa a pie de calle

Em 24 de maio de 2019, Balboa tem **467 habitantes**, dos quais 248 são do sexo masculino e 219 são do sexo feminino, cuja distribuição se pode observar na seguinte pirâmide etária.

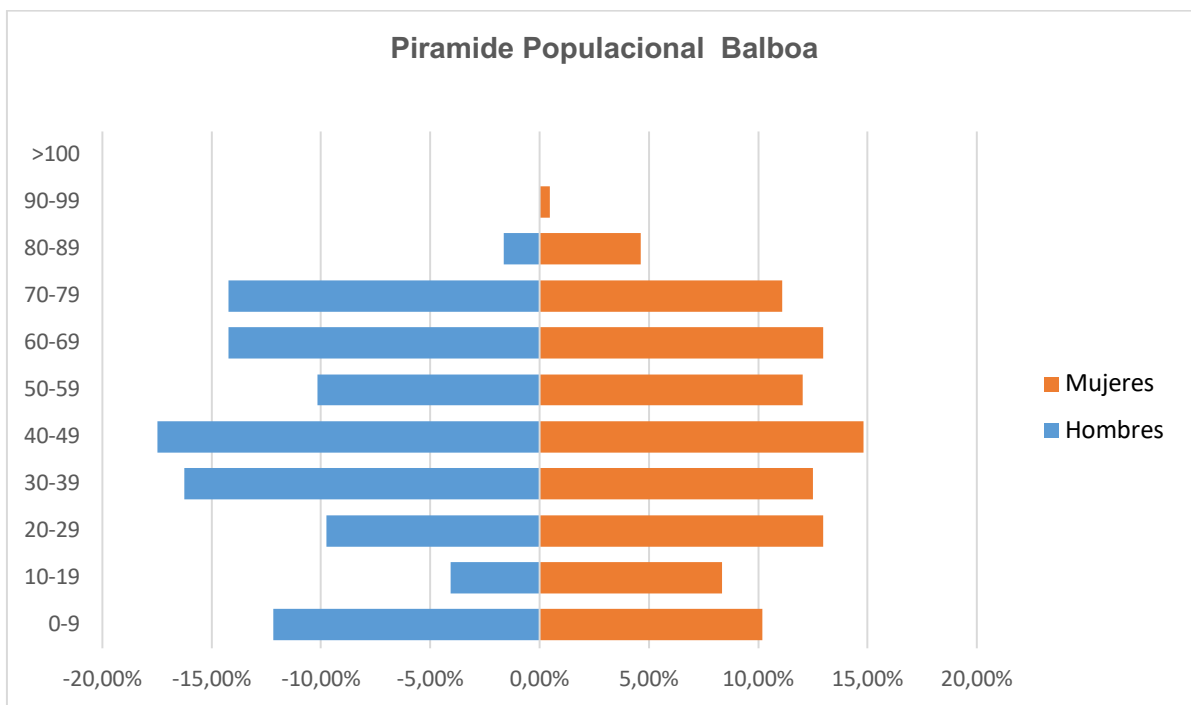


Gráfico 2. Pirâmide populacional de Balboa.

Como podemos ver na pirâmide, é uma população mais envelhecida do que a de Guadajira, mas que apresenta um aumento no número de nascimentos nos últimos dez anos e que apresenta a peculiaridade de ser uma cidade muito próxima de Badajoz onde é mais acessível adquirir uma casa. Foi precisamente isso que muitos jovens, tanto na aldeia como nas áreas vizinhas, fizeram há cerca de 10 anos, quando um empreendimento habitacional foi construído a um preço que estava longe do que poderia ser comprado na Cidade.

A principal atividade dos seus habitantes é a agricultura aproveitando as terras férteis do Guadiana, predominantemente a colheita dos Brócolis, Milho e Tomate.

As mulheres entre os 30 e os 50 anos trabalham durante aproximadamente 4-5 meses por ano na campanha Brécol, fabricando-a para venda posterior de outras partes de Espanha. Durante o resto do ano trabalham nas suas casas e recebem algum benefício social.



Figura 9. Colheita de Tomate (Balboa)



Figura 10. Cultivo de Milho (Balboa)

Se somarmos a população de ambos os municípios, obtemos um total de 991 pessoas, das quais 936 são *doentes da UBA (Guadajira-Balboa)* sendo os restantes doentes do setor privado e/ou que ainda têm o seu enfermeiro e médico na sua localidade de origem.

É importante notar que, ao contrário da maioria dos pequenos municípios que estão longe de grandes áreas urbanas, nestas duas pequenas entidades, não há uma tendência clara para o chamado "**Êxodo Rural**", talvez porque a proximidade a cidades como Badajoz ou Mérida conferem uma situação vantajosa e privilegiada, onde, por exemplo, e como já referimos antes, podem assumir o custo de uma casa de uma forma mais económica.

2.1.5 Instrumentos, técnicas e procedimentos.

Efetuámos um estudo descritivo transversal, cujo objetivo é calcular a prevalência da obesidade e o risco cardiovascular associado, entre o total de doentes com mais de 30 anos e pertencentes às cidades onde costumo realizar o meu trabalho como profissional de enfermagem, no ZBS de Talavera la Real e para o qual foram selecionados um total de 132 participantes do total dos 664 candidatos a incluir mais de 30 anos, utilizando a fórmula de cálculo da dimensão da amostra para proporções.

Onde:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

População total

$Z_a^2 \times 1,96^2$ (a segurança é 95%)

p - relação esperada (neste caso 10% x 0,1)

q x 1 – p (neste caso 1-0,1 x 0,9)

d - Precisão (erro máximo assumido - 5%).

A dimensão da amostra obtida pela fórmula (n-116), foi aumentada em 12% para compensar as eventuais perdas estimadas, mantendo-se definitivamente nos 132 doentes acima mencionados.

Para garantir a presença de pacientes de todas as idades no estudo, foi feita uma atribuição proporcional da amostra á dimensão das faixas etárias, deixando a seleção como descrito abaixo.

GRUPO Nº	FAIXA ETÁRIA	NÃO TOTAL DE PACIENTES	NÃO PARTICIPANTES TOTAIS
Grupo 1	>80 anos	37	7
Grupo 2	71-80 anos	68	14
Grupo 3	61-70 anos	151	30
Grupo 4	51-60 anos	122	24
Grupo 5	41-50 anos	132	26
Grupo 6	30-40 anos	154	31
	AMOSTRA TOTAL	664	132

Quadro 1. Distribuição etária dos doentes incluídos no estudo

Depois de terem identificados os diferentes participantes nas diferentes faixas etárias e lhes ter sido atribuído um número correlativo, os participantes no estudo foram selecionados aleatoriamente, utilizando um programa de computador para selecionar números aleatórios.

Os dados dos participantes no estudo, foram obtidos através do software de gestão clínica-saúde do Serviço de Saúde de Extremadura (Jara), a base, onde todos os dados relacionados com a saúde do paciente são registados (sinais vitais, dados antropométricos, dados socioeconómicos e dados relativos ao seu estado de saúde).

Para tal, os participantes precisavam de ter dados sobre medidas antropométricas e sinais vitais com menos de dois meses de registo e possuir resultados analíticos ao sangue, em Jara, com menos de 6 meses de registo.

Os doentes que não cumpriram nenhum destes requisitos foram chamados por telefone e foram designados para uma consulta com o objetivo de explicar o objetivo do estudo e solicitar-lhes que realizassem a realização de sinais antropométricos, vitais e exames de sangue.

Dos 132 doentes incluídos no estudo, 81 doentes tinham dados registados em Jara e os restantes foram contactados por telefone, uma vez que alguns dos dados estavam incompletos e todos concordaram em efetuar os testes necessários para a inclusão, não obtendo negativo de qualquer participante, pelo que a taxa de participação foi de 100%.

Todos os participantes no estudo foram introduzidos numa base de dados configurada para o efeito, com o software Filemaker que engloba uma folha de registo de dados para cada um dos participantes. Nesta folha de registo, várias dimensões podem ser distinguidas e para que seja observada, consta como *apêndice 3*.

Para completar a ficha de dados de cada paciente, foram efetuadas as seguintes determinações:

- Os dados pessoais, obtidos na base de dados de Jara e no caso de nem todos os campos estarem preenchidos, os pacientes foram contactados por telefone para lhes perguntar sobre os que estavam incompletos.
- A informação sobre **o histórico pessoal dos participantes e os problemas de saúde ativos** foi obtida diretamente a partir da base de dados Jara onde cada um dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes na quota é registado. Isto porque, durante muito tempo antes deste estudo, tem-se realizado um trabalho para atualizar a base de dados de doentes pertencentes à quota, tanto a nível médico como de enfermagem.
- O Índice de *Invalidez Barthel*, que avalia o nível de independência do doente no que diz respeito ao desempenho das atividades básicas do dia-a-dia (AVD) e através do qual são atribuídas diferentes pontuações de acordo com a capacidade do sujeito examinado para realizar tais atividades, foi tomado em consideração.

▪ **Medições físicas e determinações analíticas.**

- Parâmetros antropométricos.
 - O peso e a altura, foram medidos sem sapatos, numa escala de tipo romano disponível em todos os centros de saúde e escritórios locais.
 - O IMC (kg/m^2) foi estudado de acordo com a sua fórmula normal de cálculo que é diretamente calculada na base de dados ao introduzir as medições de peso e tamanho.
 - Perímetro abdominal. Foi medida com fita métrica sem características especiais.
 - Índice de Perímetro abdominal/altura. Tal como o IMC, é um facto que é calculado diretamente da base de dados de Jara.
- Sinais vitais. Pressão arterial (TAS e TAD) e frequência cardíaca. Foram medidos com um tensiómetro digital Omrom M3 Intellisense HEM-7200-E2.
- Exame de sangue - Glicose, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico (Colesterol Total, Triglicéridos, LDL e HDL) e perfil renal (filtragem glomerular MDRD 4, urea e creatinina).
- *Calculo de risco vascular SCORE*. É uma ferramenta que calcula o risco de doenças cardiovasculares fatais em 10 anos. (Sansa, Fitzgeraldb, Royoa, Conroyc, & Grahamd, 2007)(Anexo 5).

• **TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do pacote estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para windows sob licença da Universidade da Extremadura. As respostas foram registadas numa base de dados do Filemaker e a entrada de dados de todos os separadores foi revista de forma a corrigir erros.

A estatística descritiva **das variáveis quantitativas** que são descritas por frequências validadas em percentagens foi realizada.

Para as **variáveis categóricas**, os resultados descritivos são apresentados sob a forma de tabelas de distribuição percentual e são expressos pelas frequências percentuais absolutas e relativas.

Para a **estatística analítica das variáveis quantitativas**, o teste "T- Student", e a análise de variação foram utilizados para a comparação de meios.

As tabelas de contingência e o teste Qui-quadrado foram utilizados para o estudo da associação de **variáveis qualitativas**.

Os valores da **p<0,05** foram considerados estatisticamente significativos e os intervalos de confiança foram calculados nos casos em que eram relevantes.

2.1.6 Resultados do estudo

A informação necessária pretendida foi recolhida dos 132 pacientes selecionados para o estudo, pelo que a taxa de resposta é de 100%.

Os principais resultados descritivos da amostra estão resumidos nos quadros seguintes.

Quanto ao número total de participantes por sexo e faixa etária, a amostra é distribuída da seguinte forma:

Amostra		Frequência	Percentagem
Género	Homem	59	44,70%
	Mulher	73	55,30%
Total		132	100,00%

Quadro 2. Distribuição da amostra por sexo

Amostra	N	Mínimo	Máximo	Média	Desv. Typ.
Idade	132	30	93	54,03	15,568

Quadro 3. Idade dos participantes incluídos no estudo

Idade	Amostra total		Homem		Fêmea	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
30-45 anos	49	37,10%	21	35,60%	28	38,40%
46-60 anos	36	27,30%	17	28,80%	19	26%
61-75 anos	34	25,80%	19	32,20%	15	20,50%
>76 anos	13	9,80%	2	3,40%	11	15,10%
Total	132	100%	59	100%	73	100%

Quadro 4. Distribuição do total de participantes no estudo por grupo etário

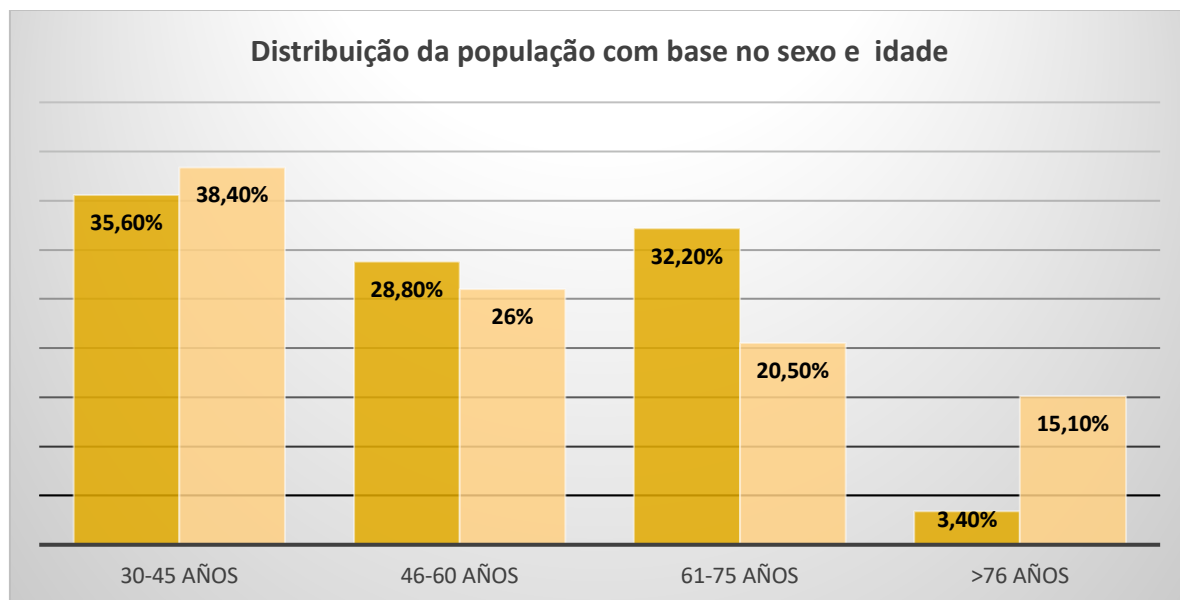


Gráfico 3. Distribuição da população com base no sexo e idade

Quanto ao nível sociocultural dos participantes no estudo, ao seu estado civil e à atual situação laboral, a distribuição da amostra é:

Estudos	Frequência	Percentagem
Analfabeto	13	9,80%
No Est. Não analfabeto	36	27,30%
Estudos Primários	54	40,90%
Estudos Secundários	9	6,80%
Formação profissional	13	9,80%
Estudos Universitários	7	5,30%
Total	132	100,00%

Quadro 5. Classificação dos participantes de acordo com o seu nível sociocultural

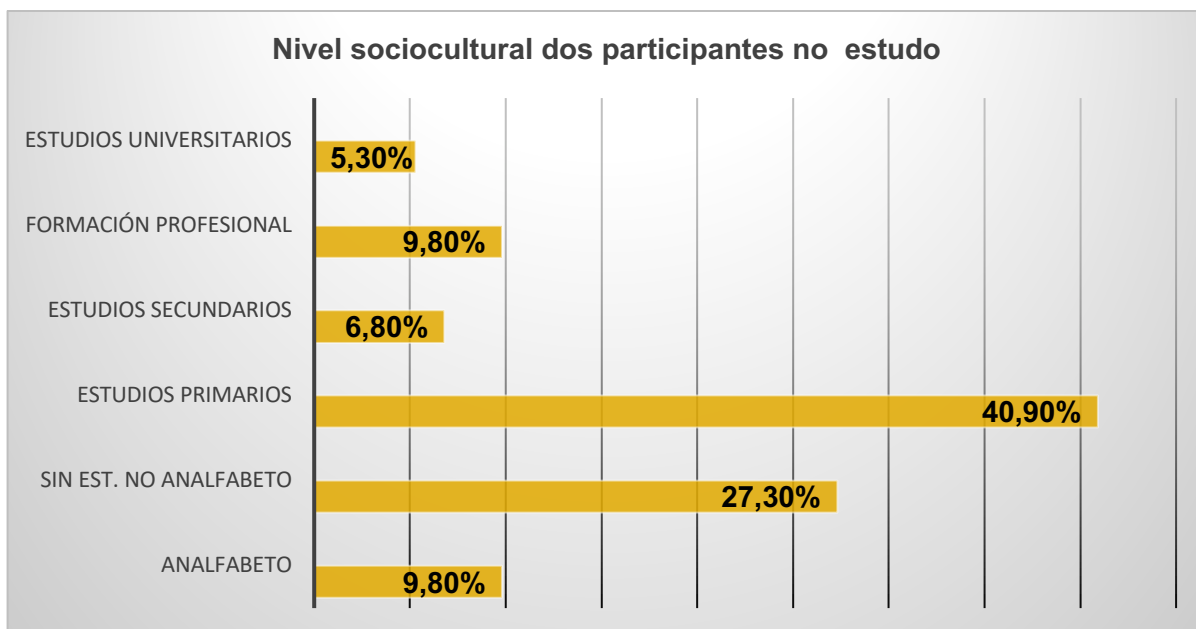


Gráfico 4. Nível sociocultural dos participantes incluídos no estudo.

Estatuto Civil		Frequência	Percentagem
	Casado	97	73,50%
	Solteiro	21	15,90%
	Divorciado	1	0,75%
	Viúvo	13	9,84%
	Total	132	100,00%

Quadro 6. Distribuição da amostra de acordo com o seu estado civil

Situação laboral		Frequência	Percentagem
	Ativo	56	42,40%
	De pé	29	22,00%
	Aposentado	47	35,60%
	Total	132	100,00%

Quadro 7. Distribuição da amostra de acordo com a situação atual do emprego.

Tendo em conta as comorbilidades dos participantes e os seus hábitos nocivos, encontramos a seguinte distribuição da amostra:

Comorbilidades	Frequência	Percentagem
Sem Patologia	35	26,50%
1 Patologia	38	28,80%
2 Patologias	16	12,10%
Pluripatologia (3 ou mais)	43	32,57%
	Total	100%

Quadro 8. Distribuição de amostras com base em comorbilidades

		Frequência	Percentagem
Graus	Independente	85	64,39%
	Dependência da Luz	36	27,27%
	Dependência Moderada	5	3,78%
	Dependência Severa	6	4,54%

Quadro 9. Distribuição dos participantes com base no Índice de Invalidez de Barthel

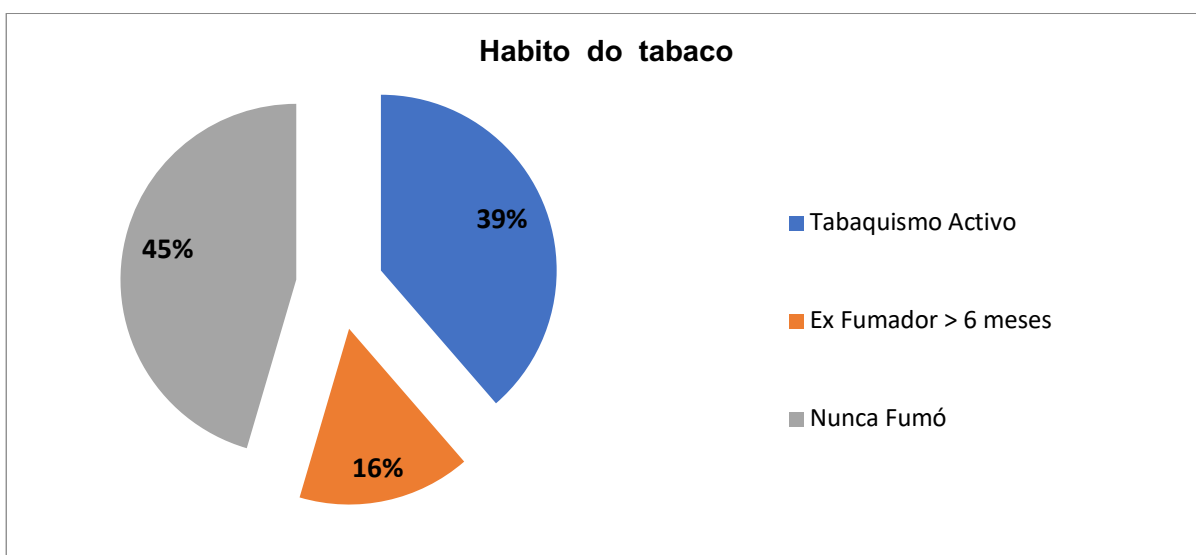


Gráfico 5. Hábito do tabaco da população incluído no estudo

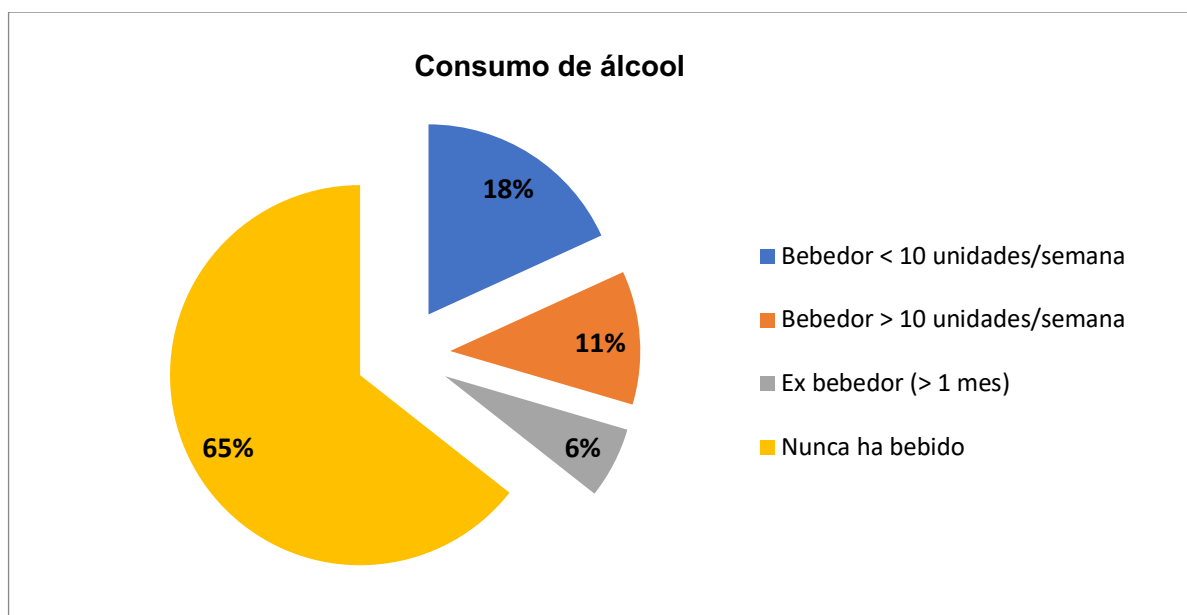


Gráfico 6. Distribuição da amostra dependendo do consumo de álcool.

O quadro 10 apresenta dados descritivos sobre a distribuição das medições antropométricas dos sujeitos incluídos no estudo.

Medições	N	Mínimo	Máximo	Média	O Desv. O Typ.
Peso (kg)	132	45,50	137,00	78,6	16,35518
Tamanho (cm)	132	134	194	163	0,09643
Circunferência abdominal (cm)	132	72	139	95,9	13,687
Índice de cintura/tamanho	132	44,44	92,67	59,02	9,38469
IMC	132	19,13	55,36	29,58	6,13500

Quadro 10. Descrição das medições antropométricas da amostra

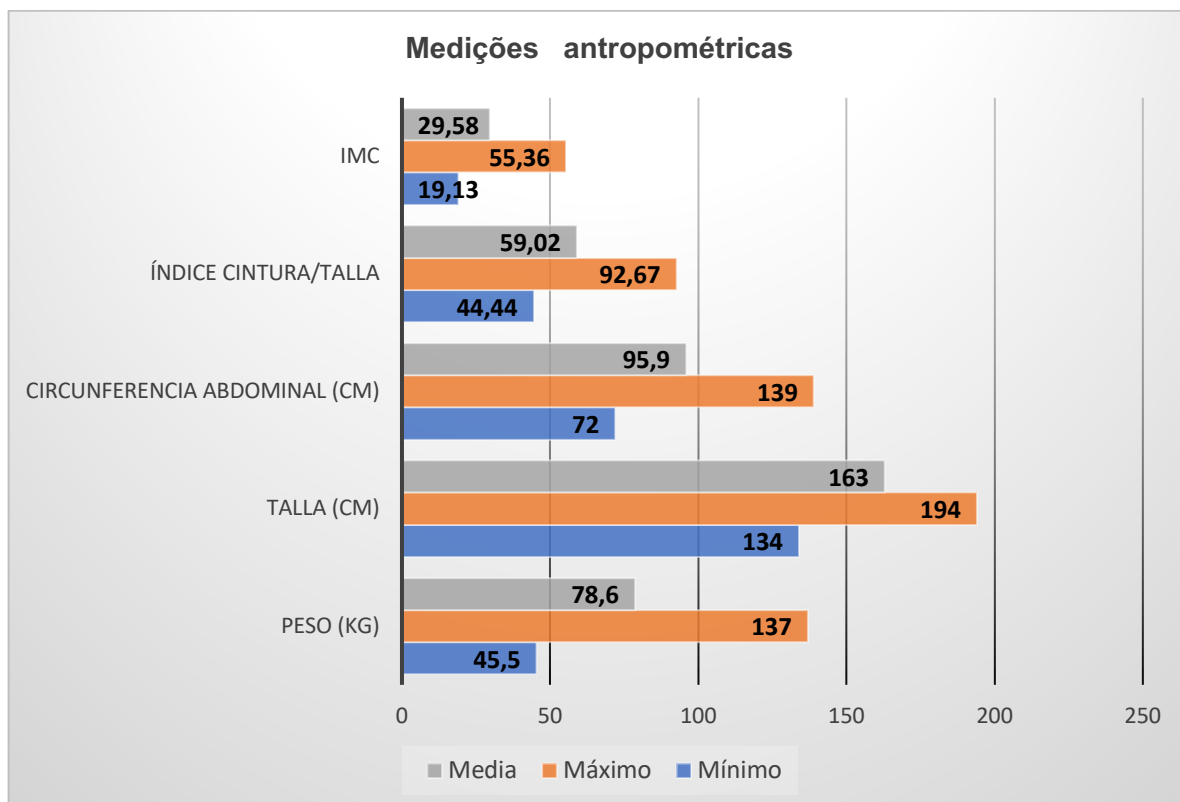


Gráfico 7. Medições antropométricas da amostra

Como se pode ver no gráfico acima, os valores do índice médio de massa corporal da amostra variam entre 19,13 e 55,36 com uma média de 29,58, correspondendo a valores de excesso de peso e quase obesidade.

BMI	Frequência	Percentagem
<-20: Infrapeso	2	1,51%
20-24.9: Normopeso	27	20,45%
25-29.9: Excesso de peso	52	39,39%
30-39.9: Obesidade	43	32,57%
>40: Obesidade Mórbida	8	6,06%

Quadro 11. Distribuição da amostra de acordo com o índice de massa corporal (BMI)

Para facilitar a gestão dos dados e, finalmente, focar-se nos objetivos estabelecidos no estudo, decidiu-se trabalhar apenas com três grupos: **normopeso, excesso de peso e obesidade** (incluindo neste grupo participantes com obesidade mórbida), sendo a distribuição da amostra como se pode ver na tabela e figura seguintes.

Grupos de peso		Frequência	Percentagem
BMI	20-24.9: Normopeso	29	22,30%
	25-29.9: Excesso de peso	52	39,39%
	>30: Obesidade	51	38,63%
	Total	132	100,00%

Quadro 12. Distribuição de amostras em grupos normopeso, sobrepeso e obesos

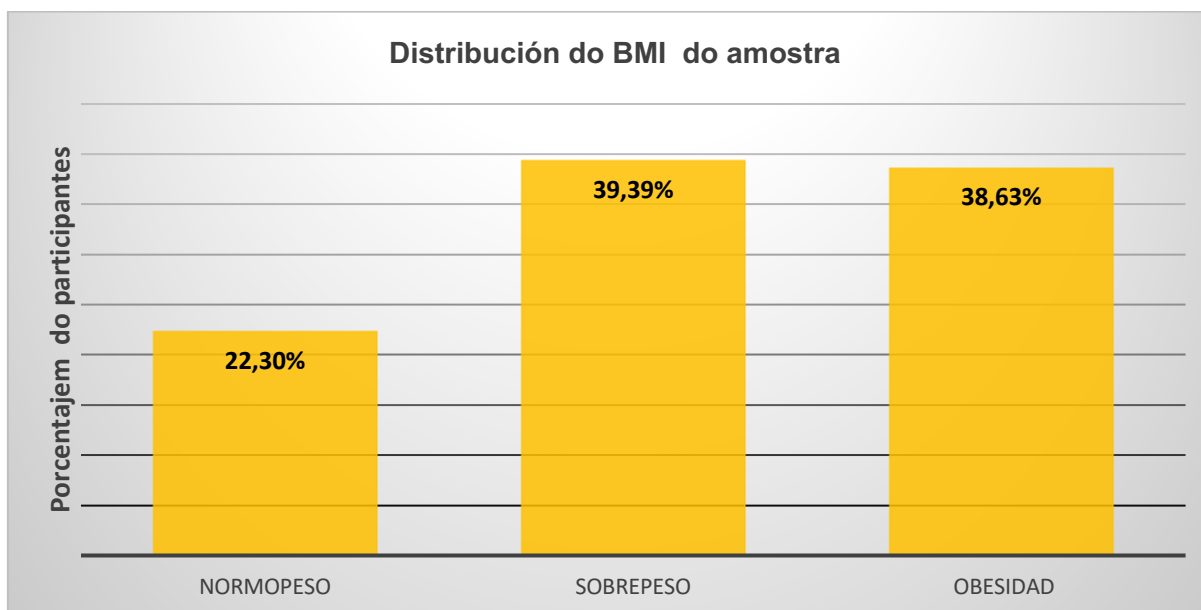


Gráfico 8. Distribuição do BMI do amostra em grupos normopeso, sobrepeso e obesos.

Para efeitos do estudo, a população foi estratificada de acordo com a sua idade atribuindo-as a dois grupos: **Jovens Adultos** e **grupo de adultos com mais de 65 anos**, sendo distribuídos a amostra da seguinte forma:

Amostra		Frequência	Percentagem
Grupos de idade	Jovens adultos	96	72,70%
	Mais de 65	36	27,30%
	Total	132	100%

Quadro 13. Estratificação da amostra em adultos jovens e adultos com mais de 65 anos

Além disso, para os objetivos da análise, a idade foi explorada em relação ao sexo masculino ou feminino, a idade média dos homens com idades compreendidas entre os 53,3 anos (entre os 30 e os 78 anos. DS-13,78), ligeiramente menor do que o das mulheres, 54,63 (entre 30 e 93 anos. DS-17.2).

ANÁLISE DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Para estratificar a população dependendo do seu IMC (normopeso, excesso de peso e obesidade) e realizar a comparação desta variável (ordinal) entre os dois sexos, foi aplicado o teste não paramétrico u de Mann-Whitney.

BMI por sexo		Género		Total
		Homem	Mulher	
Três grupos de peso	Normopeso	7	22	29
	Excesso de peso	29	23	52
	Obesidade	23	28	51
Total		59	73	132

Quadro 14. Distribuição da amostra com base na BMI e Sexo

U por Mann-Whitney 1901.5

A análise do IMC por género utilizando o teste de U de Mann-Whitney indica que as diferenças observadas entre homens e mulheres não são estatisticamente significativas (p=0.216).

- Homens. 29,83. (95% CI 28,52-31,14).
- Mulheres. 29,37. (95% CI 27,75-30,99).

No que diz respeito à distribuição desta variável (IMC) nos dois grupos etários estabelecidos (30-65 e 65 anos), os resultados obtidos pelo T- Student são estatisticamente significativos (**P<0.001**), como se verifica abaixo.

- Para jovens adultos. 28,56. I.C 95% (27.35-29,77)
- Para mais de 65 anos. 32.28. I.C 95% (30.32-34.24)

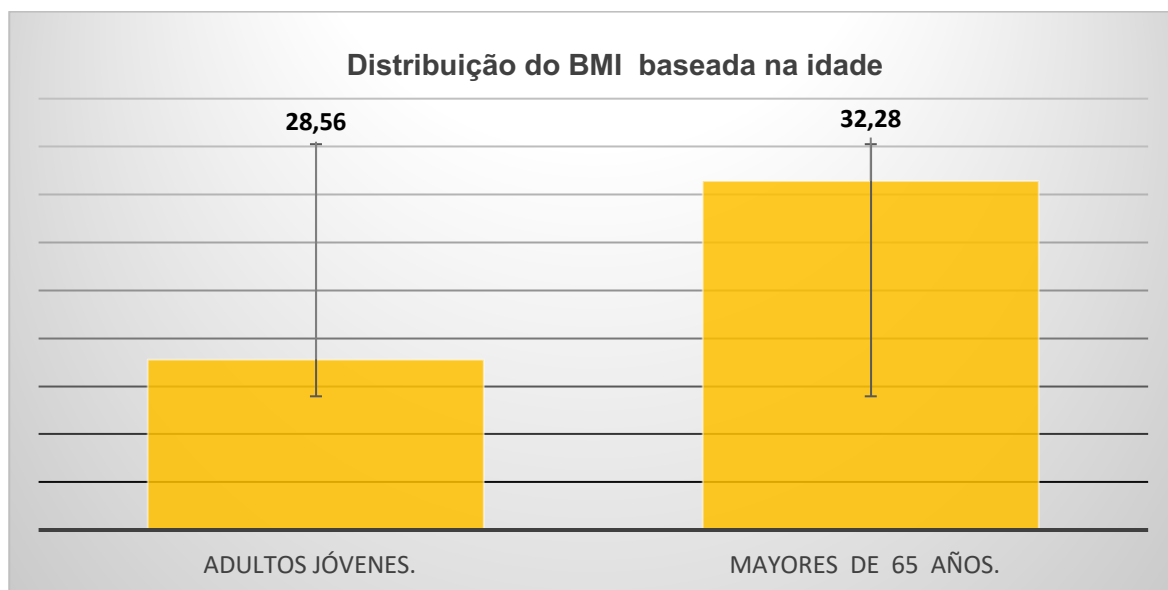


Gráfico 9. Distribuição do BMI baseada na idade

No que se refere aos resultados do IMC na população ativa e nos grupos desempregados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$).

- Ativo. 28.30. I.C 95% (26,80-29,79)
- Desempregados. 29.12. I.C 95% (26.41-31,82)

Os resultados obtidos no que diz respeito à distribuição do IMC de acordo com o estado civil da população mostraram diferenças que não eram estatisticamente significativas em termos de números de IMC em grupos solteiros e casados, mas os resultados são estatisticamente significativos ($P < 0.001$) quando comparamos o grupo de solteiros com o dos viúvos. Os resultados foram os seguintes:

- Solteiro. 2.04 IC 95% (1.65-2,44)
- Casado. 2.16 IC 95% (2.01-2.31)
- Viúvos. 2.46 IC 95% (2.06-2.86)

Quanto à distribuição da variável IMC em relação ao nível sociocultural da população incluída no estudo e agrupamento da amostra em grupos de: nível sociocultural baixo, nível sociocultural médio ou universitário, observa-se uma diferença estatisticamente significativa ($P < 0.001$) na relação entre o IMC e diferentes níveis socioculturais:

- Nível Sociocultural baixo. 30,52 (95 % CI 29.28-31.75)
- Nível sociocultural médio. 26,94 (95% CI 25.14-28.73)
- Nível Universitário. 24,06 (95% CI 21,58-26,53)

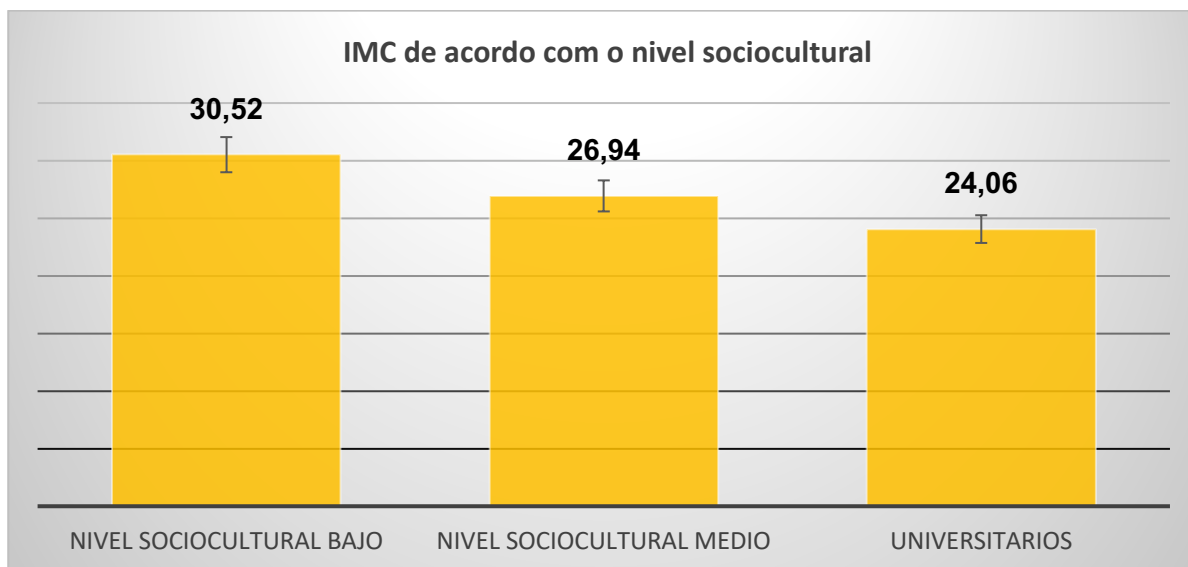


Gráfico 10. Distribuição do BMI de acordo com o nível sociocultural

ANÁLISE DE RISCO CARDIOVASCULAR

Respondendo a outro dos objetivos definidos no trabalho e relacionado com o risco cardiovascular da população, podemos dizer que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (**P<0.001**) em termos de risco cardiovascular em função do sexo, obtendo os seguintes resultados:

- Homens: 2,27 IC 95% (1.74-2.79)
- Mulheres: 0,87 IC 95% (0,60-1,14)

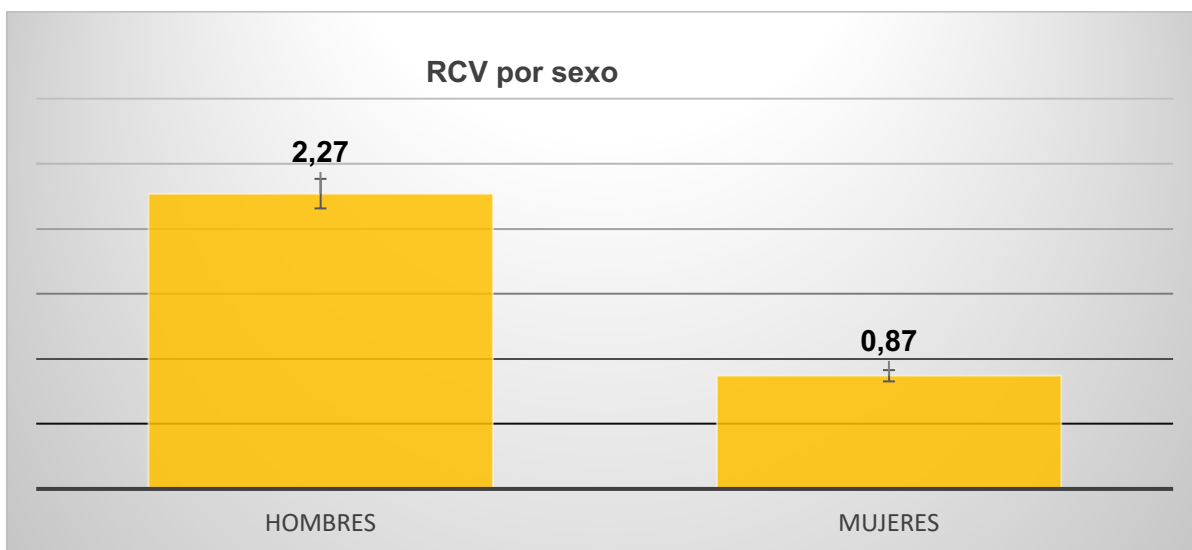


Gráfico 11. Distribuição de RCV por sexo

No que diz respeito ao risco cardiovascular baseado nos dois grupos etários estabelecidos, foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P < 0.001$) entre os dois grupos:

- Jovens adultos. 0,89 IC 95% (0,61-1,17)
- Mais de 65 anos. 3,11 IC 95% (2,56-3,65)

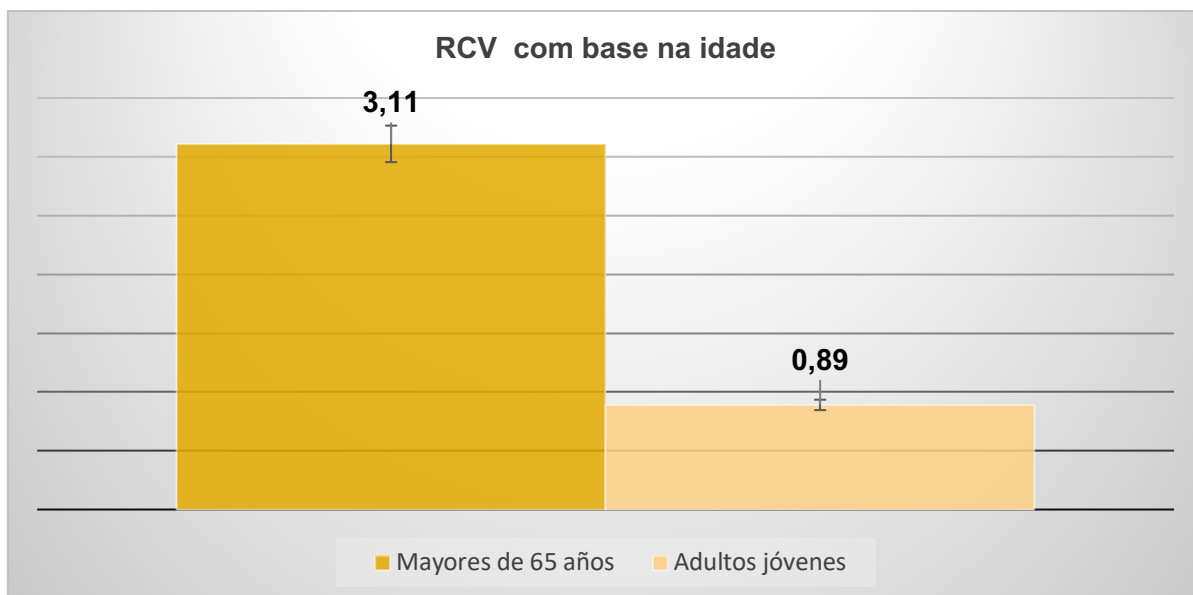


Gráfico 12. RCV com base na idade

Quanto à distribuição do risco cardiovascular com base no índice de massa corporal, foram encontradas diferenças significativas ($P < 0,01$) entre o grupo de participantes do peso normal e aqueles cujo IMC era superior ou igual a 25. Os resultados são detalhados abaixo:

- Normopeso. 0,41 IC 95% (0-0,92)
- Excesso de peso. 1,46 IC 95% (1,01-1,90)
- Obesidade. 2,15 IC 95% (1,65-2,66).

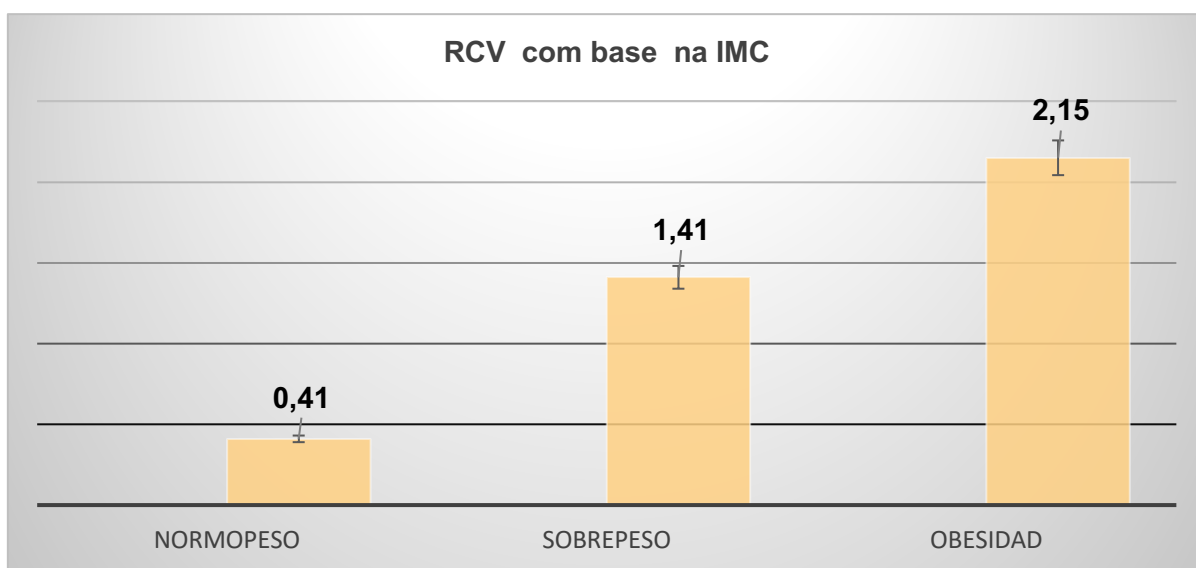


Gráfico 13. Distribuição do RCV de acordo com o IMC

Do mesmo modo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,001$) relativas ao risco cardiovascular, dependendo do nível sociocultural da população em estudo, produzindo os seguintes resultados:

- Nível baixo: 1,81 I.C 95% (1,46-2,16)
- Nível médio-alto. 0,5 I.C 95% (0-1,02)

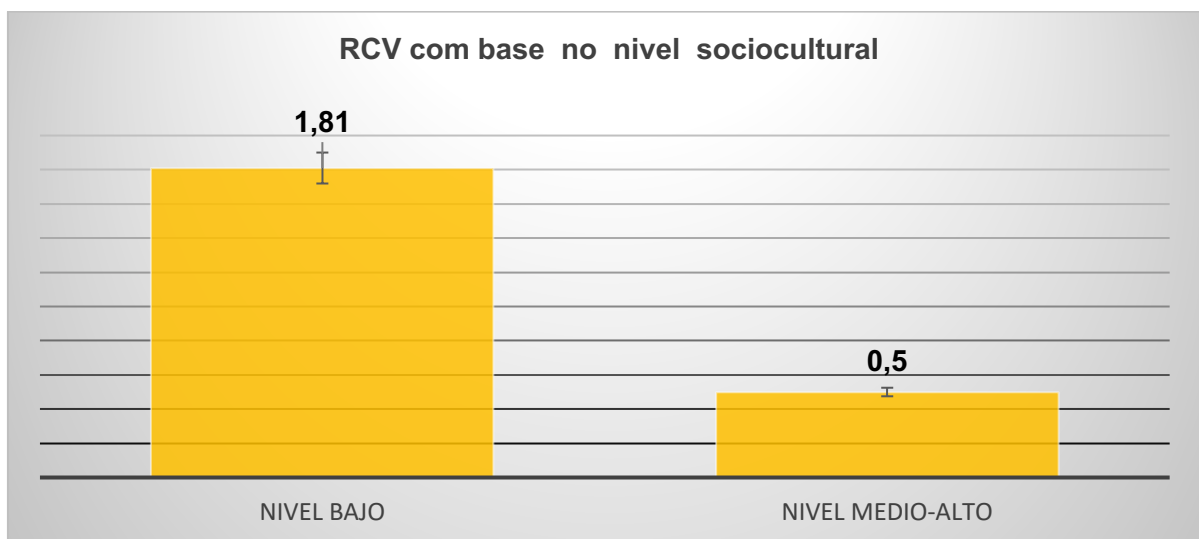


Gráfico 14. RCV com base no nível sociocultural

No que diz respeito a hábitos nocivos (tabagismo e consumo de álcool) em relação ao risco cardiovascular, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$) entre grupos de fumadores ativos e não fumadores e entre aqueles que consumiram álcool assiduamente e aqueles que não consumiram assiduamente. Os resultados obtidos a este respeito foram os seguintes:

- Fumador ativo. 1,25 I.C 95% (0,70-1,80)
- Não fumadores. 1,23 I.C. 95% (0,88-1,58)

- Bebedor >10 Unidades/semana: 1,06 I.C (0,32-1,80)
- Não bebedores. 1,15 I.C 0,83-1,47).

De todos os dados acima referidos, destacamos, em síntese, os resultados mais importantes obtidos no estudo e que são os seguintes:

- População, em que os indivíduos com peso normal representam apenas 22,3% da amostra e em que o 78,02% têm um índice de massa corporal superior ao normal e definido pela OMS, representando os indivíduos com excesso de peso 39,39% da amostra e os obesos 38,63%.

- Na população incluída nesta amostra, os homens são aqueles que têm um ligeiro ganho de peso sobre as mulheres.
- Maiores valores de IMC em indivíduos maiores de 65 anos relativamente ao adultos jovens (**P<0.001**).
- Maiores valores de IMC em indivíduos com baixo nível sociocultural (**P<0.001**).
- No estudo de Risco cardiovascular, os resultados coincidem com os publicados noutros trabalhos.
- Apresentam risco cardiovascular aumentado os homens versus as mulheres, os indivíduos com baixo nível sociocultural, utentes com mais de 65 anos, na frente de adultos jovens e aqueles com valores de IMC maiores o iguais a 25 (**P<0,001**).

Com base nestes dados os principais problemas identificados são:

- Excesso de peso
- Obesidade

2.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.

A priorização é a segunda fase do planeamento da saúde depois de identificar problemas de saúde na fase de diagnóstico. Nesta fase, os problemas de saúde que devem ser resolvidos primeiro são selecionados, através de uma das diferentes metodologias possíveis e utilizando vários critérios para o efeito. Esta priorização não é um processo puramente racional, envolvendo uma importante componente afetiva de valores, julgamentos e a consequente subjetividade. (Imperatori & Giraldes, 1982)

A análise da situação dá-nos uma ideia da importância dos problemas identificados e do estabelecimento de prioridades, ajuda-nos a orientarmo-nos sobre eles, ou seja, selecionando, por outro lado, os problemas que serão objeto de intervenção e, por outro lado, esses problemas, para os quais é primeiro necessário conhecer as suas causas e possíveis soluções, isto é, prioridades de investigação (Pineault & Daveluy, 1987).

Para Caldeira, o estabelecimento de prioridades, trata-se de um processo muito importante, em que uma vez identificados os problemas da população, é necessário selecionar as prioridades, tendo em conta qual é o problema que queremos tentar resolver

em primeiro lugar, contribuindo assim para utilizar os recursos que temos, de uma forma mais eficiente (Caldeira, 2019).

Para planear a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a otimização dos resultados a alcançar, é necessário seleccionar prioridades, detetando quais os problemas que devem ser resolvidos primeiro. A priorização dos problemas identificados ocorre em duas fases, a definição de critérios de decisão; e a limitação e comparação de problemas (Tavares, 1990).

Existem várias técnicas para determinar prioridades, mas não existem métodos universais de priorização, uma vez que todas têm vantagens e desvantagens e a sua implementação dependerá do contexto em que são aplicados (Imperatori & Giraldes, 1982).

Embora não exista um método de priorização perfeito e infalível, é aconselhável utilizar a utilização combinada de procedimentos e técnicas, que contribuam para melhorar o grau de objetividade nesta fase, utilizando para o efeito, critérios baseados na importância do problema (extensão, gravidade, impacto social...) e na capacidade real que temos de intervir sobre ele.

Por último, mencionamos abaixo os três critérios clássicos utilizados na priorização de problemas: (Tavares, 1990), (Imperatori, E; Giraldes, M, 1993).

- **Magnitude:** Refere-se à importância, ou dimensão do problema, tendo em conta o total da população afetada, ou seja, o número de afetados pela população total.
- **Transcendência:** Importância do problema nas diferentes faixas etárias.
- **Vulnerabilidade:** Possibilidade de prevenção de problemas: Conhecimento da relação entre o problema e os fatores de risco. Corresponde à possibilidade de invenção, ou seja, a sensibilidade de um problema a uma ação curativa ou preventiva cuja eficácia é conhecida.

Com base nesta última parte e estabelecendo uma relação com os problema identificados no nosso DSS, caracterizado pela existência de altas taxas de excesso de peso e obesidade, pode dizer-se que:

No nosso caso particular, a **magnitude do problema** é evidente quando são produzidos dados alarmantes a partir do DSS, ou seja, apenas cerca de 23% da população estudada tem níveis adequados de IMC, com 77% da população com problemas de excesso de peso e obesidade, conseqüentemente o risco acrescido de um evento cardiovascular.

No que diz respeito à **importância do problema**, para dizer que, embora o nosso DSS esteja limitado à população com mais de 30 anos e apesar de ainda não ter dados concretos e fiáveis sobre a nossa população infantil, é verdade que estamos a observar cada vez mais a presença de um maior número de crianças com problemas de excesso de peso e obesidade nas nossas consultas de AP, pelo que podemos dizer que a obesidade é um problema importante que está a acontecer em praticamente todas as faixas etárias e/ou fases da vida.

Finalmente, no que diz respeito à **Vulnerabilidade**, podemos dizer que os problemas identificados no DSS são endereçados e têm uma solução. Que existem muitas estratégias para poder intervir em cada grupo populacional e reduzir estes números alarmantes envolvendo profissionais e formando a comunidade na tomada de decisões adequadas para o cuidado da sua própria saúde. É precisamente isso que estamos a tentar alcançar neste projeto de intervenção que é detalhado nas próximas fases do trabalho.

2.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.

A definição de objetivos é a terceira fase do processo de planeamento de saúde, depois de priorizar os problemas.

Os objetivos serão fixados em resposta aos problemas acima referidos, sendo de extrema importância a sua correta definição, para posteriormente, poder proceder a uma boa avaliação dos resultados no que respeita à execução do plano. (Imperator & Giraldes, 1982)

Tendo em conta os dados fornecidos pelo DSS, nos quais encontramos o grave problema da obesidade por excesso de peso na população em estudo, definimos os seguintes objetivos:

a) Objetivo Geral.

Diminuir a prevalência da obesidade e o risco cardiovascular que lhe está associado em 20% na população com mais de 30 anos nas cidades de Guadajira e Balboa dentro de 2 anos.

b) Objetivos Específicos.

1. Melhorar o padrão de alimentação e atividade física da população em estudo como os principais determinantes atuais desta patologia dentro de 6 meses.
2. Desenvolver um protocolo de intervenção na escola e também a nível comunitário no prazo de 3 meses.
3. Identificar a prevalência da obesidade e sobrepeso de pessoas com menos de 30 anos na população em estudo antes de outubro de 2020.
4. Conhecer o padrão de atividade física e alimentar em pessoas com menos de 30 anos na população em estudo, antes de outubro de 2020.
5. Incentivar a investigação sobre a obesidade entre colegas na Zona Básica de Saúde e abordar a sua complexidade numa perspectiva de saúde pública até abril de 2020.
6. Treinar os profissionais responsáveis pelas intervenções em cada uma das áreas de ação antes de setembro de 2020.
7. Treinar famílias e informar a comunidade com o objetivo de alcançar estilos de vida saudáveis até ao final de dezembro de 2020.

Neste momento, é importante informar que, devido á pandemia inesperada resultante das altas taxas de infeção pela Covid 19, fomos forçados a mudar a forma como regularmente gerimos os cuidados de saúde. Isto significa que deixámos de cuidar de doentes que normalmente vão a consultas de enfermagem para monitorizar e controlar os seus problemas crónicos de saúde, limitando-nos a fazer monitorização telefónica destes doentes, além, naturalmente, de cuidar de doentes com patologia urgente, tanto no centro de saúde, como no domicílio.

Da mesma forma, deixámos de fazer intervenções na comunidade e tivemos de suspender temporariamente a nossa estreita colaboração com o sector da educação na área, que também foram obrigados a mudar a forma como trabalham, fazendo-o agora, através de novas tecnologias da informação.

Este facto levou ao ajustamento do calendário inicial que tínhamos estabelecido e que tínhamos de alterar, finalizando assim o nosso projeto de intervenção em junho de 2021, quando foi inicialmente estabelecido até ao final de dezembro de 2020.

Os documentos anexos deste trabalho apresentam os dois cronogramas, o original e o cronograma adaptado à situação causada pela pandemia.

2.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.

A seleção de estratégia é a quarta fase do processo de planeamento da saúde. Esta fase permitir-nos-á aplicar uma seleção coerente e ordenada das técnicas, estimando os recursos necessários para a sua implementação, a fim de alcançar os objetivos propostos. Nesta fase, poderá surgir a necessidade de rever os objetivos estabelecidos no início do processo, após a realização do confronto entre estes objetivos levantados e os recursos disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1982) (Tavares, 1990).

No âmbito de cada uma das estratégias de intervenção, são definidas as linhas de ação do plano, que podem incluir uma ou mais intervenções de natureza dinâmica e que, ao mesmo tempo, devem ser adaptadas às necessidades e circunstâncias do momento em que surgem.

Definimos abaixo, as principais estratégias formuladas no plano, que teremos de ter em conta no planeamento das diferentes intervenções. Estes são:

A. Estratégia de Regulação

A educação é absolutamente necessária como alternativa a soluções baseadas em políticas em matéria de problemas de saúde, mas a mudança do ambiente é um elemento essencial para resolver os problemas identificados no diagnóstico da nossa situação, sendo necessário para a ação das instituições públicas.

B. Estratégia participativa

Para resolver os problemas identificados no diagnóstico da situação, adotámos uma abordagem de perspetiva multidisciplinar, multisectorial e multifatorial.

O plano deve ser integrado numa estratégia que abranja medidas da convergência de diferentes frentes e que envolva um vasto leque de sectores (instituições públicas, famílias, escolas, profissionais de saúde e educação, associações, etc.).

C. Estratégias de inovação e investigação

O objetivo é otimizar a origem e a gestão do conhecimento, de forma a realizar as diferentes ações do programa de acordo com os métodos científicos e os resultados, escolhendo essas intervenções mais eficazes de acordo com as bases documentais disponíveis.

D. Estratégia de vigilância

É necessário uniformizar o método de monitorização e os instrumentos de registo para quantificar os determinantes que influenciam os problemas identificados, as condições sociais e ambientais que podem afetar a sua incidência e/ou prevalência.

E. Estratégias de informação e formação

A informação e a formação das pessoas estão relacionadas com o seu estado de saúde. Na verdade, sabe-se, que quanto maior for o nível educativo de uma sociedade, mais saudável é o seu estilo de vida.

Ao fornecer informações à população, ajudamos a sensibilizar para uma mudança de atitude mais saudável, sendo necessário garantir a eficácia desta estratégia, tendo em conta todas as variáveis que afetam o processo de comunicação.

Da mesma forma, e dada a diversidade em termos das diferentes equipas de trabalho, é necessário formar profissionais dos diferentes sectores envolvidos, que exigirão a aquisição de novos conhecimentos e competências/competências, para executar as tarefas que decorrem do desenvolvimento do plano.

Para terminar esta fase do processo, teremos de estudar e planear as estratégias e/ou formas de intervenção para, num primeiro momento, envolver os colegas no nosso plano de ação e, em segundo lugar, intervir na população com as ferramentas necessárias que nos permitam atingir os objetivos previstos na fase anterior. A este respeito, consideramos desenvolver as seguintes atividades:

No que diz respeito ao Pessoal de Saúde da Área;

Podemos dizer, que envolver os profissionais de saúde na área é crucial para a implementação bem sucedida do projeto de intervenção comunitária que queremos levar a cabo.

Por isso, a primeira coisa que fizemos foi apresentar o resultado do Diagnóstico de Situação de Saúde que temos realizado nos meses anteriores, aos restantes colegas da Zona Básica de Saúde e também à Direção de Cuidados Primários da Área de Saúde de Badajoz.

Posteriormente, com o objetivo de promover a atualização, reciclagem e aquisição de novos conhecimentos por parte dos colegas, realizamos uma revisão bibliográfica sobre obesidade, excesso de peso e risco cardiovascular associado a eles na população espanhola e uma vez concluída esta revisão, defendemo-la públicamente.

Paralelamente à conclusão da revisão bibliográfica, está a ser realizada uma estratégia que consiste em proporcionar formação relacionada com esses aspetos da obesidade, excesso de peso e RCV, bem como a formação para aquisição de competências sociais dirigidas aos profissionais de saúde na Zona Básica onde trabalho. Competências que serão sem dúvida muito úteis, quanto a nós, na fase de implementação do plano.

Neste ponto, é também importante sublinhar que vamos envolver professores de escolas (CE) na área para que, após uma série de sessões de formação com eles, desenvolvamos conjuntamente um protocolo de ação entre a CE e o centro de saúde que nos ajude a promover ambientes saudáveis para os jovens da área que ajudam a combater a obesidade, estilos de vida sedentários e uso de substâncias, entre outros.

No que diz respeito à população em estudo e à qual queremos trabalhar e a comunidade em geral:

O primeiro passo que demos foi apresentar o resultado dos Diagnósticos da Situação de Saúde que realizamos nos meses anteriores. Esta informação, foi apresentada nas várias reuniões realizadas no salão da localidade com a presença de um grande número de pessoas, bem como em dípticos, com o objetivo, de os sensibilizar para o importante problema colocado pelos dados recolhidos.

Aproveitámos estas reuniões para explicar à população a implementação de um programa que melhore os dados sobre o número de obesidade, excesso de peso e RCV, tornando-se depois destas intervenções, uma população mais saudável e com menos comorbilidades.

Outra das atividades que nos propomos efetuar com a população e que visam os objetivos fixados, consiste na formação da comunidade em matéria de saúde, com a intenção de formar a população na tomada de decisões em termos de gestão da sua saúde, sendo este, sem dúvida, um dos objetivos mais importantes a que nos propusemos.

Com o intuito de promover a participação ativa da comunidade no desenvolvimento e concretização dos objetivos definidos no nosso projeto de intervenção, propomos a *criação de uma comissão na qual estejam representados todos os grupos políticos da região*, bem como a *criação de um grupo de trabalho multidisciplinar* que inclua um vasto número de sectores da comunidade em que estamos a trabalhar, (instituições públicas, escolas, profissionais de saúde, famílias, tecido associativo da área, etc.).

Muito interessante neste momento e com o apoio do grupo multidisciplinar criado, seria a elaboração de um mapa de recursos, competências, pontos fortes e liderança disponíveis na comunidade em que estamos a trabalhar. Isto pode ajudar-nos a estudar a implementação de futuras intervenções.

É importante neste momento, ter em conta a importância dos profissionais na comunidade educativa da área como *"atores necessários à mudança"*. Seria interessante assim como estávamos a considerar com os colegas do ZBS, a formação destes, destinado

à atualização e aquisição de novos conhecimentos na obesidade, excesso de peso e RCV, bem como a implementação do mesmo programa de formação de competências sociais que os ajudará a promover a mudança. Tudo isto, prosseguindo o objetivo de desenvolver em conjunto um protocolo de ação entre a CE e o CS que nos ajude a promover ambientes saudáveis para os jovens da região, ajudando a combater a obesidade, os estilos de vida sedentários e o uso de substâncias, entre outros.

Finalmente, e comum aos pontos acima, temos dois aspetos:

O primeiro deles será a preparação de um questionário para avaliar as sessões de formação e educação para a saúde, tanto com os profissionais como com a população em geral e cujo principal objetivo será, corrigir através do feedback fornecido por tais avaliações, erros ou fraquezas.

E, finalmente, procuramos a divulgação do projeto dentro e fora da nossa Zona Básica de Saúde, com a intenção de que as restantes áreas pertencentes à nossa área, tenham um documento de apoio e/ou guia para a correta gestão dos problemas de saúde que identificámos no diagnóstico da nossa situação.

2.5 PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A quinta fase do processo é a realização de Preparação Operacional, com o objetivo principal de destacar a relação entre as diferentes atividades, evitando sobreposições e/ou acumulação de práticas (num determinado período de tempo), a eliminação de obstáculos à execução e cálculo dos recursos; ou seja, a preparação operacional, é um instrumento básico na execução das atividades planeadas. É nesta fase de planeamento, que especifica a forma detalhada, as atividades, os resultados esperados, os recursos (materiais, físicos, humanos e económicos) necessários para a realização de cada atividade e a forma como serão obtidos, e será desenvolvido um Programa de Atividades (Imperatori & Giraldes, 1982).

Através das provas científicas disponíveis, tem-se assumido que as intervenções comunitárias são as mais eficazes na resolução dos problemas identificados no nosso diagnóstico.

A nível local, falamos de intervenções comunitárias quando abrangem os diferentes contextos e adaptam-se cultural e socialmente à população em que serão intervencionadas, a partir das estruturas sociais existentes.

Segundo a OMS, estas intervenções devem ter uma série de características para garantir a sua eficácia, e estas são: (OMS, 2016).

- ***Colaboração com a comunidade***
- ***Conceção e planeamento do programa***
- ***Candidatura***
- ***Sustentabilidade***
- ***Governança e transparência***
- ***Avaliação***

Tendo terminado de fornecer bibliografia sobre este ponto, um aspeto muito interessante tem sido rever o documento do Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade (MSSSI), para o desenvolvimento de intervenções comunitárias e onde o referido organismo, aconselha a implementar os modelos de Boas Práticas integrados no SNS, na promoção da saúde e prevenção de doenças crónicas identificadas nas diferentes comunidades (MSSSI, 2017).

Em seguida, apresento uma síntese das atividades realizadas nesta fase, através de uma série de tabelas que descrevem como podem ver, se compararmos o tipo de atividade, quando, onde, como essa atividade vai ocorrer e recursos necesarios.

Em relação ao Pessoal de Saúde na Zona Básica de Saúde

Atividade	Quando	Onde	Como	Recursos
Investigação bibliográfica sobre obesidade, excesso de peso e risco cardiovascular na população espanhola.	Outubro 2019- fevereiro 2020	Centro de Saúde Real de Talavera La Real (UD) de Enfermagem Familiar e Comunitária.	Revisão das Bases de Dados Bibliográficas	Consulta de gabinete- enfermagem e computador com ligação à Internet
Apresentação do estudo a os colegas do centro de saúde e da Diretoria de atenção primária da área de Badajoz.	Novembro- Dezembro 2019	Centro de Saúde de Talavera la Real.	Método Expositivo	Sala de reuniões, computador e projetor.
Formação em Serviço sobre obesidade, excesso de peso, RCV e competências sociais dirigidos a os profissionais de saúde.	Dezembro 2019 - março 2020	Centro de Saúde de Talavera la Real.	Método expositivo e demonstrativo. Dinâmica de grupo.	Sala de reuniões, Computador, Ligação à Internet, Material de Ensino.

Elaboração de um questionário para avaliação das sessões de Formação em Serviço e Educação.	Dezembro 2019- janeiro 2020	CS Talavera la Real y UD de Família e Enfermagem Comunitária.	Questionários	Sala de reuniões. Questionários
Divulgação do projeto dentro e fora da zona básica de saúde.	Setembro- dezembro 2020	Área de Saúde Badajoz	Método de expositivo e fazer dípticos informativos	Computador com projetor, Dípticos informativos
Formação a Professores da ZBS. Desenvolvimento conjunto do protocolo CE-CS	Março - junho 2020	CS Talavera la Real	Método expositivo e demonstrativo	Computador com projetor. Bibliografia sobre protocolos. Sala de reuniões.

Em relação à população com quem vamos trabalhar

Atividade	Quando	Onde	Como	Recursos
Apresentação do estudo a população da Zona de Saúde.	Novembro-Dezembro 2019	Centro de Saúde de Talavera la Real.	Método expositivo	Sala de reuniões, computador e projetor.
Formação em obesidade, excesso de peso, RCV e formação para tomada de decisões em saúde.	Fevereiro 2020 - maio 2020	Centro de Saúde de Talavera la Real.	Método Expositivo e demonstrativo. Dinâmica de grupo.	Sala de reuniões, Computador, Ligação à Internet, Material de Ensino.
Elaboração de um questionário para avaliação das sessões de Formação em Serviço e Educação.	Dezembro 2019- janeiro 2020	CS Talavera la Real e Unidade Docente de Medicina e Enfermagem Comunitária.	Questionário de anonimato	Sala de reuniões. Questionários
Divulgação do projeto dentro e fora da zona básica de saúde.	Setembro-dezembro 2020	Câmara Municipal	Método de exposição e fazer díticas informativas	Computador Ligação à Internet, Dípticos informativos

2.6 AVALIAÇÃO.

Esta é a última fase do planeamento e visará a realização de uma avaliação dos problemas identificados, comparando a situação em que inicialmente fomos confrontados com a situação em que nos encontramos após a fase de intervenção.

A evidência científica diz-nos que, ao fazer uma avaliação de um projeto de intervenção comunitária, é necessário proceder a uma avaliação dos diferentes aspetos envolvidos tanto no seu desenvolvimento como na sua implementação. Alguns, em consonância com o que foram anteriormente publicados por outros autores como (Wolfenden, et al., 2017) Imperatori & Giraldes (1982) que afirmaram, que ao realizar a avaliação de um programa de intervenção, devemos examinar as estratégias escolhidas, as atividades desenvolvidas, a elaboração do plano e, naturalmente, também a aplicação do mesmo, rigorosa e detalhadamente, de forma a atingir os objetivos definidos, resolver os problemas e satisfazer as necessidades identificadas.

A fim de poder efetuar a avaliação, há que estabelecer alguns indicadores. Os indicadores serão então uma série de instrumentos que medem o índice ou o reflexo de uma situação e as alterações que ocorrem. Estes indicadores facilitarão igualmente a compreensão do ponto em que se identifica o problema acima identificado e para onde nos dirigimos, bem como a distância que se manterá para o objetivo que se persegue. (Linerós-González, Marcos-Marcos, Ariza, & Hernán-García, 2017)

Para utilizar bons indicadores, devem satisfazer uma série de requisitos:

- Devem ser úteis, ou seja, devem ter aplicabilidade sobre o que se pretende medir.
- Têm de ser representativos e válidos para as variáveis que pretendemos medir.
- Devem ser exequíveis.
- Têm de ser objetivos.
- Devem ser sensíveis, ou seja, apanham alterações que ocorrem durante o processo.
- Têm de ser específicos.
- Devem ser simples e fáceis de ler e entender.

Existem dois tipos de indicadores; **Indicadores de Resultados ou Impacto** e **Indicadores de Execução**. A primeira medirá as alterações que ocorreram num problema, e a segunda, as de execução, que medem as atividades desenvolvidas.

Neste momento do processo, é também essencial monitorizar a adesão e a qualidade das atividades que são realizadas e se esta monitorização revelar a ausência de um impacto positivo em relação aos resultados esperados, teremos de voltar à primeira fase do processo.

No nosso caso específico, realizamos dois tipos de avaliação, a primeira avaliação interna que nos informará sobre o funcionamento do serviço onde prestamos os nossos serviços e o grau de envolvimento dos profissionais através da utilização de indicadores que medem a prestação de cuidados pela saúde, e por outro lado vamos realizar uma avaliação externa, ou seja, tentaremos medir o impacto das atividades suscitadas na população em estudo, e fá-lo-emos utilizando uma série de indicadores que medem o estado de saúde dessa população (Tavares, 1990).

Neste momento, e para justificar, a situação pandémica, que atingiu o mundo e fortemente a Espanha, fomos forçados a mudar a forma como prestamos cuidados à população. Assim tivemos que suspender todas as atividades comunitárias. Isto levou à interrupção do trabalho com os nossos colegas e com a comunidade estendendo o prazo até junho de 2021.

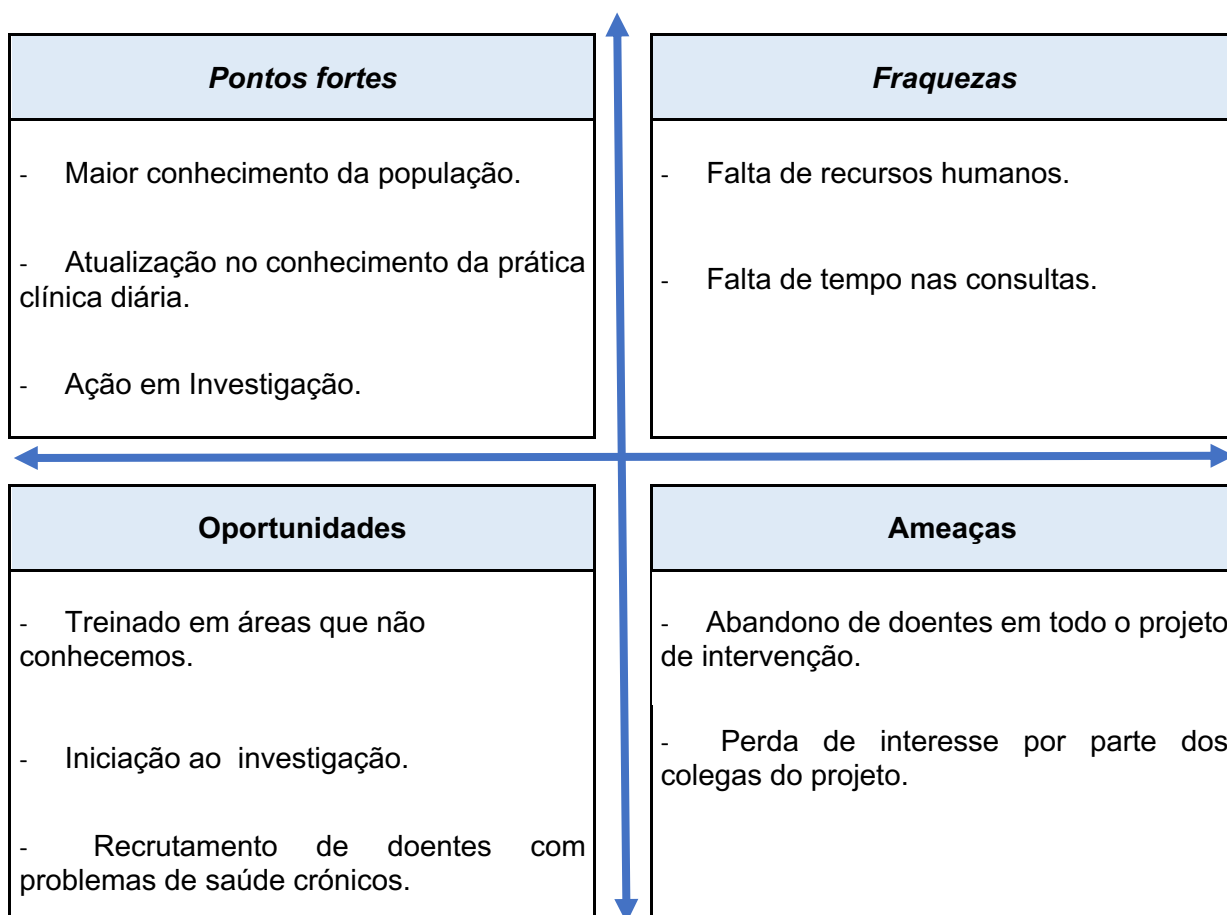
Neste sentido, não conseguimos completar a formação aos colegas do ZBS, deixando-nos duas sessões de formação pendentes (em termos de percentagens, foram alcançados 80%) e também não conseguimos completar a formação da população em termos de obesidade, realizando-se apenas 2 das 8 sessões de formação inicialmente planeadas (25%).

Sublinhar que um dos pontos fortes e que estávamos a considerar foi a apresentação do projeto aos colegas do ZBS bem como à população o que foi conseguido, fazendo uma apresentação do estudo num evento oficial para a população que contou com a presença das autarquias locais e da Direção dos Cuidados Primários, bem como um grande número de doentes interessados no assunto a tratar.

No que diz respeito à avaliação interna, achámos que o método mais adequado ao que pretendíamos e que seria a realização de vários grupos de foco, uma vez que desta forma

poderíamos obter informações claras e concisas sobre a impressão dos profissionais nas atividades realizadas durante o processo de intervenção.

Motivada pelo interesse em conhecer as perceções dos colegas da ZBS sobre o projeto de intervenção proposto e do qual foram informados, foi realizada uma análise DAFO, para nos ajudar a identificar, a partir de um prisma mais amplo do que o nosso, quais fraquezas, forças, ameaças e oportunidades tem o projeto, e que apresentamos no quadro abaixo.



É importante dizer aqui, que planejamos a realização outra DAFO no final do projeto de intervenção, de modo a que possa ser comparado com este inicial e estudar as conclusões.

No que diz respeito à avaliação externa e tendo em conta os objetivos que definimos no início do projeto de intervenção, apresentamos abaixo os diferentes indicadores para cada um dos objetivos específicos definidos no nosso projeto, de forma a tentar resolver os problemas identificados no diagnóstico de situação.

Objetivo 1:	Melhorar o padrão alimentar e de atividade física da população em 6 meses.
Indicadores:	Número de participantes com resultados de satisfação /número de participantes na formação x 100.
Meta:	Obter 60% dos resultados satisfatórios.

Objetivo 2:	Desenvolver um protocolo de intervenção ao nível da escola e também ao nível comunitário no prazo de 3 meses.
Indicadores:	Número de profissionais do setor de educação treinados/ profissionais de educação total na área x 100.
Metas:	Desenvolver pelo menos 90% de um protocolo de intervenção ao nível da escola e da comunidade.

Objetivo 3:	Incentivar a investigação sobre a obesidade entre colegas da área básica de saúde e abordar a sua complexidade a partir de uma perspetiva de saúde pública em abril de 2020.
Indicadores:	Número de colegas envolvidos/número total de colegas da ZBS x 100.
Metas:	Que 80% dos colegas realize uma pesquisa da obesidade para abordar a sua complexidade da perspetiva de Saúde Pública.

Objetivo 4:	Identificar a prevalência da obesidade e sobrepeso de pessoas com menos de 30 anos na população em estudo antes de outubro de 2020.
Indicadores:	Nº indivíduos <30 anos que vão ao consultório para fazer estudo do IMC / Total de doentes < 30 anos x 100.
Metas:	Estudo de IMC a 60% dos menores de 30 anos antes de outubro de 2020.

Objetivo 5:	Conhecer o padrão de atividade física e alimentar em pessoas com menos de 30 anos na população em estudo, antes de outubro de 2020.
Indicadores:	Número de doentes < 30 anos envolvidos na estudo do padrão de atividade física e alimentar/ número total de pacientes < 30 anos nas populações x 100
Metas:	Que 60% dos doentes das populações se envolvam no estudo do padrão de atividade física e alimentar.

Objetivo 6:	Treinar os profissionais responsáveis pelas intervenções em cada um dos campos do ação antes de setembro de 2020.
Indicadores:	Número de colegas que não assumiram/número total de colegas no centro de idosos x 100.
Metas:	Que 80% dos profissionais sejam treinados para realizar as intervenções adequadas nas diferentes áreas de ação.

Objetivo 7:	Treinar as famílias e informar a comunidade com o objetivo de alcançar estilos de vida saudáveis, até ao final de dezembro de 2020.
Indicadores:	Número de doentes envolvidos na formação/número total de pacientes nas populações x 100
Metas:	Que 80% das famílias treinadas adotem estilos de vida saudáveis.

O planeamento deste projeto de intervenção abrange mais tempo do que o restante para concluir este curso, especificamente até ao final de 2021, uma vez que para a implementação de todas as medidas que pretendemos levar a cabo é impossível fazê-lo num tão curto espaço de tempo e, portanto, até agora, só poderemos realizar a avaliação de três dos sete objetivos específicos estabelecidos no nosso projeto de intervenção.

Uma vez concluído o prazo para o desenvolvimento do projeto de intervenção completo, será efetuada uma reavaliação para ver se atingimos os objetivos planeados.

Para ser mais específico sobre este ponto do relatório, após a análise dos resultados obtidos, nos três indicadores que foram avaliados, estamos em condições de afirmar que os objetivos estabelecidos até este momento foram alcançados com êxito. Desta forma, estamos

Escola superior de Saúde- Instituto Politécnico de Portalegre

a fazer com que a população melhore o seu padrão alimentar, objetivado principalmente pela perda de peso em alguns grupos populacionais, desenvolvemos com sucesso um protocolo de intervenção a nível escolar e também a nível comunitário para resolver os problemas identificados e finalmente conseguimos envolver colegas no nosso programa, de tal forma que estão a ser formados com o objetivo de obter uma boa abordagem aos problemas identificados do ponto de vista da saúde pública.

No final de todo o processo de intervenção, vamos reavaliar estes três indicadores, juntamente com os dois indicadores restantes, o que nos permitirá finalmente conhecer o resultado do nosso projeto de intervenção, conseguindo que uma elevada percentagem dos profissionais esteja envolvido no nosso projeto e tenham sido formados com a intenção de realizar as intervenções adequadas nas diferentes áreas da ação do plano e, naturalmente, o facto mais importante que esperamos obter, e que será a observação de que uma elevada percentagem de famílias começou a adotar estilos de vida saudáveis, o que permitirá melhorar consideravelmente os problemas identificados a nível da Saúde Pública e Comunitaria.

Por último, consideramos efetuar uma reavaliação e tentaremos tornar a situação diagnóstica da situação de saúde na mesma população estudada, a fim de fazer uma comparação dos dados obtidos nesta nova avaliação com os dados obtidos no diagnóstico apresentado.

Esta nova avaliação, que está prevista para o início do ano de 2022, produzirá um resultado claro e definitivo sobre se atingimos o principal objetivo que definimos no início deste trabalho e que consistia em **"Diminuir a prevalência da obesidade e o risco cardiovascular que lhe está associado em 20% na população com mais de 30 anos das cidades de Guadajira e Balboa no prazo de 2 anos"**.

3. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.

Seguidamente efetua-se uma reflexão crítica sobre o Estágio II do Curso, desenvolvido no C.S Suerte Saavedra, na cidade de Badajoz de 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020 com a orientação do enfermeiro especialista Samuel Bobadilla Gómez.

Recorde-se que o Estágio I não foi efetuado por validação de competências adquiridas por tempo de trabalho na equipa de cuidados primários da Saúde onde desenvolvo a minha atividade profissional há mais de 8 anos, pelo trabalho efetuado com a comunidade e ainda pelas comunicações e estudos realizados durante este período.

Nos seguintes pontos reflete-se sobre a aquisição e desenvolvimento de competências tanto comuns de enfermeiros especialistas, como específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, ainda as referentes ao Grau de Mestre em enfermagem.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

As áreas comuns de competência para enfermeiros especialistas são quatro: *responsabilidade profissional, ética e jurídica; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento da aprendizagem profissional.*

3.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e jurídica

- a. Desenvolver uma prática profissional, ética e jurídica, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e ética profissional.
- b. Garantir práticas de cuidado que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais." (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

No campo da responsabilidade profissional, ética e jurídica, entendemos que a prática do aluno foi exercida de acordo com estes princípios, que, por sua vez, têm servido de guia no processo de tomada de decisão do aluno, em relação à realização da situação de saúde diagnóstica e ao projeto de intervenção na comunidade.

Este projeto tratou e respeitou os aspetos éticos, de acordo com a Declaração de Ética de Helsínqui e, naturalmente, com a aprovação do Comité da Área de Saúde de Badajoz.

3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

- a. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- b. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- c. Garante um ambiente terapêutico e seguro

Neste campo, realizamos o diagnóstico da situação de saúde da comunidade com a qual trabalhamos para desenvolver posteriormente um projeto de intervenção com um papel dinâmico, ativo dos restantes colegas que apoiam este projeto de intervenção.

Ao longo do processo, temos trabalhado com os mais elevados padrões de qualidade em termos de segurança e proteção do utilizador, garantindo e assumindo em todos os momentos um risco "0" para os doentes em termos de intervenções programadas.

3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados

- a. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- b. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Neste domínio, foram seguidas as instruções e orientação do enfermeiro especialista Samuel Bobadilla, que assume uma posição de liderança em relação aos outros colegas do centro de trabalho e assumiu a maior carga de trabalho em termos de programação, desenvolvimento e monitorização das diferentes atividades comunitárias no ZBS.

É precisamente esta liderança a que me refiro acima, foi aquela que me ajudou a apresentar e defender este projeto de intervenção na comunidade contra os colegas do ZBS e aquele que me ajudará na programação de futuras intervenções em que tenho de ter em conta os recursos ou necessidades existentes, tanto pelos profissionais como pela população, etc.

3.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais

- a. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.
- b. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

No campo da aprendizagem profissional, digamos que cresci como profissional, mas também como pessoa. Tenho sentido como desenvolvi uma maior capacidade de empatia com os utentes mas, ao mesmo tempo, sem esquecer que sou um profissional que está à sua frente, um profissional que dá respostas às necessidades da população, garantindo o uso das mais recentes evidências científicas disponíveis para a resolução de problemas na comunidade.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas e fundamentais dos enfermeiros especializados em enfermagem comunitária e saúde pública são quatro:

- a. Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.
- b. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.
- c. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.
- d. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (Regulamento n.º 428/2018, 2018)

Em referência às competências acima descritas, considera-se terem sido adquiridas as quatro competências que refletem a especialidade de Enfermagem comunitária e de Saúde

Escola superior de Saúde- Instituto Politécnico de Portalegre

Pública, uma vez que, desde o início, foi possível realizar um estudo muito aprofundado da população em que presta os seus serviços, resultando num diagnóstico de saúde muito completo e em que se trata de números tão alarmantes no que diz respeito à prevalência da obesidade da população em estudo e em que será projetado um programa de intervenção para resolver os problemas identificados na fase anterior. (**Competencia "A"**: *Estabeleça, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*).

Em relação com a **competência "B"** (*Contribuição para ou processo de formação de grupos e comunidades*). Ficou também satisfeito ao longo de todo o Estágio de Enfermagem foi amplamente desenvolvido durante a fase de implementação do programa de intervenções levantadas sobre a população com o objetivo de diminuir os problemas de saúde identificados,

Em relação ao **competencia "C"** (*Integra a coordenação dos programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução do plano Nacional de Saúde*), o nosso trabalho pode enquadrar-se na Estratégia de Atenção à Cronicidade do SNS espanhol, que chama a atenção para os problemas crónicos de saúde da população numa perspetiva multidisciplinar e o papel da comunidade e da enfermagem de saúde pública é particularmente importante.

Por último, e no que diz respeito ao **competencia "D"** (*Realiza e coopera na monitorização epidemiológica do ambiente geodemográfico*). No nosso trabalho temos realizado um estudo da prevalência da obesidade em uma población, e, para além deste caso em particular, considero que estou preparado para realizar o acompanhamento epidemiológico da população com que trabalho, com o objetivo de obter resultados que possam orientar as ações para o controlo de doentes com problemas crónicos de saúde e, naturalmente, também direcionados para uma saúde sexual e reprodutiva segura das populações que evitam a transmissão de doenças da transmissão sexual em jovens.

3.3 COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

O grau de mestre é atribuído àqueles que demonstrem:

- a. Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde.
 - Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.
- b. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.
- c. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.
- d. Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.
- e. Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, 2016)

Tendo em conta o acima descrito com a realização do diagnóstico da situação de saúde e o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, contando com a metodologia de planeamento da saúde, o aluno demonstra ter os conhecimentos e competências necessários para fazer frente à complexidade dos problemas de saúde da comunidade.

Com a realização deste trabalho complexo, pode dizer-se que consegui aumentar o conhecimento, ao mesmo tempo que desenvolvi um pensamento crítico melhorado sobre a importância dos estilos de vida e dos determinantes da saúde no aparecimento de problemas crónicos de saúde, bem como a descoberta da importância da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública e da enfermeira com este perfil especializado, para resolver os problemas de saúde desta perspetiva.

Gostaria de concluir este ponto com uma reflexão sobre o desenvolvimento da prática de enfermagem baseada em evidências (PBE) no domínio da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública, ou seja, que, cada vez mais, existe uma tendência para a excelência na prestação de cuidados baseados em evidências, o que torna isso relevante nas mais recentes investigações e publicações em revistas de prestígio. De alguma forma, temos de garantir isso e integrar a investigação e o PBE em ambientes de trabalho, tornando-se assim um padrão de competência.

Uma opção para conseguir esta integração do PBE, será a de garantir a formação dos alunos nesta área, de modo a que ao longo da sua formação desenvolvessem os conteúdos dos currículos desde a teoria até à sua implementação em situações clínicas específicas baseadas na maior evidência disponível.

Por outro lado e valorizando a investigação desenvolvida realçamos a elaboração do Artigo Científico (Apêndice 2) e a sua futura publicação para a divulgação do conhecimento.

4. CONCLUSÃO

Procurou-se conhecer a prevalência da obesidade na população pertencente à Zona Básica de Saúde de Talavera la Real, e em simultâneo, o risco cardiovascular associado numa amostra populacional, conduziu a uma série de resultados sobre os quais podemos fazer algumas considerações de interesse, especialmente porque nos permite intervir nos grupos de risco através de diferentes estratégias e atividades de forma a modificar comportamentos nocivos e melhorar o seu perfil de IMC e RCV.

Os dados mostram o grave problema que tanto o excesso de peso como a obesidade representam nesta população e que são preocupantes para a saúde, uma vez que, como se pode ver, os indivíduos com peso normal representam apenas 22,3% da amostra. Enquanto os restantes indivíduos (78,02%), têm um índice de massa corporal superior ao normal pela OMS, representando os indivíduos com excesso de peso 39,39% da amostra e os obesos um 38,63%.

Os valores obtidos nesta população são muito superiores aos resultados obtidos noutros estudos, como o realizado nos Inquéritos Nacionais de Saúde publicados em março de 2019 e referindo-se aos estudos realizados em 2018, nos quais colocam a prevalência da obesidade em torno de 17%.

Na maioria dos estudos de adultos em Espanha, a prevalência da obesidade é maior no grupo feminino e aumenta à medida que a idade progride. No entanto, na população incluída nesta amostra, os homens são aqueles que têm um ligeiro ganho de peso sobre as mulheres, não sendo esta diferença estatisticamente significativa e cumprindo a norma que, na idade mais avançada, aumenta o IMC (**P<0.001**).

Quanto às limitações deste trabalho e em relação aos números do IMC em comparação com os de outros autores, dizem que a nossa amostra populacional abrange indivíduos entre os 30 e os 93 anos e, no entanto, a maioria dos estudos inclui indivíduos a partir dos 18 anos.

Como já dissemos anteriormente, a idade influencia o aumento dos números do IMC e o facto de a amostra incluída neste estudo ter idades superiores a 30 anos pode inclinar o equilíbrio para índices de massa corporal mais elevados, o oposto que ocorre em estudos

onde há uma amostra de população com indivíduos mais jovens, inclinando os valores totais do IMC para os valores normopeso.

Quanto aos resultados do risco cardiovascular, podemos dizer que coincidem com os resultados publicados noutros trabalhos, como no estudo realizado em centros de saúde na comunidade de Madrid e que consiste na *"Estratificação do risco cardiovascular de acordo com a tabela SCORE"*.

Assim, na população estudada, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (**P<0.001**) em termos de risco cardiovascular baseado no sexo, aumentando o risco de tal evento para homens versus mulheres, encontrando também diferenças significativas na idade, aumentando o risco cardiovascular numa idade mais avançada.

Ocorre também nos casos em que o IMC é superior ou igual a 25, em que o risco de um evento aumenta em comparação com indivíduos sem excesso de peso.

Neste trabalho, torna-se novamente claro que os indivíduos com baixos níveis socioculturais são mais propensos (**P<0.001**) a sofrer eventos cardiovasculares do que aqueles com um nível sociocultural mais elevado o que chama fortemente a atenção neste diagnóstico da situação, e em termos de hábitos nocivos (tabagismo e consumo de álcool) em relação ao risco cardiovascular, que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (**P>0,05**) entre grupos de fumadores ativos e não fumadores e entre aqueles que consumiram álcool assiduamente e aqueles que não consumiram álcool assiduamente, sendo capaz de explicar este resultado, o facto de no grupo de não fumadores (maioritariamente com mais de 65 anos) haver muita população com fatores de risco cardiovasculares, e o grupo de fumadores ativos (principalmente adultos jovens), referir-se mais à população mais jovem e, portanto, com menos fatores de risco cardiovasculares.

Estes resultados são contraditórios em relação a outros estudos que afirmam que um dos principais fatores de risco cardiovascular é o tabagismo.

O mesmo acontece na relação estabelecida entre o consumo de álcool e o risco cardiovascular e pode dizer-se que a população mais jovem é a que bebe mais frequentemente e aquela que menos fatores de risco cardiovasculares apresentam e, no

entanto, a população que normalmente não bebe álcool é geralmente maior e tem os fatores de maior risco, como a pressão arterial alta, diabetes mellitus tipo 2, etc.

No que se refere ao projeto de intervenção comunitária desenvolvido na segunda parte deste trabalho, dizer que é da maior importância definir objetivos claros, concisos e realistas, e, a este respeito, podemos dizer que alcançámos até agora com êxito alguns dos objetivos específicos que nos definimos no início do trabalho.

Da mesma forma, recordé-se que, neste momento e devido à pandemia inesperada resultante da infeção covid 19, fomos forçados a mudar a forma como regularmente prestamos cuidados de saúde e, por esse motivo, até ao início de 2022 não poderemos fazer uma avaliação final do projeto de intervenção para saber se finalmente as intervenções realizadas tiveram efeito e conseguimos ultrapassar o objetivo geral definido no início e consistindo na ***"Diminuição da prevalência da obesidade e do risco cardiovascular que lhe está associado em 20%, na população com mais de 30 anos das cidades de Guadajira e Balboa dentro de 2 anos"***.

Para concluir este relatório, podemos dizer que a sua realização promoveu a aprendizagem e assimilação de todos os conhecimentos e competências que foram estudados ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública, demonstrando através da sua realização, a capacidade assimilada para realizar um diagnóstico da situação de saúde da população e, por sua vez, a implementação de um projeto de intervenção comunitária nos problemas identificados nesse diagnóstico, voltando a destacar a capacidade de desenvolver as competências adquiridas em relação à Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A nível pessoal, primeiro depois de passar por todas as unidades curriculares e depois, após a rotação no serviço com uma enfermeira especialista e, finalmente, com a realização deste trabalho, acredito que estou em condições de afirmar que adquiri os conhecimentos e competências necessários para poder desempenhar as funções inerentes à especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.


- Labarthe, D. (2010). *Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: a global challenge*. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Amor, A., Masana, L., Soriguer, F., Goday, A., Calle-Pascual, A., & Gaztambide, S. (2015). Estimación del riesgo cardiovascular en España según la guía Europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 417-25.
- Banegas, J., Graciani, A., Guallar-Castillón, P., Gutiérrez-Fisac, J., López-García, E., & Otero-Rodríguez, A. (2011). Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). *Revista Española de Cardiología*, 876-882:(64).
- Caldeira, E. (2019). Planeamento e Avaliação de projetos de Intervenção (Material de apoio na Unidade Curricular Metodologia de intervenção Comunitaria, Curso de Mestrado em Enfermagem, Ano letivo 2018-2019). Escola Superior de Saude de Portalegre. Portalegre, Portugal.
- Cinza Sanjurjo, S., Prieto Díaz, M., Llisterri Caro, J., Pallarés Carratalá, V., Barquilla García, A., & L., R. P. (2017). Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal. Características basales y manejo clínico de los primeros 3000 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN. *Semergen*, 493-500.
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro. (2016, setembro 16). *Diário da República, 1ª série, nº176*, pp. 3159-3191. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/75319452>
- ENS, E. N. (2018). *Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad*. Obtido de Encuesta Nacional de Salud: www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Frank, L., Sorensen, B., & Yasui, Y. (2005). Effects of exercise on metabolic risk variables in overweight postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Obesity Research*, 615–25 (13).
- Gutiérrez-Fisac, J., Regidor, E., Banegas, J., & Rodríguez Artalejo, F. (2005). Prevalence of obesity in the Spanish adult population: 14 years of continuous increase. *Med Clin (Barc)*, 196 –7.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso dos serviços centrais, regionais e locais. In E. N. Publica. Lisboa.: Obras avulsas: 2. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>;
- Imperatori, E; Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para su uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). In E. N. Saúde. Lisboa: Edições de Saúde.
- INE. (2018). *Instituto Nacional de Estatística*. Retrieved from INE: www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm.
- Irwin, M., Yasui, Y., & Ulrich, C. (2003). Effects of exercise on total and intra-abdominal body fat in postmenopausal women. *JAMA*, 323–30 (289).
- Kapoor, J., & Heidenreich, P. (2010). Obesity and survival in patients with heart failure and preserved systolic function: a U-shaped relationship. *Am Heart J*, 75–80: (159).
- Katzmarzyk, P., Janssen, I., Ross, R., Church, T., & Blair, S. (2006). The importance of waist circumference in the definition of metabolic syndrome: Prospective analyses of mortality in men. *Diabetes Care*, 404–9:(29).

- Kuk, J., Katzmarzyk, P., Nichaman, M., Church, T., Blair, S., & Ross, R. (2006). Visceral fat is an independent predictor of all-cause mortality in men. *Silver Spring, Md.*, 336-41:(2).
- Linerós-González, C., Marcos-Marcos, J., Ariza, C., & Hernán-García, M. (2017). Importancia del proceso en la evaluación de la efectividad de una intervención sobre obesidad infantil. *Gaceta Sanitaria*, 238-241.
- Liu, J., Wade, T., & Tan, H. (2007). Cardiovascular risk factors and anthropometric measurements of adolescent body composition: A cross-sectional analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Int J Obesity*, 59-64 (31).
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26(2). *Aná. Psicológica [online]*, 367-371.
- M Seagle, H., Witt Strain, G., Makris, A., & S Reeves, R. (2009). Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc.*, 330-346 (109).
- MSPS. (2007). *Encuesta Nacional de Salud de España 2001, 2003 y 2006*. Obtido de Ministerio de Sanidad y Política Social de España.: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.
- MSSSI. (2017). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Obtido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/MemoriaBuenasPracticasEstrategia_2017.pdf
- Must, A., Spadano, J., & Barbería, J. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*, 1523-9 (282).
- OMS. (2001). *WHO*. Obtido de [https://www.who.int/bulletin/archives/79\(10\)963.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/79(10)963.pdf?ua=1)
- OMS. (2016). Obtido de Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil.
- OMS. (2018). *WHO*. Retrieved from World Health organization Regional Office for Europe. European Health for all database.: <http://data.euro.who.int/hfad>
- OMS. (2020). *OMS*. Obtido de OMS: https://www.who.int/social_determinants/es/
- ordenenfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). *Regulamento n.º 128/2011*. Obtido de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Orem, & Luis-Rodrigo, M. T. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica clínica*. Barcelona.: Masson.
- Oreopoulos, A., Padwal, R., Kalantar-Zadeh, K., Fonarow, G., Norris, C., & McAlister, F. (2008). Body mass index and mortality in heart failure: a meta-analysis. *Am Heart J.*, 13-22 (156).
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson.
- Quiles, J., Izquierdo, I., Pérez-Rodrigo, C., Serra-Majem, L., Román Viñas, B., & Aranceta-Bartrina, J. (2008). Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. *Revista española de nutrición comunitaria*, 142-49.
- Regulamento n.º 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de Diário da República, 2ª série, 26 4744-4750: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

- Regulamento n.º 428/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Retrieved from Diário da República, 2ª série: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., & Aranceta, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 135-175 (3).
- Sansa, S., Fitzgerald, A. P., Royo, D., Conroy, R., & Graham, I. (2007). Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Revista Española de Cardiología*, 476-85.
- SCORE. (s.d.). Obtido de <http://si.easp.es/csalud/RiesgoScore.aspx>
- SEEDO, S. E. (1996). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin (Barc)*, 782-787, 107.
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Em M. d. Saúde, *Cadernos de Formação 2*. Lisboa.
- Wilson, P., D'Agostino, R., Sullivan, L., Parise, H., & Kannel, W. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience. *Arch Intern Med*, 1867-72 (162).
- Wolfenden, L., Nathan, N., Sutherland, R., Yoong, S., Hodder, R., Wyse, R., . . . Williams CM. (2017). Retrieved from Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting risk factors for chronic disease.: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011677.pub2>
- Zamora, E., Lupóna, J., Urrutia, A., González, B., Masa, D., Pascuala, T., . . . Vallea, V. (2007). Does Body Mass Index Influence Mortality in Patients With Heart Failure? *Revespcardiol*, 1127-34 (60).

ANEXOS.

Anexo 1. Declaração do Diretor do Curso de Mestrado em enfermagem para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz.





DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o projeto intitulado **PREVALÊNCIA DE OBESIDADE E RCV ASSOCIADAS A UMA ÁREA DE SAÚDE RURAL** apresentado por **Salvador Martínez Ramos**, no âmbito do Curso de Mestrado em Associação – Especialização em Enfermagem comunitária e de saúde pública (Edição 2018/2020), tem parecer favorável do Conselho Técnico-científico desta Escola.


Portalegre, 26 de novembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico



Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Adjunto

ESS GER 5 Rev 3



Anexo 2. Declaração do Tutor – Orientador do relatório para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz.



Termo de Aceitação

Mário José da Silva Oliveira Martins, Licenciado em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Doutorado em Enfermagem, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre declara, para os devidos efeitos, que se encontra a orientar o Estágio do estudante, Salvador Martínez, Enfermeiro, a frequentar o 3º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Mais declara que aceita, válida e orienta o projeto que o estudante pretende desenvolver – Obesidad y riesgo cardiovascular (RCV) presentes en la población rural de Talavera la Real (Badajoz) - considerando tratar-se de um tema de extrema importância para a promoção da saúde, que respeita os aspetos metodológicos e éticos e que está de acordo com a formação recebida sobre metodologia de investigação, ética, confidencialidade e proteção de dados.

Portalegre, 6 de novembro de 2019

O Professor Orientador

Mário José Oliveira Martins

ESS.GER.5-Rev.3



Anexo 3. Autorização do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde.

D/D^a. Juan Benéfaj Capote, Coordinador/a
del Centro de Atención Primaria de Talavera la Real

AUTORIZA

A D/D^a Salvador David Martínez Ramos realizar el
(Estudio, Proyecto de Investigación, Tesis Doctoral, Trabajo de Fin de Master) Fin de Master titulado: "
Prevalencia de Obesidad en una Zona de Salud Rural",
expresando asimismo la idoneidad de los medios disponibles para la realización de dicho proyecto de investigación.

Lo que firmo a los efectos de su presentación en el Comité Ético de Investigación Clínica en Badajoz, a 20 de diciembre de 2019.

Fdo. [Signature]
Junta de Extremadura
SES Centro de Salud Talavera la Real

Anexo 4. Autorização da Comissão de Ética e Investigação da Área de Saúde de Badajoz.



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

D. JULIO BENITEZ RODRIGUEZ, SECRETARIO DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION DE BADAJOZ”

CERTIFICA:

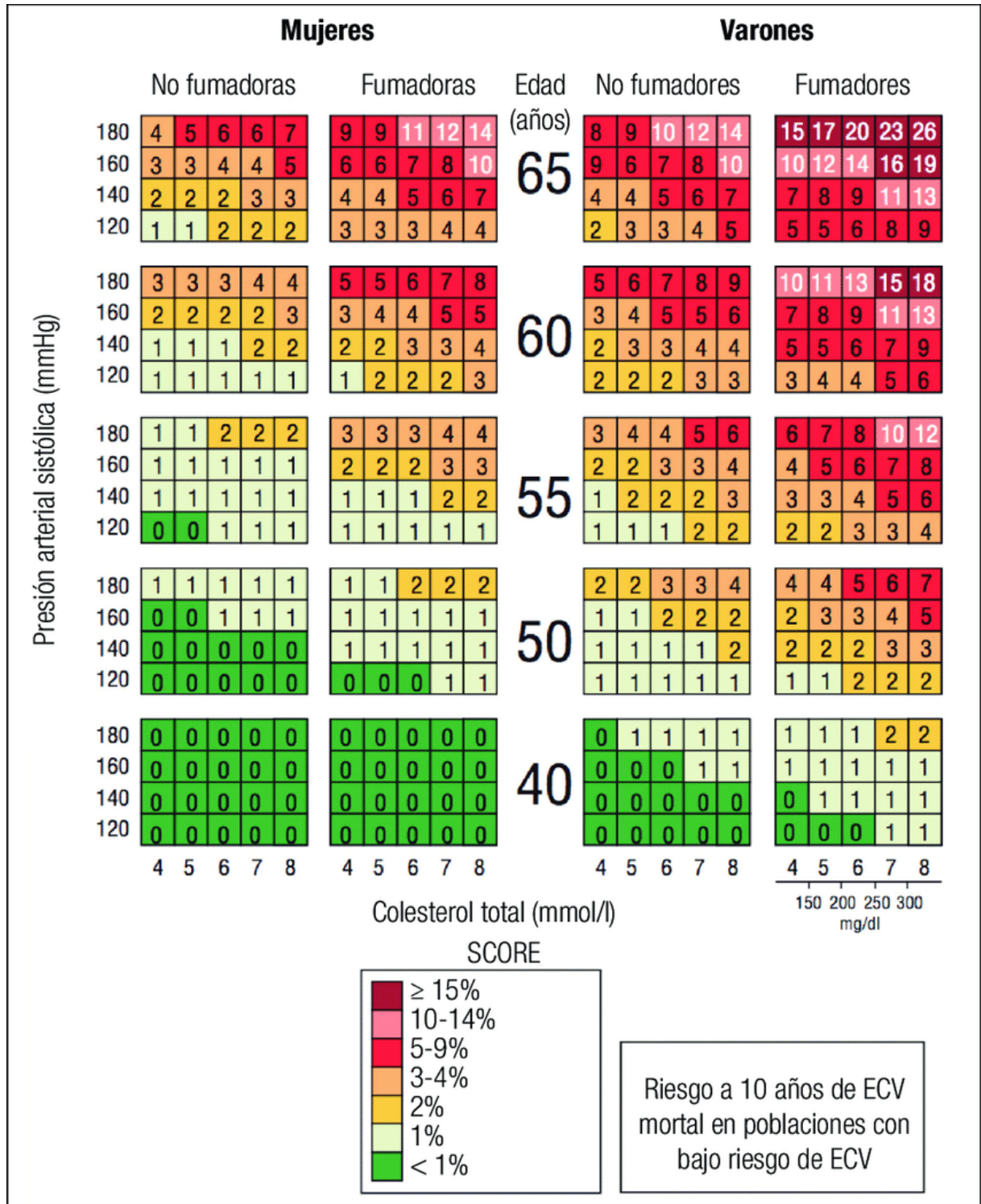
Que este Comité ha evaluado el Trabajo Fin de Master de D. Salvador David Martínez Ramos titulado: **“PREVALENCIA DE OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO EN UNA ZONA DE SALUD RURAL”**, dirigido por D. Mario Martins y D^a Filomena Martins del Instituto Politécnico de Portalegre (Portugal), para su realización en el Centro de Salud de Talavera La Real.

Y mediante este documento expresa que este proyecto se ajusta a las normas éticas esenciales utilizadas como referencia en este ámbito y ha decidido por unanimidad expresar la idoneidad científica del proyecto así como su apoyo al mismo.

Lo que Certifico para su conocimiento y efectos en Badajoz a 18 de diciembre de 2019.



Anexo 5. Tabela SCORE para cálculo de risco cardiovascular.



APÉNDICES

Apêndice 1. Cronograma de Gantt Original.

ACTIVIDADES	jun-19	jul-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sept-20	oct-20	nov-20	dic-20	
Pesquisa bibliográfica sobre obesidade, sobrepeso e risco cardiovascular na população espanhola.																				
Apresentação do estudo a os colegas do centro de saúde, da população e da Diretoria de atenção primária da área de Badajoz. (Três atores necessários para a mudança).																				
Formação em Serviço sobre obesidade, sobrepeso, RCV e habilidades sociais dirigida aos profissionais de saúde.																				
Fornecer treinamento à população com sessões de educação para a saúde sobre obesidade, sobrepeso e RCV.																				
Elaboração de um questionário para avaliação das sessões de Formação em Serviço e Educação.																				
Divulgação do projeto dentro e fora da zona básica de saúde.																				

Prevalência Obesidade e RCV associado numa Zona de Saúde Rural. Projeto de Intervenção.

Apêndice 2. Cronograma de Gantt Modificado (adaptado a pandemia).

ACTIVIDADES	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sept-20	oct-20	nov-20	dic-20	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	
Pesquisa bibliográfica sobre obesidade, sobrepeso e risco cardiovascular na população espanhola.	█																					
Apresentação do estudo a os colegas do centro de saúde, da população e da Diretoria de atenção primária da área de Badajoz. (Três atores necessários para a mudança).	█	█																				
Formação em Serviço sobre obesidade, sobrepeso, RCV e habilidades sociais dirigida aos profissionais de saúde.			█	█	█	█																
Fornecer treinamento à população com sessões de educação para a saúde sobre obesidade, sobrepeso e RCV.					█	█							█	█								
Elaboração de um questionário para avaliação das sessões de Formação em Serviço e Educação.			█	█	█																	
Divulgação do projeto dentro e fora da zona básica de saúde.															█	█	█	█	█	█	█	█

Modificación por pandemia desde Marzo de 2020

Cronograma original

Cronograma final

Apêndice 3. Base de dados Filemaker.

FileMaker Pro - [OBESIDAD GUADAJIRA.fp5]

Archivo Edición Vista Insertar Formato Registros Guiones Ventana Ayuda

Nº Pres: 1

Registros: 132

Descend: 1

APellidos: XXXXXXXX NOMBRE: XXXXXX EDAD: XXX

ESTADO CIVIL: SOLTERO ESTUDIOS: Analfabeto E. Secundarios Sin estudios, No analfabeto F.P. E- Primarios E. Universitarios INGRESOS: 001 004 002 005 003

SITUACIÓN LABORAL: Jubilados Activo Parado

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA INSUFICIENCIA CARDIACA INSUFICIENCIA RENAL
 DIABETES MELLITUS INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA ARTROSIS
 DISLIPEMIA LITIASIS BILIAR DETERIORO COGNITIVO
 CARDIOPATIA ISQUEMICA PANCREATITIS Otras
 PATOLOGIA VASCULOCEREBRAL EPOC

OTROS ANTECEDENTES: _____

TABACO: Tabaquismo Activo Ex-fumador <6 meses Ex-fumador >6 meses Nunca fumó

ALCOHOL: Nunca ha bebido Ex bebedor (> 1 mes) Bebedor < 10 unidades/semana Bebedor > 10 unidades/semana

OTROS TOXICOS: _____

Alcohol
1 Unidad: Un vaso de vino, una

2009 Visualizar Para ayuda, pulse F1 CAP NUM 23:14 25/06/2013

FileMaker Pro - [OBESIDAD GUADAJIRA.fp5]

Archivo Edición Vista Insertar Formato Registros Guiones Ventana Ayuda

Nº Pres: 1

Registros: 132

Descend: 1

OTROS TOXICOS

Alcohol
1 Unidad: Un vaso de vino, una caña de cerveza, 1/2 copo coñac o similar, un carajillo
2 Unidades: Un vaso grande de vino (200 ml), 1 copa de coñac o simil, un cuba libre
3 unidades: 1 whisky, vodka

NÚM TOTAL DE FÁRMACOS: _____

Analgesicos: _____ TTº DE DIABETES: _____

Psicofármacos: _____ HIPOLIPEMIANTES: _____

ANTIHIPERTENSIVOS: _____ ANTIAGREGANTES: _____

ANTICOAGULANTES: _____

INDICE DE DISCAPACIDAD (Barthel): _____

TAS: _____ TAD: _____ FC: _____ CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: _____

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ INDICE CIRC. ABDOMINAL/TALLA: _____

GLUCOSA: _____ Hb A1c: _____ COLESTEROL TOTAL: _____ TRIGLICERIDOS: _____

MDRD 4: _____ LDL: _____ HDL: _____

RIESGO VASCULAR SCORE: _____

2009 Visualizar Para ayuda, pulse F1 CAP NUM 23:09 25/06/2013

Apêndice 4. Artigo científico

Título do artigo	Prevalência da obesidade numa Zona de Saúde Rural.
Revista preferida	Index Enfermagem.

Dados do autor responsável pelo artigo	
Nome	Salvador
Sobrenomes	Martinez Ramos
Trabalho	Equipe de Atenção Primária. Talavera la Real Health Center.
Endereço	C/ Bolívia Nº 1, CP 06140
Cidade/País	Talavera la Real, Badajoz. Espanha.
Telefone	635565812
Email	salvaextre@hotmail.com / salvador.martinez@salud-juntaex.es

Resumo:

Objetivo: Conhecer a Prevalência de Obesidade numa Zona Rural de Saúde.

Metodologia: Do total de 664 pacientes, 132 foram selecionados para inclusão no estudo, cujo desenho foi proposto extraíndo os dados dos participantes no programa de software de gerenciamento de cuidados clínicos do Serviço de Saúde Extremadura.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no pacote estatístico “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) para Windows.

Resultados: Em relação à distribuição da variável Índice de Massa Corporal, foram encontradas diferenças significativas ($P < 0,001$) quanto à idade, estado civil e nível sociocultural.

Em relação ao risco cardiovascular, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,001$) de acordo com sexo, idade, índice de massa corporal e nível sociocultural.

Conclusão principal: Quase 80% da população estudada apresenta problemas de sobrepeso e obesidade.

Palavras-chave: Prevalência, Índice de massa corporal, Risco cardiovascular, obesidade.

Abstract:

Objective: This paper examines the prevalence of obesity in a rural population belonging to the Basic Health Zone of Talavera la Real.

Methods: Of the total of 664 patients belonging to the population, 132 were selected for inclusion in the study, whose design was raised by extracting data relating to computer program participants clinical and care management of Extremadura Health Service.

The statistical treatment of the data was performed using SPSS for Windows.

Results: Regarding the distribution of BMI variable, significant differences were found ($P < 0.001$) based on age, marital status and socio-cultural level of the population. In terms of cardiovascular risk, differences were statistically significant ($P < 0.001$) according to sex, age, BMI and sociocultural level.

Conclusions: Almost 80% of the study population presents problems of overweight and obesity.

Keywords: Prevalence, body mass index, cardiovascular risk, obesity.

Introdução.

A obesidade atinge proporções epidémicas em todo o mundo, representando um grande problema de saúde pública. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a prevalência continua a aumentar significativamente.

Tão importante é considerado que o Grupo Internacional de Trabalho sobre Obesidade (IOTF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) o definiram como a epidemia do século XXI devido às dimensões adquiridas nas últimas décadas, seu impacto na morbidade, qualidade de vida e gastos com saúde.

Em Espanha, a prevalência da obesidade desde 1987 (7,7%) e até 2003 (13,2%), quase, duplicou o seu número^{i,ii} e desde então, continuou a aumentar para cerca de 17,4% da população, de acordo com as Pesquisas Nacionais de Saúde publicadas em março de 2018 e que estão relacionadas aos estudos praticados em 2017²². Esses dados são muito significativos, indicando que o excesso de peso já afeta 37% da população com mais de 18 anos e, no caso das crianças, um em cada dez é obeso e dois em cada dez estão acima do peso, com percentuais semelhantes em ambos os sexosⁱⁱⁱ.

A obesidade envolve fatores genéticos e ambientais^{iv} e tanto para a prevenção como o seu tratamento passa por tratamento dietético e prática regular de exercícios físicos.

Do ponto de vista da antropometria, podemos considerar uma pessoa como obesa, quando apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC), superior a 30 kg por metro quadrado^{v,vi} O principal problema que encontramos neste índice, é que ele não especifica se há obesidade abdominal, o tipo de obesidade mais associada ao risco cardiovascular^{vii,viii}.

A obesidade, e especialmente a androide ou de distribuição abdominal, aumenta o risco de morte por causas cardiovasculares em 50 a 100% em comparação com pessoas com normopeso^{ix}.

Esta distribuição tem sido associada a um aumento do risco de diabetes, doença vascular coronária e cerebral, pressão arterial elevada, distúrbios do sistema locomotor, distúrbios respiratórios restritivos e até mesmo aumento do risco de câncer, especialmente cancro de cólon e cancro da mama em mulheres na pós-menopausa^{x,xi}.

Dada a magnitude deste problema de saúde pública, ao longo das últimas décadas, foram realizados muitos estudos que têm sido destinados a quantificar o risco cardiovascular associado à obesidade e sua distribuição, tanto em adultos como em adolescentes.^{xii,xiii,xiv,23}

Atualmente, os esforços das autoridades de saúde têm sido destinados a evitar o aumento implacável do excesso de peso, abordando ou os fatores que são considerados modificáveis. Um exemplo disso pode ser considerado a estratégia NAOS (Nutrição, Atividade Física e Obesidade)²⁴ promovida pelo Ministério da Saúde e Assuntos do Consumidor, através da Agência Espanhola de Segurança E Nutrição Alimentar.

Por meio de todos os estudos realizados neste campo, a epidemiologia definiu quais são os principais fatores associados à obesidade e, nesse sentido, podemos dizer que, entre os fatores sociodemográficos, aqueles que mais contribuem para o aumento do excesso de peso são:

Idade e sexo. A prevalência da obesidade aumenta à medida que a idade progride e é maior nas mulheres.

Nível cultural. Na maioria dos estudos realizados, observou-se uma relação inversa entre o nível cultural e a prevalência da obesidade.

Nível socioeconômico. Nos países desenvolvidos, a prevalência da obesidade é maior em grupos socioeconômicos de nível inferior.

Dieta. Há um risco aumentado de obesidade em pessoas que consomem poucas frutas e legumes.

Abandono do hábito de fumar. Relacionado a um aumento no IMC.

Número de crianças. Observou-se que quanto maior o número de crianças, há obesidade mais frequente.

Existe um maior consenso no fato de que a obesidade está associada a uma grande variedade de comorbidades, incluindo diabetes, dislipemia, doença hepática gordurosa, síndrome obstrutiva da apneia do sono, refluxo gastroesofágico, etc., e tudo isso também implica consequências econômicas, aumentando os custos em saúde, perda de produtividade e morte, custos, diretos e indiretos, que nos países desenvolvidos, respondem entre 2 e 7% dos custos serviços de saúde^{xv}.

Atualmente, também sabemos que pequenas perdas de peso em torno de 5-7%, têm mostrado uma redução significativa nas comorbidades relacionadas à obesidade^{xvi}.

Devido ao ritmo ascendente nos números de prevalência da obesidade na população espanhola e considerando-a como um grande problema de saúde pública, decidiu-se realizar um estudo da prevalência da obesidade em pacientes com mais de 30 anos e, ao mesmo tempo, o estudo do risco *cardiovascular* associado de uma população pertencente a uma área de saúde rural.

Os principais objetivos estabelecidos neste trabalho são:

1. Estudo da prevalência da obesidade na cota de pacientes da população em que sirvo como enfermeiro da atenção primária.
2. Estudo de Risco Cardiovascular da mesma amostra populacional.

Material e Métodos

Efetou-se um estudo transversal descritivo, que visa calcular a prevalência da obesidade e o risco cardiovascular associado, entre o total de pacientes com mais de 30 anos e pertencentes à população à qual presto cuidados como profissional de enfermagem na Zona Básica de Saúde de Talavera la Real. Foram selecionados 132 participantes, do total dos 664 indivíduos do escalão etário já referido, utilizando a fórmula de cálculo do tamanho da amostra para proporções.

Onde:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

- N - População total
- $Z_{em}^2 \times 1,96^2$ (segurança é 95%)
- p - proporção esperada (neste caso 10% x 0,1)
- q s 1 - p (neste caso 1-0,1 x 0,9)
- (d) precisão (erro máximo assumido - 5%).

O tamanho da amostra obtido pela fórmula (n-116) foi aumentado em 12%, a fim de compensar as perdas possíveis estimadas, permanecendo definitivamente nos 132 pacientes mencionados acima.

Para garantir a presença de indivíduos de todas as idades do estudo, foi feita uma alocação proporcional da amostra ao tamanho das faixas etárias.

Ordenaram-se os diferentes participantes das diferentes faixas etárias, atribuindo-se-lhes um número correlativo. A seleção aleatória dos participantes do estudo foi realizada, utilizando um programa de computador de seleção de números aleatórios.

O desenho deste estudo foi concebido a partir da colheita dos dados dos participantes através do software de gestão de assistência clínica do Serviço de Saúde Extremadura (Jara) base onde constam todos os dados de saúde do paciente (sinais vitais, dados antropométricos, dados socioeconômicos e dados de estado de saúde).

Para isso, foi necessário que os participantes se registrassem em Jara, dados relativos a medidas constantes antropométricas e vitais atualizadas há menos de dois meses e que tivessem efetuado um exame de sangue há menos de 6 meses.

Os pacientes que não atenderam a nenhum desses requisitos foram convocados por telefone para uma consulta com a finalidade de se explicar o objetivo do estudo e solicitar a sua permissão para serem incluídos no estudo e para a utilização dos dados antropométricos, sinais vitais e exames de sangue.

Dos 132 pacientes incluídos no estudo, 81 pacientes tiveram dados introduzidos no Jara e os restantes 51 foram contactados por telefone dando a sua concordância para a realização dos testes necessários para inclusão no estudo, não existindo recusa de nenhum participante, a taxa de participação foi de 100%.

Todos os participantes do estudo foram introduzidos numa base de dados configurado para esse fim com o software “filemaker” consistente em uma folha de registro de dados para cada um dos participantes. Nesta folha de registro, existem vários campos, conforme pode ser observado no *Anexo III*.

- Para completar a folha de dados de cada paciente, foram feitas as seguintes determinações: *Dados Pessoais*.
- As informações sobre o *histórico pessoal dos participantes e os problemas de saúde ativo* também foram obtidas diretamente da base de dados Jara
- *Medidas físicas e determinações analíticas*.
 - Parâmetros antropométricos.
 - Peso e tamanho foram medidos sem sapatos, em uma escala de tipo romano.
 - IMC (kg/m^2), calculado por Jara ao digitar o peso e o tamanho do paciente.
 - Circunferência abdominal. Foi medido com fita métrica.
 - Índice de circunferência/tamanho abdominal. Como o IMC, é um dado que é jogado diretamente pelo banco de dados de Jara.
 - Sinais vitais. Pressão arterial (TAS e TAD) e frequência cardíaca.
 - Exames de sangue. Hemoglobina glicosilado (Hb A1c), perfil lipídico (colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL) e perfil renal.

- ***Processamento estatístico de dados***

O processamento estatístico dos dados foi realizado pela SPSS para Windows licença da Universidade da Extremadura.

A estatística descritiva de variáveis quantitativas, descritas pelas frequências válidas em percentuais, foi realizada.

Para variáveis categóricas, os resultados descritivos são apresentados na forma de tabelas de distribuição percentual. Eles são expressos por frequências percentuais absolutas e relativas.

Para a estatística analítica de variáveis quantitativas, o *Teste T de Student* e a análise de variância para a comparação de meios têm sido utilizados.

Para o estudo da associação de variáveis qualitativas, foram utilizadas tabelas de contingência e o teste *Chi2*.

A comparação de variáveis ordinárias entre dois grupos foi realizada usando o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*.

Valores estatisticamente significativos de $p < 0,05$ foram considerados e intervalos de confiança foram calculados nos casos em que foram relevantes.

Resultados.

As informações esperadas dos 132 pacientes selecionados para o estudo foram obtidas na totalidade.

Os principais resultados descritivos referidos na amostra são resumidos nas tabelas e números apresentados numerados no Anexo.

A *Tabela 1 do Anexo* mostra a Distribuição do total de participantes do estudo divididos por faixas etárias e atendidos ao sexo.

No que diz respeito ao nível sociocultural dos participantes do estudo, seu estado civil e a situação atual de emprego, a distribuição da amostra, podem ser observadas nas *Tabelas 2, 3 e 4 do Anexo*.

As *tabelas número 5 do Anexo* apresentam os dados sobre a distribuição do Índice de Massa Corporal da amostra, variando de 19,13 a 55,36, com média de 29,58, correspondendo a altos valores de excesso de peso e próximos à obesidade.

Para facilitar a gestão dos dados e, finalmente, concentrar-se nos objetivos estabelecidos no estudo, decidiu-se trabalhar apenas com *três* grupos: *Peso normal, sobrepeso e obesos* (inclusive neste grupo participantes com obesidade mórbida), deixando a distribuição da amostra como pode ser visto na *tabela 8*, presente no anexo.

Realizou-se uma estratificação da população de acordo com sua idade, atribuindo-os a dois grupos: Adultos Jovens e grupo de mais de 65 anos, sendo distribuído a amostra como mostrado na *tabela 9* do anexo.

Da mesma forma, para os efeitos da análise, a idade foi explorada em relação ao gênero masculino ou feminino, sendo a idade média de 53,3 anos (entre 30 e 78 anos). DS-13,78), ligeiramente menor do que o das mulheres, 54,63 (entre 30 e 93 anos de idade. DS-17,2).

Análise do índice de massa corporal

Para estratificar a população dependendo de seu IMC (normopeso, sobrepeso e obesidade) e fazer a comparação dessa variável entre os dois sexos foi aplicado o teste U não paramétrico *de Mann-Whitney*.

U de Mann-Whitney = 1901.5

A análise do IMC por gênero por meio dessa estatística indica que as diferenças observadas entre homens e mulheres não se tornam significativas (**p=0.216**).

- Homens. 29,83. (95% IC 28,52-31,14).
- Mulheres. 29,37. (95% IC 27,75-30,99).

No que diz respeito à distribuição desta variável (IMC) nas duas faixas etárias estabelecidas (30-65 e > 65 anos), os resultados apresentados pelo teste "T de student" são estatisticamente significativos (**P <0,001**) como mostrado abaixo e na *Figura 3 do Anexo*.

- Para jovens adultos. 28,56. I.C 95% (27,35-29,77)
- Para mais de 65 anos. 32,28. I.C 95% (30,32-34,24)

Em relação aos resultados do IMC em grupos populacionais de trabalhadores activos e desempregados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (**P > 0,05**).

- Activos. 28,30. I.C 95% (26,80-29,79)
- Desempregados. 29,12. I.C 95% (26,41-31,82)

Os resultados obtidos com relação à distribuição do IMC com base no estado civil da população mostraram diferenças que não foram estatisticamente significativas em termos de números de IMC em grupos solteiros e casados, mas os resultados são estatisticamente significativos (**P <0,001**) ao comparar o grupo de solteiros com o de viúvos. Os resultados foram os seguintes:

- Solteiros. 2,04 CI 95% (1,65-2,44)
- Casados. 2,16 CI 95% (2,01-2,31)
- Viúvos. 2,46 CI 95% (2,06-2,86)

No que diz respeito à distribuição da variável IMC em relação ao nível *sociocultural* (*Figura 4*) da população incluído no estudo e agrupamento da amostra em grupos de: Baixo Escola superior de Saúde- Instituto Politécnico de Portalegre

Nível, Nível Médio ou Nível Universitário, uma diferença estatisticamente significativa ($P < 0.001$) é observada na relação entre IMC e diferentes níveis socioculturais:

- Baixo nível sociocultural. 30,52 (IC 95% 29,28-31,75)
- Nível Sociocultural Médio. 26,94 (95% CI 25,14-28,73)
- Universidade. 24,06 (95% CI 21,58-26,53)

Se analisamos o risco de excesso de peso, dependendo de termos ou não algum tipo de estudos utilizando uma tabela de contingência, vemos diferenças significativas, com maior frequência de excesso de peso aparecendo na população sem estudos. ($P < 0.05$):

- Chi- quadrado de Pearson = **0.024**
- Teste exato de Fisher = **0.036**

O grupo de estudantes universitários foi removido da análise por causa de seu pequeno tamanho (apenas 7 pessoas), o que torna os resultados inconsistentes.

Análise do risco cardiovascular

Em resposta a outro dos objetivos estabelecidos no trabalho e relacionados ao risco cardiovascular da população, podemos dizer que diferenças estatisticamente significativas ($P < 0.001$) foram encontradas em termos de risco cardiovascular de acordo com o sexo, com os seguintes resultados, que também podem ser observados na *Figura 7 do Anexo*.

- Homens: 2,27 CI 95% (1,74-2,79)
- Mulheres: 0,87 IC 95% (0,60-1,14)

No que diz respeito ao risco cardiovascular com base nas duas faixas etárias estabelecidas, diferenças estatisticamente significativas ($P < 0.001$) também foram encontradas entre os dois grupos.

- Jovens adultos. 0,89 CI 95% (0,61-1,17)
- Mais de 65 anos. 3,11 CI 95% (2,56-3,65)

No que diz respeito à distribuição do risco cardiovascular com base no índice de massa corporal (*Figura 9*), foram encontradas diferenças significativas ($P < 0,01$) entre o grupo de

participantes com peso normal e aqueles cujo IMC foi maior ou igual a 25. Os resultados são detalhados abaixo.

- Peso-normal. 0,41 CI 95% (0-0,92)
- Sobrepeso. 1,46 CI 95% (1,01-1,90)
- Obesidade. 2,15 CI 95% (1,65-2,66).

Da mesma forma, diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,001$) foram encontradas, em relação ao risco cardiovascular, dependendo do nível sociocultural da população em estudo, mostrando os seguintes resultados, que podem ser vistos e também na *Figura 8* do Anexo.

- Nível baixo: 1,81 I.C 95% (1,46-2,16)
- Nível médio-alto. 0,5 I.C 95% (0-1,02)

No que diz respeito aos hábitos nocivos (tabagismo e consumo de álcool) em relação ao risco cardiovascular, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$) entre grupos ativos e não fumadores e entre aqueles que consumiram álcool assiduamente e os não consumidores.

Os resultados obtidos a este respeito foram os seguintes:

- Fumadores ativo. 1,25 I.C 95% (0,70-1,80)
- Não fumadores. 1,23 I.C 95% (0,88-1,58)
- Bebedor >10 Unidades/semana: 1.06 I.C (0.32-1.80)
- Nada de bebedores. 1,15 I.C 0.83-1.47)

Discussão

Este estudo, que teve como objetivo conhecer a prevalência da obesidade em uma população pertencente à Zona Básica de Saúde de Talavera la Real, e ao mesmo tempo o risco cardiovascular, produz uma série de resultados sobre os quais podemos fazer algumas considerações de interesse, ainda mais quando este trabalho irá fornecer dados sobre a população com a qual o contato regular é mantido, sendo assim capaz de intervir sobre os grupos de risco através de diferentes estratégias e atividades para modificar comportamentos nocivos e melhorar seu perfil de IMC e RCV.

Os resultados do estudo mostram o grave problema que o excesso de peso e a obesidade representam nessa população e que se tornam preocupantes para a saúde; é isso, os indivíduos com peso normal representam somente **22.3%**, enquanto o resto dos indivíduos (**78.02%**), ter umas taxas mais elevadas do que aquelas consideradas normais pelo WHO e consequentemente insalubre.

Os indivíduos com sobrepeso respondem por 39,39% da amostra e os indivíduos obesos respondem por 38,63%.

Os resultados obtidos neste estudo são mais acentuados do que os resultados obtidos em outros, como o realizado nas Pesquisas Nacionais de Saúde publicadas em março de 2013 sobre os estudos de 2011-2012, e os publicados em 2018, em que a prevalência de obesidade era de **17%**.

Na maioria dos estudos efetuados em adultos em Espanha, a prevalência de obesidade é maior no grupo feminino e aumenta à medida que a idade progride. No entanto, na população incluída neste estudo, os homens têm um ligeiro ganho de peso em relação às mulheres, não sendo essa diferença estatisticamente significativa, cumprindo assim o padrão que, nos mais velhos, aumenta o IMC (**P<0.001**)^{xvii,xviii}.

No que diz respeito às limitações deste estudo em relação aos valores do IMC em comparação aos de outros autores, precisa ser dito, que nossa amostra populacional abrange indivíduos com idade entre 30 e 93 anos, e no entanto a maioria dos estudos que existem apresenta indivíduos com 18 anos ou mais.

Como já dissemos, a idade influencia o aumento dos valores de IMC e o fato de a amostra incluída neste estudo, ter idades acima de 30 anos, pode fazer influenciar os resultados encontrados observando-se índices de massa corporal mais altos, ao contrário do que ocorre nos estudos nos quais existe uma amostra da população com indivíduos mais jovens, com valores totais de IMC aproximados aos valores normais.

Quanto aos resultados com relação ao risco cardiovascular dos sujeitos incluídos no estudo, podemos dizer que coincidem com os resultados publicados em outros trabalhos, como no estudo realizado em centros de saúde da comunidade de Madrid e composto pela "Estratificação do risco cardiovascular de acordo com a tabela "SCORE"^{xix}.

Assim, na população em estudo, diferenças estatisticamente significativas (**P <0,001**) em termos de risco cardiovascular com base no sexo têm sido encontradas, aumentando o risco de tal evento no caso de homens versus mulheres.

Em relação à idade, diferenças significativas também foram encontradas aumentando o risco cardiovascular na velhice.

Também ocorre nos casos em que o IMC é maior ou igual a 25, onde o risco de ter um evento aumenta em relação a indivíduos com peso normal.

Neste trabalho, torna-se claro novamente que indivíduos com baixos níveis socioculturais têm uma maior probabilidade (**P <0,001**) de eventos cardiovasculares do que aqueles com um nível sociocultural mais elevado.

No que diz respeito aos hábitos nocivos (tabagismo e consumo de álcool) em relação ao risco cardiovascular, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (**P > 0,05**) entre grupos ativos e não fumadores e entre aqueles que consumiram álcool assiduamente e os abstémicos.

Esse resultado pode ser devido ao fato de que no grupo de não fumadores (principalmente aqueles com mais de 65 anos) existe uma grande população com fatores de risco cardiovascular, e o grupo de fumadores ativos (principalmente adultos jovens) se refere mais à população mais jovem e conseqüentemente com menos fatores de risco cardiovascular.

Esses resultados são contraditórios em relação a outros estudos que afirmam que o tabagismo está entre os principais fatores de risco cardiovascular^{xx, 21}.

O mesmo ocorre na relação estabelecida entre consumo de álcool e risco cardiovascular; e, pode-se dizer que a população mais jovem é a que bebe com mais frequência e a que apresenta menos fatores de risco cardiovascular em geral e, no entanto, a população que não costuma beber álcool é geralmente maior e apresenta mais fatores de risco, como eles podem ser pressão alta, diabetes mellitus tipo 2, etc.

Conclusões.

Em resposta aos principais objetivos que nos propusemos no início do estudo, podemos concluir que:

1. Quase 80% da população estudada tem problemas de sobrepeso e obesidade.
2. Dos pacientes com IMC acima do normal, 39,39% dos indivíduos têm valores de sobrepeso e 38,63% têm valores de obesidade.
3. Esta prevalência de IMC superior aos valores normais é mais pronunciada em indivíduos com mais de 65 anos de idade e indivíduos com baixo nível sociocultural.
4. Em relação aos dados encontrados sobre o estudo de risco cardiovascular da mesma população, podemos dizer que existe um risco maior e, portanto, maior probabilidade de ocorrer um evento desse tipo nos seguintes grupos populacionais:
 - Sexo masculino versus feminino.
 - Mais de 65 anos na frente de jovens adultos.
 - O IMC valores superiores ou iguais a 25.
 - Pessoas com baixo nível sociocultural.

Bibliografía. ⁱ

Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez F. Prevalence of obesity in the Spanish adult population: 14 years of continuous increase. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 196–7.

ⁱⁱ Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Encuesta Nacional de Salud de España 2001, 2003 y 2006. Disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

ⁱⁱⁱ Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2012, Disponible en:

<http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

^{iv} Must A Spadano J, Barbería JJ. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*. 1999; 282:1523–9.

^v Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 782-787.

^{vi} Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597.

^{vii} Kuk JL, Katzmarzyk PT, Nichaman MZ, Church TS, Blair SN, Ross R. Visceral fat is an independent predictor of all-cause mortality in men. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14: 336–41.

^{viii} Katzmarzyk PT, Janssen I, Ross R, Church TS, Blair SN. The importance of waist circumference in the definition of metabolic syndrome: Prospective analyses of mortality in men. *Diabetes Care*. 2006; 29:404–9.

^{ix} Must A, Spadano J, Barbería JJ. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*. 1999; 282:1523–9.

^x Irwin ML, Yasui Y, Ulrich CM. Effects of exercise on total and intra-abdominal body fat in postmenopausal women. *JAMA*. 2003;289:323–30.

^{xi} Frank LL, Sorensen BE, Yasui Y. Effects of exercise on metabolic risk variables in overweight postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Obes Rev*. 2005;13: 615–25.

^{xii} Dalton M, Cameron AJ, Zimmet PZ, Shaw JE, Jolley D, Dunstan DW, et al., AusDiab Steering Committee. Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. *J Intern Med*. 2003;254: 555–63.

^{xiii} Wilson PW, D’Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 1867–72.

^{xiv} Liu J, Wade TJ, Tan H. Cardiovascular risk factors and anthropometric measurements of adolescent body composition: A cross-sectional analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Int J Obesity*. 2007; 31: 59–64.

^{xv} [Quiles J](#), [Pérez C](#), [Serra L](#), [Román B](#), [Aranceta J](#). Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. *Revista española de nutrición comunitaria*., ISSN 1135-3074, [Vol. 14, N.º. 3, 2008](#); 142-149

^{xvi} Cummings S, Parham ES, Strain GW. Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109: 330-346.

^{xvii} Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Ribas L, Quiles-Izquierdo J, Vioque J, et al. Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO' 97 Study. *Eur J Clin Nutr.* 2001; 55 : 430-5.

^{xviii} (Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and 1995/97. *J Epidemiol Community Health.* 2002; 56:457-60.

^{xix} Lizcano-Álvarez A, Griñan-Soria F, Hidalgo-García C, Góngora-Maldonado F, Villar-Oset J, Martín-Madrazo C; Grupo REccAP. **[Cardiovascular risk stratification using the score scale on the European cardiovascular prevention risk day in health centres in the Madrid region]**. *Enferm Clin.* 2011 Nov-Dec;21 (6):344-8.

^{xx} Grau M, Elosua R, [Cabrera de León A](#), [Guembe MJ](#), [Baena-Díez JM](#), et al. Cardiovascular Risk Factors in Spain in the First Decade of the 21st Century, a Pooled Analysis With Individual Data From 11 Population-Based Studies: the DARIOS Study. [Rev Esp Cardiol.](#) 2011 Apr;64(4):295-304.

²¹ Redondo, Francisco Javier, & Fernández-Berges, Daniel, & Buitrago Ramírez, Francisco (2017). Tabaquismo y riesgo coronario en la población de un centro de salud. Estudio de cohortes retrospectivo. *Revista Española de Salud Pública*, 91(),1-6.[fecha de Consulta 8 de Enero de 2020]. ISSN: 1135-5727. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170/17049838017>

²² Ministerio de sanidad, consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud.
Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>.

²³ [Bryce Moncloa, Alfonso, & Aelegría Valdivia, Edmundo, & San Martín San Martín, Mauricio G. \(2017\) Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. \(2\), 97-101.](#)[fecha de

[Consulta 10 de Diciembre de 2019\]. ISSN: 1025-5583. Disponible en:](#)

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=379/37952105016>

²⁴ [Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Disponible en:](#)

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

Anexos.

Anexo I: Tabelas.

Tabela 1. Distribuição da amostra por sexo e por faixa etária.

Idade	Total da amostra		Masculino		Fêmea	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
30-45 anos	49	37,10%	21	35,60%	28	38,40%
46-60 anos	36	27,30%	17	28,80%	19	26%
61-75 anos	34	25,80%	19	32,20%	15	20,50%
>76 anos	13	9,80%	2	3,40%	11	15,10%
Total	132	100%	59	100%	73	100%

Tabelas 2, 3 e 4: Atribuição da amostra de acordo com seu Nível Sociocultural, Estado Civil e Situação do Emprego.

Tabela 2. Classificação dos sujeitos com base em seu Nível Sociocultural.

Nível Sociocultural	Frequência	Porcentagem
Analfabetos	13	9,80%
Sem est. Não analfabetos	36	27,30%
Estudos Primários	54	40,90%
Estudos secundários	9	6,80%
Formação profissional	13	9,80%
Estudos universitários	7	5,30%
Total	132	100%

Tabela 3. *Distribuição da amostra de acordo com seu status civil.*

Situação Civil	Frequência	Porcentagem
Casado	97	73,50%
Único	21	15,90%
Divorciado	1	0,70%
Viúvo	13	9,80%
Total	132	100%

Tabela 4. *Distribuição da amostra de acordo com a situação atual do emprego.*

Situação do trabalho	Frequência	Porcentagem
Activos	56	42,40%
Desempregados	29	22%
Aposentado	47	35,60%
Total	132	100%

Tabela 5. *Distribuição de amostra em de acordo com su índice de massa corporal.*

IMC	Frequência	Porcentagem
<=20: Infrapeso	2	1,51%
20-24.9: Normopeso	27	20,45%
25-29.9: Sobrepeso	52	39,39%
30-39.9: Obesidad	43	32,57%
>=40: Obesidad Mórbida	8	6,06%

Tabela 8. Distribuição de amostra em grupos de Peso normal, Sobrepeso e Obesos.

Grupos de peso	Frequência	Porcentagem
20-24,9: Peso Normal	29	22,30%
25-29,9: Excesso de Peso	52	39,39%
>30: Obesidade	51	38,63%
Total	132	100,00%

Tabela 9. Estratificação da amostra em adultos novos e sobre 65

	Frequência	Porcentagem
Adultos novos	96	72,70%
65 anos	36	27,30%
Total	132	100%

Anexo II: Figuras.

Figura 3. Distribuição do IMC de acordo com a idade.

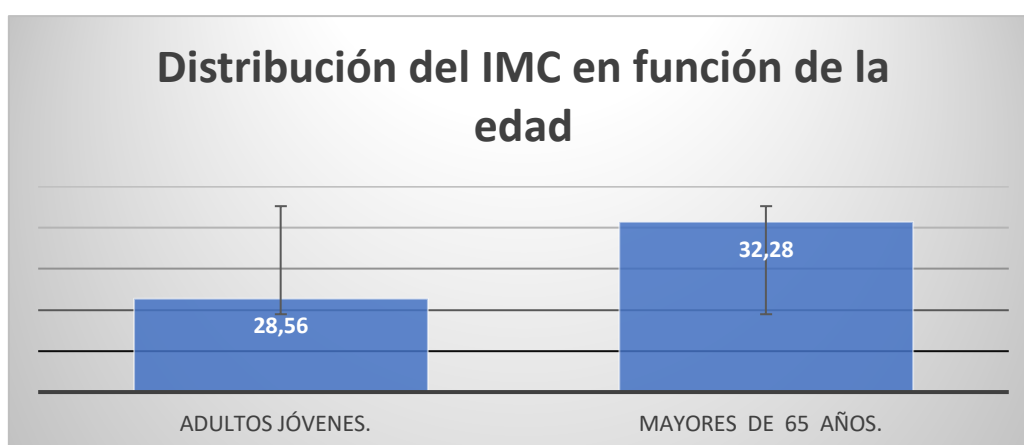


Figura 4. Distribuição do IMC baseada no Nível Sociocultural

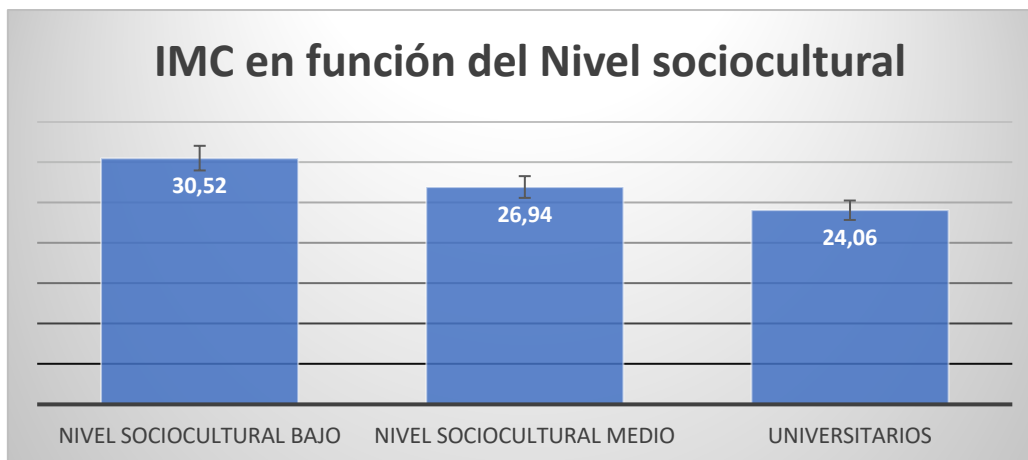


Figura 7. Distribuição de RCV por sexo

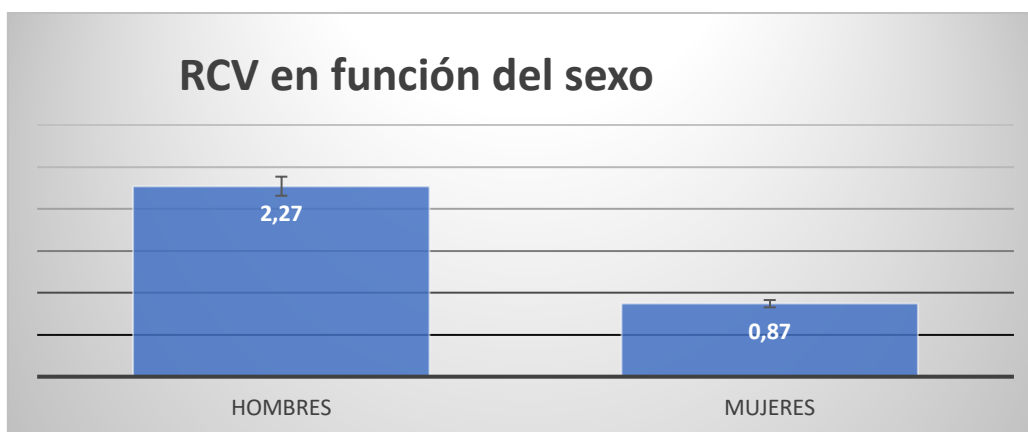


Figura 8. Distribuição do RCV de acordo com o nível sociocultural

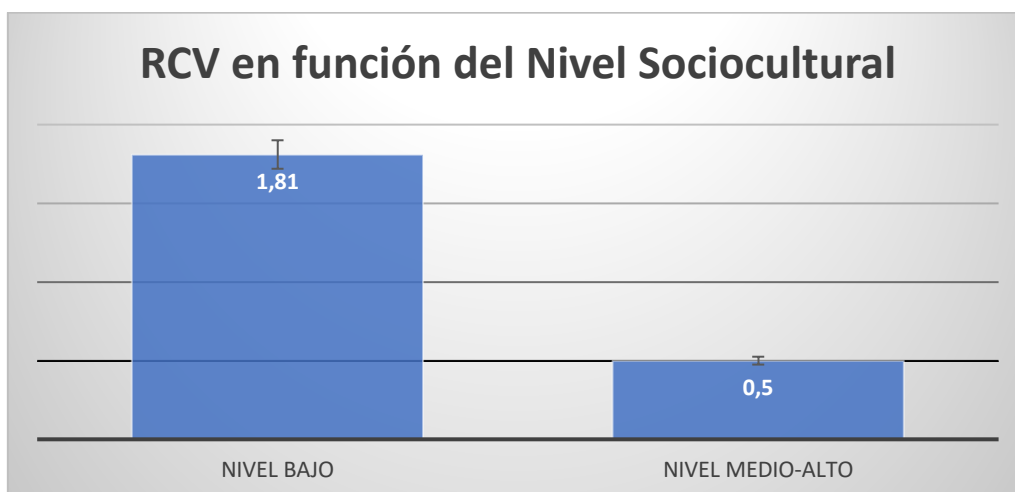
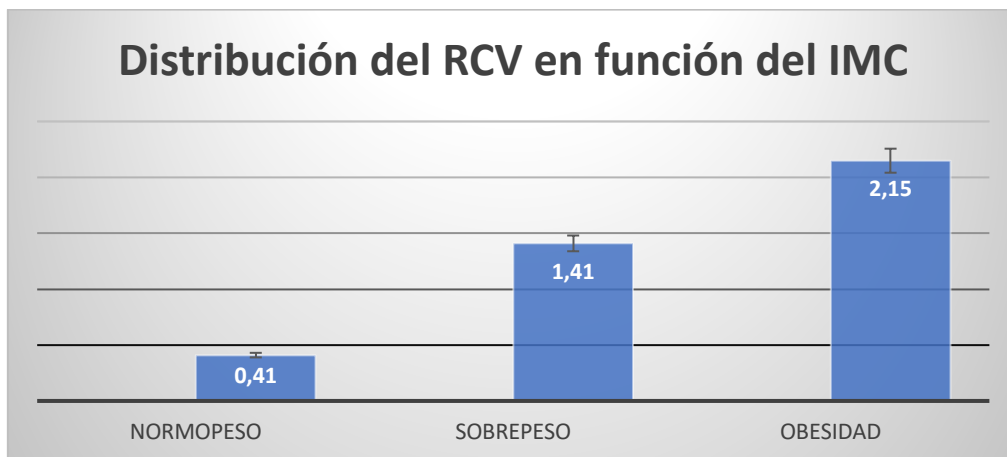


Figura 9. Distribuição de RCV com base no IMC



Anexo III: Folha de Coleta de Dados. (FILEMAKER)

FileMaker Pro - [OBESIDAD GUADAJIRA.fp5]

Archivo Edición Vista Insertar Formato Registros Guiones Ventana Ayuda

N° Pres... 1

Registros: 132

Desordens:

APELLIDOS XXXXXXXX **NOMBRE** XXXXXX **EDAD** XXX

ESTADO CIVIL SOLTERO **ESTUDIOS** Analfabeto E. Secundarios
 Sin estudios, No analfabeto F.P.
 E- Primarios E. Universitarios

INGRESOS 001 004
 002 005
 003

SITUACIÓN LABORAL Jubilados Activo Parado

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA INSUFICIENCIA CARDIACA INSUFICIENCIA RENAL
 DIABETES MELLITUS INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA ARTROSIS
 DISLIPEMIA LITIASIS BILIAR DETERIORO COGNITIVO
 CARDIOPATIA ISQUEMICA PANCREATITIS Otras
 PATOLOGIA VASCULOCEREBRAL EPOC

OTROS ANTECEDENTES

TABACO Tabaquismo Activo Ex-fumador <6 meses Ex-fumador >6 meses Nunca fumó

ALCOHOL Nunca ha bebido Ex bebedor (> 1 mes) Bebedor < 10 unidades/semana Bebedor > 10 unidades/semana

OTROS TOXICOS

Alcohol
1 Unidad: Un vaso de vino, una

2009 Visualizar

Para ayuda, pulse F1

CAP NUM 23:14 25/06/2013

FileMaker Pro - [OBESIDAD GUADAJIRA.fp5]

Archivo Edición Vista Insertar Formato Registros Guiones Ventana Ayuda

N° Pres... 1

Registros: 132

Desordens:

OTROS TOXICOS

NÚM TOTAL DE FÁRMACOS

Analgesicos **TTº DE DIABETES**
 Psicofármacos **HIPOLIPEMIANTES**
 ANTIHIPERTENSIVOS **ANTIAGREGANTES**
ANTICOAGULANTES

INDICE DE DISCAPACIDAD (Barthel)

TAS **TAD** **FC** **CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL**
PESO **TALLA** **IMC** **INDICE CIRC. ABDOMINAL/TALLA**

GLUCOSA **Hb A1c** **COLESTEROL TOTAL** **TRIGLICERIDOS**
MDRD 4 **LDL** **HDL**

RIESGO VASCULAR SCORE

Alcohol
1 Unidad: Un vaso de vino, una caña de cerveza, 1/2 copo coñac o similar, un carajillo
2 Unidades: Un vaso grande de vino (200 ml), 1 copa de coñac o simil, un cuba libre
3 unidades: 1 whisky, vodka

2009 Visualizar

Para ayuda, pulse F1

CAP NUM 23:09 25/06/2013

