

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Promoção de estilos de vida saudáveis nos
trabalhadores de saúde num serviço de nefrologia**

Carlos Manuel Tavares Ferreira

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Promoção de estilos de vida saudáveis nos
trabalhadores de saúde num serviço de nefrologia**

Carlos Manuel Tavares Ferreira

Orientador: Prof. Doutora Maria de Fátima Moreira Rodrigues

Co-Orientador:

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

À minha esposa, à minha filha e ao meu filho.

“A educação é o grande motor do desenvolvimento pessoal.
É através dela que a filha de um camponês se torna médica,
que o filho de um mineiro pode chegar a chefe de mina,
que um filho de trabalhadores rurais pode chegar
a presidente de uma grande nação”

Nelson Mandela

... ou o filho do ferreiro chegar a mestre em enfermagem

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Maria de Fátima Moreira Rodrigues, orientadora deste relatório, pela sua presença e constante disponibilidade, incentivo e apoio nos momentos oportunos, facilitando o percurso desenvolvido.

À Senhora Enfermeira Regina Fátima Rocha, pelo apoio prestado em todos os momentos do estágio, pelas indicações sempre presentes na condução dos projetos e na escolha das estratégias mais eficazes a adotar.

À Direção Clínica, à Direção de Enfermagem e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar por ter permitido a realização das atividades no âmbito da intervenção comunitária no Serviço de Saúde Ocupacional dirigida aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia para a promoção de estilos de vida saudáveis.

À Senhora Professora Doutora Ema Sacadura Leite e toda a equipa do Serviço de Saúde Ocupacional pela forma afável como fui recebido.

À Senhora Enfermeira Chefe Graça Temudo pela forma diligente com que marcou a sua presença com o seu elevado sentido de oportunidade, facilitando a condução das atividades no decorrer do estágio.

A toda equipa de enfermagem do Serviço de Saúde Ocupacional, pelos ensinamentos que me proporcionaram e por me fazerem sentir parte da equipa.

A todos os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, pela sua disponibilidade e colaboração nas diferentes atividades ao longo deste estágio, decorrentes da intervenção comunitária.

A todos os Docentes do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária pelo seu saber partilhado.

A todos os Colegas do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária pelos momentos partilhados em contexto académico (e fora deste também).

O meu mais profundo agradecimento...

ABREVIATURAS

%	- Percentagem
cont.	- Continuação
n.º	- Número
p.	- Página
Prof.	- Professora
Km ²	- Quilómetro quadrado

SIGLAS

ACES	- Agrupamentos de Centros de Saúde
AESST	- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
APA	- <i>American Psychological Association</i>
APCER	- Associação Portuguesa de Certificação
DGS	- Direção-Geral de Saúde
ESO	- Enfermagem em Saúde Ocupacional
EVF	- Estilo de Vida FANTASTICO
FOHNEU	- <i>Federation of Occupational Health Nurses within the European Union</i>
H2ST	- Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho
INE	- Instituto Nacional de Estatística
INS	- Inquérito Nacional de Saúde
ISO	- <i>International Organization for Standardization</i>
JQI	- <i>Joint Quality Initiative</i>
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNSOC	- Plano Nacional de Saúde Ocupacional
RCV	- Registo Centralizado de Vacinas
SSO	- Serviço de Saúde Ocupacional
UCC	- Unidade de Cuidados na Comunidade
VIH	- Vírus da Imunodeficiência Humana
VIP	- Vacina Inativada contra a Poliomielite
WHO	- <i>World Health Organization</i>

RESUMO

As políticas orientadoras para a promoção de estilos de vida saudáveis são comuns ao conjunto dos países da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Europeia, com reflexo nas políticas nacionais adotadas para esta problemática. Através da metodologia do processo de planeamento da saúde o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária identifica problemas ou necessidades de saúde e contribui para a sua resolução.

O projeto desenvolvido no 3º semestre do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária decorreu num Serviço de Saúde Ocupacional de um Hospital Central e pretendia promover estilos de vida saudáveis nos trabalhadores de saúde, tendo sido mobilizados os Modelos de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons (2015) e o Modelo de Hanasaari (*Federation of Occupational Health Nurses within the European Union*, 2017) e a Metodologia do Planeamento da Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com o diagnóstico de situação de saúde pretendeu-se caracterizar os estilos de vida dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, num total de 89 trabalhadores, tendo sido utilizado como instrumento de recolha de informação o questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO (EVF) adaptado por Silva, Brito & Amado (2014), após concedida a respetiva autorização. A amostragem foi não probabilística, definida por conveniência, entre a população acessível, tendo participado 57 trabalhadores de saúde.

Na determinação das prioridades pelo Método de Hanlon adaptado (Imperatori & Giraldes, 1993), considerou-se prioritário intervir no diagnóstico de abuso de tabaco e no diagnóstico manutenção da saúde comprometida.

No final do projeto, aumentou-se a vigilância da saúde através do aumento da percentagem de exames periódicos atualizados, aumentou-se a proteção da saúde dos trabalhadores através da vacinação e efetuou-se a promoção da saúde contribuindo para ambientes de trabalho mais saudáveis, tendo sido elaborado um projeto piloto para a reduzir ou eliminar o consumo de tabaco.

Palavras-Chave: Estilos de vida saudáveis, enfermagem de saúde ocupacional, trabalhadores de saúde, promoção da saúde

ABSTRACT

The guiding policies for the promotion of healthy lifestyles are common to all the countries of the World Health Organization (WHO) and the European Union, as reflected in national policies adopted to this problem. Through the methodology of the process of health planning the nurse specialist in community nursing identifies problems or health needs and contributes to its resolution.

The project developed in 3rd Semester of the 8th Masters Course in Nursing in the area of specialization of Community Nursing took place in a service of occupational health of a central hospital and wanted to promote healthy lifestyles on health workers, having been mobilized the Health Promotion in Nursing Practice Model from Pender, Murdaugh & Parsons (2015) and the Hanasaari Model (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, 2017) and the Health Planning Methodology (Imperatori & Giraldes, 1993).

With the diagnosis of the health situation, it was intended to characterize the health workers' lifestyles in a Nephrology service, with a total of 89 workers, having been used as a tool for collecting information the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire adapted by Silva, Brito & Amado (2014), after the respective authorization. Health workers' in a non-probability sample were selected on the basis of their accessibility, by convenience, among the accessible population, with the participation of 57 health workers.

After determination of the priorities by the adapted Hanlon Method (Imperatori & Giraldes, 1993), it is considered that priority should intervene in the diagnosis of tobacco abuse and the diagnosis of compromised health maintenance.

At the end of the project, it was increased health surveillance through the increase in the percentage of updated periodic exams, increased the protection of the workers' health through the vaccination and occurred the promotion of the health contributing to healthier work environment, having been elaborated a pilot project for to decrease or to eliminate the tobacco consumption.

Keywords: healthy lifestyles, occupational health nursing, health professionals, health promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. AMBIENTES DE TRABALHOS SAUDÁVEIS.....	13
1.1. Fatores de risco modificáveis	15
1.2. Promoção de estilos de vida saudáveis nos trabalhadores	17
1.3. Saúde ocupacional em trabalhadores de saúde: Uma revisão <i>scoping</i> ...	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	20
2.1. Modelo de Promoção da Saúde	20
2.2. Modelo de Hanasaari.....	26
3. METODOLOGIA DO PROJETO.....	28
3.1. Diagnóstico da situação.....	28
3.2. Definição de prioridades	33
3.3. Fixação de objetivos	34
3.4. Seleção de estratégias	37
3.5. Elaboração de programas e projetos.....	40
3.6. Preparação da execução	41
3.7. Avaliação	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
BIBLIOGRAFIA.....	55

ÍNDICES FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Hanasaari	26
Figura 2 - Estádios de mudança.....	39
Figura 3 - Projetos desenvolvidos	41

ÍNDICES DE QUADROS

Quadro 1 - Cálculo das prioridades pelo Método de Hanlon adaptado	34
Quadro 2 - Indicadores a monitorizar	36
Quadro 3 - Estratégias de intervenção	38

ANEXOS

ANEXO I - Autorização dos autores do questionário	
ANEXO II - Autorização para aplicar os questionários aos diferentes grupos profissionais do serviço de nefrologia	
ANEXO III - <i>Very brief advice on smoking</i>	
ANEXO IV - <i>Nurses and other health professionals helping clients quit smoking</i>	
ANEXO V - Campanha De Vacinação Contra Gripe Sazonal	

APÊNDICES

APÊNDICE I - Saúde ocupacional em trabalhadores de saúde: uma revisão
scoping

APÊNDICE II - Modelo de promoção da saúde

APÊNDICE III - Questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO

APÊNDICE IV - Consentimento informado

APÊNDICE V - Caracterização dos estilos de vida dos trabalhadores de saúde
de um serviço de nefrologia

APÊNDICE VI – Poster: caracterização dos estilos de vida dos trabalhadores de
saúde de um serviço de nefrologia

APÊNDICE VII - Apresentação de resultados aos trabalhadores de saúde do
serviço de nefrologia

APÊNDICE VIII – Apresentação de resultados à equipa do SSO

APÊNDICE IX - Definição de prioridades

APÊNDICE X - Projeto: deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!

APÊNDICE XI - Projeto: promoção da saúde para ambientes de trabalho +
saudáveis

APÊNDICE XII - Folheto para os trabalhadores de saúde

APÊNDICE XIII - Guião para a equipa de enfermagem do SSO

APÊNDICE XIV - Poster: benefícios da cessação tabágica

APÊNDICE XV - Registo de ação de formação: projeto/programa de cessação
tabágica do CH (proposta de modelo)

APÊNDICE XVI - Registo da ação de formação: projeto de cessação tabágica
(apresentação do modelo)

APÊNDICE XVII - Instrumento para seguimento da vigilância da saúde

APÊNDICE XVIII – Cronograma do projeto de estágio

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, apresenta-se o relatório de estágio ocorrido no período de 25 de setembro de 2017 a 09 de fevereiro de 2018, suportado por referenciais teóricos de enfermagem comunitária e assente na metodologia do processo de planeamento em saúde, por forma a promover o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem comunitária.

Este estágio foi desenvolvido no contexto de um Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) hospitalar e teve como principal objetivo, implementar intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, nos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), tem como responsabilidade a identificação das “necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica” ou contexto e no âmbito das suas competências específicas “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” bem como “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2010, p. 1-2).

Este estágio no domínio da intervenção comunitária, teve como finalidade, proceder à avaliação dos estilos de vida, nos trabalhadores de saúde de um serviço de nefrologia, de um Hospital Central da região de Lisboa e mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação, planear intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis. São objetivos específicos deste trabalho:

- Desenvolver conhecimentos teóricos profundos/avançados no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.
- Desenvolver as competências do segundo ciclo, de acordo com os descritores de Dublin.
- Desenvolver o enquadramento conceptual dos estilos de vida;
- Aprofundar conhecimentos teóricos no domínio dos modelos de enfermagem associados à promoção da saúde e em contexto da saúde ocupacional.

- Caracterizar sociodemograficamente a amostra.
- Avaliar os estilos de vida dos participantes, através do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO.
- Caracterizar os domínios dos estilos de vida dos trabalhadores.
- Priorizar as necessidades de intervenção sobre os domínios dos estilos de vida menos saudáveis, decorrente da avaliação.
- Definir os objetivos a atingir para as intervenções prioritárias.
- Definir intervenções pertinentes para capacitar os trabalhadores de saúde a adotarem estilos de vida mais saudáveis.
- Avaliar as intervenções implementadas.

O estágio dedicado à promoção dos estilos de vida saudáveis justifica-se no sentido em que a adoção de um estilo de vida saudável funciona como modelo de reforço positivo, junto daqueles que partilham o mesmo contexto, proporcionando um futuro melhor para todos na promoção da saúde, na prevenção da doença e na possível eliminação dos fatores de risco, na redução da incidência e da prevalência das doenças evitáveis, contribuindo para a diminuição da mortalidade prematura e do número de anos de vida perdidos (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2017a).

Como referencial teórico de enfermagem foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Pender et al (2015) na prática de enfermagem, sendo o conceito de saúde positivo estudado os estilos de vida saudáveis, utilizando o modelo conceptual de Hanasaari para a enfermagem ocupacional (*Federation of Occupational Health Nurses within the European Union* (FOHNEU), 2017).

Este relatório encontra-se organizado em capítulos sendo o primeiro dedicado à fundamentação teórica dos estilos de vida saudáveis, o segundo aos referenciais teóricos de enfermagem, o terceiro descreve a aplicação da metodologia do planeamento em saúde no projeto, seguindo-se a conclusão.

A organização e formatação deste trabalho, foram realizadas em consonância com a sexta edição da Norma da *American Psychological Association* (APA) e escrito seguindo as regras do novo Acordo Ortográfico.

1. AMBIENTES DE TRABALHOS SAUDÁVEIS

A complexidade da área temática referente aos estilos de vida, deve ser encarada numa perspetiva intersectorial, não só remetida aos prestadores de cuidados de saúde, mas, a todos os contextos profissionais. Neste sentido, importa compreender de que forma um SSO hospitalar, pode contribuir para a construção de ambientes de trabalho promotores de estilos de vida saudáveis e qual o papel que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública pode desenvolver para alcançar esse desígnio.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) recomenda uma abordagem holística e assente num paradigma salutogénico por parte dos serviços de saúde ocupacional, enquanto agentes promotores de estilos de vida saudáveis, através da “promoção da saúde no local de trabalho” obtida por uma “conjugação de esforços desenvolvidos pelos empregadores, os trabalhadores e a sociedade em geral para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho” (AESST, 2016, p. 20) contemplando diversas áreas, como a dieta e a nutrição, a diminuição do consumo excessivo de álcool, o combate ao tabagismo, a prática de exercício físico, o tempo de recuperação e o sono, existindo a necessidade de promover uma vida profissional saudável para os trabalhadores de todas as idades e em todos os contextos, devendo ser envidados “esforços para assegurar condições de trabalho seguras e saudáveis ao longo de toda a vida profissional” (AESST, 2016, p. 5).

A OMS define como ambiente de trabalho saudável “aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho” (OMS, 2010, p. 6) e circunscreveu como “áreas-chave que podem ser mobilizadas ou influenciadas (...) o ambiente físico de trabalho; o ambiente psicossocial de trabalho; os recursos para a saúde pessoal; e o envolvimento (...) na comunidade” (OMS, 2010, p. 7).

Também a nível nacional a preocupação com a promoção da saúde e dos ambientes de trabalho saudáveis é patente no Plano Nacional de Saúde: Revisão – Revisão e Extensão a 2020, ao definir no âmbito do eixo estratégico da cidadania em saúde o cidadão como “agente de participação e de mudança” no centro do

Sistema de Saúde devendo “ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva” propondo “o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença” (DGS, 2015, p. 14).

O eixo estratégico sobre as políticas saudáveis, inclui “não só o setor da saúde, mas também todos os outros” numa abordagem intersectorial sendo que “todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações” visando “a criação de impactos positivos (...) e a redução de impactos negativos” assegurando uma abordagem em todas as fases do ciclo de vida e nos diferentes contextos, através da proposta do “reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde” e a “minimização de fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool)” (DGS, 2015, p. 18-19).

As instituições hospitalares são entidades empregadoras de um conjunto de trabalhadores, orientados para as mais variadas funções e com um funcionamento complexo que exigem e colocam elevados desafios aos serviços de saúde ocupacional destas organizações, não só no âmbito da medicina do trabalho enquanto “especialidade da medicina cujo objetivo é a vigilância e o controlo do estado de saúde dos trabalhadores” mas também no âmbito da saúde no trabalho na “vigilância médica, [no] controlo dos elementos físicos, sociais e mentais que possam afetar a saúde dos trabalhadores, representando uma considerável evolução face às metodologias tradicionais da medicina do trabalho” contando com uma equipa multiprofissional alocada ao serviço de saúde ocupacional, na qual se encontra integrado o enfermeiro do trabalho na colaboração para a “vigilância e controlo do estado de saúde dos trabalhadores” (Autoridade para as Condições do Trabalho, 2014).

O foco da enfermagem do trabalho (Brasileiro, 2010, citando Lucas, 2004) inclui “a identificação dos trabalhadores, a vigilância constante da sua saúde, orientação, promoção e proteção de saúde, prevenção da doença, administração de terapêutica prescrita, gestão da equipa, garantia de qualidade, investigação e colaboração com a equipa de saúde no trabalho” (p. 5).

1.1. Fatores de risco modificáveis

O Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis 2013-2020 da OMS (2013) propôs como metas até 2020: a redução em 25% o risco de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças crônicas respiratórias); a diminuição em, pelo menos 10%, o consumo nocivo de álcool; a redução em 10% no sedentarismo; a diminuição em 30% do consumo médio de sal/sódio da população; a redução em 30% os índices de uso do tabaco em pessoas com mais de 15 anos; a diminuição em 25% a prevalência da pressão arterial elevada ou conter a sua prevalência; parar o aumento dos casos de diabetes e obesidade; garantir que, pelo menos, 50% das pessoas recebem aconselhamento e terapêutica adequada para prevenir as doenças cérebro-cardiovasculares (incluindo controlo da glicémia); e garantir em 80% das instalações públicas e privadas a disponibilidade das tecnologias básicas acessíveis e os medicamentos essenciais, incluindo genéricos, necessários para tratar as principais doenças não-transmissíveis (WHO, 2013).

Em Portugal no relatório “A Saúde dos Portugueses 2016”, referenciando o estudo *Global Burden of Diseases* de 2015, são identificados para a população portuguesa, os fatores de risco que maior contributo deram para a perda total de anos de vida saudável:

hábitos alimentares inadequados (15,8%), hipertensão arterial (13,0%), fumo de tabaco (12,2%), índice de massa corporal elevado (11,5%), glicose plasmática em jejum aumentada (10,2%), consumo de álcool e drogas (8,7%), colesterol total elevado (5,5%), riscos ocupacionais (4,7%), taxa de filtração glomerular baixa (4,3%), para além de nível de atividade física baixo (3,8%). (DGS, 2017a, p. 24)

No âmbito dos serviços de saúde ocupacional tem sido reforçada a importância atribuída “à promoção da saúde e à prevenção da doença” (OMS, 2014, p. 5). Para a OMS as intervenções promotoras de saúde mais frequentes “são a cessação do tabagismo, programas de alimentação saudável ou de exercício físico, prevenção e diminuição do abuso de drogas e álcool” mas não se limitam a estas, a promoção da saúde “também pode ser dirigida para outros determinantes sociais, culturais e ambientais da saúde” podendo a organização optar por agir em medidas adicionais promotoras de “melhoria da organização do trabalho, motivação, redução

do stress e *burnout*, introdução de horários de trabalho flexíveis, planos de desenvolvimento pessoal e melhoria da carreira” podendo assim contribuir “para a saúde e o bem-estar global da comunidade laboral” (OMS, 2014, p. 7).

Os estilos de vida são padrões de comportamento, atitudes sociais e culturais, adotadas pelos indivíduos, sendo o conceito de estilo de vida saudável aquele que corresponde à adoção de comportamentos e atitudes que reduzindo os fatores de risco, concorrem de forma positiva para a promoção da saúde e a prevenção da doença, contribuindo para um aumento dos anos de vida saudável. Em Portugal a “esperança de vida saudável calculada aos 65 anos” foi de “6,9 anos para homens e de 5,6 anos para mulheres (...) abaixo da média da União Europeia (8,6 em ambos os sexos em 2014)” (DGS, 2017a, p. 19).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e tendo como referência a população residente em Portugal em 2014, com 15 ou mais anos, de 8 884 581 indivíduos em 2016 no que concerne às relações familiares e de amizade “64,2% da população mencionou ter três ou mais pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal grave, 33,1% podia contar com uma ou duas pessoas e 2,3% (204 mil pessoas) afirmou não ter a quem recorrer” (INE, 2016, p. 8).

Em relação às “atividades que envolviam um esforço físico ligeiro (...) cerca de 4,2 milhões de pessoas com 15 ou mais anos (47,0%) (...) e 923 mil (10,4%) exerciam trabalhos fisicamente exigentes” (INE, 2016, p. 172).

O sedentarismo foi referido por “mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões)” que “tinha excesso de peso ou obesidade, 43,9% tinha um peso normal (3,8 milhões) e 1,8% tinha baixo peso (155 mil)” (INE, 2016, p. 7) e em relação aos hábitos alimentares “mais de 6 milhões de pessoas com 15 ou mais anos (70,8%) consumiam fruta diariamente e 4,9 milhões (55,1%) consumiam legumes e saladas com uma regularidade diária” (INE, 2016, p. 8).

Relativamente ao uso do tabaco “20,0% da população com 15 ou mais anos fumava regularmente em 2014, mantendo-se esta proporção estável face a 2005/2006 (20,9%)” e “8,6% da população com 15 ou mais anos afirmou estar exposta diariamente a fumo passivo” (INE, 2016, p. 8).

Para o consumo nocivo de álcool “mais de 1/3 das pessoas com 15 ou mais anos (2,1 milhões) afirmaram ter consumido diariamente bebidas alcoólicas nos 12

meses anteriores (34,5%)” e “2,1 milhões as pessoas que indicaram ter consumido, pelo menos uma vez no mesmo período, 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento” (INE, 2016, p. 8).

Cerca de 887 mil pessoas apresentam prevalência de sintomas depressivos (ligeiros ou graves) correspondendo a 10,1% da população com 15 ou mais anos em Portugal e das “887 mil pessoas que apresentavam sintomas depressivos, a maioria (63,0%) apresentam sintomas ligeiros” (INE, 2016, p. 6). Analisando a população trabalhadora de um total de 3,9 milhões, 257 mil pessoas empregadas apresentam sintomas depressivos (ligeiros ou graves) (6,2%) (INE, 2016, p. 75).

Para o trabalho, 811 mil pessoas (19,6%) revelaram algum grau de insatisfação com o trabalho (INS, 2014).

Para os comportamentos de saúde “cerca de 6,7 milhões de pessoas com 15 ou mais anos de idade (75,1%) foi a uma consulta com um médico de medicina geral e familiar” (INE, 2016, p. 88) e para os outros comportamentos “cerca de 1/2 milhão de pessoas com 15 ou mais anos referiram ter sofrido pelo menos um acidente não laboral de que resultou lesão” (INE, 2016, p. 5).

As intervenções promotoras de saúde contribuem para a redução dos fatores de risco modificáveis que estão associadas à origem de um conjunto alargado de doenças não transmissíveis. O Plano Nacional de Saúde define como metas a atingir até 2020 a redução da “mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%” o aumento da “esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” a redução da “prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e (...) [a eliminação da] exposição ao fumo ambiental” bem como, “controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (DGS, 2015, p. 10-12).

1.2. Promoção de estilos de vida saudáveis nos trabalhadores

Cabe à instituição de saúde, segundo o Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), enquanto entidade empregadora, assegurar as adequadas condições de trabalho que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores de saúde, através de práticas de trabalho seguras e a promoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2013; DGS, 2014a).

É reconhecido que o local de trabalho influencia diretamente o bem-estar físico, mental, económico e social dos trabalhadores, afetando a saúde do indivíduo, família, grupo e comunidade. Sabendo que a saúde dos trabalhadores não é apenas afetada pelos fatores relacionados com o trabalho, uma abordagem holística e integrativa no âmbito da saúde ocupacional, pode transformar o contexto laboral num excelente ambiente favorável para a promoção da saúde.

1.3. Saúde ocupacional em trabalhadores de saúde: Uma revisão *scoping*

Para procurar compreender os comportamentos dos trabalhadores de saúde que contribuem de forma positiva ou negativa para a sua saúde e que intervenções são elencadas pelos serviços de saúde ocupacional, foi efetuada uma revisão *scoping* (ver Apêndice I) que pretende contribuir para a resposta à pergunta: que comportamentos relacionados com os estilos de vida são identificados pelo serviço da saúde ocupacional nos trabalhadores de saúde?

A população do estudo reportou-se aos *Healthcare Personnel*, sem limitação nas datas de publicação, tendo sido incluídas todas as linguagens disponíveis. Os conceitos pesquisados foram a *Health Behavior e Life Style*. Para o contexto considerou-se o *Occupational Health Services*, tendo sido apurados 37 artigos (ver Apêndice I, Tabela 1). Não foram definidos mais critérios de inclusão e de exclusão. A pesquisa foi realizada nas bases de dados bibliográficas da CINAHL e da MEDLINE *with full text* de acordo com o PRISMA *Flow* (ver Apêndice I, Figura 1). Dos 37 artigos citados, após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 16 artigos. Dos 21 artigos revistos, 11 foram excluídos porque não apresentavam texto completo e 4 artigos foram excluídos durante a leitura do texto completo, por se referirem a trabalhadores não contemplados no âmbito deste trabalho. Foram apurados 6 artigos para análise.

Decorrente da pesquisa realizada a taxa de adesão a intervenções de promoção da saúde, varia em função dos benefícios percebidos podendo trazer poupanças efetivas com ações de promoção da saúde, com visibilidade no horizonte temporal de 2 a 3 anos (Long & Sheehan, 2010).

A implementação de um plano de ação conjunto, para a promoção da saúde, apresenta resultados positivos significativos: para a redução do consumo do tabaco

(Devaney & Noone, 2009; Long & Sheehan, 2010; Dawson, Cargo, Stewart, Chong & Daniel, 2012); para a redução do consumo de gordura e para o aumento da ingestão semanal de fibras; para o aumento da atividade física; para a melhoria da saúde mental e aumento da capacitação para a mudança (Devaney & Noone, 2009; Dawson et al, 2012).

A promoção da saúde junto dos enfermeiros, aumenta a percentagem de adesão às recomendações de saúde e às avaliações clínicas periódicas para a vacinação contra a hepatite B (Carpenter, 2015).

A promoção da vacinação da gripe, recorrendo a estratégias informativas, com o apoio de pessoas de referência na instituição e o aumento de disponibilidade, contribui para uma maior adesão à vacinação (Moore, 2009; Carpenter, 2015).

A gestão do stress é um dos fatores em que a intervenção promotora da saúde pode contribuir para a redução do impacto negativo que este pode causar (Devaney & Noone, 2009; Long & Sheehan, 2010; Xavier, Barreto, Alóchio, Sá & Júnior, 2017).

Fatores sociais, pessoais e ambientais implicam uma abordagem culturalmente sensível e a participação de todos com o respetivo envolvimento da gestão de topo, torna-se fundamental para que as intervenções promotoras de saúde tenham sucesso.

Nesse sentido a intervenção comunitária considerou o *setting* (contexto) em que esta ocorreu (num Serviço de Nefrologia) e a etapa do ciclo de vida (no decorrer da vida ativa, dos trabalhadores de saúde), tal como recomendado pelo Plano Nacional de Saúde, assente numa abordagem metodológica do Planeamento em Saúde, que possibilitou a identificação de prioridades de saúde e permitiu a implementação de ações de vigilância e promoção da saúde, com o objetivo de promover ambientes de trabalho saudáveis, com preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Ocupacional (DGS, 2013).

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

A avaliação dos estilos de vida deve ser encarada numa perspetiva positiva aquando da realização da identificação das necessidades.

Há que manter as dimensões que contribuem positivamente para a adoção dos estilos de vida saudáveis e concentrar os esforços na direção de um estado positivo das dimensões que se encontram deficitárias, intervindo por forma a capacitar a adoção de comportamentos e atitudes promotores de saúde.

2.1. Modelo de Promoção da Saúde

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender et al (2015) “é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde”, que advoga um paradigma positivista da saúde, em que a ênfase é colocada sobre os pontos fortes e os benefícios em saúde que podem ser potencialmente alcançados, através dos estudo “da inter-relação de três pontos principais: 1. as características e experiências individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável” (ver Apêndice II), (Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p. 237).

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde pretende-se a melhoria holística dos estilos de vida dos trabalhadores de saúde, proporcionando uma capacidade funcional avançada de autorregulação, uma melhor qualidade de vida na etapa do ciclo de vida enquanto trabalhador, proporcionando um aumento do bem-estar, reduzindo a morbilidade e a morte prematura (Pender et al, 2015).

A noção de estilo de vida saudável representa um conceito positivo de saúde, sendo entendido como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais. Obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde, multissetoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação (DGS, 2004, p. 2-3).

A promoção de estilos de vida saudáveis deve ser abordada de uma forma “integrada e intersectorial”, de forma a:

reduzir a proporção de fumadores; aumentar o número de espaços públicos livres de fumo do tabaco; aumentar a proporção de população fisicamente ativa (pelo menos 30 minutos diários de atividade física moderada); reduzir o consumo de sal (menos de 5 gr/dia); reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade ($IMC < 25$); aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 gr/dia); reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15 a 30% da ingestão calórica diária; reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas ($< 10\%$ da ingestão calórica diária); reduzir o consumo excessivo de gorduras trans ($< 1\%$ da ingestão calórica diária); reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool (< 16 gr de etanol/dia nas mulheres e 24gr./dia nos homens. (DGS, 2004, p. 4)

A saúde comunitária é considerada, neste trabalho, como o conjunto das atividades relativas à implementação de estilos de vida saudáveis e neste projeto teve como alvo da sua atenção o grupo dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia “e dirige-se aos projetos de saúde” que este grupo vivencia nos “processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2015, p. 16482).

Neste contexto os trabalhadores de saúde correspondem ao definido internacionalmente pela OMS, num sistema de classificação agregado, onde estão incluídos os médicos, os enfermeiros, os assistentes operacionais e os assistentes técnicos das áreas administrativas da prestação de cuidados, de acordo com diferentes níveis de especialização e de habilitações necessários para cumprir as tarefas e deveres do respetivo posto de trabalho (WHO, 2008).

Para a OMS os trabalhadores de saúde, incluem os profissionais que estudam, aconselham ou prestam serviços de saúde preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção, com base num extenso corpo de conhecimento teórico (médicos, enfermeiros e outros profissionais) (WHO, 2008). Estão incluídos neste grupo o diretor de serviços de saúde (diretor clínico e enfermeiro chefe), os médicos especializados (especialidades cirúrgicas, médicas e de especialidades técnicas) e os enfermeiros (de cuidados gerais e especialistas excluindo os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica) (INE, 2011).

São também trabalhadores de saúde, os profissionais que prestam cuidados diretos em contextos de cuidados de saúde e residenciais, ajudam nos

procedimentos de cuidados de saúde e realizam uma variedade de outras tarefas de natureza simples e rotineira, para a prestação de serviços de saúde. Estas ocupações requerem habitualmente formação relativamente avançada, um elevado nível de destreza manual e habilidades comunicacionais. Inserem-se neste agregado os assistentes de cuidados de saúde que fornecem cuidados pessoais de rotina, suporte e assistência nas atividades de vida diária aos clientes e residentes de uma variedade de configurações de cuidados de saúde, tais como hospitais, clínicas, serviços de apoio domiciliário. Prestam cuidados sob a supervisão direta de outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, ou outros) (WHO, 2008). Incluem-se neste grupo os auxiliares de saúde (assistentes operacionais) (INE, 2011).

São também considerados trabalhadores de saúde os profissionais de gestão, de apoio administrativo e de apoio à gestão dos serviços clínicos, como o secretariado clínico, já que utilizam conhecimentos especializados da terminologia médica e de procedimentos de prestação de cuidados de saúde, realizam uma variedade de tarefas no âmbito da comunicação, da documentação administrativa e de funções de coordenação interna, para apoiar os restantes profissionais de saúde, nomeadamente, no agendamento de atos e exames, no tratamento de informação clínica, na receção e envio de correspondência e documentação de faturação (WHO, 2008). Incluem-se neste grupo o secretariado da área da medicina (assistente técnico) (INE, 2011).

Neste relatório, definem-se como trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, os assistentes operacionais, os assistentes técnicos, os enfermeiros e os médicos, do respetivo serviço. Quando referimos profissionais de saúde do Serviço de Nefrologia, abarcamos apenas, os trabalhadores que possuem contacto direto na prestação de cuidados, neste caso, os assistentes operacionais, os enfermeiros e os médicos. Quando nos referimos a trabalhadores de saúde ou profissionais de saúde, reportamo-nos ao anteriormente descrito, mas quando desempenham a sua atividade profissional em qualquer contexto do Centro Hospitalar, incluindo o Serviço de Nefrologia.

Na comunidade, em matéria de promoção da saúde, as alterações ocorrem a vários níveis, começando nos indivíduos e movendo-se para a comunidade como um todo, ou seja, indivíduos saudáveis resultam em comunidades mais saudáveis

(Pender et al, 2015).

Na prática clínica dos contextos a promoção da saúde pressupõe a participação dos interessados em todas as fases, a capacitação para assumir o controlo pessoal da sua saúde numa perspetiva holística, assegurando a colaboração intersectorial.

A saúde ocupacional no contexto da intervenção no Serviço de Nefrologia corresponde ao

conjunto de intervenções (médicas, de enfermagem, ergonómicas, de engenharia, entre outras) prestadas por profissionais especializados em vários domínios científicos, que convergem e complementam-se, tanto em conhecimento como nas competências profissionais, tendo por objetivo a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, a salvaguarda da segurança, bem-estar, conforto e integridade dos trabalhadores e o fomento de ambientes de trabalho saudáveis. (DGS, 2014a, p. 15)

A implementação de intervenções comunitárias, têm a capacidade de potenciar alterações de grande escala, ou seja, permitem incidir sobre os clientes que se encontram no potencial positivo e simultaneamente intervir junto dos que carecem de adotar medidas conducentes à promoção da sua saúde, contribuindo para a melhoria global do grupo ou comunidade em que estes se encontram (Pender et al, 2015).

Outros benefícios das intervenções comunitárias incluem um alto nível de exposição para a intervenção e a possibilidade de generalização/replicação das intervenções em outras comunidades (Pender et al, 2015). As intervenções da enfermagem de saúde ocupacional dão um “importante contributo na melhoria da competitividade e rentabilidade das (...) comunidades” (Oliveira & André, 2010, p. 119). No contexto da presente intervenção comunitária o ambiente em que esta ocorre centra-se no serviço de nefrologia de um Centro Hospitalar da região de Lisboa.

O papel dos enfermeiros, e em particular do enfermeiro especialista em saúde comunitária, é fundamental na promoção de um clima positivo para que a mudança sirva como um catalisador para a adoção de estilos de vida saudáveis (Pender et al, 2015), na implementação de intervenções para a promoção da saúde e a capacitação para o autocuidado dos trabalhadores de saúde, já que os estilos de vida aparentam ser mais influentes “do que os fatores genéticos na manutenção da

saúde ao longo do processo de envelhecimento e, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, uma saúde precária não necessita de ser uma consequência inevitável do envelhecimento” (Canhestro & Basto, 2016, p. 30, citando Nuñez et al., 2003; Oxley, 2009), logo, a adoção de estilos de vida positivos, proporcionam uma vida ativa mais saudável, no desempenho das suas funções, aos trabalhadores de saúde.

As intervenções promotoras de saúde desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, “em todas as fases do ciclo vital” devem reforçar “a importância da adoção de comportamentos saudáveis com vista a uma vida longa, ativa e saudável” (Canhestro & Basto, 2016, p. 30).

A fase de avaliação implica uma abordagem lógica e sistemática, para diagnosticar as necessidades, identificar problemas, pontos fortes e recursos na comunidade. A avaliação comunitária é um processo longo e complexo. A avaliação abrangente da comunidade é necessária na fase inicial do processo de enfermagem comunitária, tendo a comunidade como cliente.

Recorrendo ao Modelo de Promoção de Pender et al (2015) pretende-se identificar os estilos de vida nos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia no âmbito do diagnóstico da situação e em função dos resultados encontrados, implementar intervenções comunitárias, que contribuam para a manutenção das dimensões positivas dos estilos de vida e a promoção das que se encontram deficitárias e que concorrem para a promoção da saúde, com o objetivo último de tornar os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia mais saudáveis.

Em síntese, com base nas características e experiências dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, bem como, nas suas experiências e características individuais, nomeadamente sobre os comportamentos anteriores adotados e após o diagnóstico de situação de saúde, foram planeadas intervenções adequadas, com o objetivo de os capacitar para que alcancem as atitudes e comportamentos adequados em relação aos estilos de vida a adotar, intervindo sobre os fatores biológicos, psicológicos, socioeconómicos e culturais, que conduzam à adoção de comportamentos promotores de saúde que reduzam o risco de morbilidade e de morte prematura, contribuindo para locais de trabalho mais saudáveis.

No decorrer do estágio foram implementadas atividades conducentes ao desenvolvimento de recursos e estratégias que motivassem a manutenção ou a intensificação dos estilos de vida promotores de saúde, nos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.

Os resultados do comportamento que se pretenderam alcançar com esta intervenção comunitária, só poderão ser consistentes e permanentes na direta medida em que se mantenha o compromisso com o plano de ação de cada trabalhador de saúde, devendo manter as ações definidas que contribuem para que a pessoa se mantenha no comportamento de promoção da saúde esperado.

A enfermagem ocupacional é definida como a especialidade que se concentra sobre a promoção, prevenção e restabelecimento da saúde dentro do contexto de um ambiente seguro e saudável, inclui a prevenção de efeitos adversos à saúde do profissional e dos perigos ambientais (Rogers, 2012).

De acordo com a norma da DGS define a atividade do enfermeiro do trabalho como sendo “dirigida à gestão da saúde do trabalhador ou de grupos de trabalhadores” focando-se “na promoção e proteção da saúde e bem-estar no local de trabalho, na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros” (DGS, 2014b, p. 2).

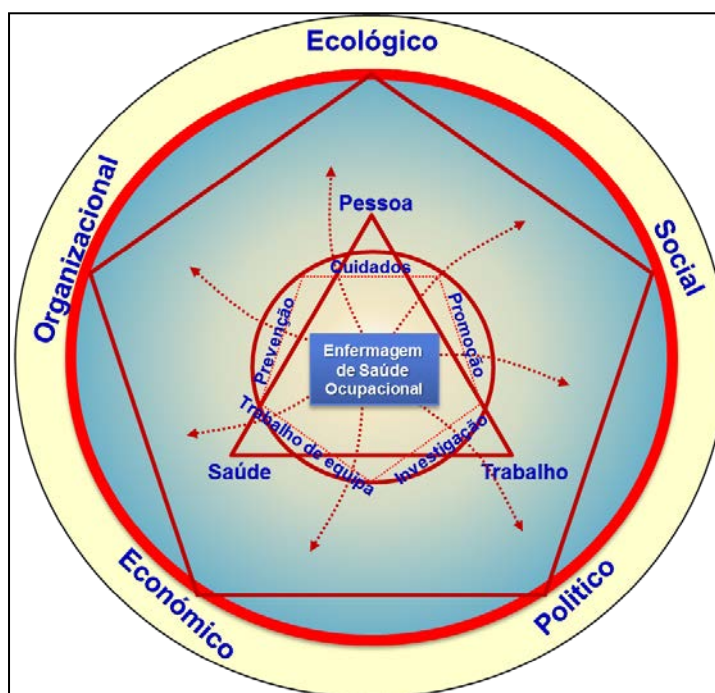
No presente relatório, a enfermagem em saúde ocupacional, centra-se no domínio da vigilância e a promoção da saúde, para que o trabalhador seja mais saudável e ativo, com o objetivo de proporcionar ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros para todos.

A problemática da saúde ocupacional não se restringe exclusivamente aos problemas de saúde que os trabalhadores possam manifestar, mas são inclusivas, relativamente aos problemas a que possam estar expostos no decorrer das suas atividades profissionais e ao ambiente em que as desenvolvem. O objetivo máximo pretendido, pela saúde ocupacional, consiste na existência de “um ambiente de trabalho saudável, seguro e satisfatoriamente confortável e um trabalhador saudável, ativo e produtivo, sem doenças naturais ou ocupacionais (...) apto e motivado para o exercício da sua atividade profissional” (Uva, 2016, p. 10).

2.2. Modelo de Hanasaari

O modelo conceptual de enfermagem para a saúde ocupacional teve a sua origem na cidade Finlandesa de Hanasaari em 1988. O modelo contempla três conceitos principais: a tríade pessoa, trabalho e saúde, a enfermagem em saúde ocupacional e o ambiente global (ver Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Hanasaari



Fonte: Adaptado de FOHNEU citando *The Hanasaari model* (1988).

A tríade é representada pelo triângulo e opera no interior de ambiente global. Existem aspetos do ambiente global que interferem ainda que de forma indireta, sobre a saúde no local de trabalho. As políticas e o contexto social podem expandir ou contrair o desenvolvimento da saúde ocupacional. A estratégia e a cultura organizacional podem exercer uma influência mais direta sobre a tríade pessoa, trabalho e saúde (FOHNEU 2017; Antunes, 2009).

Enfermagem em Saúde Ocupacional (ESO) é apresentada no centro do modelo. A flexibilidade das intervenções da ESO é representada por um conjunto curvo de setas, orientadas do centro do modelo para o exterior, representando a influência que a ESO exerce no desenvolvimento pró-ativo dos conceitos identificados, melhorando a saúde das pessoas no trabalho e consequentemente

expandindo essa melhoria para a saúde das comunidades. Esta abordagem pode influenciar o ambiente organizacional, social, económico, político e ecológico, através da tomada de consciência, sobre o papel do ESO, no contributo para a resolução dos problemas de saúde num ambiente mais amplo. Estas áreas, revelam-se importantes para o desenvolvimento das práticas, do ensino e da investigação da saúde ocupacional nos contextos (FOHNEU 2017; Antunes, 2009).

O círculo externo é formado pelos fatores políticos que incluem restrições de contratação, equipas reduzidas com aumento da sobrecarga de trabalho, a existência de contratos precários; pelos fatores sociais que incluem a inexistência ou demora na progressão na carreira; pelos fatores económicos que contemplam as restrições financeiras existentes para os aumentos salariais ou o pagamento de horas acumuladas; pelos fatores ecológicos que incluem o trabalho em regime rotativo e a exposição ao próprio contexto do desempenho com os riscos associados e pelos fatores organizacionais com as exigências crescentes impostas pelas certificações de qualidade e da própria responsabilidade social na prestação de cuidados cada vez mais complexos (Antunes, 2009).

Frequentemente o enfermeiro de saúde ocupacional é “o primeiro ponto de contacto com prestadores de cuidados de saúde” (OMS, 2014, p. 26) a quem se recorre quando existe um problema relacionado com o trabalho, sendo por essa razão, que os enfermeiros de saúde ocupacional, se encontram numa posição privilegiada para a sua intervenção a todos os níveis de prevenção, junto dos trabalhadores.

A enfermagem de saúde ocupacional, no decorrer deste estágio possibilitou o desenvolvimento de intervenções neste domínio, que contribuíram para a prevenção dos riscos profissionais, das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho.

Nas intervenções planeadas para a tríade pessoa, trabalho e saúde, pretendeu-se a promoção de ambientes de trabalhos saudáveis através da vigilância e promoção da saúde na adoção de estilos de vida mais saudáveis.

3. METODOLOGIA DO PROJETO

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária diagnosticam as necessidades da comunidade, identificam os problemas, os pontos fortes e recursos existentes (Shuster, 2012).

O planeamento “é uma ferramenta técnica administrativa, imprescindível à boa gestão, cuja utilização traduz uma atitude responsável e uma postura racional dos proponentes de uma mudança que, por necessária, se deseja concretizar de forma sustentada” é uma metodologia que consiste num conjunto de etapas que orientam e determinam a ação tendo em conta um conjunto “de fatores condicionantes (sociais, económicos e outros) em contínua transformação” (Nunes, 2016, p. 15) orientando o percurso que se pretende alcançar entre um ponto de partida inicial e aquilo que se espera alcançar no final desse trajeto.

O planeamento em saúde deve obedecer a um conjunto de etapas segundo uma ordem predeterminada, possibilitando escolher as melhores soluções entre as distintas alternativas possíveis. O processo de planeamento é iniciado perante a necessidade de encontrar uma resposta para uma inquietação de qual algo está mal e que necessita de intervenção, seja a nível individual, familiar, grupo ou comunidade, que mobilizam os recursos e a vontade para a ação conducentes à mudança.

Vários autores definem um conjunto de etapas que devem ser cumpridas para a condução deste percurso, onde se incluem o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a formulação e fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução do plano e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990; Nunes, 2016), que se descrevem, de seguida, neste relatório.

3.1. Diagnóstico da Situação

Vencida a inquietude inicial existe a necessidade de efetuar o diagnóstico da situação, sendo este o nosso ponto de partida (Nunes, 2016). O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, como referido no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, deve estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em

saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2010, p. 2).

Esta apreciação da comunidade permite-nos conhecer o seu estado de saúde caracterizando o ponto de partida através da identificação dos principais problemas de saúde, podendo fazer-se uso de variadas técnicas para a elaboração desta etapa. A realização de inquéritos por questionários é uma das mais frequentemente utilizadas. A utilização de instrumentos já construídos e validados “permitem a recolha de novos dados primários que, após tratamento estatístico adequado e conveniente, levam ao conhecimento de uma determinada situação ou problema” (Nunes, 2016, p. 31).

Para a elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, além da consulta dos ficheiros existentes no Serviço de Saúde Ocupacional, aplicou-se um questionário auto preenchido dividido em duas partes (ver Apêndice III): na primeira parte pretendeu-se caracterizar socio demograficamente os participantes procedendo-a à recolha dos respetivos indicadores tendo em conta as variáveis selecionadas e na segunda parte pretendeu-se avaliar os dez domínios do questionário “Estilo de Vida Fantástico” (Silva et al, 2014), com o objetivo de identificar os determinantes dos problemas e as necessidades de saúde mais prementes. O questionário é classificado em cinco níveis, que estratificam o comportamento desde o “necessita melhorar” (0 a 46); “regular” (47 a 72); “bom” (73 a 84; “muito bom” (85 a 102) e “excelente” (103 a 120). Como propõem os autores:

quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental. De uma forma geral os resultados podem ser interpretados da seguinte forma: “Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco. (Silva et al, 2014, p. 1903)

Após a recolha dos questionários, a informação neles contida foi objeto de tratamento estatístico com o *software* Excel. Os dados obtidos contribuíram para a definição das prioridades em saúde, sendo posteriormente formulados os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades, por forma a estabelecer projetos de intervenção, com vista à resolução dos problemas, terminando com a avaliação das

intervenções implementadas para a resolução dos mesmos.

Foram assegurados os procedimentos éticos, tendo sido solicitada a autorização aos autores do questionário “Estilo de Vida Fantástico” de Silva et al (2014), conforme Anexo I, para utilização do mesmo. Foi solicitada autorização para aplicação dos questionários aos diferentes grupos de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia aos respectivos níveis hierárquicos hospitalares, conforme Anexo II. Este projeto obedeceu ao Código de Nuremberga de 1947 e à Declaração de Helsínquia tendo sido obtido o consentimento voluntário e informado dos participantes na investigação sendo garantido o anonimato, a confidencialidade e a livre participação no projeto, podendo, em qualquer momento e em qualquer fase deste, abandonar a sua participação, se assim o entender (ver Apêndice IV).

Os dados quantitativos foram agrupados em intervalos codificáveis e os dados qualitativos foram submetidos a análise de conteúdo e elaboradas categorias para organizar a sua expressividade e frequência relativamente aos domínios EVF, apresentados no Apêndice V. Foi assegurada a divulgação dos resultados obtidos, aos participantes, conforme Apêndice VI e VII.

O suporte documental em papel ficou devidamente protegido em local fechado, no SSO.

A população compreende o conjunto de pessoas ou elementos com características comuns partilhadas entre si que os diferenciam dos demais a quem se pretende generalizar os resultados. A população acessível ou disponível corresponde ao conjunto dos elementos que o investigador pretende estudar da qual se selecionou a amostra. A amostra é o conjunto de sujeitos que se encontram acessíveis ao investigador dos quais se recolhem os dados devendo ter as mesmas características da população de onde esta foi extraída (Coutinho, 2014).

A população em estudo corresponde à totalidade dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia correspondendo a um total de 89 trabalhadores, sendo: 18 assistentes operacionais, 3 assistentes técnicos, 42 enfermeiros e 26 médicos.

Foram definidos como critérios de inclusão que o trabalhador de saúde desempenhasse as suas funções no Serviço de Nefrologia, que se encontrasse de serviço no mês em que decorreu a colheita da informação (durante o mês de junho de 2017) e que desse o consentimento informado para participar na recolha de informação sobre os estilos de vida.

A amostragem foi não probabilística, mas definida por conveniência, entre a população acessível, por facilidade operacional, tendo participado 57 trabalhadores de saúde, sendo: 12 assistentes operacionais, 3 assistentes técnicos, 30 enfermeiros e 12 médicos.

Com o questionário (Apêndice III) pretendeu-se avaliar as características e experiências individuais, tendo sido utilizados os fatores pessoais (Pender et al, 2015) para a caracterização sociodemográfica que compreendem os fatores biológicos como a idade e o sexo e os fatores socioculturais, como o estado civil, o regime laboral e a categoria profissional. Para conhecer o comportamento anterior (para identificar aquele que se espera ver modificado) foi utilizado o questionário EVF para caracterizar os domínios família e amigos; atividade física/associativismo; nutrição; tabaco; álcool e outras drogas; sono/stress; trabalho/tipo personalidade; introspeção; comportamentos de saúde/sexual e outros comportamentos. Incluiu-se ainda outros comportamentos anteriores relacionados com a vigilância da saúde, existência de doença profissional, acidente em serviço, exposição a fatores de risco, última utilização do SSO e motivo, necessidades de formação manifestadas e hábitos de vida modificáveis.

Todos os dados referidos neste subcapítulo encontram-se disponíveis de uma forma mais detalhada no Apêndice V por limitações de espaço para a mancha de texto disponível para redação.

Os quadros e tabelas que se apresentam no decorrer do relatório e nas quais foi omitida a fonte, referem-se ao tratamento dos dados relativos à recolha de informação na etapa do diagnóstico.

A maior percentagem de trabalhadores de saúde, que participaram na recolha dos questionários, encontram-se no grupo etário entre os 35 e os 44 anos (36,8%), 75,4% são do sexo feminino, 66,7 % estão casados ou vivem em união de facto, 52,6% são enfermeiros e 59,6% praticam um horário rotativo (consultar Apêndice V, Tabela 2).

No que concerne à vigilância da saúde, 98,2% referem possuir as vacinas recomendadas atualizadas, 75,4% vigiam regularmente a tensão arterial e a sua saúde oral (consultar Apêndice V, Quadro 1).

Quando questionados sobre a necessidade de alteração de algum hábito de vida diário, 61,4% referiram sentir vontade de alterar, pelo menos um hábito de vida

diário (consultar Apêndice V, Tabela 4).

Dos participantes que referiram sentir necessidade de alterar os seus hábitos de vida diários contabilizaram-se 19 unidades de registo (51,4%) para a atividade física como o principal hábito de vida a alterar, seis unidades de registo (16,2%) para o tabaco, cinco unidades de registo (13,5%) para a nutrição, quatro unidades de registo para o sono (10,8%) e duas unidades de registo para o stress (5,4%), como exibido no Apêndice V, Quadro 2 e Tabela 5.

Quando questionados sobre quais as dificuldades que antecipavam nessa mudança, contabilizaram-se 19 unidades de registo (52,8%) para a gestão do tempo como a principal dificuldade identificada, nove unidades de registo (25,0%) para a atividade profissional, três unidades de registo (8,3%) para a gestão do stress, duas unidades de registo (5,6%) para a dependência existindo ainda três categorias cada uma com uma unidades de registo (2,8%), nomeadamente para, custos, falta de motivação e questões bio fisiológicas, como evidenciado no Apêndice V, Quadro 3 e Tabela 6.

Na classificação da estratificação dos estilos de vida obteve-se o valor médio global de 89 pontos para a população-alvo, enquadrando-se na categoria de 85 a 102 pontos, considerando-se existir um “estilo de vida muito bom”.

Cinco participantes (8,8%) obtiveram uma classificação na categoria do estilo de vida “regular” (entre os 47 e os 72 pontos) proporcionando algum benefício para a saúde, 16 participantes (28,0%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida “bom” (entre os 73 e os 84 pontos) o que contribui com muitos benefícios para a saúde, 29 participantes (50,9%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida “muito bom” (entre os 85 e os 102 pontos) e sete participantes (12,3%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida “excelente” (entre os 103 e os 120 pontos). Nenhum dos respondentes apresentou resultados abaixo dos 46 pontos (categoria “necessita melhorar”), (consultar Apêndice V, Tabela 7).

Além da classificação da estratificação dos estilos de vida, procedeu-se à análise do potencial de melhoria (ver Apêndice V, Figura 1) em cada item de cada domínio, de onde emergiram os diagnósticos de enfermagem.

Para o envolvimento dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, foram apresentados e discutidos os resultados obtidos, tendo sido elaborado para o

efeito um poster que foi apresentado no período de 07 a 16 de novembro (ver Apêndice VI e VII) no Serviço de Nefrologia, assegurando a participação comunitária da própria população-alvo no planeamento das estratégias e atividades implementadas no decorrer da intervenção comunitária, como referido por Tavares (1990) e Nunes (2016).

Os resultados foram também apresentados e discutidos com a equipa do SSO (ver Apêndice VIII).

Após a análise dos dados e utilizando a taxonomia da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem (ver Apêndice IX):

- Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida (75,4%).
- Capacidade de gestão do regime dietético comprometida (43,9%).
- Abuso de tabaco (34,2%).
- Padrão de sono alterado (44,7%).
- Estado psicológico comprometido (72,8%).
- Manutenção da saúde comprometida (41,2%).

3.2. Definição de prioridades

Após o diagnóstico de situação segue-se, na metodologia do planeamento em saúde, a etapa dedicada à definição de prioridades e de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Pender et al (2015), decidiu-se intervir sobre os problemas que possuem maior potencial de melhoria, após a triagem inicial (ver Apêndice IX).

Para esta etapa optou-se pela escolha do Método de Hanlon adaptado à dimensão da amostra, para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990): Amplitude (A); gravidade (B); eficácia (C) e exequibilidade (D).

Apresenta-se no Quadro 1, o cálculo das prioridades pelo Método de Hanlon adaptado.

Quadro 1 - Cálculo das prioridades pelo Método de Hanlon adaptado

Diagnósticos CIPE®	Amplitude (A)	Gravidade (B)	Eficácia (C)	Exequibilidade (D)	(A+B)xCx D	Prioridade
Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	7	5	0,5	1	6	3º
Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	4	5	0,5	1	4	5º
Abuso de tabaco	3	10	1	1	13	1º
Padrão de sono alterado	4	1	1	1	5	4º
Estado psicológico comprometido	7	1	0,5	1	4	5º
Manutenção da saúde comprometida	4	3	1	1	7	2º

Com base no Método de Hanlon adaptado, são apresentados os diagnósticos hierarquizados por prioridades:

1º Abuso de tabaco.

2º Manutenção da saúde comprometida.

3º Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida.

4ª Padrão de sono alterado.

5ª Capacidade de gestão do regime dietético comprometida.

5º Estado psicológico comprometido.

No decorrer das atividades relativas ao estágio, dadas as limitações temporais do período em que este decorreu, foi definido intervir apenas nos dois primeiros diagnósticos considerados prioritários, referentes ao abuso do tabaco e à manutenção da saúde comprometida, com o objetivo de aumentar o potencial alcançado nos domínios do tabaco e dos comportamentos de saúde.

3.3. Fixação de objetivos

Após a definição de prioridades seguiu-se a etapa dedicada à fixação de objetivos. A fixação de objetivos tem como finalidade a definição dos resultados que se pretendem alcançar tendo em conta os recursos disponíveis, sejam estes em tempo, materiais, financeiros ou humanos junto da população-alvo através da implementação de planos, programas e projetos.

Os objetivos devem ser enunciados de forma clara, precisa e específica, para que possam ser mensuráveis através de indicadores e avaliem o resultado obtido em função da meta desejável pretendida. Devem ser tecnicamente alcançáveis, no período de tempo adequado e disponível, para que se possa alterar a tendência da sua evolução no sentido desejável (Imperator & Giraldes, 1993).

A intervenção comunitária teve como finalidade capacitar os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia para a vigilância e promoção da sua saúde com o objetivo de adotarem estilos de vida saudáveis. Versou sobre duas áreas prioritárias em função dos diagnósticos elaborados: o abuso de tabaco e a manutenção da saúde e foi concretizada através do projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” e o projeto de “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis”.

Através dos projetos instituídos, pretende-se como postulado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Pender et al (2015) que os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia percebam os benefícios relacionados com a cessação tabágica e com a vigilância da saúde, percebendo os aspetos positivos da adoção de atitudes e comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis e identifiquem barreiras para tomada de ação. É importante que identifiquem as suas limitações e dificuldades para executar a ação, centrando a sua atenção no reforço positivo alcançado. As influências interpessoais estão presentes na modelação do comportamento adotado, podendo ou não ser influenciável por outras pessoas, como a família, os amigos e outros trabalhadores de saúde agindo como modelos, influenciando opiniões que situacionalmente facilitam ou dificultam comportamentos de saúde adequados.

A intervenção comunitária teve como objetivo geral promover a adoção de estilos de vida saudáveis, no domínio do consumo do tabaco e dos comportamentos de saúde, para os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Como objetivos específicos foram definidos no decorrer da intervenção comunitária, para os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia:

- Reduzir ou eliminar, o consumo do tabaco.
- Aumentar a vigilância da saúde dos trabalhadores.
- Aumentar a imunização para as doenças evitáveis pela vacinação.

Após a definição dos objetivos urge estabelecer as metas a alcançar. Nunes (2016) citando Imperatori (1993) define meta como “um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades (...) traduzido em termos de indicadores de atividades, mensuráveis a curto prazo” (p. 40). Para este projeto, estabeleceram-se as seguintes metas:

- Identificar os hábitos tabágicos a 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.
- Proporcionar no mínimo a 20% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que pretendem eliminar ou reduzir o consumo de tabaco, intervenções breves ou muito breves para a cessação tabágica.
- Convocar 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia sem a vigilância da saúde atualizada (exames periódicos) e/ou sem o esquema vacinal recomendado completo.
- Aumentar em 10% a atual percentagem de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com a vigilância da saúde atualizada (exames periódicos).
- Aumentar em 10% a atual taxa de cobertura vacinal para a vacina inativada contra a poliomielite (VIP) e para a gripe (ver Anexo III).

Para o acompanhamento dos objetivos traçados e tendo em conta o horizonte temporal para o estágio, foram elaborados indicadores que se apresentam no Quadro 2, com o objetivo de monitorizar e acompanhar a execução da intervenção comunitária.

Quadro 2 - Indicadores a monitorizar

Tipo de indicador	Descrição do indicador
De atividade	% de trabalhadores com hábitos tabágicos avaliados e registados. % de fumadores inscritos que receberam intervenções breves e muito breves. % de trabalhadores de saúde convocados para a realização da vigilância da saúde (exames periódicos) em atraso e/ou vacinação recomendada não realizada ou incompleta.

Quadro 2 (cont.) - Indicadores a monitorizar

Tipo de indicador	Descrição do indicador
De adesão	% de trabalhadores de saúde que aderiram ao projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!”. % de trabalhadores de saúde que aderiram à convocatória para realização da vigilância da saúde. % de trabalhadores de saúde que aderiram à convocatória para realização de vacinação.
De resultado	% de fumadores inscritos que iniciaram uma tentativa para parar de fumar. % de fumadores inscritos que definiram o Dia “D”. % de trabalhadores de saúde com a vigilância da saúde realizada. % de trabalhadores de saúde com a vacinação recomendada registada no H2ST, no Boletim Individual de Saúde e no Registo Centralizado de Vacinas (RCV).
De seguimento ou follow-up	% de fumadores inscritos que definiram o Dia “D” que permanecem sem consumo tabágico aos 7 dias. % de fumadores inscritos que definiram o Dia “D” que permanecem sem consumo tabágico aos 15 dias. % de fumadores inscritos que definiram o Dia “D” que permanecem sem consumo tabágico aos 30 dias. % de fumadores inscritos que definiram o Dia “D” que apresentam recaídas. % de fumadores inscritos que definiram o Dia “D” que abandonaram a cessação tabágica.

3.4. Seleção de estratégias

Segundo Nunes (2016) citando Imperatori & Giraldes (1993) estratégia é “um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (p. 40).

Tendo em consideração as necessidades identificadas no decorrer da etapa do diagnóstico, pretende-se, nesta etapa, propor formas de atuação no âmbito do SSO que contribuam para aumentar o potencial alcançado nos domínios EVF afetados, intervindo nos diagnósticos priorizados, com o objetivo de infletir a tendência natural dos problemas. As estratégias desenhadas foram traçadas para dar resposta aos diagnósticos prioritários: abuso de tabaco e manutenção da saúde comprometida.

Considerando o tempo disponível e as prioridades de intervenção, as

estratégias definidas no âmbito da intervenção comunitária, pretendem ser integradas nos projetos em curso do SSO e articuladas entre si, para que possam responder de forma eficaz aos objetivos anteriormente traçados.

As estratégias contribuem de forma positiva para a redução ou eliminação do consumo do tabaco e para a melhoria da eficácia na manutenção da saúde, através do aumento dos trabalhadores de saúde com a vigilância da saúde realizada e atualizada de acordo com a sua faixa etária e os riscos a que se encontram expostos e com a cobertura vacinal recomendada, pelo Programa Nacional de Vacinação de 2017 (DGS, 2016).

As estratégias são apresentadas de forma suficientemente detalhada para que possam ser compreendidas, mas não com um nível de detalhe exagerado, pois o mesmo deverá ser feito na etapa seguinte, dedicada à preparação operacional (Tavares, 1990; Nunes 2016).

Para que as estratégias possam ser exequíveis devem ser definidas em função dos recursos disponíveis e centradas na comunidade a quem se destinam, nesse sentido, foram elencadas as seguintes estratégias (ver Quadro 3).

Quadro 3 - Estratégias de intervenção

Estratégias	Diagnóstico de enfermagem			Níveis de prevenção
	Abuso de tabaco	Manutenção da saúde comprometida		
De aconselhamento através da entrevista motivacional e de intervenções breves e muitos breves.	Cessação tabágica			Secundária
De informação sobre a importância das vacinas e seguimento (<i>follow-up</i>) para completar as doses em falta.		Vacinação		Primária
De controlo, vigilância e seguimento (<i>follow-up</i>) em saúde.			Exames periódicos	Primária e secundária

As estratégias selecionadas não necessitaram de alterações ao funcionamento do SSO, já que o serviço possui projetos de acompanhamento que asseguram o enquadramento da intervenção comunitária desenvolvida.

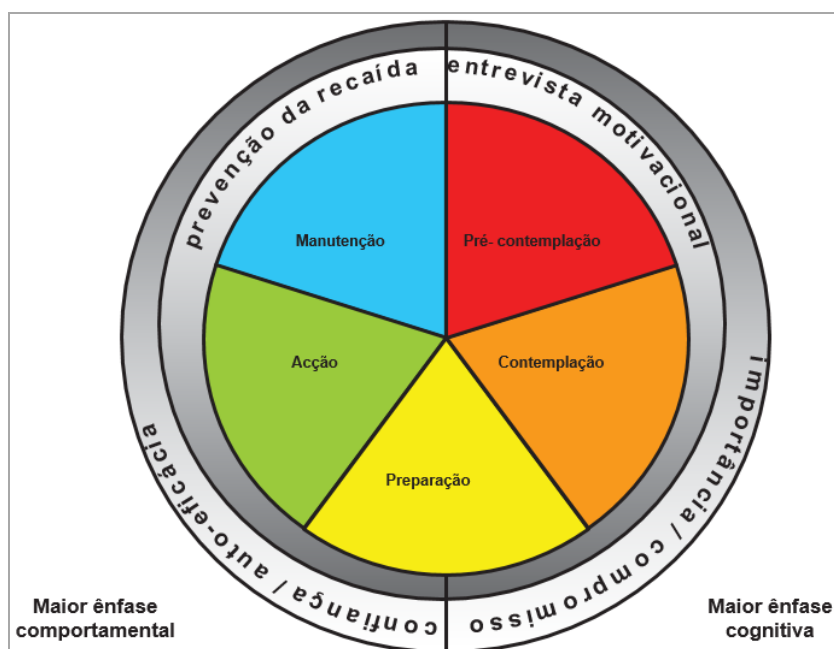
As estratégias elencadas foram desenvolvidas de forma oportunista, sempre que o cliente se deslocava ao SSO era validado o consumo tabágico, a necessidade de vacinação e se a vigilância da saúde estava atualizada.

Para o diagnóstico abuso de tabaco, procedeu-se   implementação do projeto “Deixar de fumar... com ajuda   mais fácil!” (ver Apêndice X) com o intuito de atuar no domínio da prevenção secundária, com o objetivo de motivar para a diminuição

ou eliminação do consumo do tabaco. Após identificar e documentar os hábitos tabágicos de todos os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, nos trabalhadores de saúde fumadores foi adotada como estratégia a entrevista motivacional centrada no Modelo Transteórico de Mudança e nas intervenções muito breves e breves para a capacitação da mudança de comportamento (Prochaska e DiClemente, 1998, citado por Nunes et al, 2008).

Nos estádios iniciais da mudança o foco da intervenção deve incidir preferencialmente no domínio cognitivo (pré-contemplação e contemplação) e nos restantes (preparação, ação e manutenção) o foco deve incidir essencialmente no domínio comportamental (ver Figura 2).

Figura 2 - Estádios de mudança



Fonte: Adaptado de Filho (2008, p. 36).

Para o diagnóstico da manutenção da saúde comprometida, procedeu-se à implementação do projeto de “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis” (ver Apêndice XI), com o intuito de atuar a nível da prevenção primária (através da vacinação e da vigilância da saúde) e ao nível da prevenção secundária no diagnóstico precoce através dos exames complementares de saúde periódicos.

Após avaliação do estado vacinal, da VIP e da gripe sazonal, dos trabalhadores de saúde, efetuaram-se ações de educação para a saúde individualizada com o objetivo de prevenir as doenças evitáveis pela vacinação,

identificando-se necessidades e oportunidades da vacinação.

Nos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, com a vigilância da saúde em atraso, utilizou-se como estratégia a convocatória através da visita ao Serviço de Nefrologia e posterior encaminhamento para o secretariado administrativo para agendamento do mesmo, para controlo, vigilância e seguimento (ou *follow-up*). No decorrer da consulta de enfermagem no pré-exame periódico, promoveu-se a literacia em saúde de acordo com os comportamentos identificados ao nível da prevenção primária e ao nível da prevenção secundária realizaram-se rastreios para identificar o deficit de acuidade visual, hipertensão e excesso de peso.

3.5. Elaboração de programas e projetos

Após a seleção de estratégias segue-se a elaboração de programas e projetos. Nesta fase será efetuado o estudo pormenorizado das distintas atividades necessárias para a execução das estratégias anteriormente apresentadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Um projeto pode ser considerado como um “esforço temporário” delimitado ao período em que decorre a intervenção comunitária, “empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo” (*Project Management Institute*, 2013, p. 3).

Para Durán (1989) um projeto “é uma proposta destinada à produção de alguns bens ou serviços” (p. 107) é “um plano com prazo fixo, destinado a materializar uma ideia concreta” (p. 189) e “cada projeto, encerra [em si] uma ideia própria” (p. 195).

Para o desenho dos projetos utilizou-se o guião referenciado por Nunes (2016) e Tavares (1990):

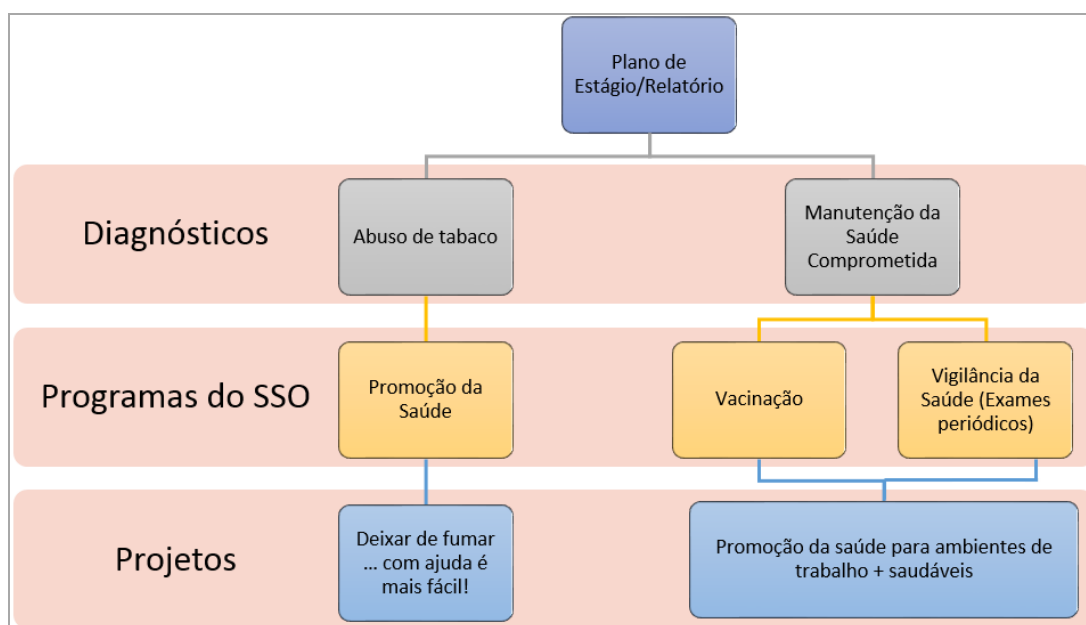
- Identificação e descrição do problema.
- Objetivos do projeto.
- Estratégias a utilizar.
- Impacto esperado após a execução do projeto.
- Descrição narrativa das atividades e respetiva calendarização (cronograma).
- Gestão de recursos e atribuição da liderança.
- Articulação intra e intersectorial.

- Orçamento total e parcial para cada segmento de atividade.
- Fontes de financiamento.

O estágio, apesar de limitado no tempo, possibilitou a realização de dois projetos distintos (ver Apêndice X - Projeto: “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” e o Apêndice XI - Projeto: “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis”) que agregam as diferentes atividades desenvolvidas para atingir as estratégias propostas.

As atividades desenvolvidas no decorrer desta intervenção comunitária além de responder às necessidades identificadas no diagnóstico, contribuíram adicionalmente para os projetos em curso no SSO.

Figura 3 - Projetos desenvolvidos



Fonte: Adaptado de Nunes (2016, p. 44).

3.6. Preparação da execução

A fase da preparação da execução corresponde à etapa do planejamento da saúde que maior interligação possui com as fases anteriores e com as que se lhe seguem, refletindo o processo contínuo que caracteriza o planejamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” foram desenvolvidas um conjunto de atividades para atingir os objetivos e resultados propostos, bem como, mobilizados um conjunto de recursos ao longo do período de tempo em que decorreu a intervenção comunitária, de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, nomeadamente:

- Efetuou-se autoformação para capacitação pessoal e profissional no âmbito das intervenções breves e muito breves (ver Anexo IV) e sobre cessação tabágica (ver Anexo V).
- Elaborou-se e distribuiu-se um folheto aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com hábitos tabágicos (ver Apêndice XII).
- Elaborou-se um guião para a equipa de enfermagem do SSO de apoio ao acompanhamento dos trabalhadores de saúde com hábitos tabágicos (ver Apêndice XIII).
- Elaborou-se e afixou-se um poster com os benefícios da cessação tabágica (ver Apêndice XIV).
- Foi desenvolvida uma aplicação informática em Excel, dedicada ao acompanhamento dos trabalhadores de saúde com hábitos tabágicos (disponível em <https://tiny.cc/ctabagica>).
- Não existiu necessidade de formação em Excel, já que esta é uma ferramenta amplamente utilizada pelo SSO, apenas houve a necessidade de sensibilização da equipa de enfermagem do SSO para utilização do ficheiro Excel para o acompanhamento dos fumadores.
- Convocaram-se os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, para se proceder à avaliação e registo dos hábitos tabágicos.
- No âmbito da prevenção primária, foi realizada aos trabalhadores que não apresentavam consumos tabágicos, educação para a saúde individualizada sobre a prevenção do consumo, bem como, procedeu-se à divulgação o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil” (para eventuais trabalhadores de saúde fumadores seus conhecidos).
- Aos trabalhadores com hábitos tabágicos foi realizada entrevista motivacional para a cessação tabágica.
- Aos trabalhadores de saúde que não sentiam necessidade de deixar de fumar (estádio pré-contemplação) ou que ainda não estavam a

pensar deixar de fumar (estádio contemplação), após intervenção muito breve foram encaminhados para uma nova abordagem no próximo exame periódico (adaptação proposta no âmbito da apresentação do projeto - ver Apêndice XV) ou quando se sentisse motivado para parar de fumar.

- Os trabalhadores de saúde que pretendiam deixar de fumar nos próximos 30 dias (estádio de preparação), que definiram o dia “D” ou que pararam de fumar à menos de seis meses (estádio de ação) foram realizadas intervenções breves e agendados seguimentos (*follow-up*) de acordo com a calendarização prevista em função do estágio de motivação do cliente.
- Não existiu necessidade de rever os programas ou as orientações do SSO, no entanto, foram necessárias algumas alterações internas com o reforço do papel da equipa de enfermagem, para o acompanhamento no âmbito da cessação tabágica:
 - o Nos trabalhadores de saúde com necessidade de recorrer a terapêutica substitutiva de nicotina, foi disponibilizado o apoio de um médico do trabalho para a prescrição farmacológica.
 - o Nos casos mais complicados, com necessidade de apoio intensivo, foram encaminhados para a consulta de cessação tabágica do Centro Hospitalar.
- O projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” foi implementado a toda a comunidade de trabalhadores do Centro Hospitalar, incluindo num segundo polo hospitalar, a pedido da equipa de gestão do SSO (ver Apêndice XVI).

Para o projeto “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis” desenvolveram-se um conjunto de atividades para atingir os objetivos e resultados propostos, bem como, mobilizaram-se um conjunto de recursos para a implementação da intervenção comunitária, decorrida de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, tendo sido consideradas como atividades agregadas a vacinação e a vigilância da saúde com a verificação dos exames de avaliação periódica, nomeadamente:

- A convocatória dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, para a vigilância da saúde (vacinação e exames periódicos) foi realizada por visitas ao serviço e posterior agendamento.
- No momento da convocatória foi solicitado a todos os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, que fossem portadores do Boletim Individual de Saúde, no momento da visita ao SSO, para atualização dos registos vacinais no Boletim Individual de Saúde, na aplicação informática do SSO e no Registo Centralizado de Vacinas:
 - o Nos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que possuíam os exames periódicos em atraso, foi solicitado no decorrer da convocatória, que no momento do agendamento fossem portadores do boletim individual de saúde.
- Aquando da visita ao SSO, foi realizada a atualização dos registos vacinais no Boletim Individual de Saúde, na aplicação informática do SSO e no Registo Centralizado de Vacinas:
 - o Como estratégia procedeu-se à imunização com particular destaque para a poliomielite (VIP) e para a vacina da gripe sazonal (ver Apêndice XI).
 - o Foram realizadas ações de educação para a saúde sobre a importância da vacinação nos trabalhadores de saúde.
- No âmbito da prevenção primária foi realizada a vacinação de acordo com o esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação de 2017 (DGS, 2016), com particular reforço, para as recomendações dirigidas aos profissionais de saúde:
 - o Foram agendadas consultas para reforço dos esquemas vacinais a completar.
 - o Após a administração, foram instruídos sobre os possíveis efeitos adversos.
- Ainda no âmbito da prevenção primária, e no decorrer da consulta de enfermagem, foram capacitados para a prevenção de acidentes e proteção de perigos, bem como, educação para a saúde individualizada em função dos hábitos identificados:
 - o Consumo de café e álcool.

- o Alimentares e de exercício físico.
- o Consumo de tabaco (na identificação dos fumadores seguiu-se de imediato a entrevista motivacional e a intervenção breve ou muito breve consoante o seu estágio motivacional, registando as intervenções nas respetivas aplicações informáticas para posterior seguimento (*follow-up*).
- Foi criado um instrumento de registo facilitador para seguimento do projeto, para a vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (ver Apêndice XVII).
- Foram registados os atos de enfermagem executados, na aplicação do SSO.
- No domínio da prevenção secundária, e nas consultas de enfermagem, foram efetuados rastreios da acuidade visual, excesso de peso e hipertensão, com a respetiva referenciação para os projetos específicos no âmbito da atividade do SSO.
- Foi atualizada a norma de orientação para a vacinação contra a poliomielite, tendo sido adicionada a recomendação para o reforço da vacinação contra a poliomielite (VIP).
- O SSO assegura a vacinação gratuita, das vacinas contra o sarampo, papeira, rubéola, varicela, hepatite B, tétano, vacina inativada da poliomielite e vacina contra a gripe, estando os custos decorrentes da intervenção já contemplados na atividade do SSO.

Para as estratégias selecionadas não existiu a necessidade de alocar verbas adicionais ou futuras, que pudessem aumentar a despesa no âmbito das atividades do SSO.

3.7. Avaliação

Segundo Nunes (2016) para se saber se o planeamento foi eficaz é necessário avaliar se “objetivos predefinidos foram ou não atingidos” e se este foi eficiente é necessário conhecer “os recursos gastos para alcançar os objetivos propostos” (p. 45).

Esta última etapa do planeamento encerra em si mesma um novo início, já que esta etapa obriga à “reformulação dos conteúdos de um plano, que obriga a um novo processo de planeamento” com o objetivo de introduzir uma melhoria contínua através de medidas corretivas aos desvios entre o planeado e o efetivamente realizado, recorrendo a “taxas de execução das tarefas propostas, através dos indicadores de execução ou indicadores de atividades” (Nunes, 2016, p. 45).

Podemos afirmar que esta intervenção comunitária decorreu de acordo com o cronograma planado (ver Apêndice XVIII).

Para o objetivo específico reduzir ou eliminar o consumo do tabaco entre os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, através da entrevista motivacional centrada no Modelo Transteórico de Mudança e nas intervenções breves e muito breves, elaborado para o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!”, foi estabelecida como meta a identificação dos hábitos tabágicos a 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, tendo no final da intervenção sido avaliados e registados os hábitos tabágicos, na aplicação do SSO, a todos os profissionais de saúde do Serviço de Nefrologia, tendo sido identificados quatro fumadores e quatro ex-fumadores correspondendo a 38,1% de trabalhadores com hábitos tabágicos.

Dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com hábitos tabágicos presentes apenas um, em quatro, compareceu à convocatória no SSO, a quem foi realizada a entrevista motivacional e intervenção muito breve (encontrando-se no estágio pré-contemplação). Sendo a meta proposta proporcionar no mínimo a 20% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia intervenções breves ou muito breves para a cessação tabágica, podemos concluir ter superado a meta já que 25% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia receberam intervenções breves ou muito breves.

Com a extensão do projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” a todos os profissionais do Centro Hospitalar foi definido como meta proporcionar no mínimo a 20% dos profissionais inscritos como fumadores no SSO intervenções breves ou muito breves para a cessação tabágica, tendo sido proporcionado a 42,6% (n=20) intervenções breves ou muito breves ao total de inscritos (n=47) tendo, de acordo com a entrevista motivacional, sido distribuídos 60,0% (n=12) no estágio de pré-contemplação ou contemplação e 40,0% (n=8) encontram-se nos

estádios preparação, ação ou manutenção, destes, 50,0% (n=4) estão sem fumar no dia “D” definido; 75,0% (n=3) estão sem fumar no primeiro *follow-up* (dia “D” + 7 dias); 50,0% (n=2) estão sem fumar no segundo *follow-up* (dia “D” + 15 dias) e 50,0% (n=2) estão sem fumar no terceiro *follow-up* (dia “D” + 30 dias). Um dos participantes (25,0%) recaiu antes do segundo *follow-up* (dia “D” + 15 dias).

No âmbito do projeto “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis”, foi definido como objetivo aumentar a percentagem de trabalhadores de saúde com os exames periódicos e o esquema vacinal recomendado e atualizado, até ao final da intervenção comunitária.

Tendo sido delineado como meta aumentar em 10% a percentagem de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com os exames periódicos atualizados e sendo que no início da intervenção existiam 47,6% (n=10) trabalhadores de saúde com os exames periódicos em atraso, foram convocados 11 trabalhadores (52,4%) e através das estratégias delineadas, obteve-se uma taxa de adesão 63,6% (n=7) entre os trabalhadores convocados para agendamento e realização dos exames periódicos. No final da intervenção 81,0% (n=17) dos trabalhadores possuem o exame periódico realizado e atualizado, tendo sido ultrapassada a meta definida.

Para a vacinação foram convocados todos os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, para verificação, atualização e registo das vacinas na aplicação informática do SSO e no Registo Centralizado de Vacinas, tendo sido solicitado a presença no SSO com o Boletim Individual de Saúde para se confirmar os dados existentes e proceder à vacinação recomendada, eventualmente em falta. Esta convocatória teve uma taxa de adesão de 52,4% (n=11).

No início da intervenção não havia qualquer vacina VIP administrada ou registada e após a intervenção 14,3% (n=3) trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia aderiram à vacina VIP.

Para a vacinação da gripe não podemos avaliar a adesão no decorrer da intervenção comunitária, já que não podemos inferir que os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia não iriam efetuar a vacinação no período em que está a decorrer a campanha de vacinação contra a gripe sazonal pelo SSO, bem como até *términus* do estágio ainda decorre o período de vacinação já que esta “deve ser feita, preferencialmente, até final do ano”, mas pode ser administrada durante todo o

outono e inverno” (DGS, 2017b, p.1). No final do estágio, 52,4% (n=11) dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia já tinham sido vacinados com a vacina da gripe.

Podemos afirmar que a intervenção comunitária foi eficaz já que os objetivos estabelecidos foram atingidos e foi eficiente, já que podemos considerar desprezíveis os consumos gastos com a implementação da mesma, tendo sido realizada com os recursos humanos disponíveis sem a necessidade de novas contratações, recorrendo aos equipamentos e infraestruturas do SSO.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção comunitária desenvolvida no âmbito deste estágio, teve como principal finalidade a promoção de estilos de vida saudáveis, junto dos trabalhadores do Serviço de Nefrologia, no contexto da saúde ocupacional, para contribuir para ambientes de trabalho mais saudáveis.

A obtenção do grau de mestre implica o domínio de um conjunto de competências, no final do segundo ciclo de estudos, definidos e adotados em conformidade com os Descritores de Dublin no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior (*Joint Quality Initiative* [JQI], 2004). Nesse sentido foram desenvolvidas competências de autoaprendizagem, de uma forma essencialmente auto-orientada e autónoma, através da realização de duas ações de formação *online* sobre as intervenções breves e muito breves para a cessação tabágica. Desenvolveram-se e aprofundaram-se conhecimentos em contexto da metodologia do planeamento em saúde, o que permitiu implementar o projeto original “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” no SSO, dando resposta a um problema de saúde concreto, aplicando nesta situação a capacidade de compreensão e resolução de problemas, envolvendo a participação de equipa multidisciplinar do SSO, na cessação tabágica, tendo sido desenvolvida uma aplicação informática para integrar o acompanhamento dos fumadores de acordo com o referencial do Modelo Transteórico de Mudança e as intervenções breves e muito breves, assegurando as questões éticas como a livre participação, o anonimato e a confidencialidade. Procedeu-se à comunicação das conclusões numa lógica, clara e inequívoca e divulgou-se o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” num contexto distinto da intervenção, por solicitação da Chefia de Enfermagem do SSO, numa outra instituição hospitalar pertencente ao mesmo Centro Hospitalar, para que aí se pudesse replicar o projeto em causa.

De acordo com o Regulamento das Competência Comuns dos Enfermeiros Especialistas, define no seu artigo 4º, quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram garantidos todos os pressupostos éticos tendo sido solicitada autorização para aplicação do questionário

EVF adaptado por Silva, Brito & Amado (2014), bem como, foram solicitados contributos à equipa multiprofissional do SSO para assegurar que as questões aplicadas aos respondentes para o diagnóstico da situação cumpram com os requisitos éticos, assegurando simultaneamente, o pressuposto da participação livre, informada e esclarecida, garantindo o respeito pelos direitos humanos, o anonimato, a proteção da vulnerabilidade, a relação de confiança e o respeito por crenças e valores, assegurando que todos os participantes poderiam abandonar o projeto em qualquer fase de execução deste.

No decorrer da identificação das prioridades envolveu-se a equipa multiprofissional do SSO e os trabalhadores do Serviço de Nefrologia na triagem dos problemas prioritários, contando com o apoio da enfermeira orientadora da prática clínica na tomada de decisão, para validação, através do conhecimento e da experiência do contexto, este processo, fazendo uso de um conjunto de estratégias que possibilitaram uma tomada de decisão na sua esfera de domínio ético-legal e profissional, através de um julgamento fundamentado em situações reais do contexto da saúde comunitária no serviço de saúde ocupacional.

No domínio da melhoria contínua da qualidade sendo o contexto da intervenção um serviço certificado pela norma ISO 9001:2015, pela APCER, foi assegurada a participação no projetos do SSO que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados, colaborando na revisão/atualização a norma de orientação e na instrução de trabalho para a vacinação contra a poliomielite, fazendo parte do projeto “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis” a monitorização de indicadores relativos à vacinação com a VIP nos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, tendo sido desenvolvidas ações no âmbito dos diferentes projetos do SSO promotores de adesão à saúde ocupacional no contexto da promoção da saúde, nomeadamente, envolvendo os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia através da visita ao mesmo. No âmbito da vigilância da saúde foram identificados fatores de risco profissional (biológicos, físicos, mecânicos, psicossociais e químicos) tendo sido realizadas ações educativas, para a prevenção de práticas de risco, assegurando, assim, numa perspetiva de cuidados antecipatórios, o aumento da segurança do trabalhador e dos cuidados prestados. A confidencialidade e segurança dos registos foi assegurada.

No domínio da gestão de cuidados colaborou-se no âmbito da respetiva esfera

de competências, na partilha da tomada de decisão com a equipa multiprofissional na definição das intervenções a implementar, referenciado as situações para outros profissionais do SSO, nomeadamente com a equipa do secretariado administrativo e a equipa médica, ou ainda, para outros serviços com que o SSO tem protocolos de colaboração e que ultrapassassem a esfera do seu mandato social, mantendo o acompanhamento adequado e promovendo um ambiente favorável à prática. No âmbito do projeto “Deixar de fumar...com ajuda é mais fácil!”, efetuou a gestão de cuidados, com recurso à aplicação informática desenvolvida, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, liderando o processo de implementação e assegurando assessoria e acompanhamento à restante equipa de enfermagem do SSO, na implementação do projeto.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolveram-se no contexto do estágio oportunidades de aprendizagem reflexiva com a orientadora do contexto da prática clínica solicitando *feedback* no sentido da melhoria e aquisição de novos conhecimentos e competências. Recorreu-se igualmente ao desenvolvimento de conhecimentos através da autoaprendizagem com particular incidência no âmbito da cessação tabágica através da frequência dos cursos *online* anteriormente referenciados, que possibilitaram o desenvolvimento pessoal e profissional de forma autónoma, culminando com a aplicação de novos conhecimentos em novos contextos, integrando-se de forma efetiva e plena na equipa multiprofissional.

No decorrer deste estágio foram adquiridas competências específicas na área da enfermagem comunitária que possibilitaram o desenvolvimento da metodologia do planeamento em saúde. Procedeu-se à avaliação do estado de saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, tendo sido realizado o diagnóstico de situação, identificando os determinantes de saúde conjugando os fatores pessoais (biológicos e socioculturais), estratificou-se o comportamento de acordo com a avaliação obtida pela aplicação do questionário EVF para conhecer os domínios afetados e incluíram-se outros comportamentos anteriores relacionados com a vigilância da saúde, divulgando os resultados obtidos junto da população e do SSO.

A hierarquização das prioridades foi conduzida utilizando o Método de Hanlon adaptado, integrando a tomada de decisão com base nas orientações emanadas

pelo Plano Nacional de Saúde revisto e estendido até 2020, pelo Programa Nacional de Saúde Ocupacional para o 2º Ciclo 2013/2017, o Programa Nacional de Vacinação 2017, o Programa Nacional de Eliminação do Sarampo, o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite e o Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo, permitindo a formulação de objetivos e estratégias de intervenção sobre os diagnósticos de enfermagem abuso do tabaco e manutenção da saúde comprometida, estabelecendo-se como projetos de intervenção, o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” e o projeto “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis”, integrando os vários Programas de Saúde, nos projetos de intervenção comunitária.

Foram implementadas intervenções para o acompanhamento para cessação tabágica e a vigilância da saúde (exames periódicos e vacinação), otimizando os recursos já existentes no SSO para a consecução das diferentes atividades inerentes aos projetos, obtendo dos responsáveis organizacionais a respetiva aprovação (enfermeira chefe e da diretora do SSO), promovendo-se o trabalho em rede e a colaboração para a cessação tabágica do acompanhamento clínico para o apoio farmacológico, se necessário.

No final da intervenção os projetos foram avaliados, no sentido de identificar o impacto na resolução dos problemas de saúde identificados, através da monitorização de indicadores epidemiológicos relacionados com o consumo tabágico e a vigilância da saúde (exames periódicos e vacinação). Sendo este um processo contínuo, em função dos resultados obtidos serão reformulados os objetivos, as estratégias e os projetos de acordo as mudanças obtidas.

Promoveu-se junto dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia a sua capacitação com vista à promoção de estilos de vida saudáveis, em parceria estreita entre o SSO e o Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar, numa estratégia integrada e colaborativa, conduzindo à promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis, nomeadamente, aumentando-se a vigilância da saúde através da realização dos exames periódicos em atraso e reduziu-se o risco a que os trabalhadores de saúde estão expostos no decorrer das suas atividades profissionais, em particular, na prevenção das doenças evitáveis pela vacinação e contribuiu-se de forma clara e efetiva para a eliminação e redução do consumo de tabaco nos trabalhadores do Centro Hospitalar.

O projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” foi desenhado com o intuito de poder ser totalmente gerido por enfermeiros tendo como principal ferramenta o Modelo Transteórico de Mudança assente nas intervenções breves e muito breves. Tendo em consideração o horizonte temporal em que decorreu o estágio, não foi permitido proceder à avaliação do impacto deste para a enfermagem. Seria interessante promover este projeto não só para todo o Centro Hospitalar (todos os polos incluídos), mas também a sua divulgação junto de outros serviços de saúde ocupacional de outras instituições de saúde, para que possam num futuro mais distendido no tempo, efetuar-se a avaliação da eficácia das intervenções breves e muito breves, desenvolvidas pelos enfermeiros, na cessação tabágica, com a criação de indicadores que caracterizem os fumadores apoiados através deste tipo de intervenções, em contexto de saúde ocupacional hospitalar.

Para concluir é de salientar o contributo no decorrer do segundo semestre, o estágio da Unidade Curricular “Opção II”, desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Formalmente constituída em janeiro de 2010 e juntamente com duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, compõem o Centro de Saúde em que se encontram integrados no respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A UCC tem como área geográfica de influência 9,44 km² e abrange uma população de 34.136 habitantes (segundo censos de 2011). No decorrer deste estágio foi possível identificar a área de influência geodemográfica da UCC e quais os principais problemas de saúde da comunidade, em particular:

- Deficiente cobertura vacinal na infância e adolescência.
- Gravidez na adolescência, não desejada e não vigiada.
- Doenças transmissíveis (associadas a comportamentos de risco, e toxicodependência).
- Problemáticas relacionadas com baixo nível de literacia e socioeconómico.
- População oriunda de diferentes nacionalidades e etnias.

No decorrer desse estágio foi possível participar nos projetos, da UCC, que visam dar respostas aos problemas de saúde concretos da comunidade, nomeadamente:

- Visitação a puérperas e a crianças até aos três anos de idade (“da Gravidez aos Rabiscos”).
- Participação na formação “Alimentação saudável no primeiro ano de vida” com o objetivo de desenvolver competências nos pais das crianças a frequentarem amas, berçários e creches (Brincadeiras ao ar livre).
- Participação nos cuidados continuados integrados, assegurados nos sete dias da semana (Equipa de Cuidados Continuados Integrados).
- Participação nos cuidados continuados, assegurados nos cinco dias da semana (Equipa de Cuidados Continuados).
- Participação na Unidade Móvel assegurando a acessibilidade para a vigilância da saúde a grupos desfavorecidos (Saúde em Movimento, Unidade Móvel).
- Participação nos rastreios para o VIH/Sida como forma de promover a diminuição da prática de comportamentos de risco (VIH - Sida).
- Participação na ação de formação “Cuidados de higiene” para capacitar os cuidadores para uma melhor prestação de cuidados aos utentes dependentes (Formar para cuidar).
- Participação em ações de capacitação dos cuidadores informais para uma melhor prestação de cuidados aos utentes dependentes (Educar para cuidar).
- Participação em atividades de educação para a saúde sobre a sexualidade e as infeções sexualmente transmissíveis (Saúde Mental na Comunidade).

Este estágio possibilitou ainda identificar os canais de referência entre a UCC e as restantes unidades funcionais do ACES, bem como, com unidades hospitalares de referência e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e respetiva intervenção comunitária daí decorrente.

BIBLIOGRAFIA

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2016). *Locais de trabalho saudáveis para todas as idades*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. <https://doi.org/10.2802/02763>.
- Antunes, R. (2009). *Enfermagem do trabalho - Contributo do enfermeiro para a saúde no trabalho*. (Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13501/1/Tese_mestrado_Ricardo%20Antunes.pdf.
- Autoridade para as Condições do Trabalho (2014). *Glossário*. Disponível em [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/Glossario/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/Glossario/Paginas/default.aspx)
- Brasileiro, V. (2010). Enfermagem do trabalho. *News Letter Secção Regional Norte*, (6), p. 1-8.
- Canhestro, A. & Basto, M. (2016). Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*, 20(1), p. 27-51.
- Carpenter, H. (2015). Preliminary data released from ANA's HRA. *The American Nurse*. Disponível em <http://www.theamericannurse.org/2015/03/01/preliminary-data-released-from-anas-hra/>.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed). Coimbra: Almedina.
- Dawson, A. P., Cargo, M., Stewart, H., Chong, A. & Daniel, M. (2012). "I know it's bad for me and yet I do it": exploring the factors that perpetuate smoking in Aboriginal Health Workers-a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1), p. 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-102>.
- Devaney, M. & Noone, P. (2009). First steps towards a healthier lifestyle? A workplace screening programme has the potential to benefit both. *Win*, 17(April), p. 43-44. Disponível em https://www.inmo.ie/tempDocs/lifestyles_43,44.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: DGS,

- p. 1-14. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º ciclo - 2013/2017*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional4.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2014a). *Norma 008/2014. Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/ Hospitais*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/orientacoes/orientacao-n-82014-de-21052014-organizacao-e-funcionamento-do-servico-de-saude-ocupacionalsaude-e-seguranca-do-trabalho-dos-centros-hospitalares-hospitais-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2014b). *Norma 009/2014. Autorização para o exercício de Enfermagem do Trabalho*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092014-de-03062014-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2017a). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa: DGS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2017b). *Vacinação contra a gripe. Época 2017/2018*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde. Aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
- Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2017). *The Hanasaari Conceptual Model for Occupational Health Nursing*. Disponível em http://www.fohneu.org/R_And_D/hanasaari_model/
- Filho, H. (2008). Tabagismo: Estratégias de ajuda para mudar o comportamento. O que deve saber e fazer o médico de família? *Revista Fatores de Risco*, Nº8 JAN-MAR, p. 30-41.

- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. (3ª ed.). Lisboa, ENSP: Edições da saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação portuguesa 2010 das profissões*. Lisboa: INE. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Long, D. A. & Sheehan, P. (2010). A case study of population health improvement at a Midwest regional hospital employer. *Population Health Management*, 13(3), p. 163-73. <https://doi.org/10.1089/pop.2008.0034>
- Moore, B. S. (2009). Why health care workers decline influenza vaccination. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 57(11), p. 475-478. Disponível em https://pdfs.semanticscholar.org/9ddd/1a5863769d347ab22b0190faddcb9a741a16.pdf?_ga=2.46251431.1495540524.1519836361-916080561.1519836361
- Nunes, E.; Candeias, A.; Mendes, B.; Pardal, C.; Fonseca, J.; Oliveira, L.; ...Vinagre, S. (2008). *Cessação tabágica. Programa-tipo de atuação*. Lisboa: Gradiva.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Oliveira, A. & André, S. (2010). Enfermagem em saúde ocupacional. *Millenium*, 41(julho/dezembro), Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, p. 115-122. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/8.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*, p. 1-5. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaudePublica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. *Diário Da República*, 2(118), p. 16481-16486.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de*

- política e profissionais*. Brasília: SESI/DN. Disponível em:
http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *O enfermeiro do trabalho na gestão de saúde ocupacional* [The role of the occupational health nurse in workplace Health Management]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes-/documents/livroenfermagemtrabalhooms_vfinal_proteg.pdf
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), p. 38–48. Disponível em:
<https://pdfs.semanticscholar.org/d8d1/915aa556ec4ff962efe2a99295dd2e8bda89.pdf>
- Project Management Institute (2013). *Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos (Guia PMBOK)*. (Project Management Institute, Ed.) (5ª ed). Pennsylvania: Project Management Institute.
- Rogers, B. (2012). The nurse in occupational health. In Elsevier Mosby (Ed.), *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (8ª ed), Missouri, p. 934-956.
- Shuster, G. (2012). Community as client: Assessment and analysis. In Elsevier Mosby (Ed.), *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (8ª ed), Missouri, p. 396-426.
- Silva, A., Brito, I. & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), p. 1901-1909.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Caderno de formação, (2). Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS.
- Uva, A. S. (2016). Saúde, doença e trabalho. In STI - Sindicato dos Trabalhadores dos Impostos (Ed.), *Saúde no trabalho, Gestão do stress e motivação*. p. 1-26. Porto. Disponível em: https://www.stimpostos.pt/wp-content/uploads/2016/10/saude-doenca-e-trabalho_sousa-uva.pdf

- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, 18(3), p. 235-240.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- World Health Organization (2008). Classifying health workers : Mapping occupations to the international standard classification. World Health Organization, p. 1-14.
Disponível em http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf
- World Health Organization (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. *World Health Organization*, p. 1-103.
http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/global_action_plan_for_the_prevention_and_control_of_ncds_2013-2020.pdf
- Xavier, A., Barreto, D., Alóchio, K., Sá, S. & Júnior, D. (2017). Resignifying nursing care: perceptions of a team. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 11(3), p. 1179-1188.
Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13493>

ANEXOS

ANEXO I - Autorização dos autores do questionário

Autorização dos autores do questionário EVF



CARLOS MANUEL TAVARES Ferreira <carlos.ferreira@campus.esel.pt>

Pedido de autorização para aplicar o questionário "Estilo de Vida Fantástico"

4 de maio de 2017 às 08:56

Caros colegas, bom dia:

Desculpem tanto atraso na resposta mas a sobrecarga de trabalho por vezes leva a isto....

Já tinha conversado com o Prof Armando (quem fe a validação) e com a Prof Fátima Moreira.

Sim, estão autorizados sob a condição de nos enviarem o relatório final (depois de arguido) e as vossas sugestões de melhoria.

De notar que este instrumento permite uma autorreflexão sobre estilos de vida, predispondo que o preenche a iniciar algumas mudanças na sua vida. Este aspeto é muito importante sob o ponto de vista da promoção da saúde.

Caso pretendam, depois de terminado o curso, vir a estender o estudo a várias instituições deixo já o convite para integrarem a nossa rede PEER, uma rede de pesquisa-ação participativa.

Os melhores cumprimentos

Irma Brito

ANEXO II - Autorização para aplicar os questionários aos diferentes grupos profissionais do serviço de nefrologia

Autorização para os assistentes técnicos



CARLOS MANUEL TAVARES Ferreira <carlos.ferreira@campus.esel.pt>

Pedido de autorização

26 de junho de 2017 às 17:42

Boa tarde!

Informo que se encontra superiormente autorizado a realizar o trabalho, nos termos propostos.

Cumprimentos.

Maria do Céu Valente

Administradora Hospitalar



CARLOS MANUEL TAVARES Ferreira <carlos.ferreira@campus.esel.pt>

Pedido de autorização

26 de junho de 2017 às 13:25

Já autorizei através da comunicação feita pela Dra. Maria do Céu Valente e depois de ter o parecer positivo da Profª. Ema Leite.

Com os melhores cumprimentos

Júlio Pedro

Vogal do Conselho de Administração | *Member of the Board of Directors*

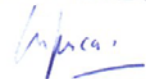
Autorização para os médicos

Sandra da Conceição Machado Grilo

De: CARLOS MANUEL TAVARES Ferreira <carlos.ferreira@campus.esel.pt>
Enviado: quarta-feira, 7 de Junho de 2017 14:16
Para: Sandra da Conceição Machado Grilo
Assunto: Fwd: Reiteração de pedido e clarificação sobre os participantes no estudo

Carlos Ferreira
(966810350)

AUTORIZADO



Margarida Lucas
Diretora Clínica

07 JUN. 2017

De: CARLOS MANUEL TAVARES Ferreira
Enviado: quarta-feira, 31 de Maio, 10:38
Assunto: Reiteração de pedido e clarificação sobre os participantes no estudo
Para: [REDACTED]

Exma. Sr. Dr.ª Diretora Clínica do CH [REDACTED]

Dr.ª Maria Margarida Barreira Lucas

Após autorização da Direcção de Enfermagem e na visita prévia aos locais seleccionados para o estudo, identifiquei alguns aspectos que levantaram a dúvida sobre os participantes no estudo.

Assim, a aplicação do questionário pretende ser transversal a todos os profissionais do serviço de nefrologia: assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, **médicos** e outros profissionais de saúde, com o intuito de avaliar os seus estilos de vida e planejar posterior intervenção, mediante os resultados emergentes no diagnóstico de situação realizado.

Neste sentido, venho pelo presente solicitar a Sua autorização para aplicar o referido questionário aos **médicos** que desenvolvem a sua actividade profissional no serviço supracitado, sendo minha intenção, após Vossa autorização, proceder à **aplicação dos questionários preferencialmente na primeira quinzena de Junho**.

Fico desde já disponível para qualquer esclarecimento adicional que julgue necessário.

Apresento os meus melhores cumprimentos,

Aguardo deferimento,

Carlos Ferreira

carlos.ferreira@campus.esel.pt

Autorização para os assistentes operacionais

Exmo. Sr.
Enfermeiro
Carlos Manuel Tavares Ferreira

Assunto: Aplicação de instrumento de colheita de dados à equipa de Assistentes Operacionais

Vimos por este meio informar que está autorizado a aplicar um questionário à equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal - Internamento e Hemodiálise do CH [REDACTED] âmbito do projeto de investigação intitulado "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de Nefrologia", integrado no Mestrado de Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária.

Mais informamos que deverá enviar uma cópia do trabalho final para o e-mail da Direção de Enfermagem – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem

Com os nossos cumprimentos,

[REDACTED], 2 de junho de 2017

A Enfermeira Diretora

Catarina Batuca

Enfermeira Directora

Autorização para os enfermeiros

Exmo. Sr.
Enfermeiro
Carlos Manuel Tavares Ferreira

Assunto: Projeto de Investigação

Vimos por este meio informar que está autorizado a aplicar um questionário à equipa de Enfermagem do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal - Internamento e Hemodiálise do CHI [REDACTED] no âmbito do projeto de investigação intitulado "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de Nefrologia", integrado no Mestrado de Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária.

Mais informamos que deverá enviar uma cópia do trabalho final para o e-mail da Direção de Enfermagem – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem [REDACTED]

Com os nossos cumprimentos,

[REDACTED] 23 de maio de 2017

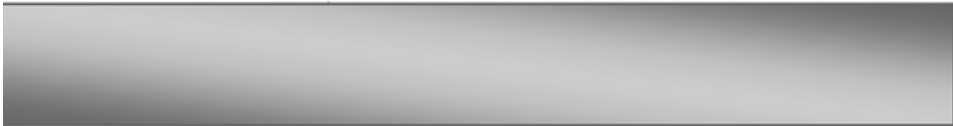
A Enfermeira Diretora



Enfermeira Directora

/CE

ANEXO III - Promoção da vacinação contra gripe sazonal



VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE SAZONAL

2017 / 2018

PARA OS PROFISSIONAIS DO CH

O Serviço de Saúde Ocupacional alerta os profissionais do CH para a campanha de vacinação contra a gripe.

Todos os profissionais de saúde **devem ser anualmente vacinados**, para a proteção da sua saúde e para prevenir a transmissão do vírus a doentes com risco acrescido de desenvolver complicações pós infeção gripal.

De acordo com as recomendações da Direcção-Geral da Saúde, a vacinação contra a Gripe Sazonal poderá ocorrer em qualquer momento do Outono/Inverno, preferencialmente antes do final do ano.

A vacina é gratuita e é administrada no Serviço de Saúde Ocupacional dos polos “1” e “2”, **a partir do dia 6 de Outubro**, nos seguintes horários:

- Polo “1” – de 2ª a 6ª feira das 08h às 20h
- Polo “2” – de 2ª a 6ª feira das 08h às 16h

SERVIÇO DE
SAÚDE OCUPACIONAL



ANEXO IV - *Very brief advice on smoking*



This is to confirm that

Carlos Manuel Tavares Ferreira

has passed the

**Very Brief Advice on Smoking:
practitioner assessment**

Date of issue: 02-12-2017

Certificate number: 185485-175677

A handwritten signature in black ink, appearing to read "A. McEwen".

Dr Andy McEwen
Executive Director

***ANEXO V - Nurses and other health professionals helping clients
quit smoking***

Certificate of Completion

This certifies that

Carlos Manuel Tavares Ferreira

successfully completed the RNAO e-Learn Course

**Nurses and Other Health Professionals
Helping Clients Quit Smoking**



**Tobacco
Free RNAO**

Date December 26, 2017

APÊNDICES

**APÊNDICE I - Saúde ocupacional em trabalhadores de saúde: uma
revisão *scoping***

SAÚDE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE: UMA REVISÃO SCOPING

Carlos Manuel Tavares Ferreira n.º 73431

RESUMO

Introdução: Para tentar compreender os comportamentos dos trabalhadores de saúde que contribuem de forma positiva ou negativa para a sua saúde e que intervenções são elencadas pelos serviços de saúde ocupacional, foi efetuada uma revisão *scoping* que pretende contribuir para a resposta à pergunta: que comportamentos relacionados com os estilos de vida são identificados pelo Serviço da Saúde Ocupacional nos trabalhadores de saúde?

Metodologia: A população do estudo reporta-se aos *Healthcare Personnel*, sem limitação nas datas de publicação, tendo sido incluídas todas as linguagens disponíveis. Os conceitos pesquisados foram a *Health Behavior* e *Life Style*. O contexto remete-se para o *Occupational Health Services*, tendo sido apurados 37 artigos.

Não foram definidos mais critérios inclusão e de exclusão.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados bibliográficas da CINAHL e da MEDLINE *with full text* de acordo com o PRISMA Flow (ver Figura 1).

Resultados: Dos 37 artigos citados, após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 16 artigos. Dos 21 artigos revistos, 11 foram excluídos porque não apresentavam texto completo e 4 artigos foram excluídos durante a leitura do texto completo, tendo sido selecionados 6 artigos para análise.

Decorrente da pesquisa realizada a taxa de adesão a intervenções de promoção da saúde, varia em função dos benefícios percebidos.

As intervenções poderão trazer poupanças efetivas com ações de promoção da saúde, com visibilidade no horizonte temporal de 2 a 3 anos.

A implementação de um plano de ação conjunto para a promoção da saúde apresenta resultados positivos significativos para a redução do consumo do tabaco e de gordura, para o aumento da ingestão semanal de fibras, para o aumento da atividade física, para melhoria da saúde mental e aumenta a capacitação para a mudança.

Conclusão: Fatores sociais, pessoais e ambientais implicam uma abordagem culturalmente sensível e a participação de todos e com o respetivo envolvimento da gestão de topo, torna-se fundamental para que as intervenções promotoras de saúde tenham sucesso.

Palavras Chave: Trabalhadores de saúde; Estilos de vida; Serviço de Saúde Ocupacional

INTRODUÇÃO

A intervenção comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis é relevante, dado o conhecimento existente sobre o impacto que os fatores de risco relacionados com atitudes e comportamentos, possuem no contributo para o aparecimento da doença ou morte prematura. Apesar de nem todas as doenças serem evitáveis, existe um conjunto de doenças que o podem ser,

nomeadamente, alguns tumores malignos (da traqueia, brônquios e pulmões) e as doenças cerebrovasculares, sendo a promoção de um estilo de vida saudável, uma forma eficaz de contribuir para a promoção da saúde, a prevenção da doença e reforçar o bem-estar físico, mental e social (DGS, 2017).

É particularmente conhecida a influência dos fatores de risco como o

¹Mestrando do 8º curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária. Email: carlos.ferreira@campus.esel.pt

consumo do tabaco, o consumo excessivo de álcool, hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo como agravantes da morbidade e mortalidade da população, é assim de primordial importância uma ação concertada de todos os setores que estimulem o desenvolvimento de programas e projetos que promovam os estilos de vida saudáveis e diminuam os fatores de risco enunciados, diminuindo assim a morbidade, a mortalidade prematura e o número de anos de vida perdidos (DGS, 2017).

1. MÉTODO

Para tentar compreender os comportamentos dos trabalhadores de saúde que contribuem de forma positiva ou negativa para a sua saúde e que intervenções são elencadas pelos serviços de saúde ocupacional, foi efetuada uma revisão *scoping* que pretende contribuir para a resposta à pergunta: que comportamentos relacionados com os estilos de vida são identificados pelo serviço da saúde ocupacional nos

trabalhadores de saúde?

Nesta *scoping review* após a definição da questão de pesquisa, realizou-se a consulta de estudos relevantes, procedeu-se à sua análise, extraíram-se, sumariaram-se e divulgaram-se os resultados.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A população do estudo reporta-se aos *Healthcare Personnel*, sem limitação nas datas de publicação, tendo sido incluídas todas as linguagens disponíveis. Os conceitos pesquisados foram a *Health Behavior* e *Life Style*.

O contexto remete-se para o *Occupational Health Services*, tendo sido apurados 37 artigos (ver Tabela 1).

Não foram definidos mais critérios de inclusão e de exclusão.

Tabela 1 - *SEARCH HISTORY. CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text*

Search ID#	Search Terms	Search Options	Results
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	(10)
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	(37)
S4	(MH "Health Behavior+")	Search modes - Boolean/Phrase	(218,307)
S3	(MH "Occupational Health Services+")	Search modes - Boolean/Phrase	(16,082)
S2	(MH "Life Style+")	Search modes - Boolean/Phrase	(236,376)
S1	(MH "Health Personnel+")	Search modes - Boolean/Phrase	(236,376)

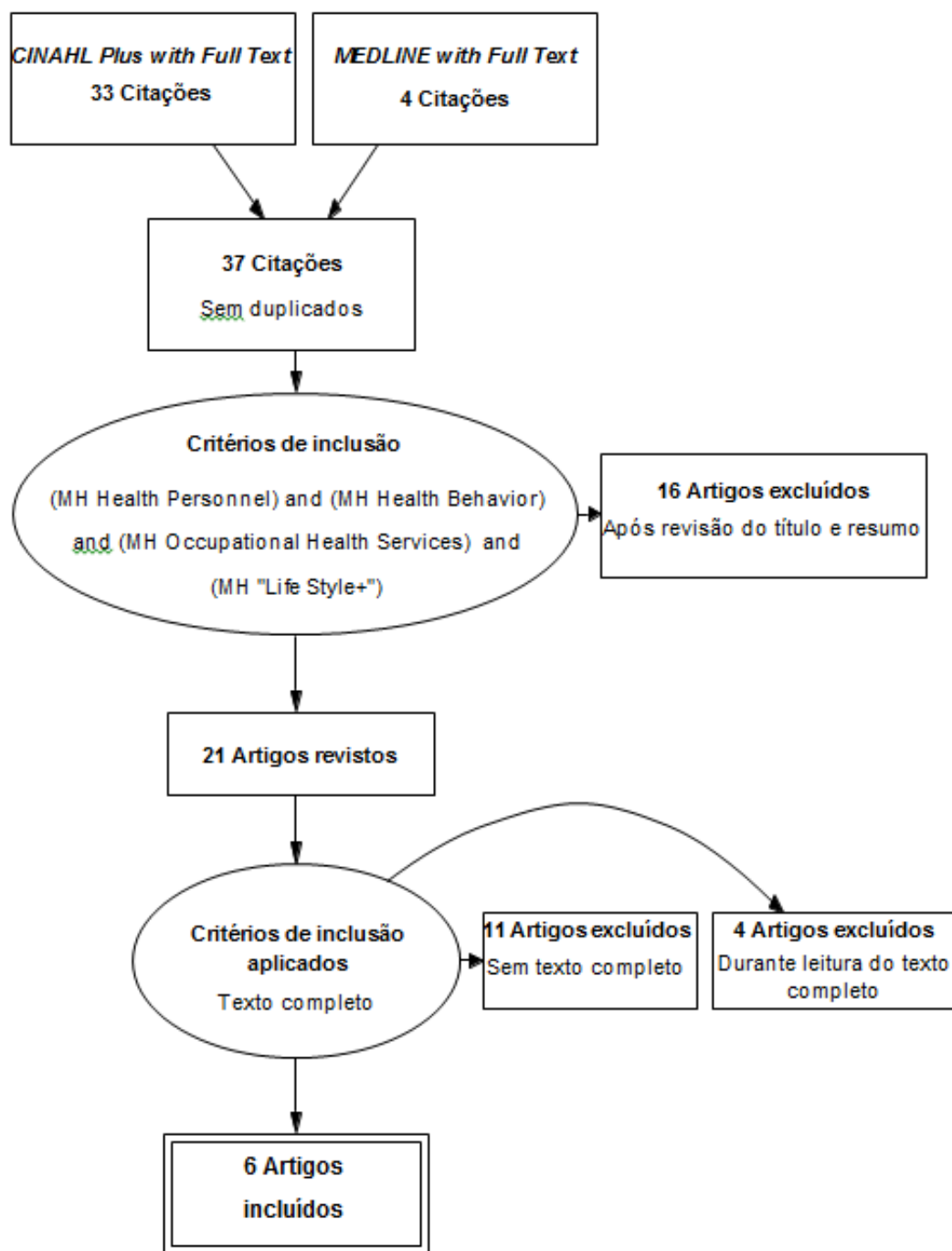
Fonte: Elaboração própria

A pesquisa foi realizada nas bases de dados bibliográficas da CINAHL e da MEDLINE *with full text* de acordo com o PRISMA *Flow* (ver Figura 1).

Dos 37 artigos citados, após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 16

artigos. Dos 21 artigos revistos, 11 foram excluídos porque não apresentavam texto completo e 4 artigos foram excluídos durante a leitura do texto completo, por não cumprirem a totalidade dos critérios de inclusão, tendo sido selecionados 6 artigos para análise.

Figura 1 – PRISMA FLOW



Fonte: Elaboração própria recorrendo ao PRISMA *Flow Diagram Generator* no sítio: <http://prisma.thetacollaborative.ca/>

3. RESULTADOS

Um dos estudos consultados foi conduzido por telefone aos trabalhadores de um hospital regional do Tennessee, para avaliação dos fatores de risco para a saúde após a implementação de um programa de educação para a saúde e *coaching* motivacional. Avaliaram a taxa de adesão, a satisfação do participante, o estado de saúde, os comportamentos de saúde e a produtividade dos trabalhadores, eventuais poupanças com gastos em saúde e o retorno do investimento. Ao fim de 14 meses verificaram que as taxas de participação variaram amplamente em função dos benefícios percebidos, apesar de retenção dos participantes nos programas de *coaching* terem mantido uma média de 89%. A taxa de satisfação do participante nas intervenções foi de 96%. No *follow-up* a três anos, verificaram uma poupança média significativa, na opinião dos autores, de 40,65 dólares americanos por participante e por mês. No *follow-up* a quatro anos o estado de saúde da população e os comportamentos adotados, mostraram melhorias estatisticamente significativas para o tabagismo, para a ingestão de gorduras e de fibras, para o exercício, para a saúde mental (stress, sintomas depressivos, satisfação com a vida), para a capacidade para a mudança (dieta, exercício, stress, tabagismo, peso corporal) e para a percepção do estado de saúde em geral. As melhorias para o índice de massa corporal e para a produtividade não se revelaram significativas (Long & Sheehan, 2010).

No *Health Service Executive* realizou-se um programa piloto sobre os estilos de vida, conduzido pelos enfermeiros do serviço

de saúde ocupacional, recorrendo a uma aplicação informática. Após a avaliação inicial foi efetuado um plano de ação para a promoção (ou manutenção) de um estilo de vida saudável, com base nas informações constantes da avaliação. Os participantes foram reavaliados no *follow-up* a seis meses para determinar se ocorreram alterações do seu estilo de vida e reforçar os comportamentos de estilo de vida positivos. Foram observadas mudanças positivas estatisticamente significativas sobre os estilos de vida nas variáveis estudadas: aumento semanal do nível de atividade física e da ingestão de fibras; redução da ingestão de gordura saturada durante a semana e na razão entre as lipoproteínas de alta densidade (HDL) e o colesterol total. Verificaram-se melhorias estatisticamente pouco significativas em comportamentos de estilo de vida adotados em mais duas variáveis: no nível atual de stress e no nível de lipoproteínas de alta densidade (HDL). Dos 97% dos participantes em que os comportamentos do estilo de vida saudável foram identificados, 74% dos quais afirmaram que tinham efetuado mudanças de estilo de vida positivo, decorrente da intervenção. Embora alguns participantes se apresentassem céticos sobre as limitações da triagem efetuada pela aplicação informática para este tipo de intervenção, 90% dos participantes acharam-na muito benéfica e solicitaram a sua aplicação numa base anual (Devaney & Noone, 2009).

Um outro estudo identificado na revisão *scoping*, mostra que os trabalhadores de saúde aborígenes são fumadores numa elevada proporção, comprometendo as intervenções para a cessação tabágica junto

das comunidades aborígenes. Para compreender os fatores que perpetuam o consumo de tabaco nos trabalhadores de saúde aborígenes, bem como otimizar as intervenções para a promoção da saúde foram avaliados os fatores individuais, que direta ou indiretamente, promovem o consumo do tabaco nestes trabalhadores de saúde. O consumo do tabaco é utilizado como estratégia de *coping* pelos trabalhadores de saúde para o stress, para a sobrecarga de trabalho e responsabilidades, pela sensação de impotência e desvalorização face ao trabalho e como forma de socialização, tendo sido identificados seis fatores de influência comportamental, que direta ou indiretamente, estão associados ao consumo de tabaco: fatores pessoais (stress, dependência da nicotina), família (a repartição da dinâmica familiar, sofrimento e perda), processos interpessoais (socialização, relacionamento, disputas domésticas), o serviço de saúde (precariedade, insegurança financeira, exigências do trabalho), a comunidade (racismo, desvantagem social) e política (financiamento incerto a curto prazo). O estudo concluiu que um conjunto amplo de fatores pessoais, sociais e ambientais perpetuam o consumo de tabaco e que os programas de cessação tabágica devem ser culturalmente sensíveis a estes fatores e devem ser adaptados às necessidades locais (Dawson, Cargo, Stewart, Chong, & Daniel, 2012).

Também nesta revisão *scoping* podemos verificar que a Associação Americana de Enfermagem (ANA) apoia firmemente os esforços que promovem a saúde, a segurança e o bem-estar de todos os enfermeiros, tendo realizado um questionário

durante o ano de 2015, com a participação de mais de 5.000 enfermeiros, para efetuar a avaliação sobre o risco de saúde, o ambiente de trabalho, a saúde, a segurança e o bem-estar. A maioria dos respondentes recebeu recomendações de saúde e avaliações clínicas de rotina. Cerca de 90% foram vacinados para a influenza nos últimos 12 meses. 94% receberam pelo menos três doses da vacina contra hepatite B. 55% dos entrevistados declarou que nunca bebeu bebidas açucaradas. 94% relataram que não são fumadores. Este estudo apresentou apenas resultados preliminares, já que à data de publicação do artigo a recolha de dados ainda decorria, pelo que, segundo a ANA, não podem ser generalizados para comunidade de enfermagem americana (Carpenter, 2015).

Um outro estudo identificado nesta revisão *scoping*, conduzido num hospital de Houston durante a campanha de vacinação da gripe de 2007-2008 com o envolvimento da gestão de topo, mostrou que uma percentagem significativa de profissionais que declinou a vacinação. A não adesão à vacinação implicou a fundamentação escrita da decisão pelo trabalhador. Da análise das razões mais comuns para não vacinação contra a gripe sobressaíram a crença de que a vacina poderia causar doença, a crença que a vacina não funcionaria, medo de uma reação alérgica e o ato em si próprio para receber a vacina sendo semelhantes as razões entre prestadores de cuidados diretos e os restantes profissionais. Várias estratégias foram desenvolvidas para incentivar a vacinação da gripe: ensino direcionado para as razões da não-adesão, pessoas de referência de várias áreas na campanha de apoio à vacinação, disponibilidade de vacina em vários locais ao

longo das 24 horas e a promoção da vacinação da gripe, como uma prioridade institucional (Moore, 2009).

Ainda nesta revisão identificou-se um estudo dedicado ao cuidado de si nos enfermeiros, que veio mostrar a existência de deficits “relativos ao exercício do cuidado individual associados a processos pessoais e de trabalho, tais como a falta de tempo, automedicação, relaxamento, acúmulo de jornadas, sobrecarga de trabalho” concluindo que existe “a necessidade de sensibilização dos profissionais e gestores sobre ações que estimulem no grupo a cultura de autocuidado” (Xavier, Barreto, Alóchio, Sá, & Júnior, 2017, p. 1179) já que esta ausência de autocuidado pode contribuir para um impacto negativo sobre os cuidados prestados aos clientes.

4. CONCLUSÕES

Decorrente da pesquisa realizada a taxa de adesão a intervenções de promoção da saúde, varia em função dos benefícios percebidos

As intervenções poderão trazer poupanças efetivas com ações de promoção da saúde, com visibilidade no horizonte temporal de 2 a 3 anos.

A implementação de um plano de ação conjunto para a promoção da saúde apresenta resultados positivos significativos para a redução do consumo do tabaco e de gordura, para o aumento da ingestão semanal

de fibras, para o aumento da atividade física, para melhoria da saúde mental e aumento da capacitação para a mudança.

Fatores sociais, pessoais e ambientais implicam uma abordagem culturalmente sensível, inclusiva e cooperativa com a participação de todos e com o respetivo envolvimento e apoio da gestão de topo.

Neste capítulo ficou patente que a intervenção de enfermagem no trabalho junto dos clientes e em particular no contexto da saúde ocupacional é um garante fundamental na promoção de ambientes de trabalho saudáveis contribuindo para uma vida profissional saudável. A intervenção nos diferentes contextos profissionais requer uma abordagem intersectorial das políticas de saúde promotoras de estilos de vida saudáveis, para que se possa agir na diminuição dos distintos fatores de risco das doenças não transmissíveis. Apesar das estratégias utilizadas, as metas traçadas ainda se encontram longe de estar conseguidas, abrindo o espaço de intervenção para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública no seu papel fundamental, não só da identificação dos fatores de risco mais prevalentes no contexto da sua atuação como na implementação de estratégias conducentes à promoção de estilos de vida saudáveis com impactos positivos na saúde dos seus clientes.

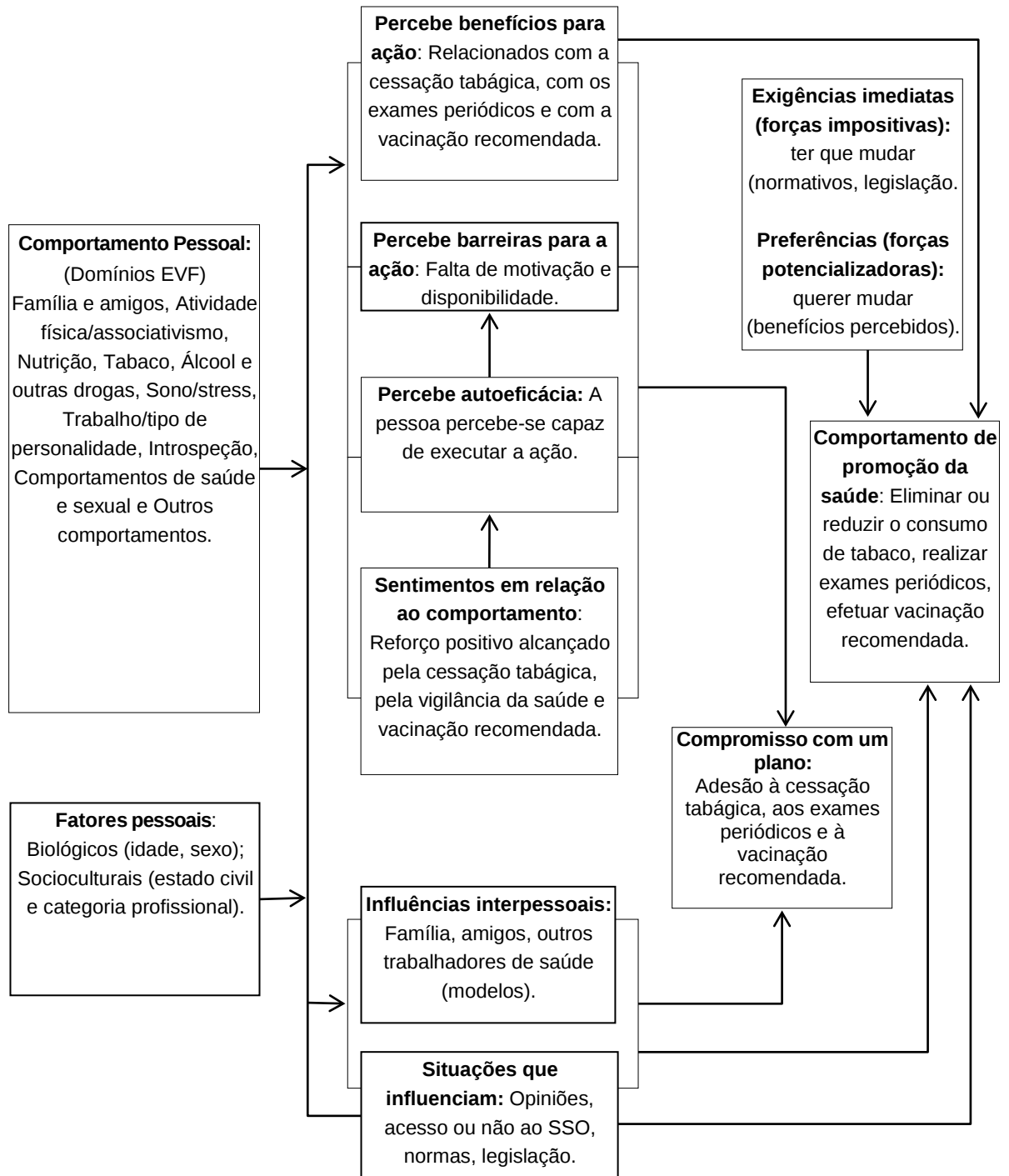
BIBLIOGRAFIA

- Carpenter, H. (2015). Preliminary data released from ANA's HRA. *American Nurse*, 47(1), 8-8 1p. Disponível em <http://ahs.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103763466&site=ehost-live>
- Dawson, A. P., Cargo, M., Stewart, H., Chong, A., & Daniel, M. (2012). "I know it's bad for me and yet I do it": exploring the factors that perpetuate smoking in Aboriginal Health Workers--a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-102>
- Devaney, M., & Noone, P. (2009). First steps towards a healthier lifestyle? A workplace screening programme has the potential to benefit both, 17(April), 43-45.
- DGS. Direção de Serviços de Informação e Análise. (2017). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa. <https://doi.org/ISSN: 2183-5888>
- Long, D. A., & Sheehan, P. (2010). A case study of population health improvement at a Midwest regional hospital employer. *Population Health Management*, 13(3), 163-73. <https://doi.org/10.1089/pop.2008.0034>
- Moore, B. S. (2009). Why health care workers decline influenza vaccination. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 57(11), 475-8. <https://doi.org/10.3928/08910162-20091027-02>
- Xavier, A. P., Barreto, D. M., Alóchio, K. V., Sá, S. P. C., & Júnior, D. I. da S. (2017, March). Resignificating nursing care: perceptions of a team. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 11(3), 1179-88. <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201708>

APÊNDICE II - Modelo de promoção da saúde

Modelo de Promoção da Saúde

1. Características	2. Comportamento Específico	3. Resultado do Comportamento e Experiências Individuais
--------------------	-----------------------------	--



Fonte: Adaptado de Victor, Lopes & Ximenes (2005)

APÊNDICE III - Questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária

Sou o enfermeiro Carlos Manuel Tavares Ferreira, estudante do 8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e venho solicitar a sua participação para o desenvolvimento de um trabalho no âmbito do referido curso, intitulado "***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de nefrologia***", no contexto da Saúde Ocupacional.

A sua colaboração consiste no preenchimento do questionário dividido em duas partes: a primeira referente à caracterização sócio-demográfica e a segunda relativa ao estilo de vida, pelo que solicito que **responda a todas as questões**, assinalando com uma cruz (X) a resposta correspondente à sua opinião, lembrando que não existem respostas certas ou erradas.

O questionário utilizado garante o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo o mesmo utilizado apenas para fins académicos.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Carlos Ferreira

carlos.ferreira@campus.esel.pt

Parte I – Caracterização sócio-demográfica

1. Idade: _____ (anos)

2. Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Estado

Civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)/União de facto

☐ Divorciado(a)/Separado(a)

☐ Viúvo(a)

4. Profissão:

☐ Assistente Operacional

☐ Assistente Técnico(a)

☐ Enfermeiro(a)

☐ Médico(a)

☐ Outro. Especifique: _____

5. Regime laboral:

5.1 Horário atualmente

praticado:

☐ Diurno (8:00 – 20:00)

☐ Rotativo (0:00 – 24:00)

Há quanto tempo? _____
(anos)

5.2. Horário anteriormente

praticado (se aplicável):

☐ Diurno (8:00 – 20:00)

☐ Rotativo (0:00 – 24:00)

Durante quanto tempo? _____
(anos)

5.3. Atividade em regime de

acumulação (se aplicável):

☐ Diurno (8:00 – 20:00)

☐ Rotativo (0:00 – 24:00)

Há quanto tempo? _____
(anos)

6. Vigilância de saúde

6.1 Tem as vacinas

recomendadas atualizadas?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei/Desconheço

6.2. Vigia regularmente a sua

tensão arterial?

☐ Sim

☐ Não

6.3. Vigia regularmente a

sua saúde oral?

☐ Sim

☐ Não

7. Possui alguma doença profissional?

☐ Não

☐ Sim. Há menos de 5 anos

☐ Sim. Há mais de 5 anos

8. Já reportou algum acidente em serviço?

☐ Não

☐ Sim. Há menos de 5 anos

☐ Sim. Há mais de 5 anos

7.1. Como condiciona atualmente o seu dia-a-dia:

☐ Não condiciona o meu dia-a-dia

☐ Raramente condiciona o meu dia-a-dia

☐ Às vezes condiciona o meu dia-a-dia

☐ Muitas vezes condiciona o meu dia-a-dia

☐ Condição sempre o meu dia-a-dia

8.1. Como condiciona atualmente o seu dia-a-dia:

☐ Não teve impacto no meu dia-a-dia

☐ Raramente tem impacto no meu dia-a-dia

☐ Às vezes tem impacto no meu dia-a-dia

☐ Muitas vezes tem impacto no meu dia-a-dia

☐ Tem sempre impacto no meu dia-a-dia

9. No último mês, em que medida se sentiu exposto aos seguintes fatores de risco:

	Nunca	=< 1x/mês	<1x/semana	>1x/semana	Diariamente
Biológicos (ex: contacto com fluidos corporais)	☐	☐	☐	☐	☐
Físicos (ex: ruído, radiações)	☐	☐	☐	☐	☐
Mecânicos (ex: mobilizações, cargas)	☐	☐	☐	☐	☐
Psicossociais (ex: agressões, conflitos)	☐	☐	☐	☐	☐
Químicos (ex: citostáticos, desinfetantes)	☐	☐	☐	☐	☐

10. Quando foi a sua última visita ao Serviço de Saúde Ocupacional?

☐ Nunca recorri

☐ Recorri em ____ (ano). Motivo da visita?

☐ Exame admissão

☐ Exame periódico

☐ Exame ocasional

☐ Vacinação

☐ Acidente de trabalho

☐ Outro. Especifique: _____

11. Identifique por ordem de prioridade três áreas que gostaria que fossem abordadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional, a nível de formação:

☐ Mecânica postural

☐ Vacinação

☐ Riscos Químicos

☐ *Burnout*/Stress

☐ Prevenção de Acidentes de
trabalho

☐ Utilização dos
Equipamentos de Protecção
Individual

☐ Outro: Especifique _____

12. Nos seus hábitos de vida diários existe algum que considera que deve alterar?

☐ Não

☐ Sim

12.1. Se sim qual (quais)? _____

12.2. Quais as principais dificuldades que antevê nessa alteração?

Parte II – Questionário Estilo de Vida Fantástico UBP = unidade bebida padrão (por exemplo, um flin/imperial corresponde a 1 UBP. Um whisky ou um shot corresponde a 2 UBP).

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Família e Amigos	Atividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Alcool e Outras drogas	Sono/Stress	Trabalho/Tipo personalidade	Intrusãoção	Comportamentos de saúde/ sexual	Outros Comportamentos
Tenho com quem falar dos assuntos importantes para mim: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Dou e recebo carinho/afetos: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca	Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food: 2 ☐ Todos os dias 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Ando no mínimo 30 minutos diariamente: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto: 2 ☐ Mais de 1 vez por semana 1 ☐ 1 vez por semana 0 ☐ Não faço nada	Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente: 2 ☐ Todos os dias 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food: 2 ☐ Todos os dias 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Ultrapassei o meu peso ideal em: 2 ☐ 0 a 4 Kg 1 ☐ 5 a 8 Kg 0 ☐ Mais de 8 Kg	Eu fumo cigarros: 2 ☐ Não nos últimos 5 anos 1 ☐ Não no último ano 0 ☐ Sim este ano Geralmente fumo cigarros por dia: 2 ☐ Nenhum 1 ☐ 1 a 10 cigarros por dia 0 ☐ Mais de 10 cigarros por dia	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é: 2 ☐ 0 a 7 bebidas 1 ☐ 8 a 12 bebidas 0 ☐ Mais de 12 bebidas Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião: 2 ☐ Nunca 1 ☐ Ocasional-mente 0 ☐ Frequentemente Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas: 2 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 0 ☐ Frequentemente	Uso substâncias psicoativas legais, como cannabis, cocaína, ecstasy: 2 ☐ Nunca 1 ☐ Ocasional-mente 0 ☐ Frequentemente Uso excessivamente medicamentos que me recetam ou que posso adquirir livremente na farmácia: 2 ☐ Quase nunca 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Frequentemente Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína: 2 ☐ Menos de 3 vezes por dia 1 ☐ 3 a 6 vezes por dia 0 ☐ Mais de 6 vezes por dia	Durmo bem e sinto-me descansado: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Relaxo e disfruto do meu tempo livre: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca	Sinto que ando acelerado e/ou atarefado: 2 ☐ Quase nunca 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Frequentemente Sinto-me aborrecido e/ou agressivo: 2 ☐ Quase nunca 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Frequentemente Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca	Sou uma pessoa otimista e positiva: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Sinto-me tenso e/ou oprimido: 2 ☐ Quase nunca 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Sinto-me triste e/ou deprimido: 2 ☐ Quase nunca 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Converso com o(a) meu(s) parceiro(a) ou família/amigos sobre temas de sexualidade: 2 ☐ Sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem estar e a proteção do parceiro/a: 2 ☐ Quase sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca	Como parceiro e cumprimento as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária: 2 ☐ Sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança): 2 ☐ Sempre 1 ☐ Às vezes 0 ☐ Quase nunca

Adaptado de (Silva Brito & Amado, 2010) baseado no *Fantástico lifestyle Assessment*

APÊNDICE IV - Consentimento informado

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária

Consentimento Informado

Eu, Carlos Manuel Tavares Ferreira, estudante do 8º Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar a participação de vossa excelência no âmbito do projeto em Saúde Ocupacional intitulado "***Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de estilos de vida saudáveis num serviço de nefrologia***" num hospital da região de Lisboa, sob orientação do Professora Doutora Maria de Fátima Moreira Rodrigues.

A sua colaboração consiste no preenchimento do questionário dividido em duas partes: a primeira relativa à caracterização sócio-demográfica e a segunda relativa aos estilos de vida. Pelo presente solicitamos a sua autorização para a utilização do conteúdo do mesmo, para a realização do referido estudo.

Na realização do presente estudo é garantido o anonimato e a confidencialidade de Vossa Ex.^a e caso deseje abandonar o referido estudo, poderá fazê-lo em qualquer momento do mesmo.

Grato pela atenção dispensada,

Assinatura do Mestrando _____

Lisboa, ____/____/____

carlos.ferreira@campus.esel.pt

Eu, _____

declaro ter compreendido a informação transmitida sobre o projeto e o funcionamento do mesmo. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e fui informado(a) sobre o meu direito de recusar a minha participação em qualquer momento. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Assinatura do(a) participante _____

Lisboa, ____/____/____

**APÊNDICE V - Caracterização dos estilos de vida dos trabalhadores
de saúde de um serviço de nefrologia**

RESUMO

O presente estudo pretende avaliar os estilos de vida dos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia utilizando o questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO (EVF) que estratifica em cinco níveis de classificação o comportamento de saúde desde o “necessita melhorar” (0 a 46); “regular” (47 a 72); “bom” (73 a 84); “muito bom” (85 a 102) e “excelente” (103 a 120) (Silva, Brito & Amado, 2014) com o objetivo de caracterizar os domínios dos estilos de vida dos trabalhadores participantes para avaliar o seu estilo de vida;

Ao questionário que avalia os 10 domínios dos EVF foi adicionado uma primeira parte dedicada à avaliação sociodemográfica dos participantes. Foram critérios de inclusão o facto de serem trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, a desempenhar funções no mês de junho de 2017, tendo-se garantido o anonimato e a confidencialidade. A amostra não probabilística foi definida por conveniência, entre a população acessível.

Os resultados encontrados permitiram ordenar os domínios do maior potencial de melhoria para os domínios com menor potencial de melhoria e estratificar os comportamentos, tendo-se obtido o valor médio global de 89 pontos, considerando-se existir na amostra um comportamento de saúde “muito bom” sendo que o estilo de vida dos participantes exerce uma adequada influência na sua saúde.

A promoção e a manutenção destes estilos de vida devem ser incentivadas com intervenções de promoção para a saúde, que potenciem o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, junto dos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia.

Palavras-chave: Estilos de vida, Trabalhadores de saúde, Serviço de Nefrologia

Agradecimento

O autor agradece a todos os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que participaram no preenchimento do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO (EVF).

ÍNDICE DA CARACTERIZAÇÃO

INTRODUÇÃO.....	3
1. METODOLOGIA.....	4
2. RESULTADOS	5
3. DISCUSSÃO.....	16
4. SÍNTESE CONCLUSIVA.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Potencial alcançado e potencial de melhoria.....	4
---	---

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização do questionário EVF.....	4
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica.....	6
Tabela 3 - Regime laboral	6
Tabela 4 - Alteração aos hábitos de vida diários	7
Tabela 5 - Que hábito de vida pretende alterar.....	8
Tabela 6 - Dificuldades antecipadas	9
Tabela 7 - Estilos de vida	16

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Vigilância da saúde.....	6
Quadro 2 – Matriz de análise de conteúdo: Hábitos de vida a modificar	7
Quadro 3 – Matriz de análise de conteúdo: Dificuldades antecipadas.....	8
Quadro 4 - Potencial alcançado e de melhoria (%) dos itens dos domínios EVF	12
Quadro 5 - Pontuação e potencial dos domínios EVF.....	15

INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende identificar, no âmbito do Serviço de Saúde Ocupacional, os estilos de vida dos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia, recorrendo à aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico¹” (EVF) adaptado por Silva, Brito & Amado (2014), através dos domínios família e amigos, atividade física/associativismo, nutrição, tabaco, álcool e outras drogas, sono/stress, trabalho/tipo de personalidade, introspeção, comportamentos de saúde e sexual e outros comportamentos, que avalia os hábitos e comportamentos mais adequados à saúde, com o propósito de classificar o comportamento adotado, na influencia que o estilo de vida exercerá, sobre a saúde.

O conhecimento dos estilos de vida do individuo, família, grupo ou comunidade é fundamental para definir as intervenções mais adequadas, sendo uma das categorias dos determinantes da saúde, onde o enfermeiro comunitário deve intervir, em particular nos estilos de vida saudáveis já que estes “ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde” (George, 2004, p. 1).

A intervenção comunitária sobre os estilos de vida “obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde, multisectoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação” (Ministério da Saúde, 2004, p. 1493), sendo para tal necessário conhecer a situação inicial, através do diagnóstico da situação, definir quais as prioridades de intervenção, para fixar objetivos e selecionar estratégias, que permitam elaborar programas e projetos de intervenção, para que após a sua implementação, possam ser avaliados os resultados obtidos.

O presente trabalho teve como finalidade possibilitar o diagnóstico da situação de saúde para proceder à definição de prioridades e assim fundamentar as intervenções comunitárias necessárias para a promoção da saúde, com o objetivo de melhorar o estilo de vida dos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia.

No primeiro capítulo apresenta-se a metodologia do estudo, no segundo são apresentados os resultados, no terceiro procede-se à discussão dos resultados, terminando com a síntese conclusiva.

¹ Fantástico corresponde ao acrónimo formado pela primeira letra de cada domínio. **F**amília e amigos, **A**tividade física/associativismo, **N**utrição, **T**abaco, **Á**lcool e outras drogas, **S**ono/stress, **T**rabalho/tipo de personalidade, **I**ntrospeção, **C**omportamentos de saúde e sexual e **O**utros comportamentos

1. METODOLOGIA

De acordo com Silva et al (2014) o questionário foi originalmente desenvolvido por Wilson & Ciliska (1984) com o propósito de proceder à avaliação dos estilos de vida dos seus clientes e introduzir medidas corretivas para a prevenção da doença ou o tratamento desta. O questionário foi traduzido, adaptado e aplicado em vários estudos. Em Portugal foi traduzido e adaptado por Silva et al (2014) e é composto por um conjunto de 10 domínios.

Cada domínio é constituído por vários itens (ver Tabela 1, coluna 2, “N.º de itens”). A primeira resposta para cada item do questionário corresponde ao comportamento ou atitude com maior relação com o estilo de vida saudável.

Cada um dos itens pode ser pontuado com 2 valores (comportamento mais saudável), 1 ou 0 pontos (o comportamento menos saudável). O valor do domínio é calculado pela soma dos valores obtidos em cada item, consoante a resposta selecionada (ver Tabela 1, coluna 3, “Valor”).

A soma dos valores obtidos em cada domínio, multiplicada por dois, dá o somatório para cada domínio (ver Tabela 1, coluna 4, “Somatório”).

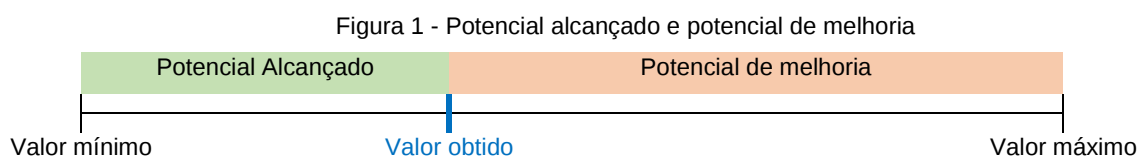
O somatório de todos os domínios determina a classificação final dos indivíduos, sendo atribuído um score à pontuação final, que poderá variar entre 0 e 120 pontos.

Tabela 1. Caracterização do questionário EVF

Domínio	N.º de itens	Valor	Somatório
Família e amigos	2	4	8
Atividade física/associativismo	3	6	12
Nutrição	3	6	12
Tabaco	2	4	8
Álcool e outras drogas	6	12	24
Sono/stress	3	6	12
Trabalho/tipo de personalidade	3	6	12
Introspeção	3	6	12
Comportamentos de saúde e sexual	3	6	12
Outros comportamentos	2	4	8

Fonte: Adaptado de Silva et al (2014).

Ao diferencial entre o valor zero e o valor obtido pelas respostas dos participantes, designou-se para este estudo como sendo o potencial alcançado e ao diferencial entre o valor obtido e o valor máximo alcançável definiu-se como o potencial de melhoria (ver Figura 1), tal como referem os autores do questionário “quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental” (Solva et al, 2014, p. 1903).



O somatório dos domínios é organizado em cinco níveis de classificação que estratificam o comportamento em: necessita melhorar (0 a 46); regular (47 a 72); bom (73 a 84); muito bom (85 a 102) e excelente (103 a 120), como propõem os autores:

os resultados podem ser interpretados da seguinte forma: “Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco” (Silva et al, 2014, p. 1903)

A população em estudo corresponde à totalidade dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. A população alvo corresponde a um total de 89 trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, sendo: 18 assistentes operacionais, 3 assistentes técnicos, 42 enfermeiros e 26 médicos.

Foram definidos como critérios de inclusão que o trabalhador de saúde desempenhasse as suas funções no Serviço de Nefrologia, que se encontrasse no serviço durante o mês de junho de 2017 (mês em que decorreu a colheita da informação), que desse o seu consentimento informado para participar na recolha de informação sobre os estilos de vida, tendo-se garantido o anonimato e a confidencialidade.

Após autorização dos autores, foi aplicado o questionário por autopreenchimento. A amostra não probabilística foi definida por conveniência, entre a população acessível, por facilidade operacional, tendo participado 57 trabalhadores de saúde, sendo: 12 assistentes operacionais, 3 assistentes técnicos, 30 enfermeiros e 12 médicos.

Ao questionário que avalia os 10 domínios dos EVF foi adicionado uma primeira parte dedicada à avaliação sociodemográfica dos participantes, tendo sido analisadas as seguintes variáveis: Idade, sexo, estado civil e categoria profissional.

2. RESULTADOS

Da aplicação dos questionários obteve-se 57 respondentes, correspondendo a 64% do universo dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia em estudo.

Na distribuição por grupo etário encontra-se um respondente no grupo entre os 15 e os 24 anos (1,8%), 18 respondentes entre os 25 e os 34 anos (31,5%), 21 respondentes entre os 35 e os 44 anos (36,8%), 16 respondentes entre os 45 e os 64 anos (28,1%) e um respondente com mais de 64 anos de idade (1,8%), como patenteado na Tabela 2. A média de idades situa-se nos 40,2 anos.

Na distribuição por género, 43 respondentes são do sexo feminino (75,4%) e 14 respondentes são do sexo masculino (24,6%), como destacado na Tabela 2.

Na distribuição por estado civil, 38 respondentes (66,7%) estão casados(as) ou vivem em união de facto, um respondente (1,8%) encontra-se divorciado(a)/separado(a) e 18 respondentes (31,5%) estão solteiros, como mostrado na Tabela 2.

Na distribuição por categoria profissional 12 respondentes (21,1%) são assistentes operacionais, três respondentes (5,2%) são assistentes técnicos, 30 respondentes (52,6%) são enfermeiros e 12 respondentes (21,1%) são médicos, como evidenciado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica

	n = 57	%
Grupo Etário		
Dos 15 aos 24 anos	1	1,8
Dos 25 aos 34 anos	18	31,5
Dos 35 aos 44 anos	21	36,8
Dos 45 aos 64 anos	16	28,1
Com 65 e mais anos	1	1,8
Género		
Feminino	43	75,4
Masculino	14	24,6
Estado Civil		
Casado(a)/União de facto	38	66,7
Divorciado(a)/Separado(a)	1	1,8
Solteiro(a)	18	31,5
Categoria Profissional		
Assistente Operacional	12	21,1
Assistente Técnico(a)	3	5,2
Enfermeiro(a)	30	52,6
Médico(a)	12	21,1

Na distribuição referente ao regime laboral, 23 respondentes (40,4%) praticam um horário diurno (8:00 - 20:00) e 34 respondentes (59,6%) um horário rotativo (0:00 - 24:00), como evidenciado na Tabela 3.

Tabela 3 - Regime laboral

Horário praticado	n = 57	%
Diurno (8:00 - 20:00)	23	40,4
Rotativo (0:00 - 24:00)	34	59,6

No que concerne à vigilância da saúde, 56 respondentes (98,2%) referem possuir as vacinas recomendadas atualizadas e um respondente (1,8%) refere não possuir as vacinas recomendadas atualizadas. Sobre a vigilância regular da tensão arterial 43 respondentes (75,4%) referem vigiar regularmente a tensão arterial e 14 respondentes (24,6%) referem não vigiar regularmente a tensão arterial. Relativamente à saúde oral 43 respondentes (75,4%) referem vigiar regularmente a sua saúde oral e 14 respondentes (24,6%) não fazem a vigilância regular da sua saúde oral, como exibido no Quadro 1.

Quadro 1 - Vigilância da saúde

	Vacinação		Tensão arterial		Saúde oral	
	n	%	n	%	n	%
Sim	56	98,2	43	75,4	43	75,4
Não	1	1,8	14	24,6	14	24,6

Quando questionados sobre a necessidade de alteração de algum hábito de vida diário, 35 respondentes (61,4%) referiram sentir vontade de alterar, pelo menos um hábito de vida diário e 22 respondentes (38,6%) não referiram vontade em proceder a qualquer alteração dos seus hábitos de vida diários, como exposto na Tabela 4.

Tabela 4 - Alteração aos hábitos de vida diários

	n = 57	%
Sim	35	61,4
Não	22	38,6

Dos participantes que referiram sentir necessidade de alterar os seus hábitos de vida diários contabilizaram-se 19 unidades de registo (51,4%) para a atividade física como o principal hábito de vida a alterar, seis unidades de registo (16,2%) para o tabaco, cinco unidades de registo (13,5%) para a nutrição, quatro unidades de registo para o sono (10,8%) e duas unidades de registo para o stress (5,4%) como pode ser constatado no Quadro 2 e na Tabela 5.

Quadro 2 – Matriz de análise de conteúdo: Hábitos de vida a modificar

Tema	Categorias	Unidades de registo
Hábitos de vida que pretendem alterar	Atividade física	1. Atividade física 2. Atividade física 3. Prática de desporto 4. Atividade física/desporto 5. Atividade física 6. Aumentar a atividade física 7. Praticar mais desporto diariamente 8. Prática de desporto regularmente 9. Mais exercício físico 10. Mais exercício físico 11. Aumentar a atividade física 12. Fazer mais exercício físico (caminhada, natação, bicicleta) 13. Andar diariamente meia hora 14. Retomar exercício físico 15. Sedentarismo 16. Sedentarismo 17. ... exercício físico 18. Preço dos equipamentos 19. Gostaria de fazer mais caminhadas
	Tabaco	1. ... deixar de fumar 2. Sou fumadora e gostaria de deixar de fumar 3. Tabaco 4. Tabaco 5. Fumar 6. Para de fumar
	Nutrição	1. Alimentação 2. Horário das refeições 3. Alimentação ... 4. Refeições a horas ... 5. Alimentação saudável
	Sono	1. Aumento do número de horas de sono 2. Horas de sono 3. Dormir pelo menos 7 horas 4. Deitar mais cedo
	Stress	1. Stress 2. Controlar o stress

Tabela 5 - Que hábito de vida pretende alterar

Categorias	Unidades de registo (n = 37)	%
Atividade física	19	54,3
Tabaco	6	17,1
Nutrição	5	14,3
Sono	4	11,4
Stress	2	2,7

Quando questionados sobre quais as dificuldades que antecipavam nessa mudança, contabilizaram-se 19 unidades de registo (52,8%) para a gestão do tempo como a principal dificuldade identificada, nove unidades de registo (25,0%) para a atividade profissional, três unidades de registo (8,3%) para a gestão do stress, duas unidades de registo (5,6%) para a dependência existindo ainda três categorias cada uma com uma unidades de registo (2,8%), nomeadamente para, custos, falta de motivação e questões bio fisiológicas, como indicado no Quadro 3 e na Tabela 6.

Quadro 3 – Matriz de análise de conteúdo: Dificuldades antecipadas

Tema	Categorias	Unidades de registo
Principais dificuldades que antevê na alteração de hábitos de vida que pretendem alterar	Gestão do tempo	1. Tempo e disponibilidade 2. Cansaço e falta de tempo 3. Tenho pouco tempo livre 4. Disponibilidade diária 5. Falta de tempo 6. Tempo 7. Tempo 8. Não existe muito tempo disponível 9. ... cigarro acaba por ser o "momento de pausa". 10. Falta de tempo 11. Falta de tempo 12. Falta de tempo 13. Tempo 14. Tempo 15. Falta de tempo 16. Falta de tempo 17. Gestão de tempo e stress 18. Tempo 19. Gestão de tempo
	Atividade profissional	1. Trabalhar em duplo 2. Sair tarde do trabalho 3. Atividade profissional 4. Trabalhar por turnos 5. Trabalho rotativo 6. Um ginásio para os funcionários para fazer antes ou depois do turno de trabalho 7. ... rotina que o trabalho por turnos acarreta 8. Horário rotativo com muitos turnos noturnos 9. Atividade em regime de acumulação
	Gestão do stress	1. Extremo cansaço 2. Controlar o stress profissional 3. Stress
	Dependência	1. Suspensão do tabaco 2. Aumentar estados de ansiedade muito ligados à falta de rotina
	Custos	1. Custos
	Motivação	1. Motivação
	Bio fisiológicas	1. Controlar a menopausa

Tabela 6 - Dificuldades antecipadas

Categorias	Unidades de registo (n = 36)	%
Gestão do tempo	19	52,8
Atividade profissional	9	25,0
Gestão do stress	3	8,2
Dependência	2	5,6
Custos	1	2,8
Motivação	1	2,8
Bio-fisiológicas	1	2,8

São apresentados de seguida os itens que contribuem para a pontuação alcançada por cada um dos domínios (ver Quadro 4).

No domínio “família e amigos”, no item “tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim”, nove respondentes (15,8%), deram como resposta “às vezes” e 48 respondentes (84,2%) deram como resposta “quase sempre” correspondendo a um potencial alcançado de 92,1% e a um potencial de melhoria de 7,9%. No item “dou e recebo carinho/afetos”, oito respondentes (14,0%), deram como resposta “às vezes” e 49 respondentes (86,0%) deram como resposta “quase sempre” correspondendo a um potencial alcançado de 93,0% e a um potencial de melhoria de 7,0%.

No domínio “atividade física/associativismo”, no item “sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente”, 35 respondentes (61,4%), deram como resposta “quase nunca”, 16 respondentes (28,1%), deram como resposta “às vezes” e seis respondentes (10,5%) deram como resposta “quase sempre” correspondendo a um potencial alcançado de 24,6% e a um potencial de melhoria de 75,4%. No item “ando no mínimo 30 minutos diariamente”, 10 respondentes (17,5%), deram como resposta “quase nunca”, 23 respondentes (40,4%), deram como resposta “às vezes” e 24 respondentes (42,1%) deram como resposta “quase sempre” correspondendo a um potencial alcançado de 62,3% e a um potencial de melhoria de 37,7%. No item “eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto”, três respondentes (5,3%), deram como resposta “não faço nada”, 10 respondentes (17,5%), deram como resposta “1 vez por semana” e 44 respondentes (77,2%) deram como resposta “mais de 1 vez por semana” correspondendo a um potencial alcançado de 86,0% e a um potencial de melhoria de 14,0%.

No domínio “nutrição”, no item “como duas porções de verduras e três de frutas diariamente”, quatro respondentes (7,0%), deram como resposta “quase nunca”, 27 respondentes (47,4%), deram como resposta “às vezes” e 26 respondentes (45,6%) deram como resposta “todos os dias” correspondendo a um potencial alcançado de 69,3% e a um potencial de melhoria de 30,7%. No item “frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou *fast-food*”, três respondentes (5,3%), deram como resposta “todos os dias”, 44 respondentes (77,2%), deram como resposta “às vezes” e 10 respondentes (17,5%) deram como resposta “quase nunca” correspondendo a um potencial alcançado de 56,1% e a um potencial de melhoria de 43,9%. No item “ultrapassei o meu peso ideal em”, nove respondentes (15,8%), deram como resposta “mais de 8 Kg”, 10 respondentes (17,5%), deram como resposta “5 a 8 Kg” e 38 respondentes (66,7%) deram como

resposta “0 a 4 Kg” correspondendo a um potencial alcançado de 75,4% e a um potencial de melhoria de 24,6%.

No domínio “tabaco”, no item “eu fumo cigarros”, 19 respondentes (33,3%), deram como resposta “sim este ano”, um respondente (1,8%), deu como resposta “não no último ano” e 37 respondentes (64,9%) deram como resposta “não nos últimos 5 anos” correspondendo a um potencial alcançado de 65,8% e a um potencial de melhoria de 34,2%. No item “geralmente fumo ____ cigarros por dia”, sete respondentes (12,3%), deram como resposta “mais de 10 cigarros por dia”, nove respondentes (15,8%), deram como resposta “1 a 10 cigarros por dia” e 41 respondentes (71,9%) deram como resposta “nenhum” correspondendo a um potencial alcançado de 79,8% e a um potencial de melhoria de 20,2%.

No domínio “álcool e drogas”, no item “a minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é”, um respondente (1,8%), deu como resposta “8 a 12 bebidas” e 56 respondentes (98,2%) deram como resposta “0 a 7 bebidas” correspondendo a um potencial alcançado de 99,1% e a um potencial de melhoria de 0,9%. No item “bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião”, 10 respondentes (17,5%), deram como resposta “ocasionalmente” e 47 respondentes (82,5%) deram como resposta “nunca” correspondendo a um potencial alcançado de 91,2% e a um potencial de melhoria de 8,8%. No item “conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas”, nove respondentes (15,8%), deram como resposta “raramente” e 48 respondentes (84,2%) deram como resposta “nunca” correspondendo a um potencial alcançado de 92,1% e a um potencial de melhoria de 7,9%. No item “uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy” todos os respondentes (100%) deram como resposta “nunca”. No item “uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia”, um respondente (1,8%), deu como resposta “quase diariamente”, 12 respondentes (21,1%), deram como resposta “às vezes” e 44 respondentes (77,2%) deram como resposta “quase nunca” correspondendo a um potencial alcançado de 87,7% e a um potencial de melhoria de 12,3%. No item “bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína”, dois respondentes (3,5%), deram como resposta “mais de 6 vezes por dia”, 21 respondentes (36,8%), deram como resposta “3 a 6 vezes por dia” e 34 respondentes (59,6%) deram como resposta “menos de 3 vezes por dia” correspondendo a um potencial alcançado de 78,1% e a um potencial de melhoria de 21,9%.

No domínio “sono e stress”, no item “durmo bem e sinto-me descansado”, oito respondentes (14,0%) deram como resposta “quase nunca”, 35 respondentes (61,4%) deram como resposta “às vezes” e 14 respondentes (24,6%) deram como resposta “quase sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 55,3% e a um potencial de melhoria de 44,7%. No item “sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia”, um respondente (1,8%) deu como resposta “quase nunca”, 28 respondentes (49,1%) deram como resposta “às vezes” e 28 respondentes (49,1%) deram como resposta “quase sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 73,7% e a um potencial de melhoria de 26,3%. No item “relaxo e disfruto do meu tempo livre”, sete respondentes (12,3%) deram como resposta “quase nunca”, 32 respondentes (56,1%) deram como resposta “às vezes” e 18 respondentes (31,6%) deram como resposta “quase sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 59,6% e a um potencial de melhoria de 40,4%.

No domínio “trabalho/tipo personalidade”, no item “sinto que ando acelerado e/ou atarefado”, 28 respondentes (49,1%) deram como resposta “frequentemente”, 27 respondentes (47,4%) deram como resposta “algumas vezes” e dois respondentes (3,5%) deram como resposta “quase nunca”, correspondendo a um potencial alcançado de 27,2% e a um potencial de melhoria de 72,8%. No item “sinto-me aborrecido e/ou agressivo”, um respondente (1,8%) deu como resposta “frequentemente”, 37 respondentes (64,9%) deram como resposta “algumas vezes” e 19 respondentes (33,3%) deram como resposta “quase nunca”, correspondendo a um potencial alcançado de 65,8% e a um potencial de melhoria de 34,2%. No item “sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral”, cinco respondentes (8,8%) deram como resposta “quase nunca”, 26 respondentes (45,6%) deram como resposta “às vezes” e 26 respondentes (45,6%) deram como resposta “quase sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 68,4% e a um potencial de melhoria de 31,6%.

No domínio “introspeção”, no item “sou uma pessoa otimista e positiva”, dois respondentes (3,5%) deram como resposta “quase nunca”, 19 respondentes (33,3%) deram como resposta “às vezes” e 36 respondentes (63,2%) deram como resposta “quase sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 79,8% e a um potencial de melhoria de 20,2%. No item “sinto-me tenso e/ou oprimido”, um respondente (1,8%) deu como resposta “frequentemente”, 34 respondentes (59,6%) deram como resposta “algumas vezes” e 22 respondentes (38,6%) deram como resposta “quase nunca”, correspondendo a um potencial alcançado de 68,4% e a um potencial de melhoria de 31,6%. No item “sinto-me triste e/ou deprimido”, 28 respondentes (49,1%) deram como resposta “algumas vezes” e 29 respondentes (50,9%) deram como resposta “quase nunca”, correspondendo a um potencial alcançado de 75,4% e a um potencial de melhoria de 24,6%.

No domínio “comportamentos de saúde/sexual”, no item “realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde”, 10 respondentes (17,5%) deram como resposta “quase nunca”, 27 respondentes (47,4%) deram como resposta “às vezes” e 20 respondentes (35,1%) deram como resposta “sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 58,8% e a um potencial de melhoria de 41,2%. No item “converso com o/a parceiro(a) e/ou família/amigos sobre temas de sexualidade”, seis respondentes (10,5%) deram como resposta “quase nunca”, 27 respondentes (47,4%) deram como resposta “às vezes” e 24 respondentes (42,1%) deram como resposta “sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 65,8% e a um potencial de melhoria de 34,2%. No item “no meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a”, dois respondentes (3,5%) deram como resposta “quase nunca”, quatro respondentes (7%) deram como resposta “às vezes” e 51 respondentes (89,5%) deram como resposta “quase sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 93,0% e a um potencial de melhoria de 7,0%.

No domínio “outros comportamentos”, no item “como peão e passageiro, cumprio as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária”, 12 respondentes (21,1%) deram como resposta “às vezes” e 45 respondentes (78,9%) deram como resposta “sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 89,5% e a um potencial de melhoria de 10,5%. No item “como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança)”, seis respondentes (10,5%) deram como resposta “às vezes” e 51 respondentes (89,5%) deram como resposta “sempre”, correspondendo a um potencial alcançado de 94,7% e a um potencial de melhoria de 5,3%.

Quadro 4 - Potencial alcançado e de melhoria (%) dos itens dos domínios EVF

					Potencial alcançado (%)	Potencial de melhoria (%)
Família e Amigos	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim			Às vezes 9 (15,8)		Quase sempre 48 (84,2)	(92,1) (7,9)
Dou e recebo carinho/afetos			Às vezes 8 (14,0)		Quase sempre 49 (86,0)	(93,0) (7,0)
Atividade física/ Associativismo	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente	Quase nunca 35 (61,4)		Às vezes 16 (28,1)		Quase sempre 6 (10,5)	(24,6) (75,4)
Ando no mínimo 30 minutos diariamente	Quase nunca 10 (17,5)		Às vezes 23 (40,4)		Quase sempre 24 (42,1)	(62,3) (37,7)
Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto	Não faço nada 3 (5,3)		1 vez por semana 10 (17,5)		Mais de 1 vez por semana 44 (77,2)	(86,0) (14,0)
Nutrição	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	Quase nunca 4 (7,0)		Às vezes 27 (47,4)		Todos os dias 26 (45,6)	(69,3) (30,7)
Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food	Todos os dias 3 (5,3)		Às vezes 44 (77,2)		Quase nunca 10 (17,5)	(56,1) (43,9)
Ultrapassei o meu peso ideal em	Mais de 8 Kg 9 (15,8)		5 a 8 Kg 10 (17,5)		0 a 4 Kg 38 (66,7)	(75,4) (24,6)
Tabaco	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Eu fumo cigarros	Sim este ano 19 (33,3)		Não no último ano 1 (1,8)		Não nos últimos 5 anos 37 (64,9)	(65,8) (34,2)
Geralmente fumo ____ cigarros por dia	Mais de 10 cigarros por dia 7 (12,3)		1 a 10 cigarros por dia 9 (15,8)		Nenhum 41 (71,9)	(79,8) (20,2)

Quadro 4 (cont.). Potencial alcançado e de melhoria (%) dos itens dos domínios EVF

Quadro 4 (cont.): Potencial alcançado e de melhoria (%) dos itens dos domínios EVI						Potencial alcançado (%)	Potencial de melhoria (%)	
Álcool e drogas	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é			8 a 12 bebidas 1	(1,8)	0 a 7 bebidas 56	(98,2)	(99,1)	(0,9)
Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião			Ocasionalmente 10	(17,5)	Nunca 47	(82,5)	(91,2)	(8,8)
Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas			Raramente 9	(15,8)	Nunca 48	(84,2)	(92,1)	(7,9)
Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy					Nunca 57	(100,0)	(100,0)	(0,0)
Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	Quase diariamente 1	(1,8)	Às vezes 12	(21,1)	Quase Nunca 44	(77,2)	(87,7)	(12,3)
Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína	Mais de 6 vezes por dia 2	(3,5)	3 a 6 vezes por dia 21	(36,8)	Menos de 3 vezes por dia 34	(59,6)	(78,1)	(21,9)
Sono e stress	n	(%)	n	(%)	n	(%)	(%)	(%)
Durmo bem e sinto-me descansado	Quase nunca 8	(14,0)	Às vezes 35	(61,4)	Quase sempre 14	(24,6)	(55,3)	(44,7)
Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia a dia	Quase nunca 1	(1,8)	Às vezes 28	(49,1)	Quase sempre 28	(49,1)	(73,7)	(26,3)
Relaxo e disfruto do meu tempo livre	Quase nunca 7	(12,3)	Às vezes 32	(56,1)	Quase sempre 18	(31,6)	(59,6)	(40,4)
Trabalho/Tipo personalidade	n	(%)	n	(%)	n	(%)	(%)	(%)
Sinto que ando acelerado e/ou atarefado	Frequentemente 28	(49,1)	Algumas vezes 27	(47,4)	Quase nunca 2	(3,5)	(27,2)	(72,8)
Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	Frequentemente 1	(1,8)	Algumas vezes 37	(64,9)	Quase nunca 19	(33,3)	(65,8)	(34,2)
Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral	Quase nunca 5	(8,8)	Às vezes 26	(45,6)	Quase sempre 26	(45,6)	(68,4)	(31,6)

Quadro 4 (cont.). Potencial alcançado e de melhoria (%) dos itens dos domínios EVF

						Potencial alcançado (%)	Potencial de melhoria (%)
Introspeção	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sou uma pessoa otimista e positiva	Quase nunca 2	(3,5)	Às vezes 19	(33,3)	Quase sempre 36	(63,2)	(79,8) (20,2)
Sinto-me tenso e/ou oprimido	Frequentemente 1	(1,8)	Algumas vezes 34	(59,6)	Quase nunca 22	(38,6)	(68,4) (31,6)
Sinto-me triste e/ou deprimido			Algumas vezes 28	(49,1)	Quase nunca 29	(50,9)	(75,4) (24,6)
Comportamentos de saúde/ sexual	n	(%)	n	(%)	n	(%)	(%)
Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde	Quase nunca 10	(17,5)	Às vezes 27	(47,4)	Sempre 20	(35,1)	(58,8) (41,2)
Converso com o/a parceiro(a) e/ou família/amigos sobre temas de sexualidade	Quase nunca 6	(10,5)	Às vezes 27	(47,4)	Sempre 24	(42,1)	(65,8) (34,2)
No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem estar e a proteção do parceiro/a	Quase nunca 2	(3,5)	Às vezes 4	(7,0)	Quase sempre 51	(89,5)	(93,0) (7,0)
Outros comportamentos	n	(%)	n	(%)	n	(%)	(%)
Como peão e passageiro, cumprio as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária			Às vezes 12	(21,1)	Sempre 45	(78,9)	(89,5) (10,5)
Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança			Às vezes 6	(10,5)	Sempre 51	(89,5)	(94,7) (5,3)

De acordo com os itens de cada domínio, apresentam-se de seguida, os resultados relativos aos domínios avaliados pelo EVF, como evidenciado no Quadro 5.

No domínio “família e amigos”, obteve-se a pontuação média de 7,4 pontos de um total de 8 pontos possíveis e um potencial alcançado de 92,5% e de melhoria de 7,5%.

No domínio “atividade física/ associativismo”, obteve-se a pontuação média de 6,9 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial alcançado de 57,5% e de melhoria de 42,5%.

No domínio “nutrição”, obteve-se com uma pontuação média de 8,0 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial alcançado de 66,7% e de melhoria de 33,3%.

O domínio “tabaco”, classificou-se com uma pontuação média de 5,8 pontos de um total de 8 pontos possíveis e um potencial alcançado de 72,5% e de melhoria de 27,5%.

No domínio “álcool e outras drogas”, obteve-se a pontuação média de 21,9 pontos de um total de 24 pontos possíveis e um potencial alcançado de 91,3% e de melhoria de 8,7%.

No domínio “sono/stress”, obteve-se uma pontuação média de 7,5 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial alcançado de 62,5% e de melhoria de 37,5%.

No domínio “trabalho/tipo de personalidade” obteve-se a pontuação média de 6,5 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial alcançado de 54,2% e de melhoria 45,8%.

No domínio “introspeção”, obteve-se a pontuação média de 8,9 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial alcançado de 74,2% e de melhoria de 25,8%.

No domínio “comportamentos de saúde/sexual”, alcançou-se a pontuação média de 8,7 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial alcançado de 72,5% e de melhoria de 27,5%.

No domínio “outros comportamentos”, classificou-se com uma pontuação média de 7,4 pontos de um total de 8 pontos possíveis e um potencial alcançado de 92,5% e de melhoria de 7,5%.

Quadro 5 - Pontuação e potencial dos domínios EVF

Domínio	Pontuação (pontos)		Potencial (%)	
	Obtida	Possível	Alcançado	De melhoria
Família e Amigos	7,4	8	92,5	7,5
Atividade física/ Associativismo	6,9	12	57,5	42,5
Nutrição	8,0	12	66,7	33,3
Tabaco	5,8	8	72,5	27,5
Álcool e outras drogas	21,9	24	91,3	8,7
Sono/Stress	7,5	12	62,5	37,5
Trabalho/Tipo personalidade	6,5	12	54,2	45,8
Introspeção	8,9	12	74,2	25,8
Comportamentos de saúde/ sexual	8,7	12	72,5	27,5
Outros Comportamentos	7,4	8	92,5	7,5

Na distribuição da classificação da estratificação dos estilos de vida, obteve-se o valor médio global de 89 pontos, enquadrando-se na categoria de 85 a 102 pontos, considerando-se existir na amostra um “estilo de vida muito bom”.

Cinco participantes (8,8%) obtiveram uma classificação na categoria do estilo de vida “regular” (entre os 47 e os 72 pontos), 16 participantes (28,0%) obtiveram uma classificação na

categoria de estilo de vida “bom” (entre os 73 e os 84 pontos), 29 participantes (50.9%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida “muito bom” (entre os 85 e os 102 pontos) e sete participantes (12,3%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida “excelente” (entre os 103 e os 120 pontos). Nenhum dos respondentes apresentou resultados abaixo dos 46 pontos (categoria “necessita melhorar”), como se pode constatar na Tabela 7.

Tabela 7 - Estilos de vida

Estilo de Vida	n = 57	%
Necessita Melhorar (0 a 46)	-	-
Regular (47 a 72)	5	8,8
Bom (73 a 84)	16	28,0
Muito bom (85 a 102)	29	50,9
Excelente (103 a 120)	7	12,3

3. DISCUSSÃO

Os trabalhadores de saúde estão sujeitos a múltiplos fatores de stress, no estudo conduzido por Maroco, J., Maroco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016) conclui que a “ocorrência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde portugueses é frequente, estando associada à percepção de más condições de trabalho” (p. 24) no decorrer deste trabalho os domínios do trabalho/tipo de personalidade, sono/stress e introspeção, revelaram um potencial de melhoria superior a 25%, revelando a necessidade de se proporem intervenções comunitárias que contribuam para a melhoria destes domínios, para que possam ter um impacto positivo sobre os estilos de vida dos trabalhadores.

O sedentarismo afeta mais de metade da população portuguesa e apenas 55,1% da população consome legumes e saladas diariamente (INE, 2016) sendo um problema comum nos contextos profissionais a falta de atividade física e o sedentarismo, associados à falta de motivação para o exercício físico e à ingesta superior às necessidades metabólicas para as atividades diárias do trabalhador (Santos, M., & Almeida, A., 2016) sendo evidente nos resultados encontrados neste trabalho que existe um potencial de melhoria superior a 33% nos domínios da atividade física e da nutrição, levando à necessidade de implementar estratégias que contribuam para a adoção de hábitos regulares de exercício físico adequado e uma adequada ingesta, para reforçar o impacto positivo sobre os estilos de vida dos trabalhadores.

O consumo de drogas (licitas e ilícitas) entre os profissionais de saúde identificado na pesquisa bibliográfica conduzida por Silva & Botti (2011) identificaram taxas de prevalência preocupantes nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para o álcool e tabaco. No domínio do tabaco os trabalhadores de saúde “têm consciência que as suas atitudes em relação à prevenção do tabaco, são de primordial importância (...) [e que] necessitam de ter comportamentos coerentes com as próprias atitudes, garantindo a credibilidade dessas” (Barreira, E., Gomes, F., & Cunha, L., 2007, p. 205) neste trabalho verificou-se existir consumos tabágicos, existindo um potencial de melhoria superior a 27% que justifica o delinear de intervenções que reduzam ou eliminem o

consumo de tabaco nos trabalhadores de saúde. O consumo de bebidas alcoólicas é realizado de forma diária por 24,2% da população portuguesa, com 15 ou mais anos de idade (INS, 2016) tendo sido identificado neste trabalho um potencial de melhoria superior a 8%, no domínio do álcool e de outras drogas, revelando algum potencial de melhoria, podendo ser definidas de intervenções comunitárias que reduzam ou eliminem o consumo de álcool nos trabalhadores de saúde.

Cerca de 75% da população portuguesa com 15 ou mais anos, vigia anualmente a sua saúde, tendo realizado uma consulta com um médico de medicina geral e familiar, 76,8% mediram pelo menos uma vez no último ano a sua tensão arterial, 82,2% foram vacinados à menos de 10 anos com a vacina contra o tétano e 16,9% foram vacinados contra a gripe em 2014, adicionalmente, cerca de 5,6% sofreram um acidente não laboral e 1,2% um acidente de viação (INS, 2016) havendo também neste trabalho um potencial de melhoria superior a 7% nos comportamentos de saúde podendo ser justificável a definição de intervenções comunitárias sobre os respetivos domínios, junto dos trabalhadores de saúde, que contribuam de forma positiva nos seus estilos de vida.

Na população residente em Portugal em 2014, com 15 ou mais anos, 64,2% da população referiu possuir pelo menos três pessoas próximas com que poderiam contar em momentos difíceis (INS, 2016) sendo evidente nos resultados encontrados neste trabalho que existe um potencial de melhoria superior a 7% no domínio da família e amigos, podendo ser implementas estratégias que contribuam para reforçar o impacto positivo sobre os estilos de vida dos trabalhadores.

Cada domínio encerra em si mesmo um problema de saúde, desde que exista um potencial de melhoria, havendo lugar a um conjunto alargado de possibilidades de intervenções comunitárias junto da população em estudo, sendo necessário estabelecer prioridades para a respetiva intervenção.

4. SÍNTESE CONCLUSIVA

Na caracterização dos estilos de vida dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, podemos concluir que existe nestes participantes comportamentos e atitudes que exercem uma adequada influência sobre a sua saúde, no entanto, podemos também concluir que em todos os domínios existe um potencial de melhoria sobre o qual se pode intervir.

A promoção e a manutenção de estilos de vida saudáveis devem ser incentivadas com intervenções de promoção para a saúde, para que potenciem o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e possam assim exercer uma elevada influência sobre a saúde dos trabalhadores do Serviço de Nefrologia.

Ao longo deste trabalho foram caracterizados os domínios EVF existindo em todos um potencial de melhoria, sendo possível, após o diagnóstico da situação na população em estudo, avançar para a definição das prioridades de intervenção.

BIBLIOGRAFIA

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2016). *Locais de trabalho saudáveis para todas as idades*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. <https://doi.org/10.2802/02763>.
- Barreira, E., Gomes, F. & Cunha, L. (2007). Atitudes face ao tabagismo: Hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 8(2), p. 197-207.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- George, F. (2004). Determinantes da Saúde. In *Histórias de Saúde Pública*. p. 1-3.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Maroco, J., Maroco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), p. 24-30. Disponível em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>
- Ministério da Saúde (2004). Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida. *Diário da República, II série* (23), p. 1492-1496. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/725062>
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. Basília: Indústria SESI/DN.
- Santos, M. & Almeida, A. (2016). Obesidade: Saúde pessoal e/ou laboral?!. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on Line*, 2(1), p. 1-2. Disponível em <http://www.rpso.pt/obesidade-saude-pessoal-eou-laboral/>
- Silva, A., Brito, I. & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), p. 1901-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Silva, V. & Botti, N. (2011). The consumption of lawful and illicit drugs for the professionals of the health area. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(5), p. 1286-1294. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v5i5-2011>

APÊNDICE VI - Poster: caracterização dos estilos de vida dos trabalhadores de saúde de um serviço de nefrologia

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA 8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Elaborado por: Carlos Ferreira (carlos.ferreira@campus.esel.pt); Docente: Prof. Dr.ª Fátima Moreira; Orientadora: Regina Rocha

Introdução

- A existência de políticas orientadoras para a promoção de estilos de vida saudáveis é transversal ao conjunto dos países da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Europeia, com reflexo nas políticas nacionais adotadas para esta problemática (OMS, 2010; EU-OSHA, 2016).
- A complexidade da área temática referente aos estilos de vida, deve ser encarada numa perspetiva intersectorial, não só remetida aos prestadores de cuidados de saúde, mas, a todos os contextos profissionais (DGS, 2015).
- Importa compreender de que forma um serviço de saúde ocupacional hospitalar, pode contribuir para a construção de ambientes de trabalho promotores de estilos de vida saudáveis e qual o papel que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública pode desenvolver para alcançar esse desígnio.

Objetivo Geral

- O presente estudo pretende identificar, no âmbito do Serviço de Saúde Ocupacional, os estilos de vida dos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia.

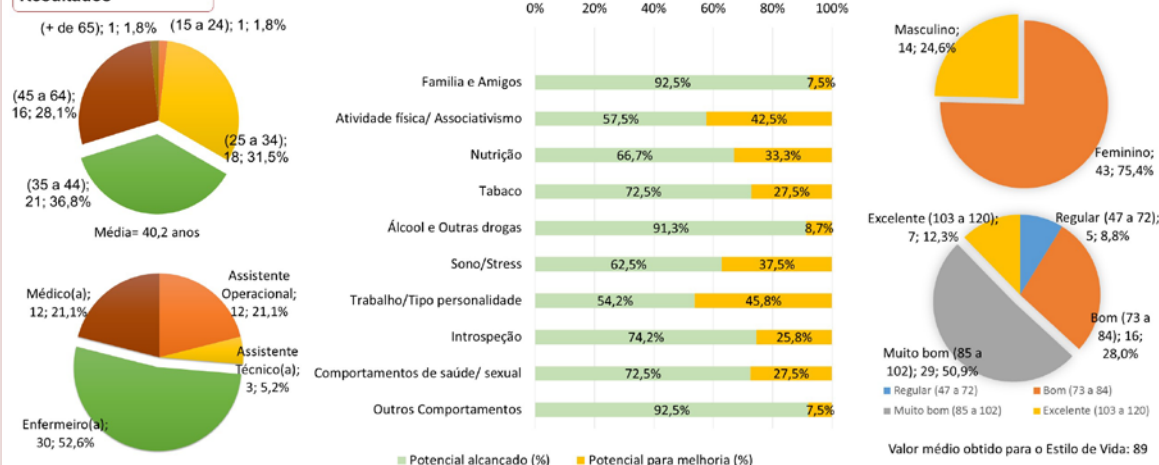
Objetivos Específicos

- Conhecer a distribuição (género, idade, grupo profissional);
- Conhecer os itens e os domínios afetados do questionário Estilos de Vida FANTÁSTICO (Silva, Brito & Amado, 2014);
- Identificar os estilos de vida obtidos.

Metodologia

- Através do autoquestionário do questionário Estilos de Vida FANTÁSTICO, procedeu-se à avaliação dos hábitos e comportamentos mais adequados à saúde, através dos domínios Família e amigos, Atividade física/associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono/stress, Trabalho/tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de saúde e sexual e Outros comportamentos. O questionário avalia os 10 domínios, sendo cada domínio constituído por vários itens. O somatório da pontuação obtida é organizada, estratificando o comportamento em cinco categorias: necessita melhorar (0 a 46), regular (47 a 72), bom (73 a 84), muito bom (85 a 102) e excelente (103 a 120).
- A população em estudo reporta-se aos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia. Após autorização dos autores para aplicação do questionário, a amostra foi definida por conveniência, entre a população acessível. Foram critérios de inclusão o facto de serem trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, a desempenhar funções no mês de junho de 2017, tendo-se garantido o anonimato e a confidencialidade.

Resultados



Análise e discussão

- Obteve-se 57 respondentes, sendo: um respondente encontra-se no escalão etário dos 15 aos 24 anos (1,8%), 18 no escalão etário entre os 25 e os 34 anos (31,5%), 21 no escalão etário entre os 35 e os 44 anos (37,8%), 16 no escalão etário entre os 45 e 64 anos (28,1%) e um com idade superior a 65 anos de idade (1,8%). Entre os respondentes, 14 são do género masculino (24,6%) e 43 do sexo feminino (75,4%). Na distribuição relativa à categoria profissional, três respondentes são assistentes técnicos (5,2%), 12 são assistentes operacionais (21,1%), 12 são médicos (21,1%) e 30 são enfermeiros (52,6%).
- Na classificação relativa aos domínios avaliados pelo EVF, o domínio com maior potencial de melhoria identificado corresponde ao "trabalho/tipo de personalidade", tendo-se obtido a pontuação média de 6,5 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 45,8%, seguindo-se o domínio "atividade física/ associativismo", onde se obteve a pontuação média de 6,9 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 42,5%, no domínio "sono/stress", obteve-se uma pontuação média de 7,5 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 37,5%, o domínio "nutrição", classificou-se com uma pontuação média de 8,0 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 33,3%, no domínio "comportamentos de saúde/ sexual", alcançou-se a pontuação média de 8,7 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 27,5%, o domínio "tabaco", classificou-se com uma pontuação média de 5,8 pontos de um total de 8 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 27,5%, no domínio "introspeção", obteve-se a pontuação média de 8,9 pontos de um total de 12 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 25,8%, no domínio "álcool e outras drogas", obteve-se a pontuação média de 21,9 pontos de um total de 24 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 8,7%, no domínio "outros comportamentos", classificou-se com uma pontuação média de 7,4 pontos de um total de 8 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 7,5% e no domínio "família e amigos", obteve-se a pontuação média de 7,4 pontos de um total de 8 pontos possíveis e um potencial de melhoria de 7,5%.
- Na classificação da estratificação dos estilos de vida, obteve-se o valor médio global de 89 pontos, enquadrando-se na categoria de 85 a 102 pontos, considerando-se existir na amostra um "estilo de vida muito bom". Cinco participantes (8,8%) obtiveram uma classificação na categoria do estilo de vida "regular" (entre os 47 e os 72 pontos), 16 participantes (28,0%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida "bom" (entre os 73 e os 84 pontos), 29 participantes (50,9%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida "muito bom" (entre os 85 e os 102 pontos) e sete participantes (12,3%) obtiveram uma classificação na categoria de estilo de vida "excelente" (entre os 103 e os 120 pontos). Nenhum dos respondentes apresentou resultados abaixo dos 46 pontos (categoria "necessita melhorar").

Considerações Finais

- Os resultados encontrados mostram que não foram identificados estilos de vida na categoria "necessita melhorar". Existe algum risco para a saúde na categoria "regular". As restantes categorias ("bom"; "muito bom" e "excelente") apresentam estilos de vida que trarão benefícios para a saúde. A promoção e a manutenção destes estilos de vida devem ser incentivadas com intervenções de promoção para a saúde, que potenciem o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, junto dos trabalhadores de saúde num Serviço de Nefrologia.

Bibliografia

- Direção-Geral de Saúde (2015). Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão a 2020. Ministério Da Saúde, 38.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2016). Locais de trabalho saudáveis para todas as idades. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Organização Mundial de Saúde (2010). Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Basília: Indústria SESI/DN.
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901–1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>

APÊNDICE VII - Apresentação de resultados aos trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia

PLANO DE SESSÃO				
Apresentação de resultados aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia				
Data de realização:	Dia 07 a 16 de novembro de 2017			
Identificação da ação	• Tema: Estilos de Vida dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia • Destinatários: Equipa multiprofissional do Serviço de Nefrologia • Duração da Sessão: 15 minutos • Horário: das 14:00 às 14:15; das 16:00 às 16:15; das 19:00 às 19:15 • Formador: Estudante Enf.º Carlos Ferreira			
Objetivo geral	Apresentação dos resultados sobre os Estilos de Vida dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia			
Objetivos Específicos	• Conhecer a distribuição (género, idade, grupo profissional); • Conhecer os itens e os domínios afetados do questionário Estilos de Vida FANTÁSTICO (Silva, Brito & Amado, 2014); • Identificar os estilos de vida obtidos.			
Etapa	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Introdução	3'	- Apresentação - Introdução ao tema; - Enquadramento do estudo	Expositivo	Formador Poster
Desenvolvimento	7'	- Caracterização sociodemográfica da população. -Apresentação dos resultados por Domínio EVF. - Caracterização do comportamento obtido.	Expositivo	Formador Poster
Conclusão/Síntese	5'	- Discussão dos resultados obtidos.	Expositivo Interativo	Formador Poster

Avaliação do Processo Pedagógico



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

AVALIAÇÃO

O SEGUINTE FORMULÁRIO É ANÓNIMO E DE PREENCHIMENTO FACULTATIVO.

Apresentação de resultados relativos aos Estilos de Vida dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia

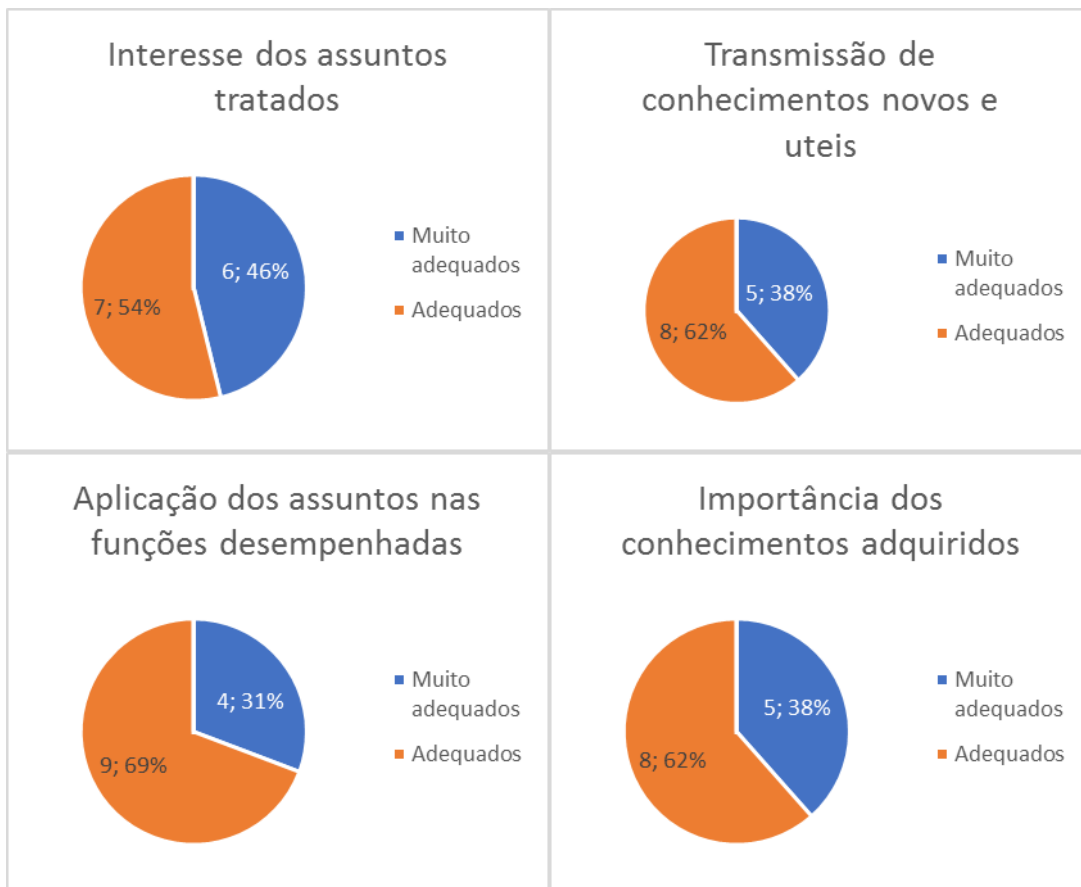
Data: ____/____/____

Avaliação do processo	MUITO ADEQUADOS	ADEQUADOS	INDIFERENTES	INADEQUADOS
Interesse dos assuntos tratados	☐	☐	☐	☐
Transmissão de conhecimentos novos e úteis	☐	☐	☐	☐
Aplicação dos assuntos nas funções desempenhadas	☐	☐	☐	☐
Importância dos conhecimentos adquiridos	☐	☐	☐	☐
Avaliação do produto pedagógico	EXCELENTE	BOA	INDIFERENTE	MÁ
Condições Físicas de Trabalho (Sala, Cadeiras, Luz)	☐	☐	☐	☐
Utilização dos Meios Audiovisuais	☐	☐	☐	☐
Documentação de Apoio fornecida	☐	☐	☐	☐
Duração/carga horária da acção de formação	☐	☐	☐	☐
Avaliação do educador	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	MAU
Preparação do educador	☐	☐	☐	☐
Conhecimentos	☐	☐	☐	☐
Capacidade de motivar e incentivar a participação	☐	☐	☐	☐
Clareza na exposição das matérias e facilidade de comunicação	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento das dúvidas	☐	☐	☐	☐
Demonstração das aplicações práticas	☐	☐	☐	☐
Pontualidade	☐	☐	☐	☐
Relacionamento com o grupo	☐	☐	☐	☐
Apreciação Global	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	MAU
Atribua uma classificação Global	☐	☐	☐	☐

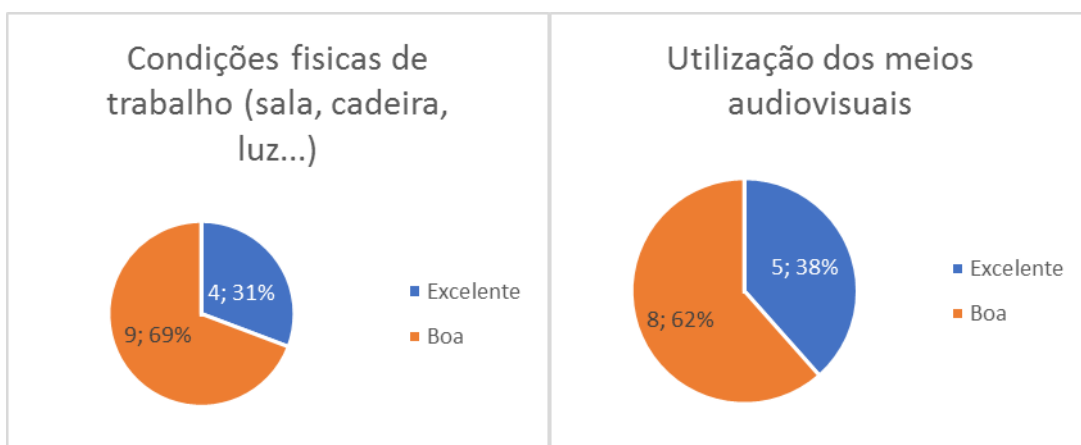
Comentários

Resultados da Avaliação do Processo Pedagógico

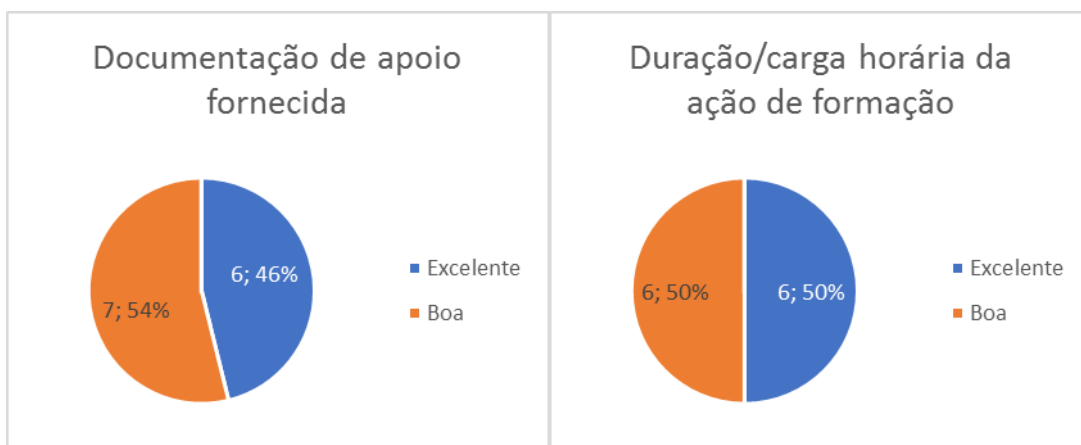
Avaliação do processo



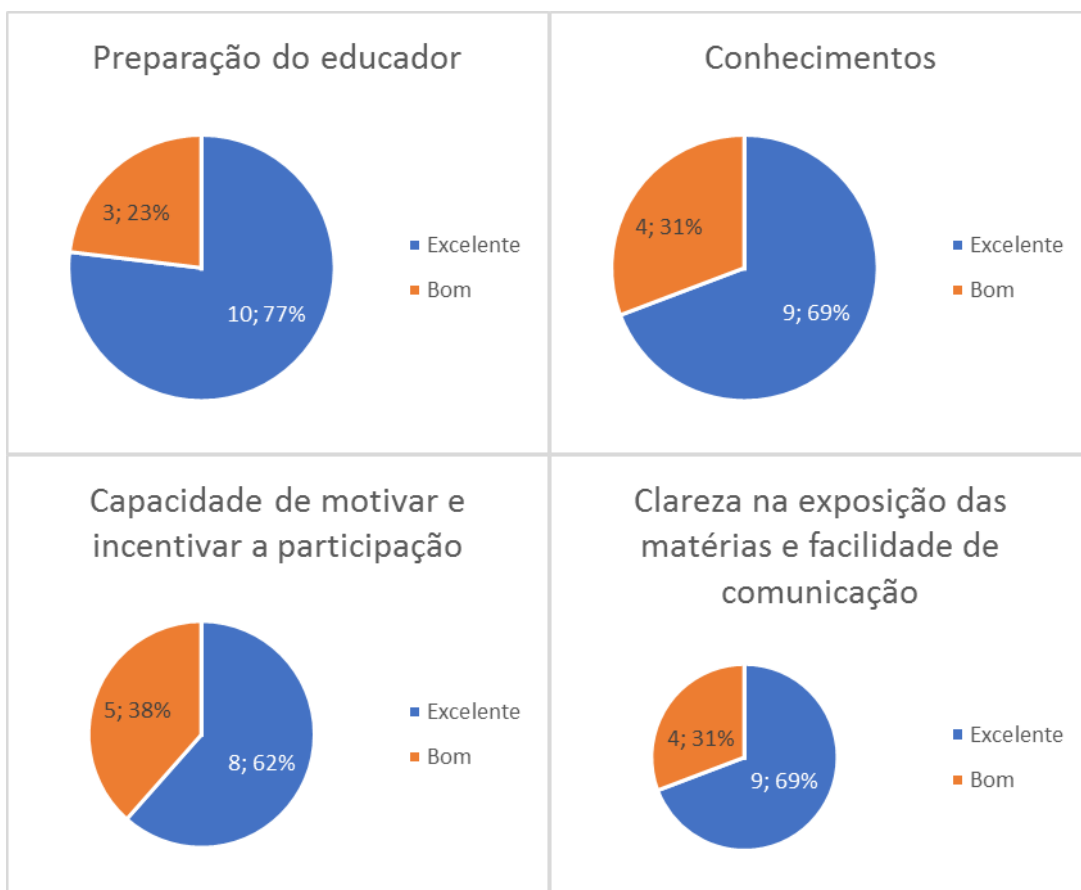
Avaliação do produto pedagógico



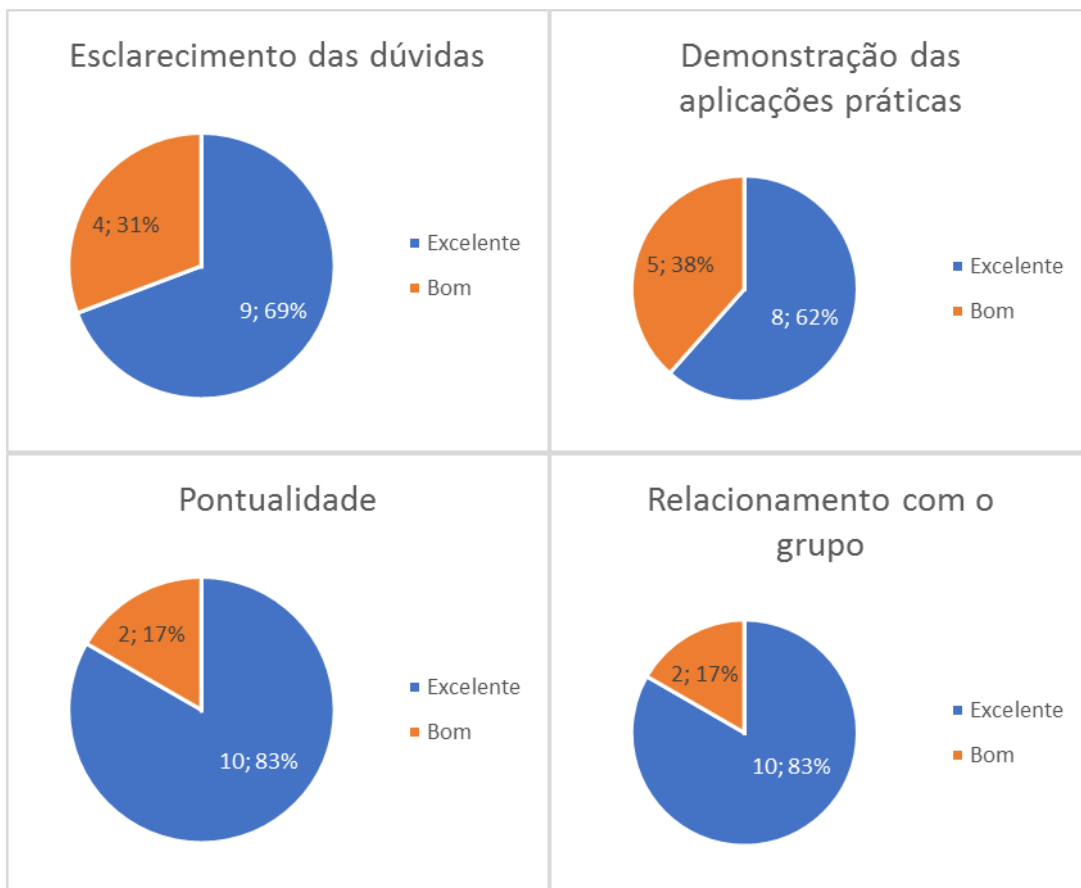
Avaliação do produto pedagógico (cont.)



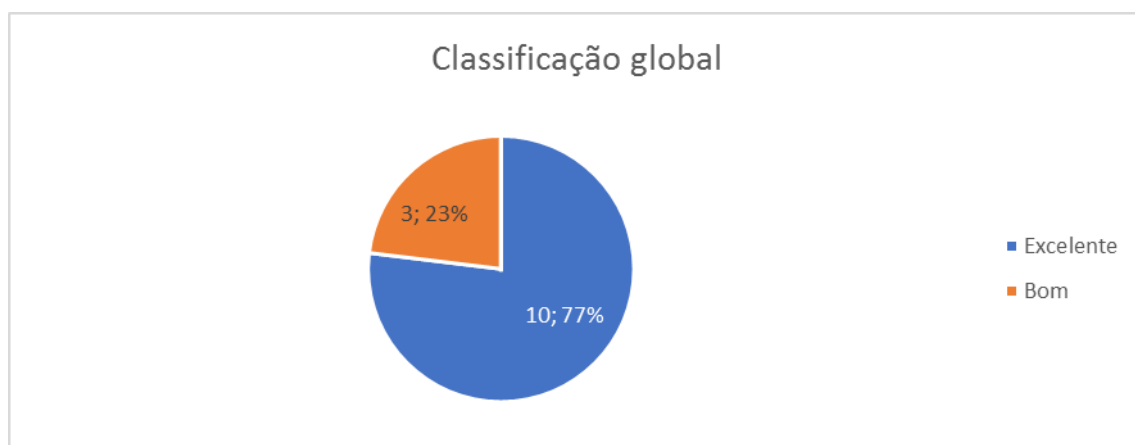
Avaliação do educador



Avaliação do educador (cont).



Apreciação Global



APÊNDICE VIII – Apresentação de resultados à equipa do SSO

Registo de Acção de Formação

Designação da Acção:

Sumário:
 Apresentação dos resultados do Inquérito
 "Estado do verde fantástico" - S. Oncologia,
 S. Gastro, Nefrologia e Urologia
 S. Rolo

Nº Mec	Nome do Colaborador	Rubrica / Assinatura
12368	Amélia F. F. F.	
11450	Régina Rocha	
38525	Ana Sofia Freitas	
21449	Francisco Fernandes	
28451	Lúcia Victor	
9616	Isabel Perceira	
37074	Nádia Gomes	
35784	Elisabete Fernandes	
38284	Adriana Lima	
24055	Diana Franca	
20158	Olivia Shepovaleva	
24499	João André Acitunas Raposo	
11331	Maria Inês Faria	
23355	Eury Navarro Morales	

O Formador: Sílvia Reis / Contagem Hora início: 15.15
 Data: 16-11-2017 Hora de Fim: 16.15

APÊNDICE IX - Definição de prioridades

ÍNDICE DA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

INTRODUÇÃO.....	2
1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	3
2. MÉTODO DE HANLON ADAPTADO	5
2.1. Amplitude.....	5
2.2. Gravidade	6
2.3. Eficácia	7
2.4. Exequibilidade	7
3. CÁLCULO DOS CRITÉRIOS DO MÉTODO DE HANLON ADAPTADO.....	8
3.1. Definição de prioridades.....	8
SÍNTESE CONCLUSIVA.....	9
BIBLIOGRAFIA.....	10

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Potencial de melhoria superior a 20% dos itens dos domínios EVF	3
Quadro 2 - Potencial de melhoria inferior a 20% dos itens dos domínios EVF	4
Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem	4
Quadro 4 - Cálculo adaptado da amplitude	6
Quadro 5 - Cálculo adaptado da gravidade	7
Quadro 6 - Cálculo adaptado da eficácia.....	7
Quadro 7 - Cálculo adaptado da exequibilidade	8
Quadro 8 - Cálculo dos critérios pelo Método de Hanlon adaptado	8

INTRODUÇÃO

A definição de prioridades, acontece após o diagnóstico da situação e não sendo possível intervir em todos os problemas de saúde ao mesmo tempo, surge a necessidade de hierarquiza-los entre si.

Esta etapa deve ser justificada e fundamentada para que o problema mais premente seja efetivamente aquele em que urge primeiro intervir.

Para a definição das prioridades há que considerar a dimensão tempo (no caso concreto este estará sempre limitado ao período da intervenção comunitária, de setembro de 2017 a fevereiro de 2018) e a dimensão recursos (humanos, materiais, financeiros...) (Nunes, 2016).

Existem também alguns aspetos cruciais a ter em conta na definição das prioridades, nomeadamente, a “perceção que a comunidade tem de determinado problema de saúde e a aceitação ou não das atividades (...) propostas para a resolução desse” (Nunes, 2016, p. 34).

Este trabalho tem como objetivo fundamentar o diagnóstico das prioridades, para posterior definição de objetivos e seleção de estratégias, que foram definidos e implementados, no decorrer da intervenção comunitária no contexto do SSO aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.

No primeiro capítulo irão ser definidos os diagnósticos de enfermagem, utilizando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ©), no segundo efetua-se uma breve descrição do Método de Hanlon, no terceiro adapta-se o Método de Hanlon para o cálculo das prioridades, concluindo-se com uma síntese.

1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Após o diagnóstico da situação é necessário proceder à identificação de prioridades.

Cada item de cada domínio, encerra em si mesmo um problema de saúde. Desde que exista um potencial de melhoria e havendo lugar a um conjunto alargado de possibilidades de intervenções comunitárias junto da população em estudo, torna-se necessário estabelecer prioridades para a respetiva intervenção.

Da lista de problemas, em parceria com orientadora do local de estágio e tendo em conta os respetivos potenciais de melhoria, bem como, os projetos existentes no SSO, decidiu-se eliminar todos os problemas que se encontram com um potencial de melhoria inferior a 20%, decorrendo desta triagem a lista de problemas selecionados conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Potencial de melhoria superior a 20% dos itens dos domínios EVF

Domínio	Itens	Potencial de melhoria (%)
Atividade física Associativismo	Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente	(75,4)
Trabalho Tipo personalidade	Sinto que ando acelerado e/ou atarefado	(72,8)
Sono e stress	Durmo bem e sinto-me descansado	(44,7)
Nutrição	Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou <i>fast-food</i>	(43,9)
Comportamentos de saúde Sexual	Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde	(41,2)
Sono e stress	Relaxo e disfruto do meu tempo livre	(40,4)
Atividade física Associativismo	Ando no mínimo 30 minutos diariamente	(37,7)
Tabaco	Eu fumo cigarros	(34,2)
Trabalho Tipo personalidade	Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	(34,2)
Comportamentos de saúde Sexual	Converso com o/a parceiro(a) e/ou família/amigos sobre temas de sexualidade	(34,2)
Trabalho Tipo personalidade	Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral	(31,6)
Introspeção	Sinto-me tenso e/ou oprimido	(31,6)
Nutrição	Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	(30,7)
Sono e stress	Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia a dia	(26,3)
Nutrição	Ultrapassei o meu peso ideal em	(24,6)
Introspeção	Sinto-me triste e/ou deprimido	(24,6)
Álcool e drogas	Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína	(21,9)
Tabaco	Geralmente fumo ____ cigarros por dia	(20,2)
Introspeção	Sou uma pessoa otimista e positiva	(20,2)

No Quadro 2, apresentam-se os problemas eliminados após a triagem inicial, auscultada a equipa do SSO e os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.

Quadro 2 - Potencial de melhoria inferior a 20% dos itens dos domínios EVF

Domínio	Itens	Potencial de melhoria (%)
Atividade física Associativismo	Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto	(14,0)
Álcool e drogas	Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	(12,3)
Outros comportamentos	Como peão e passageiro, cumprio as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária	(10,5)
Álcool e drogas	Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião	(8,8)
Família e Amigos	Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim	(7,9)
Álcool e drogas	Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas	(7,9)
Família e Amigos	Dou e recebo carinho/afetos	(7,0)
Comportamentos de saúde Sexual	No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a	(7,0)
Outros comportamentos	Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança)	(5,3)
Álcool e drogas	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é	(0,9)
Álcool e drogas	Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy	(0,0)

Recorrendo à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, agrupando os problemas de acordo com os domínios (ver Quadro 3). O diagnóstico de enfermagem, ficou indexado ao item que apresentava maior percentagem de potencial de melhoria (valor da percentagem a negrito no Quadro 3).

Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos CIPE ®	Domínio	Itens	Potencial melhoria (%)
Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	Atividade física Associativismo	Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente	(75,4)
		Ando no mínimo 30 minutos diariamente	(37,7)
Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	Nutrição	Ultrapassei o meu peso ideal em	(24,6)
		Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou <i>fast-food</i>	(43,9)
		Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	(30,7)
Abuso de tabaco	Álcool e drogas	Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína	(21,9)
	Tabaco	Eu fumo cigarros	(34,2)
Padrão de sono alterado		Geralmente fumo ____ cigarros por dia	(20,2)
	Sono e stress	Durmo bem e sinto-me descansado	(44,7)
		Relaxo e disfruto do meu tempo livre	(40,4)
Estado psicológico comprometido		Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia a dia	(26,3)
	Trabalho Tipo personalidade	Sinto que ando acelerado e/ou atarefado	(72,8)
		Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	(34,2)
		Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral	(31,6)
		Sinto-me tenso e/ou oprimido	(31,6)
	Introspeção	Sinto-me triste e/ou deprimido	(24,6)
Manutenção da saúde comprometida		Sou uma pessoa otimista e positiva	(20,2)
	Comportamentos de saúde Sexual	Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde	(41,2)
		Converso com o/a parceiro(a) e/ou família/amigos sobre temas de sexualidade	(34,2)

Assim, fazendo-se corresponder o maior potencial de melhoria dos respetivos domínios que concorreram para a elaboração do respetivo diagnóstico enfermagem, apurámos a seguinte correspondência:

- Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida (75,4%).
- Capacidade de gestão do regime dietético comprometida (43,9%).
- Abuso de tabaco (34,2%).
- Padrão de sono alterado (44,7%).
- Estado psicológico comprometido (72,8%).
- Manutenção da saúde comprometida (41,2%).

2. MÉTODO DE HANLON ADAPTADO

No planeamento em saúde, após o diagnóstico de situação são definidas as prioridades.

Para a definição das prioridades optou-se pela escolha do Método de Hanlon adaptado à dimensão da amostra, para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990).

A - Amplitude ou magnitude do problema.

B - Gravidade do problema.

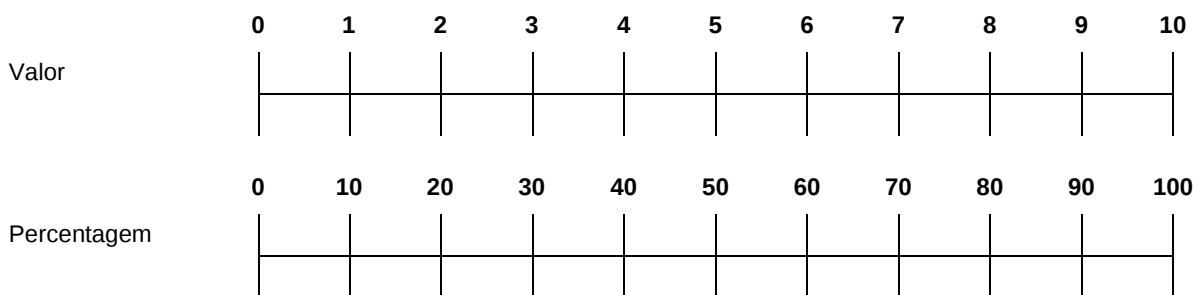
E - Eficácia da solução {ou a vulnerabilidade do problema}.

D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

2.1. Amplitude

A amplitude calcula-se com base no numero de pessoas afetadas, sendo atribuído uma ponderação de 0 a 10. Para esta definição de prioridades, usou-se uma adaptação à metodologia proposta, utilizando-se como base o valor máximo do potencial de melhoria identificado, sendo este expresso em percentagem, ao valor de 100% correspondeu o valor 10 de amplitude, tal como expresso na escala que se apresenta de seguida.

Figura 1 - Escala de amplitude



Fonte: Elaboração própria

Considerando a percentagem para os diagnósticos identificados, foi atribuída a amplitude 7 ao diagnóstico capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida (75,4%). Ao diagnóstico capacidade de gestão do regime dietético comprometida foi atribuída a amplitude 4 (43,9%). Para o diagnóstico abuso de tabaco, foi atribuída a amplitude de 3 (34,2%). Para o diagnóstico padrão de sono alterado, foi atribuída a amplitude 4 (44,7%). Para o diagnóstico estado psicológico comprometido, foi atribuída a amplitude 7 (72,8%). Para o diagnóstico de manutenção da saúde comprometida foi atribuída a amplitude 4 (41,2%) (ver Quadro 4).

Quadro 4 - Cálculo adaptado da amplitude

Diagnósticos CIPE®	Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	Abuso de tabaco	Padrão de sono alterado	Estado psicológico comprometido	Manutenção da saúde comprometida
Amplitude (A)	7	4	3	4	7	4

Fonte: Elaboração própria

2.2. Gravidade

A gravidade do problema “pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, causa de incapacidades, custos ou outros” (Tavares, 1990, p. 91) e cada fator em análise é ponderado na escala (0 -10) sendo o de maior gravidade pontuado com 10 (ver Quadro 5).

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte no nosso país, em 2015 as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte, representando 29,8% da mortalidade no país (INE, 2016) o que coloca o diagnóstico do abuso de tabaco (34,2%) como o mais grave, sendo pontuado com o valor 10.

O sedentarismo afeta mais de metade da população portuguesa e 47,0% dos portugueses com 15 ou mais anos desempenham atividades que envolvem um esforço físico ligeiro (INE, 2016), pelo que se pontua o diagnóstico capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida (75,4%), com o valor 5.

Em relação aos hábitos alimentares o consumo de fruta diária ocorre em 70,8% da população portuguesa com 15 ou mais anos de idade e 55,1% consumiam diariamente legumes e saladas (INE, 2016), pelo que se pontua o diagnóstico da capacidade de gestão do regime dietético comprometida (43,9%), com o valor 5.

Relativamente à introspeção cerca de 9,9 % da população portuguesa com 15 ou mais anos apresentavam sintomas (INE, 2016) pelo que o diagnóstico estado psicológico comprometido (72,8%) é pontuado com o valor 1, bem como, o diagnóstico de padrão de sono alterado (44,7%).

Cerca de 75,1% da população portuguesa com 15 ou mais anos de idade vigia a sua saúde pelo que se pontua o diagnóstico manutenção da saúde comprometida (41,2%), com o valor 3.

Quadro 5 - Cálculo adaptado da gravidade

Diagnósticos CIPE®	Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	Abuso de tabaco	Padrão de sono alterado	Estado psicológico comprometido	Manutenção da saúde comprometida
Gravidade (B)	5	5	10	1	1	3

Fonte: Elaboração própria

2.3. Eficácia

A eficácia da solução deve ser ponderada numa escala de 0,5; 1 e 1,5, sendo considerado:

- 0,5 - Difícil solução.
- 1 - Média solução.
- 1,5 - Fácil solução.

Considerando os diagnósticos identificados, foi atribuída a eficácia de acordo com o apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 - Cálculo adaptado da eficácia

Diagnósticos CIPE®	Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	Abuso de tabaco	Padrão de sono alterado	Estado psicológico comprometido	Manutenção da saúde comprometida
Eficácia (C)	0,5	0,5	1	1	0,5	1

Fonte: Elaboração própria

2.4. Exequibilidade

O critério da exequibilidade possui cinco componentes avaliados por ponderação: Sim = 1 e Não = 0.

Os componentes propostos por Tavares (1990) são:

- Pertinência.
- Exequibilidade económica.
- Aceitabilidade.
- Recursos disponíveis.
- Legalidade.

Considerando os diagnósticos identificados, foi atribuída a exequibilidade, de acordo com o Quadro 7.

Quadro 7 - Cálculo adaptado da exequibilidade

Diagnósticos CIPE®	Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	Abuso de tabaco	Padrão de sono alterado	Estado psicológico comprometido	Manutenção da saúde comprometida
Exequibilidade (D)	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaboração própria

Se no decorrer da avaliação o fator $D = 0$ então o problema é eliminado de acordo com fórmula $(A+B) \times C \times D$, o que não se verificou em nenhum dos diagnósticos de enfermagem.

3. CÁLCULO DOS CRITÉRIOS DO MÉTODO DE HANLON ADAPTADO

Com base nos quatro critérios definidos pelo Método de Hanlon, amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto, apresenta-se o respetivo cálculo.

Quadro 8 - Cálculo dos critérios pelo Método de Hanlon adaptado

Diagnósticos CIPE®	Amplitude (A)	Gravidade (B)	Eficácia (C)	Exequibilidade (D)	$(A+B) \times C \times D$	Prioridade
Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida	7	5	0,5	1	6	3º
Capacidade de gestão do regime dietético comprometida	4	5	0,5	1	4	5º
Abuso de tabaco	3	10	1	1	13	1º
Padrão de sono alterado	4	1	1	1	5	4º
Estado psicológico comprometido	7	1	0,5	1	4	5º
Manutenção da saúde comprometida	4	3	1	1	7	2º

Fonte: Elaboração própria

3.1. Definição de prioridades

Com base no Método de Hanlon adaptado apresenta-se a hierarquização das prioridades:

1º Abuso de tabaco.

2º Manutenção da saúde comprometida.

3ª Padrão de sono alterado.

4º Capacidade de gestão do regime de exercício físico comprometida;

5ª Capacidade de gestão do regime dietético comprometida.

6º Estado psicológico comprometido.

SÍNTESE CONCLUSIVA

A lista de problemas que emergiram da aplicação do questionário EVF foi um excelente ponto de partida para em conjunto com a enfermeira orientadora da prática clínica, com o *feedback* da equipa do SSO e a auscultação aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia efetuar uma primeira triagem.

Após a triagem a definição dos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE, possibilitou a agregação dos domínios em seis diagnósticos de enfermagem.

O Método de Hanlon, adaptado à população e contexto da intervenção comunitária revelou-se bastante facilitadora na tarefa de hierarquizar os respetivos diagnósticos.

Considerando a dimensão tempo e recursos disponíveis, optou-se por intervir nos dois diagnósticos de enfermagem mais prioritários: abuso de tabaco e manutenção da saúde comprometida.

BIBLIOGRAFIA

- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* [ICNP® Version 2 - International Classification for Nursing Practice]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Caderno de Formação, (2). Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

APÊNDICE X - Projeto: deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!

ÍNDICE DO PROJETO: DEIXAR DE FUMAR... COM AJUDA É MAIS FÁCIL!

INTRODUÇÃO.....	2
1. CESSAÇÃO TABÁGICA: PROGRAMA-TIPO	3
1.1. Modelo Transteórico de Mudança.....	3
1.2. Intervenções breves e muito breves	4
2. PROJETO: DEIXAR DE FUMAR... COM AJUDA É MAIS FÁCIL!	7
2.1. Âmbito.....	7
2.2. População Alvo.....	7
2.3. Procedimento para as atividades a desenvolver	10
BIBLIOGRAFIA.....	13

QUADROS

Quadro 1 - . Perceções do cliente e intervenções sugeridas de acordo com o estágio	3
Quadro 2 - Intervenções Breves e Muito Breves	5
Quadro 3 - Passos das Intervenções breves (5 Ás)	5
Quadro 4 - Abordagem motivacional sistematizada (5 Rs)	5
Quadro 5 - Fatores determinantes	6
Quadro 6 - Guião do projeto: Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!	8
Quadro 7 – Indicadores de <i>follow-up</i>	10
Quadro 8 - Procedimento para as atividades a desenvolver	10
Quadro 9 – Avaliação	12

FIGURAS

Figura 1. Intervenções recomendadas de acordo com o tipo de consumo.....	6
--	---

APÊNDICES

APÊNDICE I - Avaliação dos estádios de mudança comportamental	
APÊNDICE II - Teste de Fagerström adaptado	

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e para consubstanciar o relatório de estágio subordinado à promoção de estilos de vida saudáveis nos trabalhadores de saúde de um Serviço de Nefrologia surge o presente projeto: “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!”, decorrente do diagnóstico da situação e da definição de prioridades, dedicado à abordagem do domínio do Tabaco sendo um requisito normativo e legal, decorrente das atribuições do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO).

O tabagismo representa um dos principais problemas de saúde pública evitáveis, estando associado ao aparecimento de doenças do foro oncológico, respiratório e cérebro-cardiovascular, contribuindo para a morte prematura (antes dos 70 anos de idade) e para a redução de vários anos potenciais de vida perdida (Nunes, 2013).

O Despacho n.º 8811/2015, de 10 de agosto de 2015 do Ministério da Saúde (MS) que cria a rede de prestação de cuidados de saúde e de referenciação em cessação tabágica (RPCSRCT) refere-se à necessidade de estarem presentes em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde as intervenções breves para a cessação tabágica (MS, 2015).

Ao longo deste trabalho será feita uma breve caracterização do programa-tipo para a cessação tabágica e será apresentado o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!”, que decorreu no contexto da saúde ocupacional num Centro Hospitalar da região de Lisboa.

1. CESSAÇÃO TABÁGICA: PROGRAMA-TIPO

Na publicação do programa-tipo de atuação em cessação tabágica na Circular Normativa n.º 26/DSPPS de 28 de dezembro de 2007, é recomendada pela Direção-Geral da Saúde a abordagem motivacional, assentando em dois tipos de intervenção a “intervenção breve, ou muito breve”, devendo ser realizada “de modo oportunista, por todos os profissionais de saúde, aproveitando todas as oportunidades de contacto com os utentes” (MS, 2015, p. 22285).

1.1. Modelo Transteórico de Mudança

A escolha da estratégia mais adequada para a intervenção comunitária, na capacitação para a mudança, recaiu nas intervenções breves e muito breves recorrendo ao Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska e DiClemente, 1998, citado por Nunes et al, 2008). Neste modelo são considerados cinco estádios, que não funcionam de uma forma linear, mas antes, num movimento constante entre avanços e recuos nos diferentes estádios. Resumidamente, iremos apresentar o processo de mudança como um *continuum* linear (para facilitar a apresentação do modelo) entre os diferentes estádios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Percepções do cliente e intervenções sugeridas de acordo com o estádio motivacional

Estádio motivacional	Percepções do cliente	Intervenções sugeridas
Pré-contemplação	Não existe nenhuma intenção para a mudança. Não há nenhuma preocupação com o comportamento adotado. O cliente está habitualmente numa atitude defensiva, de desmotivação, em negação sobre os riscos em que ocorre. Evita a informação fornecida. Está resistente a pressões externas para a mudança.	Deve ser privilegiada a avaliação personalizada do risco na manutenção do comportamento, transmitindo expectativas de êxito. Deve ser reforçada a sua capacidade para a mudança.
Contemplação	O cliente está preocupado, mas ambivalente na sua decisão. Está a ponderar a sua mudança de comportamento (eventualmente nos próximos seis meses). Poderão permanecer dúvidas sobre os benefícios que possam ocorrer, bem como, sobre a sua capacidade de autocontrolo. Está habitualmente receptivo a informação relacionada com os seus hábitos.	Devem ser valorizadas as vantagens na adoção do comportamento desejado, bem como, identificar em conjunto as razões para a mudança do comportamento.
Preparação	O cliente está a pensar adotar o comportamento (nos próximos 30 dias). Nos últimos 12 meses já fez algumas tentativas de parar o consumo, experimentando e explorando gradualmente nas suas possibilidades. Poderão existir avanços e retrocessos na adoção do comportamento desejado.	Devem ser reforçadas as estratégias facilitadoras de mudança. Pode-se recorrer, com o cliente ao <i>brainstorming</i> na identificação das estratégias que poderão ser mais eficazes. Deve ser disponibilizado apoio.

Quadro 1 (cont.) - Percepções do cliente e intervenções sugeridas de acordo com o estágio motivacional

Estádio motivacional	Percepções do cliente	Intervenções sugeridas
Ação	O cliente está claramente focado na adoção do comportamento desejado, utilizando e mobilizando estratégias de mudança, perdurando o comportamento pretendido habitualmente nos seis meses seguintes, sem adoção do comportamento de risco	Deve ser parabenizado pelas conquistas alcançadas. Fornecer suporte antevendo problemas potenciais que possam ser identificados como barreiras à adoção do comportamento desejado. Deve ser disponibilizado apoio.
Manutenção	Existe continuidade do comportamento adotado no tempo (decorre para além dos seis meses, habitualmente até um período de cinco anos para que se possa considerar como um comportamento adotado).	Devem ser identificadas as situações de alto risco e sensibilizar para a recaída, discutindo as estratégias preventivas Deve ser disponibilizado apoio.
Recaída	Pode acontecer na fase de ação ou na fase de manutenção. O cliente pode regressar a qualquer um dos estádios anteriores. Deve ser encarada como um momento de aprendizagem, para que o retomar da ação possa ser consolidado na próxima tentativa de mudança	A recaída penalizadora, mas sim analisada a causa e qual a estratégia que a poderia ter evitado. O cliente reinicia no estágio em que se encontrar no momento da recaída

Fonte: Adaptado de Matos, 2001; Nunes et al, 2008; Stockert, 2013, Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2017).

Nos estádios iniciais da mudança o foco da intervenção deve incidir preferencialmente no domínio cognitivo (pré-contemplação e contemplação) e nos restantes (preparação, ação e manutenção) deve incidir essencialmente no domínio comportamental.

1.2. Intervenções breves e muito breves.

As intervenções breves e muito breves são intervenções oportunistas que podem ser conduzidas por qualquer profissional de saúde. As intervenções muito breves, assumem-se como um aconselhamento mínimo (2-3 minutos) e que correspondem aos 3 primeiros passos da regra dos “5 Ás”: abordar, aconselhar e ajudar/referenciar. As intervenções breves correspondem a um aconselhamento mais aprofundado, que não excede, em regra, os dez minutos e corresponde à regra dos “5 Ás”: abordar, aconselhar, avaliar, ajudar/referenciar e acompanhar.

As intervenções breves e muito breves, visam ajudar o fumador a parar de fumar, assentam “numa abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento” (Nunes et al, 2008, p. 29).

Este tipo de intervenções preveem o cumprimento dos passos seguintes que correspondem à mnemónica dos «5 Ás» (ou dos “3 Ás” se a opção recair sobre as intervenções muito breves), conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Intervenções Breves e Muito Breves

Intervenções Breves - “5 Ás”	Intervenções Muito Breves - “3 Ás”
· Abordar · Aconselhar · Avaliar · Ajudar · Acompanhar	· Abordar · Aconselhar · Ajudar

Fonte: Elaboração própria

O Programa-tipo de atuação para a cessação tabágica apresenta cinco passos fundamentais para a realização desta intervenção breve e muito breve (ver Quadro 3)

Quadro 3 - Passos das Intervenções Breves (5 Ás)

1.º A (A)bordar hábitos:	Abordar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação no processo clínico, relativamente às seguintes perguntas: • Fuma? • Já fumou? • Se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos de um ano? • e se fuma, quantos cigarros fuma por dia?
2.º A (A)conselhar a parar:	Aconselhar todos os fumadores a parar de modo claro, firme e personalizado: • É importante parar de fumar e eu posso ajudá-lo. • Deixar de fumar é a decisão mais importante que pode tomar pela sua saúde. Informar sobre os riscos que aquele fumador naquela circunstância corre se continuar a fumar e os benefícios pessoais em parar. Perante um fumador que quer deixar de fumar, deve prosseguir-se a abordagem na mesma consulta ou em novo encontro, avançando para os três passos restantes.
3.º A (A)valiar a motivação	Nesta etapa deve avaliar-se se há ou não interesse em parar no mês ou nos seis meses seguintes. A motivação para parar é um aspeto crucial no processo de cessação tabágica. No caso de estarmos perante um fumador motivado a parar de fumar nos trinta dias seguintes, deve-se continuar a intervenção através dos passos seguintes: “ajudar” e “acompanhar».
4.º A (A)judar na tentativa	Para aqueles que estão preparados para abandonar o tabaco, é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar - o dia D, que corresponde ao dia igual a zero cigarros. É desejável fornecer informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas. Pode ser dado um folheto informativo de autoajuda. Exemplos de informação prática - comunicar à família e aos amigos pedindo compreensão e apoio, prever as dificuldades, discutir os sintomas de privação, remover produtos de tabaco antes de parar, etc. Se indicado, pode prescrever-se terapêutica farmacológica.
5.º A (A)companhar:	Programar o seguimento após o dia D, mediante marcação de consulta ou contacto telefónico, em função das necessidades. É de particular relevância envolver o cônjuge ou companheiro no apoio ao fumador em processo de cessação tabágica”.

Fonte: Adaptado de Nunes et al (2008, p 30-31).

Nos casos em que os fumadores estão pouco motivados ou que ainda não dedicaram tempo à reflexão para a tomada de decisão, todos os profissionais de saúde na presença do fumador, devem efetuar uma abordagem sistematizada e estruturada de acordo com os “5 Rs” (ver Quadro 4).

Quadro 4 - Abordagem motivacional sistematizada (5 Rs)

1.º R (R)elevância	Dos benefícios: encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.
2.º R (R)iscos em continuar:	Pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.

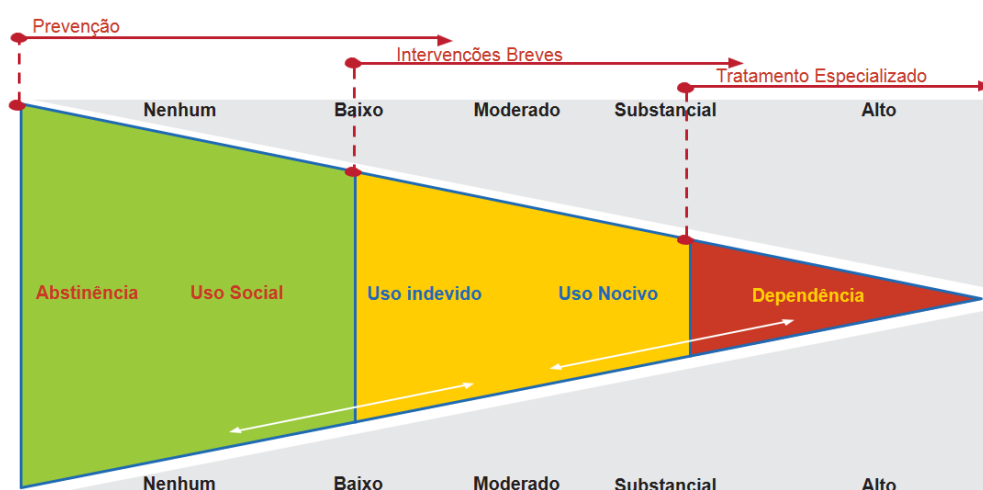
Quadro 4 (cont.) - Abordagem motivacional sistematizada (5 Rs)

3.º R R)ecompensas:	Pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.
4.º R R)esistências:	Solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.
5.º R R)epetição:	A intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento aos momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave que ponha a vida em perigo, ou um diagnóstico de gravidez.

Fonte: Adaptado de Nunes et al 2008, p 31.

As intervenções breves e muito breves devem ser realizadas nos consumos baixos, moderados ou substanciais de tabaco (ver Figura 1).

Figura 1 - Intervenções recomendadas de acordo com o tipo de consumo



Fonte: Adaptado de Filho (2008, p. 38).

No Quadro 5 é apresentada a menor ou maior probabilidade de acordo com os vários fatores que contribuem para o sucesso ou insucesso da cessação tabágica, que devem ser tidos em conta na abordagem do cliente que pretende terminar o consumo de tabaco.

Quadro 5 - Fatores determinantes

Fator	Maior probabilidade	Menor probabilidade
Género	Masculino	Feminino
Nível educacional	Nível de instrução superior	Menores habilitações
Quantidade de tabaco fumado/nível de dependência	Fumadores com baixa dependência	Fumadores com elevada dependência
Tentativa anterior	Existência de tentativas de cessação anteriores	Inexistência de tentativas de cessação anteriores
Saúde mental	-	Fumadores com depressão
Antecedentes familiares	-	Familiares diretos grandes fumadores
Recaídas	-	Se ocorrerem nas duas semanas após o Dia "D"

Fonte: Adaptado do Programa-tipo de atuação para a Cessação Tabágica (Nunes et al, 2008)

2. PROJETO: DEIXAR DE FUMAR... COM AJUDA É MAIS FÁCIL!

De acordo com a Lei n.º 63/2017, de 03 de agosto, no âmbito da proteção aos trabalhadores compete aos serviços de saúde ocupacional implementar “ações e programas de prevenção e controlo tabágico, disponibilizando informação concreta sobre as consequências do consumo de tabaco (...) e devem apoiar ou referenciar os trabalhadores que pretendam iniciar o tratamento de cessação tabágica para o médico de família ou para as consultas de cessação tabágica” (art.º 20, n.º 1).

No decorrer do estudo realizado para o diagnóstico de situação, 35,1% dos participantes referiram consumos tabágicos no último ano. Destes 45,0% fumam entre 1 a 10 cigarros por dia e 35% fumam mais de 10 cigarros por dia. Da apresentação dos resultados à população, da triagem efetuada dos problemas de saúde e da hierarquização das prioridades emergiu o abuso de tabaco como um dos diagnósticos de enfermagem prioritários para intervenção comunitária.

Neste sentido, surge o presente projeto de promoção da saúde para a cessação tabágica “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!”, sendo além da necessidade identificada no diagnóstico da situação, um dos projetos do SSO que se pretendia dinamizar.

O presente projeto foi aprovado na reunião de 21 de dezembro de 2017 do SSO e será utilizado como piloto para o acompanhamento, não só dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, mas para todos os clientes do SSO.

Inicialmente previsto para ser implementado aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, foi alargado a todos os clientes com hábitos tabágicos, registados no SSO (n=47, onde se incluem os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com hábitos tabágicos), no âmbito das intervenções oportunistas. No arranque do projeto piloto, todos os participantes foram abordados no SSO ou contactados telefonicamente. Foram realizadas entrevistas motivacionais e aplicadas intervenções breves e muito breves.

2.1. Âmbito

Sendo o consumo de tabaco um problema de saúde prioritário surge como fator preponderante no aparecimento de múltiplas doenças de gravidade elevada. Pretende-se com este projeto reduzir a prevalência do consumo do tabaco (diário ou ocasional).

2.2. População Alvo

Os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que refiram consumos diários ou ocasionais e que se sintam motivados a participar no programa, bem como, os restantes clientes do SSO.

Apresenta-se de seguida o guião para o projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” (ver Quadro 6).

Quadro 6 - Guião do projeto: Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!

Objetivo geral	Reduzir ou eliminar o consumo do tabaco até ao final da intervenção comunitária, entre os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.
Objetivos Específicos	- Identificar e registar os hábitos tabágicos dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. - Incentivar a cessação tabágica, nos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com hábitos tabágicos. - Apoiar os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com hábitos tabágicos, que pretendem eliminar ou reduzir o consumo de tabaco. - Aumentar as tentativas para parar de fumar.
Metas	- Avaliar e registar os hábitos tabágicos a 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. - Proporcionar a 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que pretendem eliminar ou reduzir o consumo de tabaco, intervenções breves ou muito breves para a cessação tabágica. - Conseguir no decorrer da intervenção comunitária, que 50% dos fumadores registados nos ficheiros do SSO (incluindo os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia) recebam uma intervenção breve ou muito breve. - Conseguir no decorrer da intervenção comunitária, que 20% dos fumadores que recebam intervenções breves ou muito breves, iniciem uma tentativa para parar de fumar. - Conseguir no decorrer da intervenção comunitária, que 20% dos fumadores que iniciaram uma tentativa para parar de fumar; permaneçam sem consumo tabágico aos 7 dias. - Conseguir no decorrer da intervenção comunitária, que 15% dos fumadores que iniciaram uma tentativa para parar de fumar; permaneçam sem consumo tabágico aos 15 dias. - Conseguir no decorrer da intervenção comunitária, que 10% dos fumadores que iniciaram uma tentativa para parar de fumar; permaneçam sem consumo tabágico aos 30 dias.
Estratégia	- Identificar em todos os clientes do SSO os hábitos tabágicos. - Documentar os hábitos tabágicos na aplicação informática do SSO e no Excel. - Sensibilização para a importância da eliminação do consumo tabágico. - Aos fumadores proporcionar intervenções breves ou muito breves e entrevista motivacional aos que não se encontram motivados para a cessação tabágica. - Identificar clientes que necessitam de terapêutica substitutiva de nicotina e referenciar para o médico do trabalho designado. - Identificar e referenciar os clientes que necessitem de apoio intensivo para a cessação tabágica. - Promover a acessibilidade de todos os clientes fumadores ao projeto "Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!".
Impacto	Espera-se aumentar o número de ex-fumadores.
Programação	Decorrerá durante os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018.
Recursos Humanos	- Enfermeiras do SSO. - Médico do trabalho. - Estudante do Mestrado.
Procedimento	De forma oportunista em todos os clientes do SSO identificar os hábitos tabágicos.
Local	Sala de trabalho e Gabinete de enfermagem do SSO.
Orçamento	(Tempo despendido) 10 minutos para as intervenções breves e 2 a 5 para as intervenções muito breves. - Podemos considerar as despesas para a implementação deste projeto como desprezíveis, já que para o mesmo foram realizados dois cursos online (sobre cessação tabágica e intervenções breves e muito breves). - Custos decorrentes da ligação à internet. - Custos decorrentes da impressão dos documentos. - Todo o material necessário para o projeto está já disponível no SSO, não existindo necessidade de aquisição de novo material ou equipamento. - Os recursos humanos serão os existentes no SSO, não sendo necessário novas contratações. - A formação será assegurada pelo autor do projeto, no decorrer dos casos piloto, acompanhados no mês de janeiro de 2018.

Quadro 6 (cont.) - Guião do projeto: Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!

Atividades/ Intervenções	- Avaliar de forma oportunista, todos os trabalhadores de saúde em relação aos seus hábitos tabágicos. - Avaliar o grau de motivação e o grau de dependência para a cessação tabágica, através da avaliação dos estádios de mudança comportamental (Apêndice I) e do teste de Fagerström adaptado (Apêndice II), respetivamente. - Aconselhar acerca do uso do tabaco através de uma intervenção breve (abordar, aconselhar, avaliar, ajudar/referenciar, acompanhar) ou muito breve (abordar, aconselhar, ajudar/referenciar). - Registar os hábitos tabágicos e os alertas no programa informático do SSO. - Registar e acompanhar os fumadores e ex-fumadores na aplicação informática desenvolvida para o acompanhamento das intervenções breves e muito breves aos fumadores e ex-fumadores.
Avaliação	1. Percentagem de intervenções breves ou muito breves (IB) aplicadas aos fumadores inscritos
	$\frac{\text{n.º de fumadores inscritos que receberam IB}}{\text{n.º de total fumadores inscritos}} \times 100$
	2. Percentagem de fumadores que receberam IB com avaliação do grau de dependência e estágio de motivação
	$\frac{\text{n.º de fumadores inscritos com avaliação do grau de dependência e estágio de motivação}}{\text{n.º de total fumadores que receberam IB}} \times 100$
	3. Percentagem de fumadores que receberam IB que recusaram parar de fumar (pré-contemplação e contemplação)
	$\frac{\text{n.º de fumadores inscritos que receberam IB recusaram parar de fumar}}{\text{n.º de total fumadores que receberam IB}} \times 100$
	4. Percentagem de fumadores que receberam IB que definiram o Dia "D" (Preparação)
	$\frac{\text{n.º fumadores que receberam IB e que definiram o Dia "D"}}{\text{n.º de total fumadores que receberam IB}} \times 100$
	5. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" (Ação)
	$\frac{\text{n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia "D"}}{\text{n.º de fumadores que receberam IB e que definiram o Dia "D"}} \times 100$
	6. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" + 7
	$\frac{\text{n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" + 7}}{\text{n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia "D"}} \times 100$
	7. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" + 7
	$\frac{\text{n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" + 7}}{\text{n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia "D"}} \times 100$
	8. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" + 30
	$\frac{\text{n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" + 30}}{\text{n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia "D"}} \times 100$
	9. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" e recaíram aos 30 dias
	$\frac{\text{n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia "D" e recaíram aos 30 dias}}{\text{n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia "D"}} \times 100$

Os indicadores de seguimento/follow-up (ver Quadro 7) serão indicadores para a continuidade do projeto pelo SSO, já que o horizonte temporal do estágio não permite efetuar esta avaliação.

Quadro 7 – Indicadores de *follow-up*

Avaliação	Percentagem de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 60 dias	
	n.º de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 60 dias	X 100
	n.º de total fumadores inscritos	
	Percentagem de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 90 dias	
	n.º de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 90 dias	X 100
	n.º de total fumadores inscritos	
	Percentagem de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 180 dias	
	n.º de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 180 dias	X 100
	n.º de total fumadores inscritos	
	Percentagem de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 1 ano	
	n.º de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 1 ano	X 100
	n.º de total fumadores inscritos	
	Percentagem de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 2 anos	
	n.º de fumadores inscritos abstinentes ao Dia “D” + 2 anos	X 100
	n.º de total fumadores inscritos	

2.3. Procedimento para as atividades a desenvolver

Sendo uma intervenção oportunista, todos os contactos realizados no SSO são questionados sobre o consumo de tabaco, sendo este registado na aplicação informática do serviço. Nem todos os profissionais se sentem habilitados para realizar as intervenções breves, tendo sido designado um médico do trabalho e uma enfermeira do serviço para o acompanhamento mais dedicado a esta problemática, existindo a possibilidade de referência interna do SSO para estes profissionais.

Apresenta-se de uma forma reduzida o procedimento para a intervenção breve e muito breve do SSO (ver Quadro 8).

Quadro 8 - Procedimento para as atividades a desenvolver

Procedimento/ Atividades		Breve descrição	Principais tarefas
1	(A)border identificando e registando os hábitos tabágicos.	Perguntar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação sobre os hábitos tabágicos: - Questionar de forma clara e objetiva: “Fuma?” “Se fuma, quantos cigarros fuma por dia”. - Questionar igualmente se: “Já fumou” “Se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos de um ano”. - Registar alertas no H2ST (Fumador e Ex-fumador)* - Registar os fumadores na aplicação informática desenvolvida para o acompanhamento das intervenções breves e muito breves (Separador “Lista de Profissionais”.	Todos os trabalhadores de saúde devem possuir o registo dos seus hábitos tabágicos. É importante alertar e prevenir para as recaídas, os ex-fumadores. Identificar e acompanhar os sujeitos.

Quadro 8 (cont.) - Procedimento para as atividades a desenvolver

Procedimento/Atividades		Breve descrição	Principais tarefas
2	(A)conselhar a parar	Aconselhar todos os fumadores a deixar de fumar sendo: a. Claro: "É importante deixar de fumar e eu posso ajuda-lo." b. Firme: "Deixar de fumar é a decisão mais importante que pode tomar pela sua saúde." c. Personalizado: informar sobre riscos e benefícios concretos.	Nos fumadores, que querem deixar de fumar, deve prosseguir-se com a intervenção breve (até 10 minutos). Nos que não querem deixar de fumar ou estão ambivalentes deve prosseguir-se com a intervenção muito breve (2 a 3 minutos).
3	(A)valiar o estágio motivacional e o grau de dependência	Avaliar se há ou não interesse em parar no mês ou nos seis meses seguintes. a. O grau de dependência e a motivação são essenciais para o processo de cessação tabágica:	Avaliar o grau de dependência e o estágio motivacional (Apêndice I e Apêndice II).
		i. Se estiver interessado em deixar de fumar nos próximos seis meses agendar nova intervenção para o próximo exame periódico. **	Registar os dados na aplicação informática: Separador "Pré-contemplação & Contemplação"
		ii. Se estiver interessado em deixar de fumar nos próximos 30 dias continuar a intervenção.	Registar os dados na aplicação informática: Separador "Preparação"
4	(A)judar na tentativa	Se aplicável, rever as tentativas anteriores para deixar de fumar: a. Definir uma data para deixar de fumar: o Dia "D" e registar na aplicação informática, separador "Ação" b. Identificar a preparação necessária (discutir sintomas de privação, remover produtos de tabaco, analisar estratégias), com o fumador.	Avaliar fatores que facilitam o consumo. Avaliar as razões para o abandono do consumo. Fornecer folheto informativo. Definir o Dia "D" com o fumador". Negociar o plano de acompanhamento personalizado Registar os dados na aplicação informática: Separador "Ação".
5	(A)companhar	Envolver se possível a família ou pessoas significativas no processo: a. Programar o seguimento para o "Dia D" (consulta ou contacto telefónico). b. Programar o acompanhamento após o Dia "D". c. Encaminhar, se necessário, os fumadores muito dependentes, para intervenção intensiva (Consulta com médico de MT para eventual apoio farmacológico)***. d. Dia "D" + 7 dias e. Dia "D" + 15 dias f. Dia "D" + 30 dias g. Dia "D" + 60 dias h. Dia "D" + 90 dias i. Dia "D" + 180 dias j. Dia "D" + 365 dias k. Dia "D" + 730 dias	Confirmar a cessação tabágica e felicitar pelo sucesso. Em caso de consumo, rever as circunstâncias e incentivar novo Dia "D". Avaliar sintomas de privação. Incentivar estilos de vida saudáveis. Reavaliar os apoios sociais e familiares. Encorajar o contacto com a equipa em caso de dúvidas/problemas. Registar os dados na aplicação informática: Separador "Manutenção".

Fonte: Adaptado do Programa-tipo de atuação para a Cessação Tabágica (Nunes et al, 2008).

* H2ST – Programa de registos do SSO.

** Por decisão da equipa do SSO, efetuou-se uma alteração ao planeamento dos agendamentos proposto por Nunes et al (2008) passando a ser realizado no exame periódico seguinte.

*** Por decisão da equipa do SSO, efetuou-se uma alteração ao planeamento da referenciação para a consulta de cessação tabágica proposto por Nunes et al (2008), procedendo-se ao encaminhamento interno.

3. AVALIAÇÃO

Apresentam-se de seguida os resultados alcançados no final da intervenção comunitária no âmbito do projeto “Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!” (ver Quadro 9).

Quadro 9 – Avaliação

Objetivos específicos	Metas <i>Deixar de fumar... com ajuda é mais fácil!</i>	Avaliação
Diminuir ou eliminar o consumo do tabaco entre os trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia, através da entrevista motivacional centrada no modelo transteórico de mudança e nas intervenções breves e muito breves.	Identificar os hábitos tabágicos a 100% dos trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia	✓
	Proporcionar no mínimo a 20% dos trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia recebam intervenções breves (IB) ou muito breves para a cessação tabágica.	✓
	Proporcionar no mínimo a 20% dos profissionais inscritos como fumadores no SSO intervenções breves ou muito breves para a cessação tabágica	✓
1. Percentagem de intervenções breves ou muito breves (IB) aplicadas aos fumadores inscritos		
n.º de fumadores inscritos que receberam IB		20
n.º de total fumadores inscritos		47
X 100		X 100
		42,6%
2. Percentagem de fumadores que receberam IB com avaliação do grau de dependência e estágio de motivação		
n.º de fumadores inscritos com avaliação do grau de dependência e estágio de motivação		20
n.º de total fumadores que receberam IB		20
X 100		X 100
		100%
3. Percentagem de fumadores que receberam IB que recusaram parar de fumar (pré-contemplação e contemplação)		
n.º de fumadores inscritos que receberam IB recusaram parar de fumar		8
n.º de total fumadores que receberam IB		20
X 100		X 100
		40,0%
4. Percentagem de fumadores que receberam IB que definiram o Dia “D” (Preparação)		
n.º fumadores que receberam IB e que definiram o Dia “D”		12
n.º de total fumadores que receberam IB		20
X 100		X 100
		60,0%
5. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” (Ação)		
n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia “D”		4
n.º de fumadores que receberam IB e que definiram o Dia “D”		12
X 100		X 100
		0,0%
6. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” + 7		
n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” + 7		3
n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia “D”		4
X 100		X 100
		75,0%
7. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” + 15		
n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” + 15		2
n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia “D”		4
X 100		X 100
		50,0%
8. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” + 30		
n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” + 30		2
n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia “D”		4
X 100		X 100
		50,0%
9. Percentagem de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” e recaíram aos 30 dias		
n.º de fumadores que receberam IB que se encontravam sem fumar no Dia “D” e recaíram aos 30 dias		1
n.º de fumadores que receberam IB e que se encontravam sem fumar no Dia “D”		4
X 100		X 100
		25,0%

BIBLIOGRAFIA

- Despacho n.º 8811/2015 de 10 de agosto. Diário da República, II Série (154). Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
- Direção-Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-pdf.aspx>
- Filho, H. (2008). Tabagismo: Estratégias de ajuda para mudar o comportamento. O que deve saber e fazer o médico de família? *Revista Fatores de Risco*, (8). p. 30-41
- Lei n.º 63/2017 de 03 de agosto. Diário da República. I Série (149). Lisboa: Assembleia da República
- National Center for Smoking Cessation and Training (2014). Very Brief Advice training module. A short training module on how to deliver Very Brief Advice on Smoking. Disponível em http://www.ncsct.co.uk/publication_very-brief-advice.php
- Nunes, E.; Candeias, A.; Mendes, B.; Pardal, C.; Fonseca, J.; Oliveira, L.; ...Vinagre, S. (2008). *Cessação tabágica. Programa-tipo de atuação*. Lisboa: Gradiva.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE © Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [ICNP® - Version 2 - INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Registered Nurses' Association of Ontario (2017). *Clinical Best Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice*. Best Practice Guidelines. Disponível em <http://rnao.ca/>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Avaliação dos estádios de mudança comportamental

Avaliação dos estádios de mudança comportamental

Questões	Respostas
1) No último ano, quantas vezes deixou de fumar durante pelo menos mais de 24 horas?	☐ Nenhuma ☐ Uma ou mais vezes
2) Atualmente fuma e tem a intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias.	☐ Sim ☐ Não
3) Atualmente fuma e tem a intenção de deixar de fumar nos próximos 6 meses.	☐ Sim ☐ Não
4) Atualmente fuma, mas não tem a intenção de deixar de fumar nos próximos 6 meses.	☐ Sim ☐ Não
Nota: Deve ser identificado com o fumador o respetivo estágio no processo de mudança comportamental	
Avaliação dos estádios de mudança comportamental Preparação: Resposta afirmativa à pergunta 2 e resposta “uma ou mais vezes” à pergunta 1 Contemplação: Resposta afirmativa à pergunta 3 Pré-contemplação: Resposta afirmativa à pergunta 4	

Fonte: Adaptado de Prochaska e DiClemente, por Nunes et al (2008)

APÊNDICE II - Teste de Fagerström adaptado

Teste de Fagerström adaptado

Perguntas		
Após acordar, quando é que fuma o 1º cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	☐ 3
	Após 6 - 30 minutos	☐ 2
	Após 31 - 60 minutos	☐ 1
	Após > 60 minutos	☐ 0
É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	Sim	☐ 1
	Não	☐ 0
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	O primeiro da manhã	☐ 1
	outros	☐ 0
Quantos cigarros fuma por dia?	< = 10	☐ 0
	11 - 20	☐ 1
	21 - 30	☐ 2
	> 31	☐ 3
Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	Sim	☐ 1
	Não	☐ 0
Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	Sim	☐ 1
	Não	☐ 0
Total (0 a 10)		
• A pontuação máxima é de 10. • Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. • Os fumadores que obtenham uma pontuação inferior a 6, podem considerar-se pouco dependentes.		

Fonte: Adaptado de Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction. 1991;86(9):1119-1127, referenciado por Nunes et al (2008)

APÊNDICE XI - Projeto: promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis

ÍNDICE DO PROJETO: PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA AMBIENTES DE TRABALHO + SAUDÁVEIS

INTRODUÇÃO.....	2
1. VIGILÂNCIA DE SAÚDE	3
1.1. Exame periódico	4
1.2. Vacinação	6
1.2.1. Vacina contra a Poliomielite (VIP)	6
1.2.2. Vacina contra a gripe.....	7
2. PROJETO: PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA AMBIENTES DE TRABALHO + SAUDÁVEIS	8
2.1. Âmbito.....	8
2.2. População alvo	8
2.3. Guião do projeto: Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis	8
2.4. Procedimento para as atividades a desenvolver.....	11
3. AVALIAÇÃO	12
BIBLIOGRAFIA.....	13

FIGURAS

Figura 1 - Guião da consulta de enfermagem para o exame periódico	4
---	---

QUADROS

Quadro 1 - Exemplos de fatores de risco	3
Quadro 2 - Temáticas abordadas em Promoção da Saúde.....	5
Quadro 3 - Quadro resumo (vacina VIP)	7
Quadro 4 - Quadro resumo (vacinação da gripe).....	7
Quadro 5 - Guião do projeto	9
Quadro 6 - Procedimento para as atividades a desenvolver	11
Quadro 7 – Indicadores e avaliação.....	12

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e para consubstanciar o relatório de estágio subordinado à promoção de estilos de vida saudáveis nos trabalhadores de saúde num Serviço de Nefrologia surge o presente projeto: “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis”, decorrente do diagnóstico da situação e da definição de prioridades, no âmbito do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - 2º Ciclo 2013/2017 a vigilância da saúde, que faz parte do seu objetivo específico 1, engloba a promoção “ativa e continua vigilância da saúde dos trabalhadores com vista à prevenção dos riscos profissionais” e “possibilita a avaliação do estado de saúde, a deteção precoce de sinais e sintomas de doença e a sua relação com a exposição profissional do trabalhador” (DGS, 2013, p. 24).

De acordo com o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro) a vigilância da saúde requer por parte do enfermeiro um conjunto de procedimentos que lhe possibilite efetuar o acompanhamento periódico de saúde dos trabalhadores, identificando problemas de saúde e do contexto de trabalho em que estes se inserem, sendo realizada (após admissão) de forma periódica baseando-se na idade, sendo, “anuais para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores” (Lei n.º 102/2009, art.º 108º, n.º 3, alínea b)), podendo ser ajustado de acordo com a situação de saúde do trabalhador ou do contexto laboral em que este se insere (Lei n.º 102/2009, art.º 108º, n.º 4).

A vigilância da saúde contempla igualmente a proteção dos trabalhadores, em particular naquela que pode ser obtida pela imunização para as doenças evitáveis pela vacinação, sendo da responsabilidade do SSO, promover campanhas de vacinação, de acordo com o agente biológico a que os trabalhadores podem estar expostos, devendo “informar sobre as vantagens da prevenção do risco profissional pela vacinação” (DGS, 2013, p. 25) para os trabalhadores de saúde.

Ao longo deste trabalho será efetuado no primeiro capítulo a fundamentação teórica para a vigilância da saúde (exames periódicos e vacinação), apresentando-se no segundo capítulo o projeto “Promoção de saúde para ambientes de trabalho + saudáveis”, terminando-se com a apresentação dos resultados obtidos.

1. VIGILÂNCIA DA SAÚDE

A vigilância da saúde dos trabalhadores reveste-se de capital importância já que permite, de uma forma sistematizada e continuada no tempo, acompanhar:

- A evolução do estado de saúde do trabalhador (nos diferentes contextos laborais que o trabalhador experiencia).
- Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.
- O estado vacinal do trabalhador.

A vigilância da saúde dos trabalhadores deve assentar numa intervenção integrada e multidisciplinar, no cumprimento legal e normativo, vocacionada para os contextos laborais que conduza ao “aumento da satisfação, melhoria da qualidade de vida e motivação dos profissionais” (Rodrigues et al, 2017, p. 1).

O SSO promove a realização de exames de saúde (de admissão, periódicos ou ocasionais) a todos os trabalhadores, “adequados a comprovar, avaliar e atestar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade” (Rodrigues et al, 2017, p. 2).

O SSO deve efetuar a identificação dos “fatores de risco profissional a que um dado trabalhador se encontra exposto, bem como em função da repercussão destes fatores na saúde do trabalhador” (DGS, 2014b, p. 27) e atuar no combate aos mesmos “de modo a assegurar condições de trabalho que evitem efeitos adversos na saúde dos trabalhadores (...) privilegiando o controlo de riscos no local de trabalho, sempre que possível na origem, até níveis considerados aceitáveis” (DGS, 2016, p. 20).

Os fatores de risco a que os trabalhadores podem estar sujeitos são de natureza diversa (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Exemplos de fatores de risco

Fatores e risco	Exemplos
De natureza física	Radiações ionizantes e não-ionizantes, ruído, temperatura e eletricidade.
De natureza ergo-mecânica	Mobilização de cargas, movimentos repetitivos, trabalho com computador, ortostatismo estático prolongado e postural.
De natureza química	Uso de luvas, utilização de detergentes/desinfetantes, ortoftalaldeído, exposição a gases anestésicos, formaldeído, fármacos citotóxicos e outras substâncias químicas (diluantes, solventes).
De natureza biológica	Doenças infecciosas relacionadas com a atividade profissional, comum a todos os profissionais de saúde.
De natureza psicossocial	O trabalho por turnos/noturno, as relações interpessoais, a violência, o stress, a sobrecarga horária, a insuficiência de recursos e o contacto direto com o sofrimento e a morte.

Fonte: Adaptado de Rodrigues et al, 2017

No âmbito deste projeto, apenas irão ser contemplados os exames periódicos de saúde e a vacinação. Salientamos como aspeto muito positivo a utilização de uma aplicação informática comum a toda a equipa do SSO, com níveis de acesso de acordo com as respetivas funções, para os registos relativos ao trabalhador garantindo a confidencialidade da informação clínica.

a caracterização das atividades de lazer e ocupação de tempos livres (*hobbies*). São caracterizados os acidentes de trabalho, que tenham ocorrido e identificados os hábitos com impacto nos estilos de vida dos trabalhadores.

A consulta de enfermagem revela-se um momento privilegiado para a educação para a saúde individualizada, ao promover junto do trabalhador a adoção de estilos de vida saudáveis, designadamente sobre os seus hábitos alimentares, o controlo de peso e o combate ao sedentarismo através da prática de exercício físico. É no decorrer desta que são identificados os trabalhadores que se sentem motivados para integrar os projetos internos do SSO, desenvolvidos no âmbito das suas atividades regulares, como sejam, os projetos relativos à alimentação saudável, o controlo de peso, a prática de exercício físico, a monitorização e registo da pressão arterial e de cessação tabágica (como o que faz parte integrante deste relatório de estágio).

O PNSOC refere que “a promoção da saúde deve ser mais estimulada no local de trabalho” tendo no seu objetivo específico n.º 4 definido a necessidade de “dinamizar a promoção da saúde no local de trabalho” bem como “fomentar práticas de trabalho e estilos de vida saudáveis” (DGS, 2016, p. 33), reconhecendo como as iniciativas mais frequentemente abordadas, as que se apresentam no Quadro 2.

Quadro 2 - Temáticas abordadas em Promoção da Saúde

Temáticas abordadas	%
Promoção de exercício físico	21,9%
Promoção de alimentação saudável	21,7%
Prevenção do alcoolismo	13,1%
Sensibilização e informação a fumadores	10,8%
Prevenção e controlo de riscos psicossociais	7,8%
Prevenção da toxicodependência	6,0%
Promover a cessação tabágica	1,3%
Sensibilização a trabalhadores jovens	0,1%
Outros temas	17,2%

Fonte: Adaptado de PNSOC, (2016, p. 16)

No decorrer da consulta de enfermagem, podem ser identificados e referenciados para o médico do trabalho, os trabalhadores que necessitem de encaminhamento e acompanhamento de outras especialidades clínicas, nomeadamente, psiquiatria ocupacional, infeciologia, oftalmologia, nutrição e dietética, serviço social, entre outras especialidades.

Na consulta de enfermagem é realizada a avaliação do risco individual relativo à suscetibilidade a agentes biológicos decorrentes da atividade profissional do trabalhador, que possam ser prevenidos pela vacinação, bem como, é assegurado o cumprimento do esquema vacinal recomendado de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2017 (DGS, 2016), sensibilizando os profissionais para a importância da vacinação de acordo com o risco a que este se encontra exposto.

Como o estágio decorreu no período da campanha de vacinação da gripe 2017/2018, foi efetuada a sensibilização aos profissionais de saúde para a necessidade de efetuarem a vacina contra a gripe sazonal.

1.2. Vacinação

A exposição a agentes biológicos é um risco comum a que os trabalhadores de saúde estão expostos no decorrer das suas atividades profissionais, sendo algumas das doenças provocadas por esses agentes, passíveis de prevenção através da vacinação.

Com a vacinação pretende-se conferir imunização para as doenças evitáveis pela vacinação, protegendo os trabalhadores de saúde, sem imunidade, relativamente aos agentes biológicos a que podem estar expostos no seu contexto profissional, mantendo o esquema de vacinação recomendado e atualizado de acordo com o PNV. As vacinas “necessárias para a proteção de profissionais de saúde contra riscos biológicos, efetuam-se no âmbito dos Serviços de Saúde Ocupacional” (DGS, 2016, p. 51), sendo assegurado pelo SSO, em que decorreu o contexto da intervenção comunitária, a vacinação gratuita aos trabalhadores de saúde, para as vacinas:

- Sarampo.
- Papeira.
- Rubéola.
- Varicela.
- Tétano.
- Hepatite B.
- Vacina inativada contra a poliomielite.
- Gripe sazonal.

O PNV refere que os profissionais de saúde devem possuir o seu esquema vacinal atualizado, com particular destaque para a vacinação com:

- Vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR).
- Vacina contra Poliomielite (VIP).
- Vacina contra hepatite B (VHB).

Em conjunto com a enfermeira orientadora da prática clínica e atendendo ao período em que este decorreu, em plena campanha de vacinação contra a gripe iniciada a 6 de outubro de 2017 e a recomendação de vacinação para a poliomielite, foi decidido intervir na promoção da vacinação e na educação individualizada para melhorar a cobertura vacinal das vacinas da gripe e da poliomielite.

1.2.1. Vacina contra a Poliomielite (VIP)

A Norma n.º 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017, relativa ao Novo Programa Nacional de Vacinação para 2017, recomenda a vacinação dos profissionais de saúde com a vacina contra a poliomielite

pelo risco potencial de contacto com casos importados e pessoas infetadas em período de contágio (...) atendendo a que ainda existem áreas de risco para a poliomielite (com casos ou transmissão ativa de vírus selvagem ou vírus derivado da vacina, registados nos últimos 12 meses) justifica-se a vacinação dos profissionais de saúde, pois o risco de importação de vírus é real e a sua circulação pode não ser detetada (>90% dos casos são assintomáticos ou têm sintomatologia ligeira). (PNV, 2016, p. 52)

O Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite recomenda a vacinação dos profissionais de saúde com a vacina contra a poliomielite “que prestam cuidados a pessoas potencialmente excretoras do vírus pelas fezes e pela saliva, nomeadamente as provenientes de países de risco” (DGS, 2014a, p. 16) (ver Quadro 3).

Quadro 3 - Quadro resumo (vacina VIP)

Vacina	Estado vacinal	Número de doses recomendadas
VIP	< 3 doses	Completar o esquema de 3 doses: - Esquema recomendado: 0, 1, 7-13 meses. - Esquema acelerado: 0, 1 e 2 meses. Intervalo mínimo entre as doses: 4 semanas entre as primeiras doses. 6 semanas entre a penúltima e a última.
	Com esquema vacinal completo	1 dose: (reforço único, válido para toda a vida). (≥ 10 anos, após a última dose).
	* Recomenda-se, nestes casos, um reforço pelo menos 6 a 12 meses depois da 3ª dose, para completar o esquema.	

Fonte: Adaptado de DGS (2014a), DGS (2016) e Temudo et al (s.d) & DGS (2017).

1.2.2. Vacina contra a gripe

A orientação nº 18/2017, de 26/09/2017 da Direção-Geral da Saúde, sobre a vacinação contra a gripe, época 2017/2018, refere ser “fortemente recomendada” a vacinação contra a gripe para os profissionais de saúde, enquanto grupo alvo prioritário, para a proteção da sua saúde e como forma de prevenir a transmissão a doentes com risco acrescido de desenvolver complicações pós infeção gripal. A vacinação contra a gripe pode ser administrada durante todo o outono/inverno, preferencialmente, até ao fim do ano (ver Quadro 4).

Quadro 4 - Quadro resumo (vacinação da gripe)

Vacina	Estado vacinal	Número de doses recomendadas
Gripe sazonal	Adere à vacinação	- Pode ser vacinado durante todo o outono/inverno. - Deve ser vacinado preferencialmente até ao fim do ano.
	Recusa vacinação	- Esclarecer sobre benefícios/riscos de vacinação. - Registar na aplicação informática do SSO a recusa do trabalhador.

Fonte: Adaptado de DGS (2016); Temudo et al (s.d.)

2. PROJETO: PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA AMBIENTES DE TRABALHO + SAUDÁVEIS

Decorrente do estudo dos domínios dos comportamentos de saúde dos Estilos de Vida Fantástico de Silva, Brito & Amado (2014) e da consulta dos registos do SSO para a vigilância da saúde (exames periódicos e vacinação) o projeto aqui apresentado pretende dar resposta ao diagnóstico de enfermagem “manutenção da saúde comprometida”.

Para a vigilância da saúde apenas 52% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia possuíam a vigilância da saúde (exames periódicos) atualizada.

O questionário inicial e no que concerne à vacinação, 98,2% dos participantes, quando questionados, referiram possuir as vacinas recomendadas atualizadas, no entanto, quando avaliados os registos existentes na aplicação informática do SSO, tais resultados não se encontravam em consonância, por exemplo, em relação à vacina da poliomielite não existia nenhuma imunização realizada com a vacina inativada para a poliomielite nos profissionais de saúde do Serviço de Nefrologia.

O presente projeto foi desenvolvido de forma integrada e oportunista entre a avaliação do estado vacinal do trabalhador e a vigilância da saúde (em função da idade e da data do ultimo exame periódico).

2.1. Âmbito

Pretende-se com este projeto aumentar a vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia, através do acompanhamento da evolução do estado de saúde do trabalhador (nos diferentes contextos laborais que o trabalhador experiencia) e do respetivo estado vacinal.

São excluídos deste projeto o acompanhamento dos acidentes de trabalho e as doenças profissionais, que possam eventualmente afetar os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.

2.2. População alvo

Os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que não possuam a vigilância da saúde atualizada (exames periódicos em atraso) e/ou a vacinação recomendada efetuada/registada.

2.3. Guião do projeto: Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis alvo

Para facilitar a descrição do projeto, onde aplicável, é feita a separação entre as atividades dirigidas à vigilância da saúde e as atividades dirigidas à vacinação. No entanto reforçamos a informação, que este projeto foi realizado de forma conjunta e integrada, no decorrer das atividades desenvolvidas durante a intervenção comunitária (ver Quadro 5).

Quadro 5 - Guião do projeto

Objetivo geral	Aumentar o numero de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com a vigilância da saúde atualizada (exames periódicos e esquema vacinal recomendado atualizados) até ao final da intervenção comunitária.
Objetivos Específicos	Vigilância da saúde: - Identificar situação relativa à vigilância da saúde (exames periódicos em atraso) dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. - Convocar os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com a vigilância da saúde desatualizada (exames periódicos em atraso). - Realizar a vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (efetuar o agendamento e realizar a consulta de enfermagem). Vacinação: - Identificar a situação relativa à cobertura vacinal recomendada para a vacina da poliomielite e da gripe, dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. - Convocar os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com a cobertura vacinal recomendada desatualizada ou incompleta. - Realizar a vacinação recomendada dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia.
Metas	Vigilância da saúde: - Convocar 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia sem a vigilância da saúde atualizada (exames periódicos desatualizados). - Aumentar em 10% a taxa de vigilância da saúde. Vacinação: - Convocar 100% dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia sem as vacinas recomendadas. - Aumentar em 10% a atual taxa de cobertura vacinal nas vacinas recomendadas para os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (VIP e gripe).
Estratégia	Vigilância da saúde: - Convocatória para vigilância da saúde: - Avaliação da disponibilidade do trabalhador de saúde do Serviço de Nefrologia. - Agendamento através do secretariado administrativo do SSO. - Atualização dos dados relativos ao trabalhador: - Identificação e habilitações literárias. - Contexto laboral do trabalhador (pregresso e atual). - Contexto familiar. - Caracterização das atividades de lazer e ocupação de tempos livres (<i>hobbies</i>). - Se existirem, são caracterizados os acidentes de trabalho, que tenham ocorrido. - Identificação dos hábitos com impacto nos estilos de vida: - Ações de educação para a saúde individualizada. - Identificação de situações carentes de encaminhamento/acompanhamento diferenciado. - Atualização dos registos na aplicação informática do SSO. - Registo das intervenções de enfermagem executadas, na aplicação do SSO. Vacinação: - Convocatória para atualização dos registos vacinais: - No Boletim Individual de Saúde. - Na aplicação informática do SSO. - No Registo Centralizado de Vacinas. - Avaliação do estado vacinal dos trabalhadores de saúde de acordo com as suas necessidades específicas com o objetivo de prevenir as doenças evitáveis pela vacinação. - Promoção da vacinação de acordo com o esquema vacinal recomendado pelo PNV. - Reforço para as vacinas recomendadas para os profissionais de saúde em particular no âmbito da intervenção comunitária: - Vacina contra a poliomielite. - Vacina da gripe sazonal. - Informação individualizada sobre a importância das vacinas e seguimento (<i>follow-up</i>) para completar as doses em falta: - Agendamento de seguimentos para os esquemas vacinais incompletos. - Visita ao serviço para reforço da adesão à vacina da gripe sazonal. - Fornecidas recomendações sobre os efeitos adversos após administração da vacina. - Atualização dos registos vacinais no Boletim Individual de Saúde, na aplicação informática do SSO e no Registo Centralizado de Vacinas. - Registo das intervenções de enfermagem executadas, na aplicação do SSO.
Impacto	Espera-se aumentar o número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia com vigilância da saúde registada e atualizado (exames periódicos e vacinação).

Programação	Decorrerá durante os meses de outubro de 2017 e janeiro de 2018.
Recursos Humanos	- Secretariado administrativo. - Médico de trabalho. - Enfermeiras do SSO. - Estudante do mestrado. - Enfermeira de apoio à campanha de vacinação (mês de novembro para a vacina da gripe sazonal). - Outros profissionais, de acordo com as eventuais necessidades de acompanhamento/referenciação, com quem o SSO tem parcerias estabelecidas.
Procedimento	- Por convocatória aos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. - Por visita ao Serviço de Nefrologia. - Aconselhamento individualizado.
Local	Sala de trabalho e gabinete de enfermagem do SSO.
Orçamento	(Tempo despendido) cerca de 20 minutos. - Não existindo necessidade de aquisição de vacinas, novo material ou equipamento adicional (todo o material necessário já se encontrava previsto para as atividades do SSO, relacionadas com a vacinação). - Os recursos humanos serão os existentes no SSO, sendo a equipa de enfermagem reforçada com mais um elemento no mês de novembro de 2017, para visita a todos os serviços (por cedência de um outro serviço do Centro Hospitalar).
Atividades/Intervenções	- Realizar a consulta de enfermagem. - Atualizar os dados relativos ao trabalhador. - Promover comportamento de manutenção de saúde (educação para a saúde individualizada). - Se aplicável, caracterizar os acidentes de trabalho que tenham ocorrido. - Se aplicável, referenciar/encaminhar para outros profissionais. - Avaliar os registos vacinais do trabalhador. - Identificar necessidades de vacinação. - Ensinar acerca da vacinação (esclarecer sobre benefícios da vacinação e dos riscos da não vacinação). - Administrar vacina. - Efetuar registos nas aplicações utilizadas pelo SSO.
Avaliação	1. Taxa de vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia Número de exames periódicos dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (no início da intervenção) X 100 Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia
	1. Taxa de adesão à vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que realizaram a vigilância da saúde (exames periódicos) X 100 Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados
	2. Taxa de adesão à convocatória para a vacinação dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que compareceram no SSO X 100 Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados
	3. Taxa de adesão à vacinação dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia para a vacina da poliomielite Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que realizaram a vacina da poliomielite X 100 Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados
	4. Taxa de adesão à vacinação dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia para a vacina da gripe Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que realizaram a vacina da gripe X 100 Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados
	5. Taxa de vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia Número de exames periódicos dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (no final da intervenção) X 100 Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia

2.4. Procedimento para as atividades a desenvolver

Apresenta-se de uma forma reduzida o procedimento para a vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (ver Quadro 6).

Quadro 6 - Procedimento para as atividades a desenvolver

Procedimento/ Atividades		Breve descrição	Principais tarefas
1	Envolver	1. Visitação ao Serviço de Nefrologia: o Contacto com os trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia. o Explicar o objetivo da intervenção comunitária - vigilância da saúde (exames periódicos e vacinação). o Solicitar a colaboração para participar na intervenção (visita ao SSO sendo portadores do Boletim Individual de Saúde).	Solicitar autorização à enfermeira chefe do serviço para os contactos e agendamento.
		2. Agendamento da visita ao SSO (com o Boletim Individual de Saúde) para a vigilância da saúde: o Para exames periódicos (com apoio do secretariado administrativo e médico do trabalho). o Para vacinação (com apoio da enfermeira do SSO).	Agendar o dia da visita ao SSO para vigilância da saúde: • Exame periódico e/ou • Vacinação.
2	Entrevistar	3. No dia agendado, receber o trabalhador de saúde do Serviço de Nefrologia: o Agradecer a participação e disponibilidade.	Avaliar a vigilância da saúde: • Estado do exame periódico. • Estado vacinal.
		4. Se vigilância da saúde atualizada passa para o ponto 5 : o Atualização dos dados relativos ao trabalhador. o Caracterizar os acidentes de trabalho (se existirem). o Identificar hábitos com impacto nos estilos de vida. 5. Identificar necessidades de vacinação (de acordo com): o O Boletim Individual de Saúde. o A aplicação informática do SSO. o O Registo Centralizado de Vacinas.	
3	Aconselhar/ /Ensinar	6. Se vigilância da saúde atualizada passa para o ponto 7 : o Educar para a saúde de forma individualizada (de acordo com a identificação individualizada do risco). o Trabalhar em rede, identificando situações que careçam de encaminhamento/acompanhamento diferenciado.	Realizar entrevista de enfermagem (exame periódico). Administrar a vacina.
		7. Esclarecer sobre benefícios da vacinação e dos riscos da não vacinação: o Obter o consentimento para a vacinação. o Vacinar. o Alertar para possíveis efeitos secundários após administração da vacina. o Agendar próxima toma, se aplicável, até completar esquema vacinal. 8. Esclarecer dúvidas que possam subsistir.	
4	Incentivar	9. Promover a participação nas atividades do SSO de acordo com a identificação individualizada do trabalhador.	Promover a adesão.
5	Registar	10. Se vigilância da saúde atualizada passa para o ponto 11. 11. Atualização dos registos na aplicação informática do SSO: o Da vigilância da saúde (exame periódico e vacinação). o Atualização dos registos vacinais. o Registo das intervenções de enfermagem executadas.	Efetuar registos

3. AVALIAÇÃO

Apresentam-se de seguida os resultados alcançados no final da intervenção comunitária no âmbito do projeto “Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis” (ver Quadro 7).

Quadro 7 – Indicadores e avaliação

Objetivos específicos	Metas <i>Promoção da saúde para ambientes de trabalho + saudáveis</i>	Avaliação
Aumentar a percentagem de clientes com os exames periódicos e o esquema vacinal recomendado e atualizado, até ao final da intervenção comunitária.	Convocar 100% dos trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia sem o esquema vacinal recomendado completo e/ou sem os exames periódicos atualizados.	✓
	Aumentar em 10% a atual percentagem de trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia com os exames periódicos atualizados.	✓
	Aumentar em 10% a atual taxa de cobertura vacinal nas vacinas recomendadas (VIP e gripe) para os trabalhadores de saúde do serviço de nefrologia.	✓
1. Taxa de vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia		
Número de exames periódicos dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (no início da intervenção) X 100		10 X 100
Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia		21
		47,6%
2. Taxa de adesão à vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia		
Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que realizaram a vigilância da saúde (exames periódicos) X 100		7 X 100
Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados		11
		63,6%
3. Taxa de adesão à convocatória para a vacinação dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia		
Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que compareceram no SSO X 100		11 X 100
Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados		21
		52,4%
4. Taxa de adesão à vacinação dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia para a vacina da poliomielite		
Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que realizaram a vacina da poliomielite X 100		3 X 100
Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados		21
		14,2%
5. Taxa de adesão à vacinação dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia para a vacina da gripe		
Número trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia que realizaram a vacina da gripe X 100		11 X 100
Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia convocados		21
		52,4%
6. Taxa de vigilância da saúde dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia		
Número de exames periódicos dos trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia (no fim da intervenção) X 100		17 X 100
Número de trabalhadores de saúde do Serviço de Nefrologia		21
		81,0%

BIBLIOGRAFIA

- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - 2º Ciclo 2013/2017*. Lisboa: DGS. Disponível em https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_2_ciclo_programa_norma_026_2013-pdf.aspx
- Direção-Geral de Saúde (2014a). *Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172014-de-27112014-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2014b). *Manual de Procedimentos no âmbito da saúde do trabalho*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoes-tecnicas/informacao-tecnica-n-82014-manual-de-procedimentos-no-ambito-da-saude-do-trabalho-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2016) *Programa Nacional de Vacinação - 2017*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2017). *Vacinação contra a gripe. Época 2017/2018*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/09/27/vacinacao-contr-a-gripe-20172018/>
- Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro*. Diário da República: I série, (176). Lisboa: Assembleia da República. Disponível em www.dre.pt
- Rodrigues, C., Tolentino, D., Rodrigues, M., Armeiro, S., Gomes, S., Pinote, S., ... Manzano, M. (2017). Vigilância da Saúde dos Profissionais do CHLC, EPE: uma visão integrada e multidisciplinar para a promoção da Saúde e Segurança em contexto Hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on Line*, 3, p. 1-16.
- Silva, A., Brito, I. & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), p. 1901-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Temudo, G., Furtado, A.; Pereira, I.; Rocha, R.; Landeiro. I.; Raposo, M. & Sacadura-Leite, E. (2016). *Vacinar/Prevenir/Proteger no local de trabalho*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte

APÊNDICE XII - Folheto para os trabalhadores de saúde

Benefícios para a saúde associados à cessação tabágica

20 minutos depois o ritmo cardíaco baixa.	3 meses depois o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.	1 ano depois o risco de doença cardíaca coronária é metade em relação ao de um fumador.	10 anos depois o risco de cancro do pulmão é aproximadamente metade do de um fumador.
12 horas depois o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.	9 meses depois a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.	5 anos depois o risco de acidente vascular cerebral é igual ao de um não-fumador.	15 anos depois o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.

8º CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS TRABALHADORES DE SAÚDE NUM SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Deixar de fumar ... com ajuda é mais fácil



Discente: Enf. Carlos Ferreira
Docente: Prof. Fátima Moreira
Orientadora: Enf. Regina Rocha

Lisboa
2017



Escolha a frase que melhor se adequa à sua situação!

Próximo agendamento: ____/____/____ às ____ h ____



Fumo... não sinto necessidade de deixar de fumar!

- Fumar pode ser um hábito, mas está ao seu alcance mudar para que esse hábito seja controlado e substituído por outros mais saudáveis.
- Ao parar de fumar descobrirá a sensação de respirar melhor e a satisfação de recuperar a liberdade e a independência.
- A tentativa para deixar de fumar deve ser bem preparada para elevar os níveis de confiança, controlar a ansiedade e as eventuais recaídas.
- A maioria dos fumadores não consegue deixar de fumar na primeira tentativa. Cada tentativa é uma aprendizagem em direção ao objetivo: parar de fumar!
- Nunca é tarde para deixar de fumar, mesmo quando se fuma há muito tempo.
- É possível que este não seja o melhor momento para deixar de fumar. Saiba que deixar de fumar é mais fácil se procurar ajuda!



Fumo... estou a pensar deixar de fumar...!

- Os benefícios ao parar de fumar sentem-se ao fim de pouco tempo: ao fim de 20 minutos o ritmo cardíaco baixa e ao fim de 12 horas os níveis de monóxido de carbono no sangue regressam aos valores normais! Respirar, andar e subirem as escadas fica mais fácil. O paladar e o olfato recuperam.
- Deixando de fumar o risco de uma doença grave vai diminuindo podendo chegar ao nível dos não-fumadores.
- Nos primeiros seis meses de 2017, o Estado Português arrecadou 541,3 milhões de euros de Imposto sobre o Tabaco!
- Ao fim de um ano, se o seu consumo médio rondar os 10 cigarros diários poderá gastar 800 euros e se o consumo médio rondar os 20 cigarros diários poderá gastar 1600 euros... pense no que poderia usufruir com este valor!



Fumo... mas vou deixar de fumar ainda este mês!

- Informe que vai deixar de fumar e peça apoio a quem lhe está mais próximo (familiares, amigos, colegas, ex-fumadores, profissionais de saúde).
- Pense em alternativas para lidar com a vontade de fumar. Perceber em que circunstâncias fuma, pode ajudar a controlar o comportamento.
- Escolha o dia para parar de fumar. Aproveite uma data especial (a passagem de ano, o seu aniversário).
- Deixe de fumar em família (com o cônjuge) ou em grupo (amigos, colegas de trabalho).
- Se já definiu o dia "D"... Parabéns! Registe a data e o momento em que tal irá acontecer!



Eu parei de fumar mas ainda não passaram 6 meses!

- Parabéns por ter deixado de fumar! Afinal sempre é possível. É sempre importante contar com o apoio da família, amigos e colegas.
- É necessário planear estratégias para as situações em que se manifesta a necessidade de fumar.
- Esteja atento às situações difíceis que estimulam a vontade de fumar: Sair com amigos; o café e a comida; os cinzeiros, os cigarros e o isqueiro; situações de stress ou de ansiedade.
- No início vai ser difícil mas, passado algum tempo, um novo estilo de vida surgirá com naturalidade.



Eu parei de fumar há mais de seis meses!

- Parabéns por continuar sem fumar!
- É necessário manter-se atento às situações que podem levar ao consumo de tabaco.
- Adote um novo estilo de vida mais saudável, aproveite para passear, inicie uma atividade física, verá que se sentirá melhor e evita o aumento de peso que poderá eventualmente surgir.
- Pense nos ganhos em saúde que já alcançou ao deixar de fumar...



Eu parei de fumar mas recai recentemente!

- Não se culpabilize! A maior parte dos ex-fumadores fizeram várias tentativas antes de alcançarem o sucesso.
- Não é fácil deixar de fumar, as recaídas são comuns e ensinam-nos muito sobre fumar e deixar de fumar, sobre o que falhou e o que poderá ser mudado.
- Algumas razões podem ter desencadeado a recaída: um acontecimento ou período difícil; a privação da nicotina, a falta de apoio dos familiares e amigos!
- Faça um balanço das razões que o levaram a deixar de fumar e das razões que o levaram a fumar de novo.
- Pode voltar às fases anteriores e fazer um novo percurso a partir daí. Estabeleça novas estratégias!

CONTATOS

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SSO

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO



APÊNDICE XIII - Guião para a equipa de enfermagem do SSO

Benefícios para a saúde associados à cessação tabágica

20 minutos depois o ritmo cardíaco baixa.	3 meses depois o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.	1 ano depois o risco de doença cardíaca coronária é metade em relação ao de um fumador.	10 anos depois o risco de cancro do pulmão é aproximadamente metade do de um fumador.
12 horas depois o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.	9 meses depois a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.	5 anos depois o risco de acidente vascular cerebral é igual ao de um não-fumador.	15 anos depois o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.



8º CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS
TRABALHADORES DE SAÚDE NUM SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Deixar de fumar ... com ajuda é mais fácil



Guia para os profissionais de saúde

Discente: Enf. Carlos Ferreira
Docente: Prof. Fátima Moreira
Orientadora: Enf. Regina Rocha

Lisboa
2017

Escolha a situação em que o cliente se encontra

após avaliação do grau de dependência
e o grau de motivação

	Diagnóstico da situação	Intervenções sugeridas
 1 Fumo... não sinto necessidade de deixar de fumar! Pré-contemplação	- Não existe nenhuma intenção para a mudança nos próximos seis meses. - Não há nenhuma preocupação com o comportamento adotado. - Adota habitualmente numa atitude defensiva, de desmotivação. - Nega ou desvaloriza os riscos em que ocorre. - Evita a informação fornecida.	- Deve ser privilegiada a avaliação personalizada do risco em conjunto com o cliente "... em que medida o consumo do tabaco o afeta?". - Reforçar as expectativas de êxito na sua capacidade para a mudança "... que outras mudanças importantes fez na sua vida?". Não forçar a tomada de decisão, agendar uma nova avaliação nos próximos seis meses, para voltar a abordar o assunto...
 2 Fumo... estou a pensar deixar de fumar...! Contemplação	- Apresenta-se resistente às pressões externas para a mudança. - O cliente está preocupado, mas ambivalente na sua decisão. - Está a ponderar a sua mudança de comportamento nos próximos seis meses. - Poderão permanecer dúvidas sobre os benefícios que possam ocorrer, bem como, sobre a sua capacidade de autocontrolo. - Estão habitualmente recetivos à informação relativa com os seus hábitos.	- Devem ser valorizadas as vantagens na adoção do comportamento desejado. - Deve ser identificadas as razões para a mudança do comportamento. - Devem ser identificados os riscos que poderão ocorrer na adoção do novo comportamento. Não forçar a tomada de decisão, agendar uma nova avaliação nos próximos meses (entre dois a seis), para voltar a abordar o assunto...
O intervalo de tempo nos dois estádios iniciais poderá variar de cliente para cliente		
 3 Fumo... mas vou deixar de fumar ainda este mês! Preparação	- O cliente refere pequenas mudanças de comportamento. - Experimentou e explorou gradualmente as suas possibilidades, com avanços e retrocessos, na adoção do comportamento desejado. - O cliente já poderá ter definido o Dia "D"...	- Devem ser reforçadas as estratégias facilitadoras de mudança, em conjunto devem ser identificadas as que poderão ser mais eficazes. - Deve ser disponibilizado apoio por telefone ou por mail e presencial no SSO. Se já definiu o dia "D"... Dê os Parabéns! Registe a data e o momento em que tal irá acontecer (assegure agendamento e consentimento para o contacto no Dia "D", aos 8-15 dias, aos 30 dias, aos 2, 3, 6 e 12 meses). Se necessário, referencie para a consulta de cessação tabágica.
 4 Eu parei de fumar mas ainda não passaram 6 meses! Ação	- O cliente está claramente focado na adoção do comportamento desejado. - Utiliza e mobiliza estratégias de mudança. - Perdura o comportamento pretendido habitualmente nos seis meses seguintes, sem adoção do comportamento de risco.	- Dê os parabéns por ter deixado de fumar! - Identifique e reforce a importância das estratégias utilizadas pelo cliente. - Reforce a importância do apoio da família, amigos e colegas, em particular, nas situações difíceis que estimulam a vontade de fumar. - Relembre o agendamento aos 6 e aos 12 meses (e daí em diante anualmente). Se necessário, referencie para a consulta de cessação tabágica.
 5 Eu parei de fumar há mais de seis meses! Manutenção	O cliente adotou o comportamento para além dos seis meses (habitualmente até um período de cinco anos, altura em que se passa considerar como um comportamento adotado).	- Dê os parabéns por continuar sem fumar! - Deve sensibilizar o cliente para o lapso ou deslize, bem como para a recaída, discutindo as estratégias preventivas, face a situações de alto risco.. - Incentive o início de uma atividade física e a promoção de estilos de vida saudáveis. - Alerte para o eventual aumento de peso. Se necessário, referencie para a consulta de cessação tabágica.
 6 Eu parei de fumar mas recaí recentemente! Recaída	- O cliente poderá experimentar sentimentos de culpa e de fracasso. - Algumas razões que podem ter desencadeado a recaída: - um acontecimento ou período difícil; - a privação da nicotina; - a falta de apoio dos familiares e amigos.	- Não culpabilize o cliente, relembre que maior parte dos ex-fumadores fizeram várias tentativas antes de alcançar o sucesso. - Análise em conjunto a situação da recaída e peça o cliente identifique o que falhou e que pode ser mudado. amigos! Volte a preparar uma nova paragem. - Identifique em que estádio o cliente se encontra e avance a partir daí! Se necessário, referencie para a consulta de cessação tabágica.

CONTATOS:

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SSO

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

APÊNDICE XIV - Poster: benefícios da cessação tabágica

Deixar de fumar ... com ajuda é mais fácil!

Saiba como o **Serviço de Saúde Ocupacional** pode ajudar



Benefícios para a saúde associados à cessação tabágica



20 minutos depois o ritmo cardíaco baixa.



12 horas depois o nível de monóxido de carbono regressa aos valores normais.



3 meses depois o risco de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.



9 meses depois a tosse e dispneia diminuem.



1 ano depois o risco de doença cardíaca é metade em relação ao de um fumador.



5 anos depois o risco de acidente vascular cerebral é igual ao de um não-fumador.



10 anos depois o risco de cancro do pulmão é metade ao de um fumador.



15 anos depois o risco de doença cardíaca é igual ao de um não-fumador.

Bibliografia

Nunes, E.; Candeias, A.; Mendes, B.; Pardal, C.; Fonseca, J.; Oliveira, L.; Rebelo, L.; Açafrao, M.; Rosas, M. Santos, M. & Vinagre, S. (2008). Cessação tabágica. Programa -tipo de atuação. Lisboa: Gradiva.

CONTATOS

...

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SSO

...

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

...

...@....pt

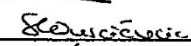
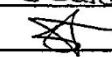
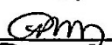
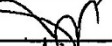
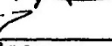
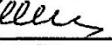
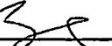
**APÊNDICE XV - Registo de ação de formação: projeto/programa de
cessação tabágica do CH (proposta de modelo)**

Registo de Ação de Formação

Designação da Ação: Projeto/Programa de cessação tabágica no CH

Sumário:

- Ponto da situação s/ prevenção e controlo do tabagismo em Portugal
- Benefícios no deixar de fumar
- Intervenção breve e muito breve
- Proposta do modelo de aconselhamento

9616	Isabel Pereira	
20917	Susana Consciência	
38774	Helder Santos	
16897	Clara Almeida	
23355	Gary Navarro Morales	
38525	Alexandre Silva	
38282	António Lima	
21449	Fernando Fernandes	
20158	Olivia Siqueira	
35784	Gracia Tomada	
11450	Régina Rocha	

O Formador: Estadante ESSEL Carlos Ferreira
 Data: 2017/12/21

Hora Início: 16.00 H
 Hora de Fim: 16.45 H

**APÊNDICE XVI - Registo da ação de formação: projeto de cessação
(apresentação do modelo)**

APÊNDICE XVII - Instrumento para seguimento da vigilância da saúde

Benefícios para a saúde associados à cessação tabágica

20 minutos depois o ritmo cardíaco baixa.	3 meses depois o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.	1 ano depois o risco de doença cardíaca coronária é metade em relação ao de um fumador.	10 anos depois o risco de cancro do pulmão é aproximadamente metade do de um fumador.
12 horas depois o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.	9 meses depois a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.	5 anos depois o risco de acidente vascular cerebral é igual ao de um não-fumador.	15 anos depois o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.
Deixar de fumar ... com ajuda é mais fácil			

Pergunte como no SSO



8º CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS TRABALHADORES DE SAÚDE NUM SERVIÇO DE NEFROLOGIA



Discente: Enf. Carlos Ferreira
Docente: Prof. Fátima Moreira
Orientadora: Enf. Regina Rocha

Lisboa
2017

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome:
N.º Mecanográfico: N.º SNS:
Serviço: Ext.:
Telefone: E-mail:
Data Nasc.: Idade:
Gênero:
Categoria profissional:
Data do Exame:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS DO EXAME PERIÓDICO ANTERIOR

Peso: (kg) P. Abdominal (cm)
Altura (cm) IMC (Kg/c m²)
TA (mmHg) FC (ppm):
N.º de refeições (PA + L + A + L + J + C): N.º Cafés/dia:
Atividade Física:
Álcool:
Hábitos toxicológicos:
Fumador:
N.º cigarros/dia Ex-Fumador:

IMUNIZAÇÕES DO EXAME PERIÓDICO ANTERIOR

V. Hepatite B:
V. Sarampo:
V. Pólio:
V. Gripe:
V. Tétano:
AcHBs
Prova Tuberculina:
IGRA:
Imunidade presuntiva
Alertas:
Observações:

Data do/da
exame anterior: Próximo exame: Convocatória:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: (kg) P. Abdominal (cm)
Altura (cm) IMC (Kg/c m²)
TA (mmHg) FC (ppm):
N.º de refeições (PA + L + A + L + J + C): N.º Cafés/dia:
Atividade Física:
Álcool:
Hábitos toxicológicos:
Observações:

HÁBITOS TABÁGICOS

Fumador: Intervenção breve ou muito breve (B/MB):
N.º cigarros/dia Ex-Fumador:
G. Motivação G. Dependência
Observações:

IMUNIZAÇÕES

V. Hepatite B:
V. Sarampo:
V. Pólio:
V. Gripe:
V. Tétano:
AcHBs
Prova Tuberculina:
IGRA:
Imunidade presuntiva
Alertas:
Observações:

Data do Próximo exame:

APÊNDICE XVIII – Cronograma do projeto de estágio

[illegible]