



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Alimentação Saudável: Capacitar para a mudança

Maria de Fátima Balsinha Pinto

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Alimentação Saudável: Capacitar para a mudança

Maria de Fátima Balsinha Pinto

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

AGRADECIMENTOS

A parte mais gratificante de um trabalho é aquela que podemos dizer aos outros o quanto contribuíram para o nosso sucesso.

Assim, o meu primeiro agradecimento é dirigido para os meus Filhos, Pais e Irmã pelo encorajamento para realizar este projeto.

À minha colega Susana um agradecimento especial pela disponibilidade demonstrada ao longo de toda a realização do Mestrado.

À minha orientadora pelo reforço positivo.

Por fim, um agradecimento especial à Professora Doutora Ana Maria Barros Pires.

RESUMO

A influência dos estilos de vida e a má alimentação sobre a incidência e prevalência de doenças cérebro cardiovasculares constitui um importante problema de saúde pública. Deste modo é pertinente estudar estes fatores, de modo a delinear estratégias de promoção para a saúde mais eficazes. As alterações sociais, políticas e económicas que têm ocorrido nos últimos anos justificam o estado da arte nesta área. Neste relatório apresentamos um projeto de intervenção comunitária num bairro social dirigido à promoção da alimentação saudável. **Objetivos:** Capacitar as mulheres frequentadoras do PNBNS para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. **Metodologia:** Planeamento em Saúde. **Resultados:** Das 14 mulheres avaliadas todas apresentavam hipertensão referindo hábitos alimentares inadequados. **Conclusões:** A estratégia da educação para a saúde no bairro através de atividades dinâmicas e interativas contribuiu para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis com diminuição da adição de sal na confeção da comida com recurso à utilização de ervas aromáticas.

Palavras-Chaves: Promoção da alimentação saudável, Hipertensão Arterial, Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

The influence of lifestyles and poor diet on the incidence and prevalence of cardiovascular diseases is an important public health problem. It is therefore pertinent to study these factors in order to devise more effective health promotion strategies. The social, political and economic changes that have occurred in recent years justify the state of the art in this area. In this report we present a community intervention project in a social neighborhood aimed at promoting healthy eating. **Objectives:** To enable women attending the PNBNS to adopt healthy eating habits. **Methodology:** Health Planning. **Outcomes:** Of the 14 women evaluated, all had hypertension referring to inadequate eating habits. **Conclusions:** The strategy of health education in the neighborhood through dynamic and interactive activities contributed to the adoption of healthier

eating habits with a decrease in the addition of salt in the confection of food using the use of aromatic herbs.

Key-words: Promotion of healthy eating, Hypertension, Community Nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde descritas por Imperatori e Giraldes.....	31
Figura nº 2 - Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCCPA	38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 - Definição e classificação dos níveis da pressão arterial medidos no consultório ..	17
Tabela nº 2 - Avaliação dos objetivos específicos e metas	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Caracterização da amostra segundo a Patologia	40
Gráfico nº 2 - Caracterização da população alvo segundo a hipertensão e as doenças associadas	40
Gráfico nº 3 - Caracterização da amostra segundo a frequência da avaliação da Tensão Arterial	41

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Declaração do orientador Pedagógico	LXXI
Apêndice II – Solicitação de Autorização ao Coordenador da UCCPA	LXXIII
Apêndice III - Solicitação de Autorização ao Diretor Executivo do ACeSA	LXXV
Apêndice IV - Solicitação de Autorização ao Coordenador do Gabinete Jurídico e do Cidadão	LXXVI
Apêndice V - Solicitação de Autorização para Utilização do Questionário	LXXVIII
Apêndice VI – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação	LXXXII
Apêndice VII – Parecer Favorável pela Comissão de Ética da ARSLVT para a Saúde	LXXXV
Apêndice VIII – Questionário.....	XCII
Apêndice IX – Grelha de Registos de Dados de Antropometria e Tensão Arterial	XCIV
Apêndice X – Descrição das Atividades	XCVII
Apêndice XI – Cronograma de Atividades	XCIX
Apêndice XII – Previsão de Recursos.....	CI
Apêndice XIII - Sessão 1 – A Alimentação Saudável e a Roda dos Alimentos.....	CIII
Apêndice XIV – Apresentação da Sessão de promoção de Alimentação Saudável.....	CVII
Apêndice XV - Sessão 2 – A Alimentação Saudável: A Utilização de Ervas Aromáticas e a Leitura dos Rótulos	CXVIII
Apêndice XVI – Artigo de Investigação: “Revisão Integrativa: Prevenção do Risco Cardiovasculares, que Estratégias?.....	CXXII

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DSP- Departamento de Saúde Pública

DCCV - Doenças Cérebro Córdio-Vasculares

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HTA - Hipertensão arterial

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

INE- Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNBNC - Programa Nosso Bairro, Nossa Cidade

QV – Qualidade de Vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 Hipertensão: Um Problema de Saúde Pública.....	17
1.2 Determinantes da Hipertensão	20
1.3 Estratégias para fazer face à HTA.....	25
1.4 Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção de Saúde na Hipertensão.....	28
2 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	32
2.1 Metodologia do Planeamento em Saúde	32
2.2 Caracterização do Contexto	37
2.2.1. Caracterização da unidade de saúde	37
2.2.2. Programa Nosso Bairro Nossa Cidade	41
2.3 Diagnóstico de Situação	44
2.3.1. Considerações éticas.....	44
2.3.2. Metodologia.....	46
2.4 Definição de Prioridades	48
2.5 Fixação de Objetivos	49
2.5.1. Metas e indicadores.....	49
2.6 Seleção de estratégias.....	50
2.7 Preparação Operacional e Implementação.....	52
2.7.1. Seleção das atividades e cronograma de actividades	52
2.7.2. Recursos.....	53
2.7.3. Atividades desenvolvidas.....	53
2.8 Avaliação do Projeto	55
3 ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	57

CONCLUSÃO	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DNT's) são um importante problema de Saúde Pública, adquirindo em Portugal uma expressão epidémica. Destas, as doenças que mais afetam os portugueses são as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DCCV) (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares [PNDCC], 2017). A Hipertensão Arterial (HTA) é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa afetando 3 em cada 10 portugueses sendo o fator mais importante para o desenvolvimento das DCCV, como o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) que constituem as principais causas de morte em Portugal (Ministério da Saúde, 2018).

Nos últimos anos houve uma progressão e disseminação das DNT's em todas as regiões do mundo e em especial das DCCV, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a atribuir prioridade à sua vigilância e prevenção, com especial foco nos fatores de risco tais como o tabagismo, a HTA, a alimentação inadequada, a obesidade e o sedentarismo. Na área da prevenção a OMS destaca a promoção da saúde como estratégia essencial de alteração dos fatores de risco modificáveis como os ambientais e comportamentais, nomeadamente ao nível da alteração dos comportamentos de risco comuns a todas as DNT's como meio de contrariar o aumento da progressão e disseminação destas doenças (Ministério da Saúde, 2018). A promoção da saúde enquanto estratégia, permite criar oportunidades para que as pessoas e comunidades conheçam e controlem os fatores determinantes na sua saúde. A pertinência das medidas de modificação do comportamento revelam-se urgentes e primordiais para melhorar a saúde e prolongar a sobrevivência. A prevenção e o tratamento das DCCV estão relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente ao nível da alimentação, exercício físico, consumo de tabaco e álcool.

No âmbito da promoção da alimentação saudável a redução do sal, contempladas no Plano de Ação de 2013-2020 da OMS na área da Alimentação e Nutrição, assume especial relevância na prevenção e controlo das DCCV, sendo referida como uma das melhores abordagens de prevenção para a região Europeia. Neste domínio, a OMS recomenda menos de 5 gramas por pessoa por dia de consumo de sal para a população em geral como estratégia de prevenção destas doenças. Todavia, a ingestão de sal na maioria dos países da Região Europeia da OMS é muito superior à

quantidade recomendada. Existe evidência científica de que o atual consumo elevado de sal em toda a Região Europeia é um fator desencadeante para a HTA e por conseguinte de DCCV (Graça, 2013).

Em Portugal, a quantidade de sal na alimentação é o dobro da recomendada pela OMS, tornando-se por isso urgente começar a reduzir, de forma progressiva, a quantidade de sal na alimentação. Neste sentido a Direção Geral de Saúde (DGS) em conjunto com outros organismos têm emitido regulamentação para o teor de sal contido nos alimentos (Graça, 2013)

Os fatores de risco para as DCCV assumem elevada prevalência a nível nacional logo torna-se prioritário a sua prevenção. A adoção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento, com especial destaque para a promoção da saúde, nomeadamente ao nível da promoção da alimentação saudável.

A literatura científica evidencia que a educação para a saúde, enquadrada na promoção da saúde no âmbito da alimentação saudável, é eficaz na redução da HTA e do risco para as DCCV. Neste domínio são referidas diferentes abordagens, individuais e de grupo desenhadas em função da população (Graça, et al., 2019).

Este relatório pretende apresentar o projeto de intervenção comunitária “Alimentação saudável: capacitar para a mudança” desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde. Foi realizado no âmbito II Mestrado em Associação, área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu na Unidade Cuidados na Comunidade Península Azul (UCCPA), operacionalizado no Programa Municipal “Programa Nosso Bairro, Nossa Cidade” (PNBNC).

O planeamento em saúde, preconizado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permite ao enfermeiro, no âmbito da sua prática centrada na comunidade com foco na promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, a capacitação e obtenção de ganhos em saúde, o conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da pessoa, grupos e comunidade (Regulamento nº 428/2018 , 2018).

O Planeamento em Saúde representa um processo dinâmico de ação sobre a realidade, composto por diferentes etapas interdependentes descrito por Imperatori e Giraldes (1982, p.6) como a “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos”

O projeto de intervenção emergiu da informação veiculada pela Enfermeira orientadora e pelos parceiros do projeto que identificaram a população abrangida pelo PNBNC como uma população com necessidade de intervenção comunitária. Da análise dos questionários realizados no âmbito deste programa foi possível identificar a HTA como um problema de saúde presente em toda a população abrangida. No sentido de conhecer esta problemática foi selecionada uma amostra de conveniência, constituída pelas mulheres frequentadoras do PNBNC. Para aferição desta problemática foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e de hábitos alimentares, complementado com a avaliação dos valores de tensão arterial (TA). Os dados obtidos permitiram identificar a HTA e os hábitos alimentares inadequados como os principais problemas desta amostra, tendo sido definida como prioridade de intervenção os hábitos alimentares inadequados.

De forma a intervir na prioridade identificada, hábitos alimentares inadequado, definimos como Objetivo Geral: Capacitar as mulheres frequentadoras do PNBNS para a adoção de hábitos alimentares saudáveis; e como Objetivos Específicos: Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas mulheres frequentadoras do PNBNS; Contribuir para a promoção da redução do sal na alimentação nas mulheres frequentadoras do PNBNS.

No sentido do alcance dos objetivos definidos delineamos estratégias de intervenção e planeamos intervenções com vista à capacitação das mulheres para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Neste sentido foram realizadas sessões de educação para a saúde acerca da redução de sal na alimentação diária e leitura dos rótulos alimentares. A definição de estratégias foi enquadrada na teoria de enfermagem de Nola Pender, o Modelo de Promoção de saúde.

Neste Relatório pretendemos dar a conhecer o trabalho desenvolvido nos estágios efetuados no contexto da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Demonstrar capacidade de reflexão e fundamentação sobre as práticas realizadas baseadas na evidência científica; demonstrar capacidade de implementação de um projeto de intervenção comunitária de

acordo com as etapas do planeamento em saúde; refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem de acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro e do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP). Pretende também demonstrar capacidade de liderança na concretização das atividades, de reflexão e comunicação das conclusões e dos resultados obtidos.

Relativamente à estrutura, este relatório encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico com a contextualização e impacto das DCCV, com destaque para a HTA pelo impacto que detém no desenvolvimento destas doenças e para a alimentação enquanto fator de risco para a evolução da HTA. Seguida da abordagem da alimentação enquanto fator de risco modificável através de estratégias de promoção da saúde. Terminando com o papel do EEECSPP na promoção de hábitos alimentares saudáveis enquadrado no referencial teórico da promoção de Saúde de Nola Pender.

A segunda parte corresponde ao enquadramento prático iniciada com a descrição da metodologia do planeamento em saúde, seguida da descrição da caracterização do contexto onde foi realizado o referido estágio, abordadas as questões éticas e deontológicas necessárias para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária e todas as fases do planeamento e execução do referido projeto. Assim, nesta parte é apresentado o diagnóstico de saúde que permitiu identificar os hábitos alimentares como um problema na população em estudo, são priorizados os problemas, fixados os objetivos, selecionadas as estratégias e intervenções, terminamos com a avaliação do projeto de intervenção.

Na terceira parte é apresentada uma reflexão acerca das competências do grau de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas referentes à área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública adquiridas durante este processo.

Por fim, terminamos com a conclusão.

Este trabalho cumpre as regras do Novo acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da American Psychological Association [APA] – 8ª edição.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A importância da alimentação na saúde, nomeadamente no desenvolvimento da Hipertensão Arterial (HTA), um dos fatores de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) que constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, tem sido reconhecida por diferentes organizações nomeadamente a OMS. Este enquadramento foi desenvolvido através de uma pesquisa da literatura, no sentido de contextualizar a problemática da HTA e de identificar as principais estratégias já implementadas, em particular as relacionadas com a alimentação, no sentido de controlar e reduzir a HTA, que servirá de suporte para o projeto de intervenção comunitária que apresentamos na segunda parte deste relatório.

1.1 Hipertensão: Um Problema de Saúde Pública

As Doenças Não Transmissíveis (DNT's) causam mais mortes e comorbilidades do que qualquer outro grupo de doenças. Em 2016 estima-se que 41 milhões de mortes ocorreram devido a DNT's, representando 71% do total geral de 57 milhões de mortes. A maioria dessas mortes foi causada pelas quatro principais DNT's¹. Contribuíram com 17,9 milhões de mortes, representando 44% de todas as mortes por DNT's (World Health Organization [WHO], 2018). Prevê-se que o número de pessoas que morrem de DCCV, principalmente de doenças cardíacas e de Acidente Cérebro Vascular (AVC), aumente para 23,3 milhões em 2030, projetando-se assim que as DCCV manter-se-ão a principal causa de morte em todo o mundo (WHO, 2018).

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) no ano de 2017, ocorreram 11 270 mortes devido a DCCV, representando 10,2% da mortalidade total. Atingindo mais as mulheres 11,6% do que os homens 8,9%. Considerando a idade, regista-se um maior número de mortes por esta doença a partir dos 65 anos atingindo 93% das causas de morte (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019).

¹ Doença coronária, doença cerebrovascular, doença cardíaca e doença reumática.

“Para o país (Total), no ano em análise, a taxa de mortalidade padronizada para todas as idades foi de 48,7 óbitos por 100 mil habitantes (55,0 para os homens e 43,7 para as mulheres). A taxa de mortalidade padronizada para as idades de 65 e mais anos foi de 385,7 óbitos por 100 mil habitantes, valor superior ao de 7,1 óbitos por 100 mil habitantes para as idades inferiores a 65 anos. Para o país (Total), o número de anos potenciais de vida perdidos por Doenças cerebrovasculares foi de 11 768 anos em 2017, mais elevado para os homens (7 565 anos potenciais de vida perdidos) do que para as mulheres (4 203 anos)” (INE, 2019 p.82).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) estudos recentes demonstram que existem cinco fatores de risco cardiovascular que explicam o panorama atual no nosso país que são: alimentação inadequada, HTA, tabagismo, índice de massa corporal (IMC) elevado e hiperglicemia em jejum. Sendo que esses fatores de riscos são modificáveis e, por isso, evitáveis e suscetíveis de intervenção (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

A HTA representa um dos fatores de risco modificáveis para as DCCV com maior expressão nacional e internacional. A HTA é a principal causa de morte modificável a nível mundial (Correia, 2018) e o fator de risco mais influente no desenvolvimento das DCCV (Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH], 2019), contribuindo para 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por AVC (INE, 2017). A HTA afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos (Ministério da Saúde, 2019), sendo *“mais prevalente nos homens do que nas mulheres e aumenta com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses na faixa etária dos 65-74 anos”* (Ministério da Saúde, 2019, p. 23).

A HTA ocorre quando a força com que o sangue circula pelo interior das artérias, denominada pressão arterial (PA), se encontra elevada para a idade e sexo de forma crónica. A PA assume duas medidas: a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica. A primeira corresponde ao momento da sístole cardíaca que impulsiona o sangue para a circulação sistémica e pulmonar. A segunda ocorre durante a diástole do coração permitindo o retorno do sangue da circulação sistémica e pulmonar ao coração. A HTA pode ser classificada mediante a sua origem, nos casos em que não existe causa conhecida para a HTA, designa-se HTA essencial ou primária, quando ocorre associada a uma determinada doença, designa-se HTA secundária (SPH, 2019).

Maioritariamente o diagnóstico da HTA ocorre depois da doença instalada, por se tratar de uma doença silenciosa, sem sintomas, torna a sua deteção difícil, uma vez que o único dado objetivo são os valores tensionais elevados, que só se detetam através da avaliação da tensão arterial. Assim,

muitas vezes o diagnóstico ocorre a partir de uma avaliação efetuada no âmbito dos cuidados de saúde, não sendo possível identificar o início da doença e a sua duração. Por vezes podem surgir alguns sintomas inespecíficos que são comuns a outras patologias como dispneia, cefaleias, tonturas, precordialgia, palpitações, epistaxes (WHO, 2013).

A HTA é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação (DGS, 2013, p. 4).

A determinação da existência de HTA é efetuada mediante a avaliação da PA em milímetros de mercúrio numa escala de 0 a 300. As orientações da European Society of Hypertension – European Society of Cardiology (ESH-ESC) definem as recomendações atuais e adotadas em Portugal, para a atribuição de critério de HTA em função dos valores obtidos e respetiva classificação em graus como se apresenta na Tabela 1 (European Society of Hypertension – European Society of Cardiology [ESC/ESH], 2018). “A HTA define-se por graus, de acordo com os valores de PA encontrados, sendo que os graus são importantes para definir a gravidade da doença e orientar a sua abordagem” (SPH, 2019, p. sp).

Tabela nº 1 - Definição e classificação dos níveis da pressão arterial medidos no consultório

CATEGORIA	SISTÓLICA		DIASTÓLICA
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: (SPH, 2019, p. sp)

De acordo com a Norma da DGS a HTA classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave (Norma da Direção-Geral da Saúde 020/2011, 2013).

A HTA resulta essencialmente da interação entre os fatores de risco não modificáveis como a idade, sexo e a genética e os modificáveis. A interação entre estes fatores determina o risco de DCCV, sendo que a associação de mais do que um fator modificável tem um efeito potenciador, aumentando de forma considerável a possibilidade de surgimento de DCCV (SPH, 2019). O risco que a HTA representa para o desenvolvimento de DCCV classifica-se em 4 categorias: risco baixo, risco moderado, risco alto e risco muito alto. A determinação do risco resulta do grau de HTA, quanto maior o grau, maior o risco e quanto maior o número de fatores de risco presentes maior o risco de desenvolvimento de DCCV, sendo que a presença de diabetes determina logo risco muito alto (SPH, 2019).

A HTA, como doença crónica, requiere terapêutica e vigilância contínua. A gestão terapêutica ineficaz, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica (SPH, 2019). Deste modo, porque as causas principais são conhecidas e passíveis de modificar através da adoção de estratégias preventivas dirigidas às pessoas com doença estabelecida ou em risco elevado de a desenvolver, nomeadamente através da adoção de um estilo de vida saudável, é possível prevenir o aparecimento da doença, assim como no seu acompanhamento e reduzir o risco de desenvolver outras patologias, tais como a insuficiência cardíaca, AVC, enfarte do miocárdio, insuficiência renal, perda global da visão, esclerose das artérias, entre outros (SPH, 2019).

1.2 Determinantes da Hipertensão

Os fatores que influem a saúde são variados e inter-relacionados. O estado de saúde resulta de uma combinação de determinantes da saúde: fatores genéticos, fisiológicos, sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social), ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social) e comportamentais ou seja os estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual), acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). Todos os determinantes referidos influenciam, num ou noutro sentido, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário (Ministério da Saúde, 2018).

A incidência e prevalência das DNT`s são condicionadas por fatores de risco individuais e sociais, dos quais se destacam, como já referido: Excesso de peso; Hábitos alimentares inadequados; Sedentarismo; Tabagismo e Alcoolismo (Ministério da saúde, 2018).

A HTA enquanto doença de natureza multifatorial encontra-se associada a diferentes fatores como a idade avançada, raça, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus, alto teor de sódio (Na) na alimentação, hereditariedade e tabagismo (Chaves, Lúcio, Araújo, & Damasceno, 2006). De entre os fatores de risco para o desenvolvimento da HTA destacam-se os modificáveis por serem passíveis de alteração através da intervenção, onde a alimentação surge como o mais importante, uma vez que influencia diretamente o risco em consequência da quantidade de sal ingerido, mas também por influenciar outros fatores de risco como a dislipidemia e a diabetes.

Os hábitos alimentares inadequados representam um determinante importante da doença crónica, representando mais de 86 % da carga de doença no sistema de saúde português. Estas doenças, no seu todo, são ainda a principal causa de absentismo e incapacidade no trabalho sendo contribuintes importantes para a baixa produtividade e competitividade nacional e ameaça importante à sustentabilidade do sistema da segurança social (Seychell, 2019).

De acordo com o estudo Global Burden of Diseases² realizado pelo Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde, que procurou as causas específicas de morte desde 1980 a 2017 envolvendo 282 causas de morte em 195 países verificou *que* os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são o fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, sendo que a ingestão excessiva de sal surge como o comportamento alimentar inadequado que mais contribui para a perda de anos de vida saudável (Roth, Gregory, et. al., 2018).

“O sal é um mineral constituído por dois elementos: o sódio e o cloro. O sódio é um nutriente essencial ao organismo, mas consumido em excesso, comporta sérios riscos para a saúde, estando relacionado com o aumento da pressão arterial (PA). Cerca de 10% do sódio ingerido tem origem no conteúdo natural dos alimentos e o restante é proveniente de adição, durante o fabrico de alimentos processados ou aquando da sua confeção” (SPH, 2019).

² Findings from the Global Burden of Disease Study 2017

O consumo excessivo de sal é fruto das alterações económicas, sociais e familiares que ocorreram nas últimas décadas a par da evolução da indústria alimentar que conduziu ao aumento da disponibilidade de alimentos processados que maioritariamente apresentam elevados níveis de sal.

O fácil acesso a estes alimentos quer pela sua disponibilidade como também pelo seu baixo custo, transformaram estes alimentos na principal escolha de muitas famílias, sendo responsáveis por uma elevada quantidade do sódio ingerido. A ingestão total do sódio (NA) provem do sódio intrínseco, ou seja, do sal incluído nos alimentos durante o seu processamento e do sal extrínseco adicionado durante a confeção alimentar (Polonia, Martins, Pinto, & Nazaré., 2014).

“A ingestão média de sódio é de 2962 mg/dia (equivalente a 7,4 g de sal), superior nos homens. O sódio é um micronutriente com elevada prevalência de inadequação na população portuguesa, sendo que 76,4% dos portugueses (63,2% das mulheres e 88,9% dos homens) excedem o valor máximo tolerado (UL). Esta prevalência é superior nos adultos (79,7%) e nos adolescentes (74,7 %)” (Lopes, et al., 2016, p. 64).

Segundo dados do Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) 76,9% da população consome por dia mais de 5 gr de sal ultrapassando as doses recomendadas pela OMS (Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS], 2017). O que faz com que Portugal seja um dos países com maior prevalência de HTA na Europa (3 em cada 10 Portugueses). Esta relação positiva entre a ingestão de sal e a HTA sustenta a premissa de que a redução do sal pode reduzir o risco de enfarte agudo do miocárdio. Uma pequena redução de sal na ordem das 75-100 mmol de Na³ pode induzir uma redução de 1-2 mmHg no valor da tensão arterial, traduzindo-se em ganhos em saúde individuais e comunitários quando aplicado à comunidade (Alderman, 2000). Na presença de consumo excessivo de sal em que existe a redução em 2 a 3gr/dia verifica-se uma diminuição da pressão sistólica de 1,1 mm Hg nas pessoas normotensas e de 4,1 mmHg nas hipertensas (He, Li, & MacGregor., 2013). Esta redução representa uma diminuição na mortalidade cardiovascular de 29% nas pessoas normotensas e de 31% nas pessoas hipertensas (Taylor, Ashton, Moxham, Hooper & Ebrahim, 2011).

O excesso de sal não constitui o único erro alimentar dos portugueses. Ao longo dos anos a dieta mediterrânica foi progressivamente substituída pelo consumo de alimentos processados altamente

³ 1 g de sal contém 394 mg de Na

energéticos, com alto teor de gorduras de má qualidade, açúcares ou sal associado a baixo teor em nutrientes essenciais à saúde. Os ácidos gordos insaturados hidrogenados, óleos resultantes do processo de aquecimento representam 50% do total da gordura contida nos alimentos processados e 5% nos derivados de carne e do leite de vaca e ovelha. Em Portugal as principais categorias que apresentam os valores mais elevados deste tipo de gorduras são os folhados e as bolachas. Este tipo de gordura assume especial importância pelos efeitos negativos na saúde e em especial na saúde cardiovascular. A ingestão de 5gr de ácidos gordos insaturados hidrogenados, representa um aumento em 25% do risco de doença isquémica cardíaca. Esta quantidade de gordura está presente na maioria dos alimentos processados, como numa dose de batatas fritas (PNPAS, 2017). O consumo de alimentos ricos em gorduras reflete-se nos níveis de colesterol total, sendo de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde com Exercício Físico (INSEF), 50,2% da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos apresentava valores de colesterol total igual ou superior ao valor recomendado (190 mg/dl), prevalência que aumenta com a idade (Barreto, et al., 2016).

Os alimentos processados altamente energéticos contribuem para a ingestão excessiva de açúcares simples que é apontada como um dos principais erros alimentares que mais contribui para o excesso de peso, que representa o fator de risco mais preponderante para a HTA (DGS, 2016). Dados do estudo *Portuguese Hypertension and SALT*⁴ (Polonia, Martins, Pinto, & Nazaré., 2014) realizado em Portugal sobre a prevalência e controlo da hipertensão, consumo de sal e padrões genéticos relacionados com a hipertensão, conduzido entre 2011 e 2012, que abrangeu uma população de 3720 pessoas, entre os 18 e os 90 anos, revelou que aproximadamente metade dos indivíduos avaliados apresentava excesso de peso ou obesidade, onde a obesidade era o fator mais fortemente correlacionado com a HTA. De acordo com o Inquérito Nacional Alimentar e de Atividade Física (INA-AF) 5,9 Milhões de portugueses têm excesso de peso, definido pelo IMC>25 Kg/m², afetando 8 em cada 10 idosos (INA-AF, 2016). Sendo a HTA uma das comorbilidades mais frequentes na obesidade, onde o aumento da prevalência da obesidade determina o aumento da prevalência da HTA (Kotchen, 2010). Esta prevalência conjunta decorre de diferentes fatores onde os hábitos alimentares surgem como o principal fator determinante da HTA e obesidade.

Na pessoa com excesso de peso e HTA, a redução do peso deve ser encarada como uma das medidas mais importantes para o controlo e redução da HTA. Alguns estudos verificaram que a redução média em 5,1 kg de peso corporal condicionava uma redução da pressão arterial média de

⁴ Portuguese Hypertension and SALT -PHYSA

4,4 e 3,6 mmHg na sistólica e na diastólica respetivamente (Neter, Stam, Kok, Grobbee, Geleijnse & 2003). Neste sentido as intervenções dirigidas à prevenção, tratamento e controlo da HTA devem também incidir no controlo do peso para manutenção de um IMC < a 25Kg/m² (Siebenhofer, Horvath & Jeitler, 2013).

A inatividade física, diretamente relacionada com o excesso de peso, contribui diretamente para a carga global de doenças, sendo igualmente um fator de risco para as DCCV. De acordo com as recomendações da OMS e considerando as atividades realizadas nos tempos de lazer (p.ex., exercício físico, prática de um desporto), apenas cerca de 1 em cada 5 adultos portugueses atinge atualmente os valores recomendados de atividade física moderada ou vigorosa (DGS, 2016). Segundo o Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) o nível de intensidade da atividade física varia em função do esforço do sistema muscular, respiratório e cardiovascular, sendo recomendado para o adulto à acumulação de pelo menos 150 minutos por semana de atividade de intensidade moderada ou de 75 minutos de atividade física rigorosa (PNPAF, 2017).

Os hábitos alimentares e a inatividade física, importantes determinantes comportamentais a par do consumo de tabaco e do álcool, estão fortemente aliados aos determinantes sociais como a educação, o trabalho, o rendimento, a habitação e o acesso aos cuidados de saúde (Marmot, 2010). *“As pessoas com nível educacional mais elevado têm menor tendência para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade. De facto, é nestes indivíduos que se registam prevalências mais baixas de hipertensão arterial, obesidade e diabetes”* (Ministério da Saúde, 2018, p. 12). O nível educacional influencia os comportamentos e estado de saúde dado que, um nível educacional mais elevado facilita o acesso à informação o que permite beneficiar de novos conhecimentos promotores da adesão a comportamentos mais saudáveis e no campo da alimentação permite escolhas mais saudáveis especialmente no ato da compra.

A escolha alimentar, fortemente influenciada pelo nível educacional e socioeconómico, é também condicionada pela má rotulagem dos alimentos. Os alimentos que apresentam maiores efeitos prejudiciais à saúde raramente possuem informação nutricional clara, facilmente legível e compreensível à maioria da população, verificando-se por vezes a omissão dos nutrientes que constituem maior risco para a saúde (Lima, Rosenthal, & Deliza, 2014).

A influência dos determinantes sociais na saúde é notória no relatório apresentado pelo INSEF de 2015, que verificou uma prevalência de 36% de HTA na população residente em Portugal e que

a sua prevalência “variou com o nível de escolaridade e situação perante o trabalho, sendo mais elevada nos indivíduos sem escolaridade, ou com ensino básico (62,6%) e nos indivíduos sem atividade profissional (64,5%)” (Barreto, et al., 2016, p. 26). De forma semelhante a prevalência de colesterol total também foi superior nas pessoas sem nível de escolaridade ou apenas com o primeiro ciclo do ensino básico e sem atividade profissional, na qual atinge 76,4% (Barreto, et al., 2016). Assim o emprego é considerado um dos determinantes mais importantes da saúde física e mental. A HTA, obesidade e diabetes regista mais casos nos indivíduos desempregados ou sem atividade profissional. A prevalência da HTA associa-se ao nível educacional, classe profissional, rendimento, emprego não só pelos fatores já descritos como também pela influência que assume no resultado da intervenção, no acesso à vigilância e tratamento da HTA (DGS, 2018).

1.3 Estratégias para fazer face à HTA

A prevenção e controlo das DCCV contemplada no programa prioritários do Plano Nacional de Saúde (PNS) extensão 2020, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCC) integrado na Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, assume a missão de “Reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular enfoque na HTA e Dislipidémia” e como metas para 2020 “Reduzir a mortalidade prematura <70 anos por doença cerebrovascular” e por doença isquémica cardíaca (PNDCC, 2017, p. 15).

Em virtude da relação entre a HTA e os fatores de risco modificáveis, os programas de saúde prioritários nomeadamente o Programa Nacional para a Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Atividade Física, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e o Programa Nacional de Controlo da Diabetes contêm estratégias e orientações que permitem a prevenção, controlo e tratamento da HTA. Que no seu global contribuem para a redução do risco e da mortalidade por DCCV concorrendo para o alcance dos objetivos do PNS extensão 2020 de “Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%” (DGS, 2015, p.10) e “Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” (DGS, 2015, p.11).

Na prevenção das doenças crónicas nomeadamente das DCCV as estratégias de redução do sal são apontadas como a melhor abordagem uma vez que são de baixo custo e elevada eficácia, sendo

objetivo do PNDCC “Reduzir o consumo de sal entre 3 a 4% ao ano na população, durante os próximos 4 anos” (PNDCC, 2017, p.15). No PNPAS de 2017 além de outras estratégias que visam a melhoria do estado nutricional dos cidadãos, a redução do sal constitui um dos objetivos para 2020:

“Diminuir em 10% a quantidade de sal dos principais grupos de alimentos ricos em sal; Diminuir em 10% a quantidade de açúcar dos principais grupos de alimentos doces; Diminuir as gorduras más (do tipo trans) nos principais grupos de alimentos com gordura para o máximo de 2%; Aumentar em 5% o número de pessoas que come frutas e legumes todos os dias; Aumentar em 20% o número de pessoas que conhece a alimentação mediterrânica” (PNPAS 2017, p.4).

Os objetivos propostos pelo PNPAS estão diretamente relacionados com o risco de desenvolvimento, manutenção e resolução da HTA. Nas estratégias nele contidas destacam-se as intervenções dirigidas à promoção da literacia de toda a população e à capacitação dos cidadãos para a adoção de uma alimentação saudável, nomeadamente através da compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis (PNPAS 2017). Neste processo de capacitação dos cidadãos a promoção da saúde e a educação para a saúde surgem como estratégias fundamentais que devem “valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais” (DGS, 2015, p. 20).

De acordo com vários estudos científicos existem estratégias de educação para a saúde que orientam e fundamentam a prática de educação para a saúde. O aumento global da prevalência da HTA implica prejuízo à qualidade de vida, elevados custos para os sistemas de saúde, economia e sociedade. Na literatura científica é consensual que o sucesso do tratamento e redução das complicações da HTA é dependente das mudanças de estilos de vida, em particular ao nível dos fatores de risco modificáveis como a alimentação inadequada, o excesso de peso, o sedentarismo, o consumo de tabaco e álcool, independentemente do tratamento farmacológico instituído.

No sentido de fazer fase ao problema de saúde pública que representa a HTA, a OMS no seu Plano de Ação Europeu para a Alimentação e Nutrição 2015-2020, propõe estratégias de intervenções educativas no sentido de reduzir os principais fatores de risco para as DCCV. A educação para a saúde enquadrada na promoção da saúde, no âmbito da adoção de estilos de vida mais saudáveis surge como estratégia de prevenção, controlo e tratamento da HTA e em alguns casos representa a única medita terapêutica recomendada. A adoção de estilos de vida mais

saudáveis não só potência o controlo da HTA como também proporciona melhoria da saúde e da qualidade de vida, além de contribuir para a diminuição das complicações e dos custos assistenciais decorrentes (OMS, 2014).

A educação para a saúde enquanto estratégia para fazer face à HTA pode ser definida como

“(...) qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” ou seja representa “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (WHO, 2012, sp.).

O recurso à educação para a saúde constitui uma das estratégias utilizadas ao nível dos cuidados de saúde primários para estimular mudanças no estilo de vida no sentido de tratar a HTA e reduzir o risco cardiovascular (Ribeiro, Ribeiro & Cotta, 2011). Alguns estudos realizados neste âmbito verificaram redução na pressão arterial, diminuição do peso corporal, redução do perímetro abdominal, melhoria do perfil lipídico e da glicemia, alterações nos hábitos alimentares e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença (Tobe, Lum-Kwong, Sychowski, Kandukur, Kiss & Flintoft, 2014).

Na literatura é possível identificar diferentes estratégias de educação para a saúde utilizadas com o objetivo de reduzir a HTA, desde abordagens individuais a abordagens de grupo, com foco nos diferentes fatores de risco. A abordagem individual foi referida como única estratégia num estudo com pessoas com baixa literacia, através do qual os resultados demonstraram melhoria significativa na saúde. Esta abordagem teve impacto na alteração do comportamento, pela presença de barreiras linguísticas e culturais, possibilitando ao enfermeiro a perceção face ao que foi apreendido pelo outro, o que permitiu reformular e adequar a informação à pessoa. Esta estratégia individual a longo prazo conduziu a adesão à dieta, à melhoria do estado de saúde e à redução do recurso aos serviços médicos (Richardson, Donald, & Kautz, 2018). O recurso a sessões de educação para a saúde em grupo é referida por diferentes estudos como uma estratégia eficaz quando aplicada aos hábitos alimentares saudáveis e à atividade física, resultando na redução em pelo menos um dos fatores de risco da HTA (Keyserling, et al., 2016), (Radovanovic, Bevilaqua, Molena-Fernandes, & Marcon, 2016), (Oliveira, Miranda, Fernandes, & Caldeira, 2013). Neste sentido a educação para a saúde surge como uma estratégia que deve ser adequada em função da população a que se destina, constituindo um recurso indispensável na prática diária do enfermeiro.

1.4 Intervenção do Enfermeiro Especialista na Promoção de Saúde na Hipertensão

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Foca o seu campo de trabalho na necessidade de promoção da saúde, nos estilos de vida e na prevenção da doença, tendo como finalidade o desenvolvimento de comunidades saudáveis (OE, 2011). Identifica as necessidades da população / famílias de modo a determinar quais as intervenções mais adequadas, *“Intervém em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19356).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades. O papel do enfermeiro, como educador, passa pelo desenvolvimento de estratégias de transmissão de conhecimento, consciencialização de doença e capacitação para encarar as mudanças como um investimento na sua saúde e bem-estar.

O enfermeiro na área da promoção da saúde comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática centrada na comunidade, reconhece as necessidades da população e suas famílias de modo a determinar quais as intervenções mais adequadas a cada grupo. *“Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19355).

O enfermeiro ESCP *“usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19356). O modelo de conceptual de Enfermagem de Nola Pender: Modelo Teórico de Promoção de Saúde surge como um referencial adequado a prática da enfermagem (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Apresenta uma organização simples e clara, em que o enfermeiro realiza a promoção de saúde de forma individual, ou em grupo, permitindo planear, as intervenções e avaliar as ações. O modelo integra a enfermagem na ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo

biopsicossocial que motiva indivíduos para adotarem comportamentos produtores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996) inclui a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem sendo utilizado como modelo de análise para compreender e esclarecer os fenômenos da adesão e da mudança comportamental. O modelo agrega aspectos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, frequentemente utilizados no âmbito da adesão terapêutica, nomeadamente a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, a teoria da ação racional de Fishbein e o modelo de crenças na saúde (Sakraida, 2004).

O modelo revisto consiste em características e experiências individuais, cognições e afetos comportamentais específicos, entre outros fatores que conduzem ao resultado comportamental. Pender (1996) considera as cognições e os afetos comportamentais específicos como os mais importantes mecanismos motivacionais para o comportamento de promoção de saúde. Dos quais a percepção de benefícios e de barreiras à ação, a percepção de autoeficácia, afetos relacionados com a atividade, influências interpessoais e situacionais. As características e experiências individuais incluem comportamentos prévios relacionados e fatores pessoais. Os conceitos adicionais do modelo incluem as exigências e preferências competitivas imediatas, compromisso com um plano de ação e comportamento promotor de saúde (McCullagh, 2009).

Assim, este modelo é usado para implementar e avaliar ações de promoção de saúde para compreender determinado comportamento. Sendo realizada uma análise de relação entre as características e experiências individuais (comportamento anterior e fatores pessoais), os sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento que se quer alcançar (percepção de benefícios, barreiras para ação, autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, entre outros) e o comportamento de promoção da saúde desejável.

A pessoa é o centro deste modelo, um ser único de acordo com os seus esquemas cognitivos e perceptivos e de acordo com os fatores condicionantes a que é exposta. É um modelo individual que pode potencialmente aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para clarificar a mudança de comportamento. O modelo revisto e aprimorado por Nola Pender agrupa-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afetos relacionados com o comportamento e o resultado comportamental (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011; Sakraida, 2004). O

comportamento de promoção de saúde é o fim ou resultado de ação orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar e a realização pessoal. Exemplos de comportamentos de promoção de saúde são cumprir uma dieta saudável, fazer exercício físico regular, controlar o stress, ter repouso e um crescimento espiritual adequado e construir relações positivas (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011; Sakraida, 2004).

O modelo de Promoção de Saúde tem como finalidade auxiliar os enfermeiros a compreender os principais determinantes nos comportamentos de saúde, como ponto de partida para um aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). O termo saúde é visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento da pessoa, levando em consideração a idade, a etnia e cultura, numa perspetiva holística. Deste modo o modelo de promoção da saúde de Pender constitui uma referência para o exercício profissional dos enfermeiros no que se refere à promoção da saúde e à adesão de estilos de vida saudável.

No âmbito da promoção e da educação para a saúde a intervenção do enfermeiro pode desenvolver-se a nível individual ou comunitário, visando a redução dos principais fatores de risco para a HTA e doença cardiovascular nomeadamente: a alimentação, literacia alimentar, redução do peso, atividade física, sessão tabágica, redução do álcool. A educação para a saúde sobre alimentação saudável onde o enfermeiro desempenha um papel relevante deve incidir nos principais erros alimentares da pessoa ou comunidade, dos quais se destacam o excesso de sal, excesso de alimentos altamente energéticos ricos em gordura, sal e açúcar e pobres em nutrientes e excesso de gorduras.

No sentido de combater alguns dos principais erros alimentares dos portugueses o enfermeiro pode através de seções de educação para a saúde abordar diferentes estratégias, nomeadamente:

- Promover a utilização de ervas aromáticas na confeção através do fornecimento de informação sobre a vantagem da sua utilização em alternativa ao sal, como preconizado no documento informativo “utilização de ervas aromáticas e similares na alimentação” divulgado pela DGS em 2013.

- Incentivar a redução de alimentos altamente energéticos através da capacitação dos cidadãos para a distinção entre género alimentícios processados em função das quantidades de sal, gordura e açúcar, com recurso à leitura de rótulos alimentares para escolhas alimentares mais saudáveis, indo ao encontro dos objetivos do PNPAS.
- Promover o consumo de frutas e legumes preconizado no PNPAS em virtude do seu efeito protetor da saúde e de redução do risco cardiovascular.

Na redução das gorduras adicionadas no ato da confeção é também importante que o enfermeiro esclareça o benefício do recurso ao azeite, uma vez que este é reconhecido pelo seu efeito protetor da doença cardiovascular. Ainda no âmbito da confeção dos alimentos a intervenção do enfermeiro deve capacitar não só para a confeção, mas também para a compra e armazenamento dos alimentos, elementos fundamentais para uma alimentação saudável promotora de ganhos em saúde. Através destas medidas é possível contribuir para a redução da quantidade de sal, gordura, açúcar com efeitos positivos ao nível do risco cardiovascular do excesso de peso e de outras doenças decorrentes dos hábitos alimentares inadequados.

2 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

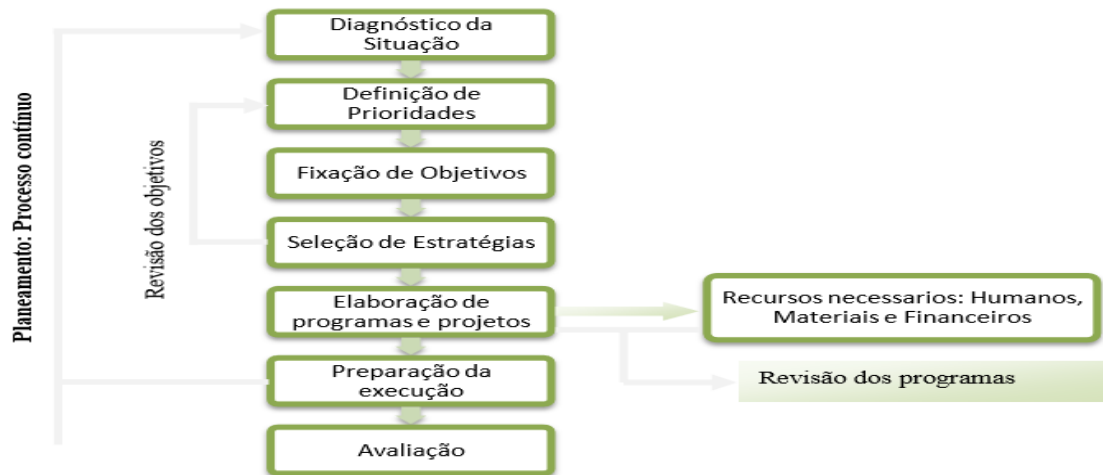
O projeto de intervenção comunitária *“Alimentação saudável: capacitar para a mudança”* desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde descrita por Imperatori e Giraldes (1982), foi operacionalizado no Programa Municipal *“Programa Nosso Bairro, Nossa Cidade”* (PNBNC).

2.1 Metodologia do Planeamento em Saúde

O planeamento em saúde surge como uma estratégia coletiva, que permite adaptar, aumentar a flexibilidade, eficiência e rigor das intervenções desenvolvidas em múltiplos contextos, na perspetiva da resolução de problemas e no aumento de ganhos em saúde. Permite um processo de intervenção sobre a realidade e um esforço coletivo, que envolve um conjunto de etapas subsequentes, que podem retroceder. Constituindo um processo contínuo e dinâmico, que implica a coordenação de esforços oriundos dos vários sectores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1982).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982) o processo de planeamento, contempla as etapas de diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Figura nº 1).

Figura nº 1 - Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde descritas por Imperatori e Giraldes.



Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes, p.10 1982.

Cada etapa do processo de planeamento, não pode ser considerada como inteiramente concluída, dado que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações, permitindo a sua reformulação (Imperatori & Giraldes, 1982). Segundo Tavares (1990), o conhecimento das diferentes etapas do planeamento em saúde, promove a adequação das estratégias implementadas em saúde e os ganhos em saúde (Tavares, 1990).

O Diagnóstico da Situação é a primeira etapa do planeamento em saúde onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 13) “(...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação”. Importa diferenciar diagnóstico de situação de necessidades de saúde. O diagnóstico envolve uma noção de causalidade e desenvolvimento prognóstico, que não figura necessariamente no conceito de necessidade. Ainda que as necessidades sejam parte elementar do diagnóstico, não constituem a sua totalidade (Imperatori & Giraldes, 1982). É, portanto, fundamental relacionar e conciliar as necessidades de saúde com a procura e a oferta dos serviços disponibilizados na área em estudo, pois este é um dos problemas fundamentais do Planeamento em Saúde. Assim, deve ter como

principais características, ser satisfatoriamente desenvolvido aos sectores económicos e sociais de modo a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes. Ser suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser basicamente sucinto para ser entendido por elementos da população, por técnicos e por políticos. O fim do diagnóstico é a identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita na etapa de escolha de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1982). Assim de acordo com Imperatori & Giraldes (1982), a primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito e a área de programação a qual se relaciona diretamente com a fase seguinte, que é a escolha de prioridades.

A seleção de prioridades é a segunda etapa do processo do planeamento em saúde onde os problemas identificados na etapa anterior serão hierarquizados utilizando critérios definidos. De acordo com (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 29), *“A definição, escolha ou Seleção de Prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde”*. Segundo os mesmos autores (1982, p. 30), *“Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.”* Ou seja, a análise do tempo de previsão para a intervenção, o local de atuação e os recursos disponíveis nesse local. *“Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades.”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 31).

De acordo com os mesmos autores os três critérios clássicos são a magnitude (importância ou tamanho, dimensão), a transcendência (relevância segundo os diferentes grupos etários) e a vulnerabilidade (possibilidade de prevenção, ao conhecimento da relação entre os problemas e os fatores de risco). Outros critérios exequíveis apontados pelos autores são: a evolução (possibilidade do problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente); irreversibilidade do dano (maior prioridade seria dada a situações que provocassem danos irreversíveis); conformidade legal (o problema torna-se prioritário se já existe legislação favorável à sua resolução); atitude da população (recetividade, satisfação, comprometimento ou grau de controle da população sobre um problema) e fatores económicos (os problemas que impliquem maior despesa, efeitos negativos na produtividade ou aumento de emprego são prioritários).

Segundo (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 31) , *“realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos Objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.”*

A Fixação dos Objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde a atingir em relação a cada um dos problemas identificados num determinado período de tempo. Os autores Imperatori & Giraldes (1982) mencionam que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Na fixação dos objetivos quatro aspetos têm que ser refletidos: *“A seleção de indicadores dos problemas de saúde prioritários; A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo; A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 43).

O objetivo operacional, ou meta, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1982). Os objetivos operacionais ou metas referem-se ao resultado desejado traduzido em indicadores de atividade. Os objetivos de resultado, fixados nesta fase, são: *“um quadro de referência que permita no fim do período do plano aferir até que ponto se atingiu ou não uma inflexão dos valores dos indicadores, considerada possível e desejável de acordo com os conhecimentos técnicos atuais”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 47).

Um resultado desejável define-se através do enunciado do objetivo de um problema de saúde, *“o objetivo operacional ou meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 48). Outro autor Tavares (1990, p. 113) refere que: *“(…) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (…), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos”*

A Seleção de Estratégias corresponde à quarta etapa do Planeamento em Saúde a qual pretende apresentar novas formas de atuar que permitam alcançar os objetivos fixados. Esta etapa requer um estudo mais detalhado, por ser necessário proceder à revisão dos objetivos fixados ou por se evidenciar a falta de recursos humanos, financeiros, materiais e temporais. Define-se como *“(…) como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 65). Consideram-se as seguintes fases na elaboração de estratégias de saúde: Estabelecer critérios de conceção de estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; Escolher as estratégias mais realizáveis; Descrever de forma detalhada as estratégias

escolhidas; Estimar os custos das estratégias; Avaliar a adequação dos recursos futuros; Rever as estratégias e os objetivos (se necessário).

A Elaboração de Programas e Projetos corresponde à quinta etapa do Planeamento em Saúde, sendo que para Imperatori & Giraldes (1982), um programa consiste num conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia que requer utilização de recursos humanos, financeiros e materiais. Estes podem ser formulados segundo diversos critérios e vários níveis. De acordo com os mesmos autores, um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um determinado resultado e contribui para a execução de um programa. A particularidade que distingue um programa de um projeto é que, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, o projeto decorre num período de tempo bem delimitado (Imperatori & Giraldes, 1982).

A Preparação da Execução corresponde à sexta etapa do Planeamento em Saúde, sendo a *“etapa do planeamento em saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 115). Pretende mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades; evitar sobreposições e excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos; visualizar entraves na execução; prever recursos e facilitar a realização das atividades, (Imperatori & Giraldes, 1982).

A Avaliação é a última etapa do Planeamento em Saúde, segundo os autores (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 127) *“(...) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”*. A avaliação sistemática permite melhorar uma atividade em curso e reformula-la de acordo com as necessidades. *“A avaliação necessita de determinação cuidadosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 127).

De acordo com os mesmos autores na fase de avaliação a falta ou insuficiência de informação pode constituir uma dificuldade:

“Constituindo as insuficiências de informação uma das principais dificuldades das avaliações, parece oportuno lembrar a chamada “lei de Finagle”, que de maneira pessimista nos ilustra quanto à disponibilidade, pertinência e fiabilidade da informação no

planeamento, nomeadamente durante o diagnóstico e a avaliação...”
(Imperatori & Giraldes, 1982, p. 128).

Se a precisão de uma avaliação está condicionada às informações existentes, deverá ser procurado o equilíbrio útil entre a precisão e as possibilidades de intervenção futura. De nada vale conseguir graus de precisão nas avaliações que na prática não serão utilizadas na melhoria das atividades (Imperatori & Giraldes, 1982). O planeamento em saúde termina com a avaliação que determina o nível de sucesso no alcance dos objetivos com recurso aos indicadores de resultado e de atividade (Imperatori & Giraldes, 1982).

2.2 Caracterização do Contexto

1.2.1. Caracterização da unidade de saúde

O Projeto de Intervenção Comunitária decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul (UCCPA) do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACeSA).

O Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, regulamentou a reorganização dos CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), definidos como unidades funcionais flexíveis. Este novo paradigma dos cuidados de saúde primários procura privilegiar o acesso, a equidade e solidariedade de todos os cidadãos aos cuidados de saúde primários, a melhoria dos cuidados de saúde prestados, o envolvimento dos profissionais e a obtenção de mais ganhos em saúde.

No artigo 7º de Decreto supramencionado são definidas as unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde que integram o ACES:

- A Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos. Presta cuidados personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica;

- As Unidade de saúde familiar (USF) são unidades operativas com autonomia funcional e técnica que prestam cuidados aos utentes inscritos na vertente médico enfermeiro de família
- As Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados;
- As Unidade de cuidados na comunidade (UCC) presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário;
- As Unidades de Recursos Partilhados (URAP) presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares a equipa é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionai;
- A Unidade de saúde pública (USP) funciona como observatório de saúde da área geodemografia do ACES em que se integra, competindo- -lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública. As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria. A autoridade de saúde a nível dos ACES integra -se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de saúde pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde;
- As Unidade de cuidados na comunidade (UCC) presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais

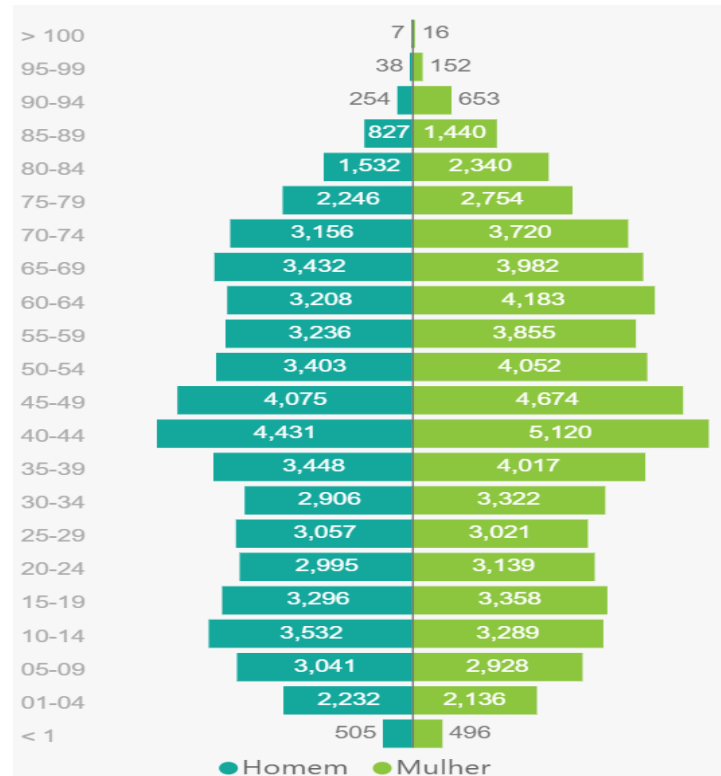
vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (Decreto Lei nº 101/2006, 2006).

A missão desta UCCPA é contribuir para a promoção da saúde e para a prevenção da doença, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis no âmbito de atuação geográfica (Ministério Saúde, 2019). A UCCPA, está situada em local próprio em edifício do Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida (ACeSA).

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de serviço social, médicos, psicólogos e assistentes técnicos, e outros elementos da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Propõe-se assegurar respostas integradas, articuladas e diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida, rege-se pelos seguintes princípios: Cooperação, Solidariedade e trabalho de equipa, Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, Articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES. A UCC PA funciona ainda em parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS; Associações e outras), promovendo uma gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos em saúde e de motivação / satisfação profissional.

A UCCPA abrange uma população de 117.261 utentes inscritos nas diferentes unidades de saúde das freguesias: S. Sebastião 52.637 (44,89%), Sado 5.613 (4,79%), Gâmbia Pontes Alto da Guerra 5.904 (5,03%), Setúbal (São Julião, Nossa Senhora Anunciada e Santa Maria da Graça) 37,044 (31,59%) Azeitão (S. Lourenço e São Simão) 16.062 (13,7%). Esta população apresenta um índice dependência total de 61,42% (Jovens 24,95% e Idosos 36,47%). A pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCCPA é em forma de Barril como demonstra a pirâmide (Figura nº 2) a faixa etária predominante é entre os 40-44anos (Ministerio da Saúde, 2019).

Figura nº 2 - Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCCPA



Fonte: ACSS, 2019.

Considerando a área geográfica de abrangência que compreende 171,9 Km², esta caracteriza-se por zonas rurais de baixa densidade populacional, com povoamento dispersos, por vezes com ausência de vias rodoviárias de acesso e zonas urbanas de elevada densidade populacional caracterizada por zonas comerciais, rede de transportes e fácil acessibilidade. No interior da zona urbana destacam-se ainda diferentes zonas, as zonas de edificação antiga caracterizada maioritariamente por casas com diferentes graus de degradação, zonas de edificação mais recente caracterizada por edifícios de vários andares e zonas de edificação destinada à habitação social.

A equipa da UCCPA desenvolve atividades traçadas no plano de ação segundo o Plano Nacional de Saúde e de acordo com o ciclo vital no âmbito do Programa Nacional de Saúde Materna, Curso de Preparação para a Parentalidade, Recuperação Pós-Parto, Programa Nacional de Saúde Infantojuvenil, Comissão de Proteção a Crianças e Jovens, Programa Nacional de Saúde Escolar, Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados, Sistema de Intervenção Precoce na Infância, Núcleo de Apoio à criança e Jovem Em Risco, no âmbito dos Cuidados Paliativos, Programas Nacionais de Doenças Cardiovasculares, entre outros projetos, nomeadamente o PNBNC.

1.2.2. Programa Nosso Bairro Nossa Cidade

PNBNC programa municipal em parceria com várias entidades do concelho de Setúbal foi desenvolvido no sentido de apoiar a população abrangida. Este programa abrange 3 bairros construídos na década de 70 no âmbito do Plano Integrado de Setúbal e que constituem habitações de realojamento, cooperativas de habitação, de construção a custos controlados. A origem diversa da população que veio habitar estes bairros, provenientes da descolonização e do êxodo rural, resultou no desenraizamento e fraca agregação social dos habitantes conduzindo a graves problemas de pobreza e exclusão social (Programa Nosso Bairro Nossa Cidade [PNBNC], 2007).

O PNBNC desenvolvido em parceria com a Câmara Municipal de Setúbal (CMS), Junta de Freguesia de São Sebastião (JFSS), Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde (IPS/ESS) e UCCPA, teve início no “3.º Encontro de Moradores” dos bairros, tendo sido decidido pelos moradores destes bairros dar atenção particular às questões da promoção da saúde e prevenção da doença (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], 2017). Deste modo:

“O desenvolvimento do PNBNC vem permitir ações na área da promoção da saúde e prevenção da doença que vão ao encontro das necessidades sentidas e expressas pelos moradores dos bairros da Bela Vista e Zona Envolvente, em Setúbal, envolvendo-os na definição da estratégia a prosseguir por forma a promover a sua autonomia, corresponsabilização no processo de autogestão da sua própria saúde, capacitando-os simultaneamente para uma intervenção comunitária mais efetiva na promoção da saúde coletiva através da identificação de moradores que assumam a qualidade de “Agentes Locais de Saúde Voluntários” (ARSLVT, 2017).

No âmbito do PNBNC foi aplicado um questionário aos moradores de um dos 3 bairros, que permitiu caracterizar esta população.

Caracterização sociodemográfica: Responderam ao questionário por 42 moradores, 71% (n=30) do sexo feminino e 29% (n=12) do masculino, a média de idades foi de 40 anos sendo a idade mais baixa de 20 e mais elevada de 70 anos.

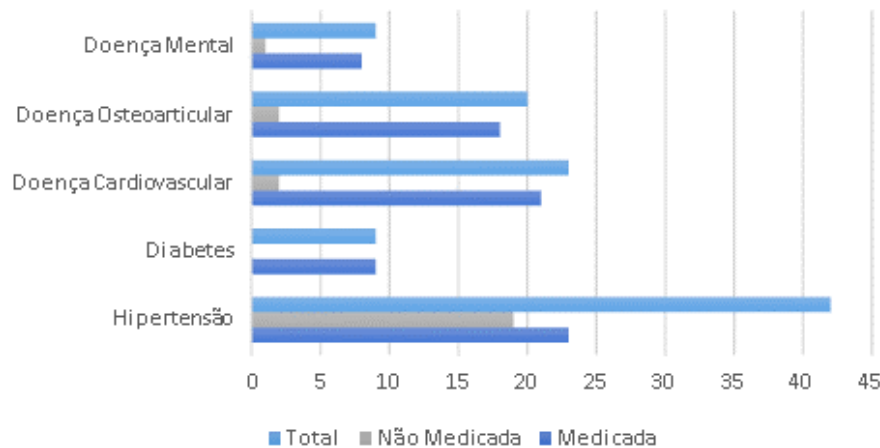
Relativamente a escolaridade 36% (n=15) sabem ler e sabe escrever, 20% (n=5) sabem ler mas não sabem escrever, 20% (n=5) dos inquiridos não sabem ler nem escrever e 40% (n=17) não respondem.

Considerando a situação profissional 32% estão reformados, 30% não respondem 21% estão empregadas e 17% encontram-se desempregados.

Relativamente à situação de saúde dos inquiridos apenas 83% têm médico de família atribuído.

Quando questionados relativamente à situação de doença verificou-se que a totalidade das pessoas inquiridas afirmou ter HTA. Destas pessoas 24 referiram ser portadoras de doença Cardiovascular e 20 Osteoarticulares (Gráfico 1). De notar que cerca de 16% das pessoas afirmam serem portadoras das cinco doenças apresentadas no gráfico seguinte e nenhum dos inquiridos referiu ausência de doença, ou ser portador de apenas uma das doenças.

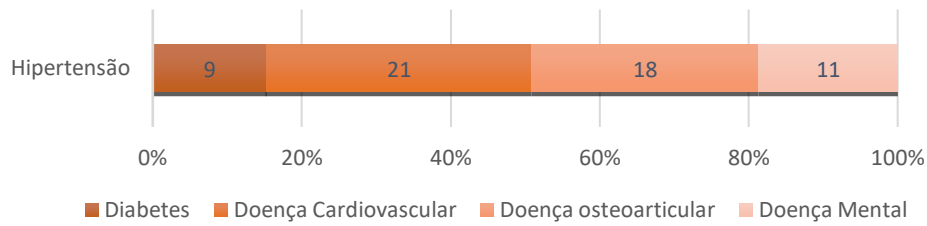
Gráfico nº 1 - Caracterização da amostra segundo a Patologia



Fonte: Dados obtidos a partir questionário realizado no âmbito do PNBNC

Do gráfico anterior ressalta a importância da hipertensão nesta população, onde representa a principal patologia que afeta todos os inquiridos, apresentando uma proporção ligeiramente superior das pessoas medicadas comparativamente às não medicadas. Esta constatação conduziu à identificação das diferentes doenças associadas à HTA, verificando-se que as doenças cardiovasculares são a principal doença associada atingindo 54,8% das pessoas (Gráfico 2).

Gráfico nº 2 - Caracterização da população alvo segundo a hipertensão e as doenças associadas

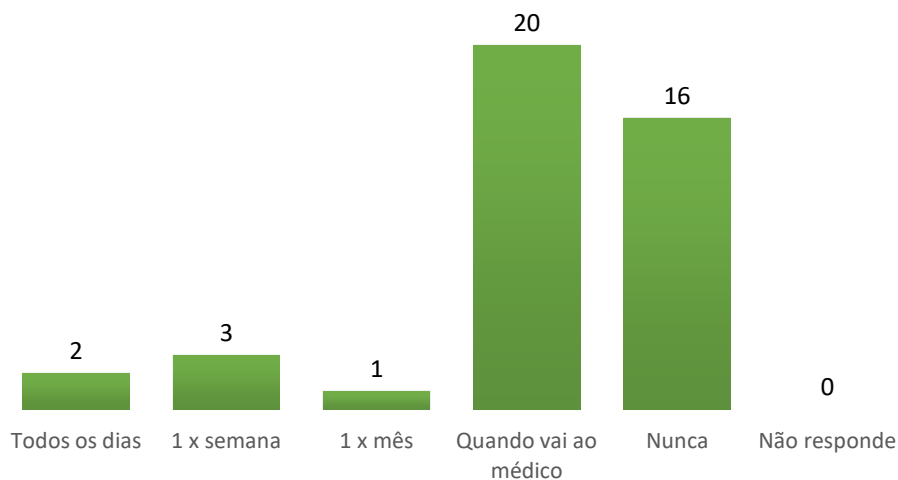


Fonte: Dados obtidos a partir questionário realizado no âmbito do PNBNC

O gráfico anterior demonstra a relação entre a HTA e as doenças cardiovasculares referida amplamente na literatura. Esta associação resulta da HTA constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares quer pela natureza da doença como pelos outros fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de ambas as doenças nomeadamente a alimentação e a atividade física. Relativamente aos fatores de risco a população apenas foi inquirida o consumo do tabaco ao qual 16,7% respondeu que era fumador ativo.

Sendo a HTA uma doença que requer vigilância para adequada gestão do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico onde a avaliação da TA representa o principal meio de vigilância inquiriu-se a população no sentido de perceber o seu comportamento de procura de saúde. Da análise dos resultados verifica-se que a maioria da população não avalia a tensão arterial por rotina sendo que 47,6% apenas a avalia quando vai ao médico e 38,1% nunca avalia (Gráfico 3).

Gráfico nº 3 - Caracterização da amostra segundo a frequência da avaliação da Tensão Arterial



Fonte: Dados obtidos a partir questionário realizado no âmbito do PNBNC

2.3 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação decorreu durante o referido estágio e teve como ponto de partida a informação vinculada pela informadora chave⁵ a enfermeira coordenadora da UCCPA que identificou a população inserida no PNBNC como uma população com necessidade de intervenção comunitária. No sentido de conhecer as necessidades e/ou problemas em saúde desta população foi realizada uma reunião com os parceiros do projeto na qual foi reforçada a necessidade de intervir nesta população e com base nos resultados dos questionários previamente aplicados a HTA surgiu como o principal problema de saúde desta população.

2.3.1 Considerações éticas

No prosseguimento das finalidades da ciência, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Uma investigação eticamente sólida é aquela em que os investigadores se asseguram que os participantes entendem os riscos e benefícios, estão informados dos seus direitos, incluindo o de não participar.

Inúmeros documentos são necessários para a salvaguarda dos direitos ético-legais, de modo a garantir a dignidade do ser humano e os direitos e liberdades fundamentais da pessoa. A implementação do Regulamento 2016/679 relativo à proteção das pessoas no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Comissão de Ética para a Investigação Clínica [CEIC], 2018).

“O Regulamento Geral de Proteção de Dados⁶ (RGPD) que entrou em vigor no passado dia 25 de maio de 2018, vem substituir a atual diretiva e tem aplicação direta no quadro legal Português. Contudo, até haver legislação nacional de execução do RGPD que revogue a Lei 67/98 de 26 de Outubro (Lei de proteção de dados pessoais) nas

⁵ Abordagem pelos informantes-chave - utiliza a informação recolhida junto de personalidades que ocupam posições privilegiadas numa determinada comunidade o que legitima o seu conhecimento sobre as necessidades em causa. A sua seleção é feita através de questionários ou a partir da escolha de líderes da comunidade ou das instituições públicas. É uma abordagem de fácil operacionalização, contudo, por considerar apenas a opinião de um grupo, pode não ser representativa das necessidades da população.

⁶ Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE.

matérias abrangidas pelo regulamento, a Lei 67/98 continua em vigor em tudo o que não contrarie o RGPD” (CEIC, 2018, p. 1).

Para assegurar os princípios éticos necessários foram solicitadas autorizações sendo emitidas as respetivas declarações favoráveis:

- Declaração da coordenadora da Unidade de Saúde (Apêndice 1).
- Declaração da Diretora Executiva do ACeSA (Apêndice 2).
- Declaração do Orientador Pedagógico (Apêndice 3).
- Declaração de autorização dos parceiros do projeto para consulta do Questionário de Dados de Saúde (Apêndice 4).
- Declaração de Apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo (Apêndice 5).
- Solicitação de consentimento livre e informado às mulheres frequentadoras do PNBNC (Apêndice 6).

Todas as autorizações foram concedidas e foi emitido parecer favorável pela Comissão de Ética da ARSLVT para a Saúde (apêndice 7).

O consentimento informado livre e esclarecido disponibilizado em suporte de papel e em duplicado, onde estão mencionados os objetivos do estudo, a participação esperada, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados, foi obtido junto das mulheres frequentadoras do PNBNC em sala específica para o efeito. O questionário e a avaliação da tensão arterial foi realizado individualmente garantindo a sua privacidade e dignidade no decurso deste processo. Qualquer mulher que em qualquer momento demonstrasse vontade de não participar era livre para o fazer, sendo a sua vontade respeitada.

O caderno de recolha de dados (Apêndice 8) elaborado em suporte de papel para anotação dos valores avaliados (peso, altura e tensão arterial), isento de qualquer menção que permita a identificação da mulher.

2.3.2 Metodologia

O diagnóstico de situação emergiu da necessidade de explicar ou melhor compreender o problema constatado na reunião com os parceiros do projeto: a HTA. Neste sentido foi realizado um estudo descritivo não experimental. O instrumento de recolha de dados foi um questionário e a avaliação da tensão arterial aplicados a uma amostra de conveniência e não probabilística.

2.3.2.1 População Alvo e Amostra

A população alvo eram todas as mulheres moradoras no bairro abrangido pelo PNBNC, não sendo possível alcançar toda a população alvo foi selecionada uma amostra por conveniência.

A amostra deve conter as características da população alvo, sendo representativa dessa população (Fortin, 2009). Na seleção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, na qual foram considerados os seguintes critérios de seleção: critérios de inclusão ser moradora no bairro, idade superior a 18 anos, ser frequentador do projeto PNBNC e participação voluntária; critério de exclusão: “impossibilidade de responder ao inquérito” por défice cognitivo. Após a aplicação destes critérios, a amostra ficou constituída por 14 mulheres.

2.3.2.2 Instrumento de Colheita de Dados

Para a caracterização da amostra: foi aplicado um questionário composto por 10 perguntas fechadas que contempla dados antropométricos, sócio demográficos e de frequência alimentar. O questionário foi aplicado individualmente no formato de entrevista e preenchido pela mestranda. Os dados de saúde avaliados foram a Tensão arterial. A tensão arterial foi avaliada em sala própria do apartamento do Bairro e individualmente, com as mulheres sentadas, após 10 min de repouso, com recurso a um aparelho digital. Apenas participaram mulheres com consentimento informado devidamente assinado autorizando a sua participação.

2.3.2.3 Análise e discussão dos resultados

A amostra foi constituída por 14 mulheres com idades compreendidas entre 40 e os 60 anos sendo a média de idades 50 anos. Considerando o país de origem 6 angolanas, 4 cabo verdeamos e 4 de moçambique. A maioria sabia ler e escrever observando-se apenas duas pessoas analfabetas. Considerando a situação profissional 4 pessoas com atividade profissional 8 pessoas desempregadas e 2 reformadas.

Considerando o agregado familiar a maioria era constituída por 4 elementos a inquirida o companheiro e dois filhos. Uma das inquiridas referia 6 filhos, outra inquirida referia 7 filhos.

2.3.2.4 Situação de saúde

Todas as inquiridas referiram hipertensão arterial medicada, com média de 3 anos de evolução da doença. A avaliação da TA efetuada a esta amostra permitiu verificar que 63% da amostra se encontra medicada e apresenta valores correspondentes ao grau 2 de HTA. (Valores entre parêntesis 160-179 sistólica e/ou 100-109 diastólica), 23 % correspondentes ao grau 1 (149-159 sistólica e/ou 90-99 diastólica), e 14% ao grau 3 (≥ 180 sistólica e/ou ≥ 110 diastólica) (ESC/ESH, 2018). Dos valores avaliados o valor mais baixo avaliado para a diastólica foi de 85 mmHg e o valor mais alto de sistólica foi de 96 mmHg.

O total das inquiridas apesar de referir que a alimentação é importante para a saúde não estabelece relação entre a alimentação e os seus benefícios e malefícios na saúde/doença., nomeadamente ao nível do controlo da HTA.

2.3.2.5 Caracterização dos hábitos alimentares

Todas as inquiridas da amostra referiram serem elas as responsáveis pela compra, armazenamento e confeção da alimentação para o seu agregado familiar. Relativamente à principal forma de tempero dos diferentes géneros alimentícios o sal foi apontado como o principal ingrediente contrapondo com as ervas aromáticas que não foram mencionadas por nenhuma das inquiridas.

A principal forma de confeção dos alimentos indicados foram os fritos, os guisados e pratos típicos de cada país. Os principais géneros alimentícios incluídos na alimentação diária foram os enchidos, alimentos pré processados, bebidas açucaradas, sobremesas industrializadas. Em oposição ao consumo esporádico de legumes e fruta frescos.

Da análise dos dados através do diagnóstico de situação foram identificados dois problemas a HTA e os hábitos alimentares inadequados nesta amostra.

2.4 Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde.

No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Para definição do problema prioritário no qual se vai intervir foi realizada uma pesquisa de consenso numa reunião com os parceiros do projeto, onde foram apresentados os resultados do questionário e das avaliações da tensão arterial. Os dois problemas identificados foram a HTA e os hábitos alimentares inadequados que foram sujeitos aos critérios de seleção de prioridades magnitude, transcendência e vulnerabilidade definidos por Imperatori & Giraldes 1982. Desta reunião com os parceiros do projeto, foi atribuída prioridade máxima aos hábitos alimentares inadequados desta amostra.

2.5 Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos é a terceira etapa da metodologia do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com os autores, um objetivo operacional é “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 80). Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Deste modo foram definidos os seguintes objetivos para a nossa intervenção comunitária na área da promoção da saúde às mulheres frequentadoras do PNBNC. Assim o objetivo geral definido foi o seguinte:

Objetivo Geral: Capacitar as mulheres frequentadoras do PNBNS para a adoção de hábitos alimentares saudáveis

Objetivo Específicos:

- Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas mulheres frequentadoras do PNBNS;
- Contribuir para a promoção da redução do sal na alimentação nas mulheres frequentadoras do PNBNS;
- Aumentar o conhecimento das mulheres frequentadoras do PNBNC para a alimentação saudável na saúde.

Segundo os autores, Imperatori & Giraldes (1993) nesta etapa deve-se proceder à definição dos indicadores, os quais são “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77).

2.5.1 Metas e indicadores

Assim definimos indicadores de atividade ou de execução, visto estes terem como finalidade “medir a atividade desenvolvida” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 78), tal como referimos no referencial teórico deste relatório.

A fim de proceder à monitorização do projeto foram definidos indicadores e metas para cada objetivo específico (Tabela 3).

Objetivo específico:	Meta	Indicador
Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas mulheres frequentadoras do PNBNS	Que 60% das mulheres identifique pelo menos três princípios da alimentação saudável.	$\frac{\% \text{ de mulheres que enumera corretamente pelo menos três princípios da alimentação saudável.}}{\text{Número de mulheres que enumera corretamente pelo menos três princípios da alimentação saudável}} / \text{Número total de mulheres participantes.}$
Contribuir para a promoção da redução do sal na alimentação nas mulheres frequentadoras do PNBNS	Que 20% das mulheres refira a introdução de ervas aromáticas na confeção das principais refeições.	$\frac{\% \text{ de mulheres que refere a introdução de ervas aromáticas na confeção das principais refeições.}}{\text{Número de mulheres que refere a introdução de ervas aromáticas na confeção das principais refeições}} / \text{Número total de mulheres participantes}$
Aumentar o conhecimento das mulheres frequentadoras do PNBNC para a alimentação saudável na saúde	Que 70% das mulheres identifique pelo menos 3 benefícios da alimentação saudável	$\frac{\% \text{ de mulheres que identifique pelo menos 3 benefícios da alimentação saudável}}{\text{Número de mulheres que identifique pelo menos 3 benefícios da alimentação saudável}} / \text{Número total de mulheres participantes}$

2.6 Seleção de estratégias

A Seleção De Estratégias corresponde à quarta etapa do Planeamento em Saúde a qual pretende apresentar novas formas de atuar que permitam alcançar os objetivos fixados. Assim definimos o conjunto de técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados na etapa anterior (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para delinear as estratégias a desenvolver neste projeto, que visam contribuir para a capacitação das mulheres (população alvo) com HTA e suas famílias nomeadamente redução de sal na alimentação diária, introdução de ervas aromáticas em alternativa ao uso de sal e leitura dos rótulos das embalagens, conhecimentos que lhes permitam alternativas para a escolha de hábitos alimentares saudáveis foi realizada uma reunião com a coordenadora do PNBNC e parceiros do projeto onde foram discutidas as possibilidades de intervenção tendo em conta as características

desta população, os objetivos e recursos existentes. Deste modo selecionamos um conjunto de estratégias elementares:

- **Envolvimento dos parceiros**, envolver a equipa da UCCPA e os parceiros do PNBNC, através de reuniões formais e informais para discussão das diferentes fases do projeto e para participação conjunta.
- **Envolvimento da pessoa de referência do PNBNC** (duas mulheres moradoras no bairro, elos de ligação entre as frequentadoras do PNBNC e a UCCPA).
- **Elaboração de sessões de educação para a saúde**, realizadas em grupo no apartamento do PNBNC, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis: Uma das estratégias de intervenção selecionada foi a educação para a saúde sobre alimentação saudável dirigidas às mulheres. Na elaboração das sessões para a educação para a saúde recorreu-se à exposição e explicação de cartazes, nomeadamente da roda dos alimentos (Anexo 2) e à apresentação em Power Point. As sessões foram desenvolvidas no sentido da interação constante com as participantes e através da colocação de questões e através da estimulação da participação solicitando a partilha das suas experiências.
- **Elaboração de sessões individuais de educação para a saúde**, realizadas no apartamento do PNBNC, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis: Em virtude da diversidade cultural e características individuais de cada uma das participantes foi selecionada como estratégia sessões individuais de forma a permitir o conhecimento dos hábitos alimentares próprios de cada participante e assim estabelecer em parceria com a mulher as mudanças necessárias para uma alimentação mais saudável na elaboração das sessões de educação para a saúde recorreu-se à exposição e explicação de cartazes, nomeadamente os da DGS (Anexo 3) Recorreu-se também a um conjunto de ervas aromáticas para dar a conhecer a sua utilização.

2.7 Preparação Operacional e Implementação

Nesta fase é essencial a especificação detalhada das atividades que fazem parte do projeto de quando, aonde, e como, devem ser concretizadas e quem as executará, ou seja, a definição pormenorizada dos resultados a obter com o projeto. Assim, agrupam-se as atividades já realizadas que partilham pontos em comum com as atividades a desenvolver.

Segundo imperatori e Giraldes (1982) é uma fase determinante para o sucesso do projeto, requer a definição pormenorizada dos resultados que se pretendem alcançar, a preparação da lista das atividades do projeto, a explicitação de como cada atividade deve ser executada, a determinação dos recursos necessários e o estabelecimento do cronograma do projeto.

2.7.1 Seleção das atividades e cronograma de actividades

No sentido do desenvolvimento deste projeto foram planeadas e desenvolvidas as seguintes atividades:

- Solicitação das autorizações necessárias ao desenvolvimento do projeto;
- Solicitação de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT;
- Reuniões com os parceiros do PNBNC;
- Apresentação dos resultados do diagnóstico aos parceiros do PNBNC;
- Participação na atividade realizada pela UCCPA no âmbito do dia mundial da alimentação;
- Criação de um folheto informativo sobre ervas aromáticas;
- Criação de uma horta urbana com ervas aromáticas;
- Sessões de educação para a saúde em grupo com as mulheres;
- Sessões de educação para a saúde individuais com as mulheres;
- Caminhada após cada sessão de educação para a saúde;

Tendo em conta os objetivos definidos e o espaço temporal foi elaborado um cronograma por forma a guiar o desenvolvimento das atividades (Apêndice 10).

2.7.2 Recursos

Qualquer planeamento de um projeto pressupõe a previsão de recursos, assim foram definidos os recursos humanos, materiais e estruturais necessários para a implementação deste projeto:

- Recursos Humanos: Mestranda e Parceiros;
- Recursos Materiais: Folhas, Computador, Impressora, Aparelho avaliação TA, Ervas Aromáticas;
- Recursos físicos. Sala de reuniões da UCCPA e apartamento (sala de reuniões do PNBNC).

2.7.3 Atividades desenvolvidas

Envolvimento dos parceiros:

Efetuamos reuniões quinzenais com os diferentes parceiros do PNBNC, para planificação desta intervenção comunitária

Começamos com uma reunião com os responsáveis do PNBNC na qual foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação, definidas as prioridades e os temas a abordar, bem como a forma mais adequada de o fazer, de acordo com as características específicas das pessoas em causa. Para além disso, foram também definidas as datas de realização das sessões, tendo ficado acordado as datas das sessões, bem como o respetivo horário para cada grupo.

Elaboração de sessões de educação para a saúde, no PNBNC, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Foram calendarizadas 2 sessões de educação para a saúde. Na primeira foram abordados os princípios da alimentação saudável, o impacto do excesso de sal e estratégias para a sua redução. Na segunda sessão de educação para a saúde foi abordado o tema das escolhas alimentares, nomeadamente a seleção dos alimentos processados com recurso aos rótulos alimentares.

Elaboração de sessões de educação para a saúde individuais

Nesta sessão foi explorada a situação de saúde, o comportamento de procura de cuidados de saúde, a sua perceção face à importância da alimentação na saúde, hábitos alimentares e os principais alimentos adquiridos. Partindo das informações recolhidas foi elaborado em conjunto com a participantes estratégias de controle saúde/doença e de alteração dos hábitos alimentares desde o momento da compra ao consumo dos alimentos. Como por exemplo a apresentação de diferentes ervas aromáticas e utilização das suas possíveis utilizações.

Integrado na atividade de promoção de uma alimentação saudável⁷ e de acordo com as recomendações atuais da DGS foram dadas informações no sentido de capacitar as mulheres frequentadoras do PNBNC acerca da redução do sal na alimentação, em alternativa à utilização do sal a utilização de ervas aromáticas. E, também informação acerca da leitura dos rótulos⁸ para tomar as melhores decisões de compra. Ou seja, para compras com menos sal foi dado a conhecer o descodificador de rótulos, através do qual se compara a informação constante no rótulo do alimento ou bebida por 100g ou 100ml, respetivamente, com a informação disponibilizada no cartão (gordura, gordura saturada, açúcares e sal). Propõe-se que opte por alimentos e bebidas com nutrientes maioritariamente na categoria verde, modere aqueles com um ou mais nutrientes na categoria amarela e evite aqueles com um ou mais nutrientes na categoria vermelha.

⁷ Uma alimentação errada é a principal responsável pelos anos de vida saudáveis perdidos pelos portugueses pelo que O Ministério da Saúde propõe como linhas orientadoras o aprender a cozinhar saboroso sem a substância responsável por retirar muitos anos de vida saudável a milhares de portugueses “Sal”. Mais de 4 milhões de portugueses sofrem de hipertensão arterial onde o sal tem um papel importante.

⁸ Atualmente temos que fazer muitas escolhas de alimentos num curto espaço de tempo e nesse sentido saber ler rótulos é importante para tomar as melhores decisões. É a pensar nesta necessidade que o PNPAS sugere um cartão que pode ser facilmente transportado e consultado no momento de ir às compras.

Elaboração de uma horta urbana de ervas aromáticas

Foi elaborado em conjunto com as participantes uma pequena horta com as seguintes ervas aromáticas: coentros, salsa, hortelã, orégãos, tomilho, manjerição, hortelã pimenta, erva cidreira e cebolinho.

Caminhada após cada sessão

Após cada sessão de educação para a saúde foi efetuada uma caminhada com a duração de meia hora.

Acompanhamento das participantes ao supermercado para orientação na seleção dos produtos a adquirir.

Efetuamos um plano de sessão para as sessões de educação em grupo (apêndice 11) e um plano de sessão individual (apêndice 12), com suporte nos temas priorizados no respetivo diagnóstico de situação, enquadrando-os nas recomendações atuais da DGS.

Deste modo o aumento e consolidação de conhecimentos acerca desta temática vão ao encontro dos resultados obtidos no diagnóstico de situação, no qual ressaltaram necessidades de medidas preventivas e de fontes de informação na área da alimentação saudável.

2.8 Avaliação do Projeto

A avaliação da meta e indicadores baseou-se nas respostas das participantes durante as diferentes sessões nas mudanças que estas referiram ter introduzido na sua alimentação. Assim com base nos dados obtidos procedeu-se à avaliação dos dados e indicadores com base na tabela seguinte.

Tabela nº 2 - Avaliação dos objetivos específicos e metas.

Objetivo específico:	Meta	Avaliação
Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável nas mulheres frequentadoras do PNBNS	Que 60% das mulheres identifique pelo menos três princípios da alimentação saudável.	Atingido 100%
Contribuir para a promoção da redução do sal na alimentação nas mulheres frequentadoras do PNBNS	Que 20% das mulheres refira a introdução de ervas aromáticas na confeção das principais refeições.	Atingido 21,4%
Aumentar o conhecimento das mulheres frequentadoras do PNBNC para a alimentação saudável na saúde	Que 70% das mulheres identifique pelo menos 3 benefícios da alimentação saudável	Atingido 78,6%
Contribuir para a redução dos alimentos processados na alimentação das mulheres frequentadoras do PNBNS	Que 20% das mulheres refira a redução dos alimentos processados na sua alimentação.	Atingido 21,4%

Face aos objetivos atingidos consideram-se que todos foram alcançados uma vez que as atividades foram realizadas tendo em consideração o cronograma definido.

Apesar de se terem alcançado os objetivos, não é possível avaliar em ganhos de saúde, mas se as alterações alcançadas pelas participantes perpetuarem no tempo vão conduzir a ganhos em saúde apenas mensuráveis a longo prazo. A mudança que as participantes revelam ser mais difícil de implementar relaciona -se com a substituição dos alimentos processados por alimentos não processados. Dificuldade relacionada com o poder económico como mencionado pelas participantes que referiram todas elas que apenas adquiriam os produtos que se encontravam em promoção, que maioritariamente nas zonas de comércio são estes tipos de produtos que assumem preços mais baixos, contrariamente às frutas e legumes frescos, razão pela qual foi dada especial importância à leitura dos rótulos alimentares para que dentro dos alimentos processados as mulheres fiquem capacitadas para a melhor escolha, como por exemplo, escolher dentro do mesmo tipo de alimento escolherem o que têm menos sal, gorduras e açúcares. Considerando a redução verificada nos alimentos processados esta resultou na diminuição da quantidade de enchidos adquiridos e confecionados que faziam parte de inúmeros pratos.

3 ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As “Competências específicas” são as competências próprias de cada campo de intervenção definido para cada especialidade que permitem “*respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...), demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 4745).

O desenvolvimento do projeto “*Alimentação Saudável: Capacitar para a mudança*” permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EEECS, sobre as quais se procede a uma reflexão tendo em conta o Regulamento n.º 428/2018, publicado em Diário da República a 16 de julho de 2018, que estabelece 3 competências:

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O desenvolvimento da competência supracitada, remete para a elaboração do projeto de intervenção comunitária desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, através do qual foi possível aprofundarmos conhecimentos acerca do Planeamento em Saúde. Nesta competência definimos as unidades de competência: “*elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade*” através de um problema identificado procedemos ao diagnóstico de situação.

A aplicação de critérios de seleção de prioridades, tendo em conta as necessidades, os recursos, a vulnerabilidade e exequibilidade permitiram estabelecer “*as prioridades em saúde de uma comunidade*”. Na tomada de decisão sobre o problema prioritário: hábitos alimentares inadequados, foram integradas as orientações estratégicas definidas pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), assente na visão de promover o estado de saúde da população atuando num dos seus principais determinantes, a alimentação. Estratégias que concorrem para os desígnios do Plano Nacional de Saúde extensão 2020, cujo objetivo é “*a promoção da alimentação saudável que visasse incentivar o consumo alimentar adequado e a*

consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo de doenças crónicas”

Os objetivos definidos partiram dos dados do perfil de saúde considerados ao nível dos eixos estratégicos “Cidadania em Saúde” e “Políticas Saudáveis” do PNS extensão 2020. Permitindo alcançar a unidade de competência *“Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas”*. Também alcançada através da elaboração de estratégias tendo em conta os recursos disponíveis, considerando as características específicas da população alvo de intervenção.

Partindo do problema prioritário foi planeado e executado o projeto “Alimentação Saudável: Capacitar para a mudança” o que permitiu a aquisição da unidade de competência *“Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”*. No planeamento e desenvolvimento do projeto, foram planeadas *“intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde”* presentes nos documentos já referidos. Foram também otimizados e maximizados *“os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção”*, cuja demonstração consta no apêndice XX.

A mobilização do responsável organizacional, nomeadamente da coordenadora da UCCPA, permitiu o desenvolvimento das intervenções e a utilização de diferentes zonas do bairro. Para o qual também contribuiu o *“trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções”* desenvolvido com as enfermeiras da UCCPA e do recurso a outros profissionais, nomeadamente assistentes sociais demonstrando as *“habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial (...)”*

A avaliação efetuada ao projeto permitiu desenvolver a Unidade de Competência *“avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”*, através da avaliação contínua da implementação do projeto e da avaliação dos objetivos e metas, possibilitando concluir que advieram mudanças nos hábitos alimentares que se traduzem em ganhos em saúde da comunidade.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Relativamente a esta competência considerou-se que as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências nas unidades referidas: *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”*, *“Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas”* e *“Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”*.

No desenvolvimento deste projeto através do qual promovemos e desenvolvemos a literacia e autonomia para escolhas alimentares saudáveis às mulheres frequentadoras do PNBNC, através do qual realizámos a mobilização de parceria com outras instituições da comunidade, nomeadamente com os diferentes parceiros do projeto.

Promover e desenvolver a literacia e autonomia para o exercício de escolhas saudáveis pelo consumidor. Este eixo tem como objetivo capacitar os cidadãos de vários níveis de literacia para as escolhas saudáveis e capacitar outros profissionais que não apenas os da saúde, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis,

Para a promoção da participação comunitária foi fundamental o recurso a *“conhecimentos de diferentes disciplinas”* fundamental também para o desenvolvimento de todo o projeto que pretendeu capacitar.

“Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.” O desenvolvimento de todo o projeto teve como fio condutor o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Partindo dos pressupostos e princípios deste modelo foram delineadas estratégias de promoção e educação para a saúde com recurso a uma abordagem ativa e dinâmica, com participação dos diferentes intervenientes.

“Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades” Foi obtido através do contacto frequente com as mulheres do PNBNC, da análises dos dados do diagnóstico e da informação obtida nas visitas ao bairro.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Esta competência foi desenvolvida durante a permanência na UCCPA, no âmbito das atividades inerentes á promoção da saúde e prevenção da doença; prestação de cuidados na doença, promovendo a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, a reabilitação e a reinserção social; vigilância epidemiológica.

Na participação na Visitação Domiciliária com a equipa de cuidados paliativos concelhia e no âmbito da equipa de RNCCI nas quais foram desenvolvidas atividades nomeadamente no Plano Nacional de Vacinação e Programa de Saúde Prevenção e Controle da Dor. E, paralelamente em todos os programas Prioritários do Plano nacional de Saúde 2020, no âmbito da prevenção e gestão das doenças crónicas (prevenção e controlo do tabagismo, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, para a diabetes, para as doenças cérebro-cardiovasculares, para as doenças oncológica, para as doenças respiratórias.

No dia Mundial da Diabetes foi desenvolvida uma atividade pela UCCPA, dirigida aos hábitos alimentares e atividade física, permitindo a colaboração na implementação do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes.

No âmbito do Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas – Módulo Inverno e com o objetivo de prevenir e minimizar efeitos negativos do frio extremo e das infeções respiratórias, nomeadamente da gripe, na saúde na Prevenção de infeções respiratórias: Vacinação Proteção contra o frio Etiqueta respiratória e Vacinação contra a gripe para grupos de risco.

O projeto “Alimentação Saudável: Capacitar para a mudança”, permitiu contribuir para os desígnios do Programa Nacional Para a Promoção da alimentação Saudável e para o Programa Nacional de Doenças Cérebro Cardiovasculares e que particularmente contribuem para o alcance dos objetivos do PNS extensão 2020.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

No âmbito das atividades desenvolvidas na UCCPA e do Programa Nacional de Vacinação uma das atividades desenvolvidas foi a identificação de grupos, elegíveis para a vacinação gripe sazonal. Grupos de risco definidos e atualizados em norma da DGS.

Paralelamente os utentes em Programa de Toma Observada Diária (TOD). Esta atividade enquadra-se na prevenção da tuberculose uma doença multidisciplinar contribuindo para os desígnios do **Programa Nacional para a Tuberculose**.

A tuberculose é uma doença transmissível, sendo uma das atividades fundamentais na limitação da sua disseminação, a identificação do caso e seu isolamento e rastreio dos contactos. Um dos procedimentos utilizado no rastreio dos contactos é a prova de mantoux (Teste tuberculínico). No sentido de desenvolvimento de competências na abordagem as pessoas com risco de tuberculose e cumprem os critérios para realização da prova de mantoux a participação na formação “Prova de mantoux” foi um elemento chave que também contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância epidemiológica e de monitorização de fenómenos de saúde -doença de uma população.

A notificação da tuberculose é obrigatória sendo efetuada via eletrónica, através da plataforma Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica, denominada SINAVE. Este sistema recolhe informação sobre as doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública em Portugal. A implementação do sistema eletrónico a partir de 2015 veio permitir ao médico que faz o diagnóstico, notificar em tempo real o evento de uma doença transmissível à Autoridade de Saúde Local, Regional e Nacional, para a implementação de medidas de prevenção e controlo, limitando a disseminação da doença e a emergência de casos adicionais. A permanência na UCCPA do ACeSa permitiu observar o SINAV, enquanto sistema de gestão de informação que permite recolher, analisar, interpretar e difundir dados sobre as doenças transmissíveis sujeitas a declaração obrigatória.

4. CONCLUSÃO

A realização do projeto de intervenção comunitária “Alimentação saudável: Capacitar para a mudança” desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, permitiu-nos contribuir para a capacitação de um grupo de mulheres a frequentar o PNBNC para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

A HTA é a doença do aparelho cardiovascular com maior prevalência na população portuguesa, é considerada como o principal fator de risco de mortalidade geral, sobretudo devido às suas potenciais consequências a nível das DCCV. Está associada ao desenvolvimento das DCCV e de outras doenças crónicas não transmissíveis, que afetam a saúde e o bem-estar das pessoas. A realidade portuguesa acompanha o panorama dos restantes países industrializados, onde só no ano 2000 as DCV já representavam um terço das mortes a nível mundial. Logo a prevenção e tratamento desta patologia são medidas essenciais de saúde pública que não só reduzem o risco cardiovascular e de mortalidade da população, como também reduzem os gastos em saúde associados à HTA e às suas complicações. De origem multifatorial, os hábitos alimentares constituem um dos seus principais determinantes.

Com este projeto de educação para a saúde pretendemos capacitar para a adoção de comportamentos alimentares mais saudáveis. A alimentação mais cuidada resulta num maior controlo da HTA, o que poderá indicar que o risco de descompensação é intrínseco, diretamente relacionado com os seus comportamentos e conhecimentos. A promoção de hábitos alimentares saudáveis assume especial importância na prevenção e redução da HTA enquanto importante fator de risco cardiovascular.

As intervenções de promoção de saúde ao nível das alterações dos hábitos alimentares promovem a descida da TA, através da redução do peso, da ingestão do sódio e de gorduras saturadas. Na revisão efetuada procuramos conhecer quais as intervenções realizadas no âmbito da alimentação saudável para diminuir a HTA. Várias evidências referem que a prevenção deve ser realizada precocemente, onde a enfermagem comunitária surge como referência capaz de

influenciar os hábitos alimentares das pessoas, através de intervenções dirigidas à promoção dos hábitos alimentares saudáveis.

Os enfermeiros de Saúde Comunitária e Pública desempenham um papel importante na promoção da adesão ao regime terapêutico e na prevenção e identificação de possíveis efeitos adversos ao tratamento, pelo que necessitam investir no acompanhamento e aconselhamento devido das pessoas para darem o máximo contributo possível a nível de saúde pública e de minimização dos gastos em saúde.

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção supracitado foi definido através do diagnóstico de situação efetuado através da aplicação de questionários, de hábitos alimentares e da avaliação de dados de saúde, e identificámos em 14 mulheres que constituíram a amostra, elevada prevalência de HTA, elevado consumo de sal, elevado consumo de alimentos processados. Pelo que, priorizámos os hábitos alimentares e definimos como objetivo capacitar as mulheres frequentadoras do PNBNC para uma alimentação saudável.

Por sua vez através da adoção da estratégia de educação para saúde, fundamentada no referencial teórico de Nola Pender, procuramos capacitar as mulheres frequentadoras do PNBNC para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, adotando o compromisso no controlo alimentar. A educação para a saúde mais do que informar deve ter em conta as crenças os valores e a cultura da pessoa, onde a pessoa assume um papel ativo neste processo. É uma estratégia essencial pelos conhecimentos específicos adquiridos sobre alimentação, como também aumenta as competências das mulheres promovendo a literacia em saúde, permitindo desenvolver escolhas acertadas através da capacitação para a tomada de decisão na alteração dos hábitos alimentares existentes.

As sessões de educação para a saúde realizadas individuais e em grupo decorreram de acordo com uma metodologia ativa e participativa, onde as mulheres participaram ativamente através da exposição de opiniões e conhecimentos acerca da alimentação, compra dos alimentos, confeção dos alimentos e utilização de alternativas á utilização do sal. Os recursos utilizados durante as sessões e as atividades desenvolvidas permitiram não só a consolidação dos conhecimentos das mulheres, mas também a sua avaliação.

Através avaliação das metas e indicadores baseámo-nos nas respostas das participantes durante as diferentes sessões e nas mudanças que estas referiram ter introduzido na sua alimentação.

Referiram a introdução de ervas aromáticas na confeção das principais refeições, reduziram a redução de alimentos processados, além de que todas as participantes referiram três princípios e três benefícios da alimentação saudável.

Considerando a avaliação realizada a este projeto os objetivos foram alcançados, porém avaliar o seu impacto em saúde comunitária não é logo possível. Nem sempre as intervenções produzem efeito imediato, logo a sua avaliação efetiva da mudança de comportamento necessita de horizonte temporal, a sua continuidade será assegurada pela equipa da UCCPA.

Fase à importância do tema a UCCPA pretende rentabilizar algumas das atividades desenvolvidas. Assim, no término do projeto com a criação da horta comunitária com ervas aromáticas, estratégia através da qual pretendemos manter presente os conteúdos transmitidos, como também o compromisso assumido pelas mulheres frequentadoras do PNBNC na manutenção e utilização das ervas da horta comunitária na sua alimentação.

A Metodologia de Planeamento em Saúde foi uma ferramenta determinante para a implementação deste projeto sucessivamente definido por cada etapa. A reflexão crítica sobre a importância do Planeamento em Saúde permitiu-nos rentabilizar os recursos existentes para solucionar os problemas reais que afetam a população e agir sobre eles em função da sua prioridade. Possibilitou-nos a consecução e avaliação do projeto e fazer face aos imprevistos e alterações. A sujeição ao cronograma foi determinante na organização das atividades e na execução das intervenções previstas, para tal foram fundamentais a capacidade de liderança e persistência no contacto por endereço eletrónico frequente com os parceiros, permitindo realizar os ajustes necessários.

A concretização deste projeto permitiu o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Interagir em diferentes contextos, socioeconómicos e na promoção da saúde em parceria com diferentes recursos da comunidade, a integração de conhecimentos de diferentes disciplinas, a capacidade de reflexão, liderança e de decisão para fazer face às necessidades da população e às dificuldades no sentido do desenvolvimento concordante do projeto e do alcance de ganhos em saúde. Estas atividades paralelamente com a realização de um artigo de revisão sistemática, permitiram o desenvolvimento de competências conducentes à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem regulado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

Todo o percurso para o desenvolvimento do projeto e relatório mostraram a complexidade do ser humano nas suas diferentes dimensões permitindo momentos de reflexão os quais enunciaram valores fundamentais para a minha prática futura enquanto enfermeira e enquanto pessoa. O término deste percurso e os novos conhecimentos adquiridos implicam uma atitude atenta, uma consciência crítica e muita coragem para admitir que esta é apenas uma fase de um longo processo de procura de conhecimentos e de aperfeiçoamento constantes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, M., Vânia, G., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A., Silva, A., . . . Matias Dias, C. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.18/4115>
- Comissão de Ética para a Investigação Clínica [CEIC]. (2018). *Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados no contexto da Investigação Clínica (RGPD)*. Lisboa, Portugal. Disponível em <https://www.ceic.pt/documents/20727/0documento+sobre+o+regulamento+geral+de+proteção+de+dados+%28RGPD%29>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde.
- European Society of Cardiology e European Society of Hypertension [ESC/ESH]. (2018, agosto 25). Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018), 3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à Realização*. loures, Portugal: Lusociência.
- He, J., Li, J., & MacGregor., A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 346:f1325. doi: 10.1136/bmj.f1325
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento em saúde*. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Intituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). *Causas de morte 2017*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Keyserling, T., Samuel-Hodge, C., Pitts, S., Garcia, B., Johnston, L., Gizlice, Z., . . . al, e. (2016). A community-based lifestyle and weight loss intervention promoting a Mediterranean-style diet pattern evaluated in the stroke belt of North Carolina: the Heart Healthy Lenoir Project. *BMC Public Health* 732 (16), 1471-2458. doi:10.1186/s12889-016-3370-9.
- Lima, M., Rosenthal, A., & Deliza, R. (2014). Semáforo Nutricional (Traffic Light Labelling): Uma Alternativa Para Melhores Escolhas Alimentares. *Alimentação Humana*. 2e3 (20), 39-44.

- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., . . . al, e. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF, 2015-2016*. Porto, Portugal: Universidade do Porto.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministerio da Saúde. (2019). BI Self-Service. *In* Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3151852/Pages/default.aspx>
- Neter, J., Stam, B., Kok, F., Grobbee, D., Geleijnse, J. (2003). Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*.(42), 878-884.
- Norma da Direção-Geral da Saúde 020/2011. (2013). Hipertensão Arterial: Definição e Classificação. Portugal: Direção-Geral da Saude.
- Oliveira, T., Miranda, L., Fernandes, P. & Caldeira, P. (2013). Efcácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2 (26), 179-84.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition). New Jersey: Pearson Education.
- Pereira, M., Carreira, H, Vales, C., Rocha, V., Azevedo, A. & Lunete, N. (2012). Trends in hypertension prevalence (1990-2005) and mean blood pressure (1975-2005) in Portugal: a Systematic Review. *Journal Blood Pressuer*. 4 (21), 220-226
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré., J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control oh hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension* (32), 1211-1221. doi:10.1097/HJH.0000000000000162
- Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS]. (2017). *Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável 2017*. Lisboa, Portugal: Ministerio da Saúde, Direção-Geral Da Saúde. Disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/dm-patrimonio-cultural-imaterial-da-unesco/>
- Programa Nacional Para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares [PNDCC].(2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2017. Lisboa, Portugal. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.
- Radovanovic, C., Bevilaqua, C., Molena-Fernandes, C. & Marcon. S. (2016, novembro-dezembro). Intervenção Multi-profissional em adultos com hipertensão arterial: ensaio clinico

- randomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 6 (69), 1005-11.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0320>
- Ribeiro, A., Ribeiro, S. & Cotta, R. (2011). Non pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies. In health and nutrition. 2011; 11:637. (B. P. Health, Ed.) p. 637.
- Richardson, R., Donald, I., & Kautz, D. (2018). Creating "Win-Win" Outcomes for Patients With Low Health Literacy: A nursing Case Study. In *Nurses as Educators*. 27(2132). Obtido em 1 de novembro de 2018
- Sakraida, T (2004). *Modelo de Promoção da Saúde*. In Tomey, A. & Alligood, M. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Seychell, M. (2019). Para uma melhor prevenção e gestão das doenças crónicas. In *Comissão Europeia: Saúde Pública*. Disponível em http://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_pt.htm
- Tavares, A. (1990). *Metodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Portugal: Ministerio da Saúde.
- Tobe, S., Lum-Kwong, M., Sychowski, S., Kandukur, K., Kiss, A., Flintoft, V. (2014). Hypertension management initiative prospective cohort study: comparison between immediate and delayed intervention groups. *Journal of Human Hypertension*. 28(1):44-50.
- World Health Organization [WHO] (2012). Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Disponível em http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.
- World Health Organization [WHO] (2013). *A global brief on Hypertension Silent killer, global public health crisis World Health Day 2013*.
- World Health Organization [WHO] (2018). *General Meeting of the WHO Global Co chair. 06-11-2018*. Genebra. Disponível em <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/news/General-Meeting-of-the-WHO-Global-Co-chair-06-11-2018.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *World Health Statistic 2018 Monitoring Health for the SDGs*. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, WHO, Geneva. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- Chaves, E., Lúcio, I., Araújo, T., Damasceno, M. (2006, julho-agosto). Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59 (4), 543-7. doi:10.1590/S0034- 7167200600040001

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017, fevereiro 16 e 17). Saúde Pública: Braços que constroem colunas e pontes. *V Congresso Nacional de Saúde Pública*. Seminário de Vilar Porto. Porto, Portugal: Direção-Geral da Saúde. doi:i024320.pdf

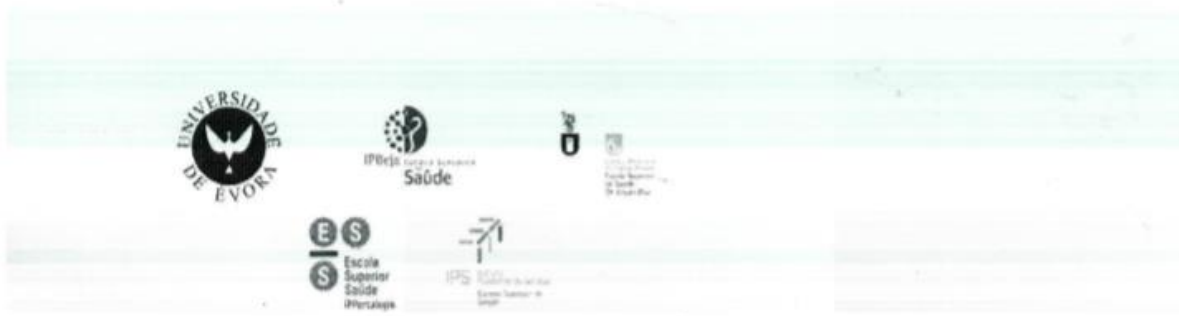
Regulamento nº 428/2018 (2018, julho 16). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República nº 135, 2ª Série*. Portugal: Ordem do Enfermeiros.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH]. (2019, janeiro 7). *Conhecer Melhor a Hipertensão*. In *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*. Disponível em https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89

Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH]. (2019, março 28). Hipertensão Arterial (HTA): O que é? In *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*. Disponível em https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89

APÊNCICES

Apêndice I - Declaração do orientador Pedagógico



DECLARAÇÃO

Ana Maria Barros Pires, na qualidade de Docente da Escola Superior de Saúde de Beja do Instituto Politécnico de Beja, declara para os devidos efeitos, que é responsável pela orientação e supervisão pedagógica das atividades desenvolvidas pela formanda Maria de Fátima Balsinha Pinto, mestranda do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O projecto de intervenção apresentado insere-se nos objectivos de aprendizagem definidos para a Unidade Curricular, Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a saber:

- Identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade;
- Identificar as necessidades de saúde da comunidade;
- Realizar o diagnóstico de saúde de uma comunidade.

Considero ser um trabalho inovador cujo desenvolvimento poderá contribuir para *"mais e melhor saúde"*, na população identificada.

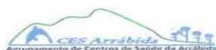
Beja, 30 de maio de 2018

O Orientador

/Ana Maria Barros Pires/

Professora Adjunta,
Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde (Rua Dr. José Correia Maltez, 7800-111 - Beja;
telf:284313280)
Coordenadora da área de Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública,
Mestrado em Enfermagem em Associação

Apêndice II – Solicitação de Autorização ao Coordenador da UCCPA



Unidade de Cuidados Continuados, Península Azul

Margarida Castro Ferreira, Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados, Península Azul, informo que a aluna Maria de Fátima Balsinha Pinto, a frequentar o II Mestrado Em associação Área de Especialização Em Enfermagem De Saúde Comunitária e Saúde Pública, tem autorização para intervir no Projeto **Saúde no Bairro** a decorrer na Unidade de Cuidados Continuados, Península Azul em parceria com a Câmara Municipal de Setúbal (CMS); Junta de Freguesia de São Sebastião (JFSS); Cruz Vermelha Portuguesa (CVP); Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde (IPS/ESSE).

Setúbal, 7 de setembro 2018

Apêndice III - Solicitação de Autorização ao Diretor Executivo do ACeSA

**Apêndice IV - Solicitação de Autorização ao Coordenador do Gabinete
Jurídico e do Cidadão**

Maria de Fátima Balsinha Pinto

Enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 23480

Tel 963477844

Email: mfbalsinha@gmail.com

Data: 3 setembro 2018

Assunto: Solicitação de autorização

Exmo Dr. Paulo Dias da Silva, Coordenador do Gabinete Jurídico e do Cidadão

Eu, Maria de Fátima Balsinha Pinto, enfermeira, venho deste modo solicitar a autorização pedida pela Comissão de Ética da ARSLVT, no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção académico, inserido num mestrado de enfermagem comunitária e de Saúde Pública. Em anexo, junto o pedido já efetuado à respetiva Comissão no qual é solicitado a autorização do Responsável de Dados da ARS.

Agradecendo antecipadamente a atenção de V. Exa., subscrevo-me atenciosamente,

Maria de Fátima Balsinha Pinto

Apêndice V - Solicitação de Autorização para Utilização do Questionário

Anexo II e III – Autorização Concedida Para Utilização das Escalas

Dirigido aos Sr. Dr. Artur Barata Delgado e Sr^a Dr^a Maria Luísa Lima - Solicitação para utilização da escala "Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)"

Eu, Maria de Fátima Balsinha Pinto, Enfermeira, no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal, a desenvolver um projecto de intervenção na comunidade, na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul do ACES Arrábida, inserido no Projeto Saúde no Bairro, sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Sónia Dias e Enfermeira Coordenadora da UCC PA, Especialista em Enfermagem de Reabilitação Margarida Ferreira e da docente Professora Doutora Ana Pires.

O referido Projecto tem como objetivo intervir nos estilos de vida da população identificada com hipertensão, abrangida pelo Projecto Saúde no Bairro, para tal é fundamental uma avaliação diagnóstica que permita a adequação das intervenções à referida população. Assim a Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), utilizada no seu artigo*, surgiu-me como instrumento fundamental e indispensável para tal finalidade.

Pelo que solicito a V. Ex^a autorização para a sua utilização.

Grata pela atenção

Atenciosamente

Enfermeira Fátima Pinto

Telemóvel: 963477844

*CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO CONCORRENTE DE UMA MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS" PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2001, 2 (2), 81-100

31/05/2018, 22:04

Eu, Maria de Fátima Balsinha Pinto, Enfermeira, no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde.

01/06/2018,
13:46

Maria Luísa Lima <luisa.lima@iscte-iul.pt>

para eu

Boa tarde, Enfermeira Fátima Pinto,

Obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. Pode utilizar a nossa escala, citando-a corretamente nas publicações associadas.

Com os melhores cumprimentos

Maria Luísa Lima <luisa.lima@iscte-iul.pt>

01/06/2018,
13:46

para eu

Boa tarde, Enfermeira Fátima Pinto,

Obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. Pode utilizar a nossa escala, citando-a corretamente nas publicações associadas.

Com os melhores cumprimentos

Luisa Lima

Solicitação para utilização das escalas utilizadas na sua tese de doutoramento

Fatima Pinto <mf balsinha@gmail.com>

31/05/2018,
21:27

para jpfigueiredo

Exmo Sr. Dr. João Paulo de Figueiredo

Eu, Maria de Fátima Balsinha Pinto, Enfermeira, no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal, a desenvolver um projecto de intervenção na comunidade, na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul do ACES Arrábida, inserido no Projeto Saúde no Bairro, sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Sónia Dias e Enfermeira Coordenadora da UCC PA, Especialista em Enfermagem de Reabilitação Margarida Ferreira e da docente Professora Doutora Ana Pires.

O referido Projecto tem como objetivo intervir nos estilos de vida da população identificada com hipertensão, abrangida pelo Projecto Saúde no Bairro, para tal é fundamental uma avaliação diagnóstica que permita a adequação das intervenções à referida população. Assim a Escala dos Estilos de Vida utilizada na sua Tese de Doutoramento * surgiu-me como instrumento fundamental e indispensável para tal finalidade. Pelo que solicito a V. Exª autorização para a sua utilização.

Grata pela atenção
Atenciosamente
Enfermeira Fátima Pinto
Telemóvel: 963477844

Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Ciências Biomédicas, orientada pelo Professor Doutor Salvador Massano Cardoso e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Setembro de 2015

Boa noite Excelentíssima Sra. Fátima Pinto

Perante a justificação que apresenta, no âmbito do seu mestrado, terei muito gosto em autorizar a aplicação da "Escala Estilos de Vida".
Desejo-lhe a continuação de um bom trabalho de mestrado.

Sem mais assunto, os melhores cumprimentos.

Apêndice VI – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia⁹ e a Convenção de Oviedo¹⁰

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Hipertensão: Saúde no Bairro

Este projeto tem como objetivo capacitar a comunidade em Saúde na Área da Hipertensão: Alimentação e Gestão do regime Terapêutico. A Integrar no projeto de Bairro que está a decorrer na Unidade de Cuidados da Comunidade Península Azul.

Enquadramento: Projeto de intervenção comunitária inserido na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul (UCC PA) do ACES da Arrábida, sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Enfermeira Sónia Dias da Enfermeira coordenadora da UCC PA Margarida Ferreira e da docente Professora Doutora Ana Pires no âmbito do 2º Mestrado em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal.

Explicação do estudo:

O projeto que se pretende desenvolver incide na área da hipertensão arterial em que através do diagnóstico de situação se irão desenvolver atividades para responder às necessidades identificadas. Compreende duas fases uma primeira, em que se realiza o diagnóstico de situação, através da aplicação de questionários a um grupo de utentes do Bairro, que nos permitam conhecer a sua situação de saúde, no que refere aos fatores protetores de saúde: Alimentação e Gestão do Regime Terapêutico. Após o tratamento dos dados obtidos, dirigir a nossa intervenção tendo em conta as necessidades dos utentes. O Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I que decorre entre Maio e Junho de 2018. Numa segunda fase o Estágio II decorre entre Setembro 2018 e Fevereiro 2019.

A satisfação do cliente é um padrão de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) e segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-16, qualidade em saúde “implica (...) a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (PNS 2011-16).

A hipertensão contribui em grande escala para o aparecimento das doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária. Além disso, segundo a DGS, as doenças cardiovasculares “continuam a ser a principal causa de morbilidade, invalidez e morte em Portugal, em ambos os sexos. Em 2004, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 36,3% dos óbitos registados no nosso país: 45,2% atribuídos à doença cerebrovascular e 24% relacionados com a doença isquémica cardíaca” (Marques da Silva, 2008¹¹). A nível mundial, a OMS “reportou que o número estimado de pessoas hipertensas em todo o mundo é de 1 bilião, atribuindo-se à hipertensão 7,1 milhões de mortes por ano” (Oliveira et al., 2011¹²).

⁹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹⁰ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

¹¹ MARQUES DA SILVA, P. – O doente com dislipidemia: a importância particular da terapêutica hipertensiva. In MORAIS, J. et al. – Guia prático para a prevenção da doença aterotrombótica. Lisboa: Permanyer Portugal, 2008. ISBN 978-972-733-224-3, p. 39-60.

¹² OLIVEIRA, J. et al. – Exercício físico e Hipertensão Arterial. Factores de Risco. Lisboa. ISSN 1646-4834. 20 (2011) 18-27. OLIVEIRA, Luísa – Mexa-se pela sua saúde. Visão. Queluz de Baixo. ISSN 0872-3540. 952 (2011) 86-92.

Condições e financiamento: Projeto sem financiamento, sendo de carácter voluntário.

O seu consentimento é indispensável para a realização deste projeto, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Para o efeito, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ARSLVT, em junho de 2018.

Confidencialidade e anonimato:

Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos).

Informa-se ainda a disponibilidade para qualquer esclarecimento necessário durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: M^a de Fátima Balsinha Pinto – 963477844;

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

Maria de Fátima Balsinha Pinto
Enfermeira do ACES da Arrábida
Unidade de Saúde Familiar de São Filipe
Contacto telefónico: 963477844
correio eletrónico: mfbalsinha@gmail.com

Assinatura da Responsável

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice VII – Parecer Favorável pela Comissão de Ética da ARSLVT para a Saúde



Exma. Senhora

Dr.ª Maria de Fátima Balsinha Pinto

mfalsinha@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		580/CES/2019	17.01.2019

Assunto: Hipertensão: Saúde no Bairro.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião de 11.01.2019, emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



Parecer

Proc.097/CES/INV/2018

Título: Hipertensão: Saúde no Bairro

Enquadramento institucional do proponente: Académico – Mestranda de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Instituto Politécnico de Setúbal / Unidade de Saúde Familiar, São Filipe, ACES da Arrábida

Investigadores: Maria de Fátima Balsinha Pinto

Co-Investigadores:

Orientador Pedagógico: Ana Pires e Sónia Dias

Consultor Externo: Não aplicável

Âmbito: Academia e CSPrimários

Financiamento: Não aplicável

Fundamentação do estudo:

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, em Associação área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal, a desenvolver projeto de intervenção na comunidade, inserido na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul (UCC PA). Este projeto vai desenvolver-se em colaboração com o Projeto Saúde no Bairro a decorrer na UCC PA sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Sónia Dias e Enfermeira Margarida Ferreira Coordenadora da UCC PA, Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a docente Professora Doutora Ana Pires.

O projeto da UCC PA no Bairro detém estruturas físicas próprias inseridas na comunidade onde se desenvolvem atividades de Literacia em Saúde, Empoderamento do cidadão através de processos de participação cidadã ativa na promoção de saúde, visando cuidados de saúde de proximidade e consequente obtenção de mais ganhos em saúde.

Neste sentido o projeto que se pretende desenvolver incide na área da hipertensão arterial em que através do diagnóstico de situação se irão desenvolver atividades para responder às necessidades identificadas. Compreende duas fases uma primeira, em que se realiza o diagnóstico de situação, através da aplicação de questionários a um grupo de utentes do Bairro, que nos permitam conhecer a sua situação de saúde, no que refere aos fatores protetores de saúde: Alimentação Doenças e Gestão do Regime Terapêutico. Após o tratamento dos dados obtidos, dirigir a nossa intervenção tendo em conta as necessidades dos utentes. O Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I que decorre entre maio e junho de 2018. Numa segunda fase o Estágio II decorre entre setembro 2018 e fevereiro 2019.

A satisfação do cliente é um padrão de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) e segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-16, qualidade em saúde “implica (...) a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (PNS 2011-16).

A hipertensão contribui em grande escala para o aparecimento das doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária. Além disso, segundo a DGS, as doenças cardiovasculares “continuam a ser a principal causa de morbilidade, invalidez e morte em Portugal, em ambos os sexos. Em 2004, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 36,3% dos óbitos registados no nosso país: 45,2% atribuídos à doença cerebrovascular e 24% relacionados com a



doença isquémica cardíaca” (Marques da Silva, 2008). A nível mundial, a OMS “reportou que o número estimado de pessoas hipertensas em todo o mundo é de 1 bilião, atribuindo-se à hipertensão 7,1 milhões de mortes por ano” (Oliveira et al., 2011).

FINALIDADE DO PROJETO: identificação das necessidades sentidas pelas pessoas com hipertensão

Apreciação:

Trata-se de um programa de investigação com potencial valor social que aparenta procurar identificar as necessidades sentidas pelas pessoas com hipertensão.

- Como ponto prévio e que condiciona todo o processo de emissão de parecer por esta Comissão, interessaria que a investigadora clarificasse se o estudo já foi iniciado, pois se assim for, esta Comissão não poderá emitir parecer. As Comissões de Ética têm como missão a salvaguarda dos interesses dos participantes na investigação e garantir a integridade do processo de investigação. Ora, um tal desiderato só pode ser cumprido, por definição, antes da investigação se iniciar. Solicitamos clarificação.

Trata-se aparentemente de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que ainda não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretender gerar um novo conhecimento;
- 4.- que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interacção com utentes;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética

Relativamente à metodologia, interessaria que se clarificassem alguns aspectos metodológicos:

- Seria de ponderar uma revisão do capítulo da fundamentação de molde a integrar não só a pergunta de investigação e a sua justificação, como explicitar os dados que foram colhidos da literatura durante o processo de revisão da literatura, os seus resultados e a sua potencial aplicação neste estudo. Seria ainda de ponderar, ainda no capítulo da fundamentação, quais foram os critérios para a selecção das escalas que irão ser utilizadas no estudo e que resultados se espera colher da sua utilização.

- Seria de considerar, na fundamentação ao estudo, qual o conhecimento actual relativamente aos determinantes das necessidades percebidas pelas pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial e, preferencialmente estudos que se tenham realizado em Portugal.

- Não é clara a finalidade específica e a que pergunta se pretende responder?

- Não é perceptível a justificação para a selecção de algumas das variáveis nomeadamente por não se prever qualquer tipo de componente analítico na análise dos dados. Seria de clarificar.

Custos, Financiamento e Recursos Humanos

Recursos materiais e humanos estimados.



Recursos financeiros não estimados

A estimativa de custos é um passo importante para a valorização de uma investigação.

Não é possível realizar um trabalho de investigação sem que se despendam recursos humanos e materiais que representam um valor não só financeiro mas também um valor de investimento dos próprios investigadores e da sociedade, em geral. Estimar é, neste contexto, valorizar.

Estimar e explicitar custos na investigação clínica é portanto um imperativo ético e representa uma forma de dignificar o trabalho desenvolvido pelos investigadores.

Apreciação Ética

Respeito pela dignidade da pessoa humana

Autonomia

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Não definida

Folha(s) de Informação e formulário(s) de consentimento informado

Satisfatório, beneficiaria com uma adequada revisão do seu conteúdo quer na organização dos diversos capítulos do seu conteúdo, quer numa adequada revisão do léxico e sintaxe gramatical, quer ainda na sua revisão no sentido de retirar expressões técnicas não compreensíveis por um cidadão com o 6º ano de escolaridade.

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Não é perceptível a forma como serão geridos, arquivados, tratados e destruídos os dados da investigação.

Beneficência

Os potenciais benefícios do estudo face aos seus riscos permitem-nos afirmar que os potenciais benefícios podem superar os riscos que este estudo pode acarretar, desde que respondidas de uma forma adequada as objecções colocadas neste parecer.

Justiça

No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa "obrigar" ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo

Não maleficência

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza poderão ser menores que os mínimos.

Cronograma: presente

CV dos Investigadores: presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: presente

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: presentes

Declaração do Director Executivo do ACES: em falta

Caderno de Recolha de Dados: sim

Autorização do Responsável de Dados da ARS: A CES dará conhecimento ao EPD da ARSLVT

Monitorização da investigação: Não prevista

Previsão de custos financeiros para os ACES: não estimados

Divulgação dos resultados: explícita

Propriedade dos dados: explícita

Compromisso de entrega de relatório final: explícito



Conclusão:

O estudo pode preencher critérios de valor social e pertinência de Saúde Pública. Existem alguns aspectos específicos a necessitar de melhor ponderação pelos investigadores que são essenciais ao processo de apreciação ética e científica desta proposta de estudo. Nestas circunstâncias, propomos o envio do parecer ao investigador no sentido de proceder à clarificação dos aspectos a necessitar de melhor ponderação.

09 de Novembro de 2018

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Respostas dos Investigadores

...

Neste sentido, definiu-se como objetivo geral: promover hábitos alimentares saudáveis às mulheres hipertensas num bairro de Setúbal, que frequentam o projeto "Saúde no Bairro" projeto de intervenção na comunidade, inserido na Unidade de Cuidados na Comunidade Península Azul (UCC PA) e inserido num programa municipal Nosso Bairro, Nossa Cidade, em parceria com o ACES da Arrábida, Câmara Municipal de Setúbal (CMS), Junta de Freguesia de São Sebastião (JFSS), Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde (IPS/ESS).

O projeto da UCC PA no Bairro detém estruturas físicas próprias inseridas na comunidade onde se desenvolvem atividades de Literacia em Saúde, Empoderamento do cidadão através de processos de participação cidadã ativa na promoção de saúde, visando cuidados de saúde de proximidade e consequente obtenção de mais ganhos em saúde.

Este projeto de intervenção comunitária vai desenvolver-se em colaboração com o Projeto Saúde no Bairro a decorrer na UCC PA sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Sónia Dias e Enfermeira Margarida Ferreira Coordenadora da UCC PA, Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a docente Professora Doutora Ana Pires.

Neste sentido o projeto que se pretende desenvolver incide na área dos hábitos alimentares saudáveis na hipertensão arterial em que através do diagnóstico de situação se irão desenvolver atividades para responder às necessidades identificadas. Compreende duas fases uma primeira, em que se realiza o diagnóstico de situação, através da aplicação de questionários a um grupo de utentes do Bairro, que nos permitam conhecer a sua situação de saúde, no que refere aos fatores protetores de saúde: Alimentação, Doenças e Gestão do Regime Terapêutico.

Os hábitos alimentares inadequados são um dos principais fatores de risco para a mortalidade precoce da população portuguesa. Verificam-se desigualdades sociais no acesso a uma alimentação adequada, sendo os grupos da população em pior situação económica os que apresentam uma menor adesão à dieta mediterrânica.

Portugal apresenta desde dezembro de 2017 uma Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) envolvendo vários Ministérios.

Ao longo dos anos, vários estudos mostraram que a hipertensão é o fator de risco cardiovascular mais importante, . Os cuidados de Saúde Primários desempenham um papel crucial na abordagem e tratamento da hipertensão, . A hipertensão arterial (HTA) é uma patologia prevalente nos Cuidados de Saúde Primários, e constitui o fator de risco modificável mais importante para as doenças cardiovasculares. Em Portugal, estima-se que a sua prevalência seja de aproximadamente 26.9% (dados de 2013), .

Quais as necessidades das pessoas com hipertensão arterial?

As doenças crónicas, entre as quais a hipertensão arterial sistémica (HAS), constituem desequilíbrios que impõem modificações no estilo de vida, exigindo readaptações ante a nova situação e estratégias para seu enfrentamento. Esse processo depende tanto da complexidade, gravidade e fase da doença, como das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o estado de equilíbrio.



Quanto à adoção de um hábito alimentar mais saudável, deve ser estimulada também a redução da ingestão de alimentos ricos em sódio, como sal de cozinha, substituindo os por alimentos naturais, não adicionando esse condimento aos alimentos e evitando produtos industrializados

...

Nesta etapa foi pedida autorização aos parceiros do projeto para análise dos dados existentes, que cederam e autorizaram a sua utilização. Estes dados serão recolhidos através de um questionário já existente no projeto já existente onde foi realizada a avaliação sociodemográfica e avaliação da saúde/doença, tendo sido aplicado a 42 moradores. E, avaliação de dados de parâmetros de saúde (avaliação de tensão arterial) a 42 moradores, que revelaram valores de hipertensão arterial, (Apêndice 3). Para a caracterização da população alvo: “Mulheres do Bairro”, frequentadoras do projeto “Saúde no Bairro” irá ser aplicado um questionário individual às mulheres, dados que permitirão a compreensão do problema, ou seja identificar as necessidades sentidas pelas mulheres com hipertensão no bairro e delineação de estratégias de intervenção. (Apêndice 4).

Na aplicação de questionário, são focados dados antropométricos, socio demográficos e de frequência alimentar, dados específicos que contribuem para o conhecimento sobre fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão. Dados complementados pela avaliação antropométrica (peso) e da tensão arterial.

População a envolver: A amostra é uma amostra de conveniência, constituída pelas mulheres que frequentam o projeto “Saúde no Bairro”. No sentido de assegurar os princípios éticos e no cumprimento do respeito pelos direitos fundamentais dos participantes do estudo, foi disponibilizado, em suporte de papel um consentimento informado entregue às mulheres (Apêndice 5), onde estão mencionados os objetivos do estudo, a participação esperada, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de desistir do estudo sem qualquer prejuízo.

O caderno de recolha de dados (Apêndice 6) elaborado em suporte de papel para anotação dos valores avaliados (peso, altura e tensão arterial), isento de qualquer menção que permita a identificação da mulher. O tratamento dos dados irá ser realizado através de análise estatística descritiva com recurso ao programa informático Microsoft® Office Excel® 2007 versão... Qualquer dado será de imediato eliminado por solicitação. Todos os dados recolhidos em suporte de papel serão destruídos (tritadora de papel) após discussão pública da tese e atribuição de avaliação.

Recursos:

Para o levantamento de necessidades, os recursos necessários serão:

1. Humanos – As mulheres que frequentam o projeto do bairro, Enfermeiros.
2. Materiais – Sala de reuniões do bairro, Guião da entrevista, Consentimento Informado, Folha de Rascunho e Caneta.

Relativamente às condições de financiamento para o ACES, trata-se de um projeto sem financiamento, de caráter voluntário.

Conclusão:

O estudo preenche critérios de valor social e pertinência de Saúde Pública

Trata-se de um estudo com interesse para a comunidade envolvida e que cumpre preceitos éticos e de idoneidade científica, pelo que a Comissão de Ética propõe a emissão de um parecer favorável.

11 de janeiro de 2019

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Apêndice VIII – Questionário

Questionário:

Este questionário destina-se á recolha de informação para desenvolver projetos de promoção da saúde, nomeadamente sobre hábitos alimentares. Não existem respostas corretas ou erradas, o importante é a sua opinião. As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se meramente a tratamento estatístico.

Para qualquer informação contacte: Enfª Fátima Pinto, mfbalsinha@gmail.com, tm: 963477844.

Dados

1. Sexo F ___ Sexo M ___
2. Idade ___
3. Peso ___
4. Nacionalidade _____
5. Habilitações literárias: (sabe ler: SIM ___ Não___ ou escrever: SIM___ Não___
6. Profissão _____
7. Situação profissional: Empregada___ desempregada_____
8. Experiência profissional _____
- 9- Composição do sistema familiar _____

Hábitos alimentares em família

1. Refeições em família e número de pessoas

Peq. Alm	Almoço	Jantar	Ceia
----------	--------	--------	------

2. Quem cozinha e para quem cozinha

A própria___ Outro _____

3. Tipos de confeção: Grelhados ___ Cozidos___ Pré cozinhados___

4. Quem vai as compras? _____

5. Onde compra? Mercado _____ Supermercado _____

Critérios de compra: preço___ frescura___ Produto da Época___

No processo de escolha a ser consumido, utiliza ervas aromáticas: Sim ___ Não___

Preferências alimentares da população do bairro

Arroz __

Feijão__

Carne: Bovina__Suína__Frango__

ovo__

Leite__

Peixe__

Enchidos__

Legumes__

Frutas__

Massa__

Apêndice IX – Grelha de Registos de Dados de Antropometria e Tensão Arterial

Caderno de Colheita de Dados

Utente	Peso	Altura	Tensão Arterial
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

Apêndice X – Descrição das Atividades

Atividade	Duração	Recursos	Local	Quando	Quem	Avaliação
Recolha dados antropométricos e de TA.	4h	Balança Fita métrica Esfigmomanómetro digital 3 Folhas de registo e caneta	Apartamento bairro	julho	Mestranda	Avaliação de 90% das mulheres
Aplicação dos questionários	3h	Folhas impressas (computador e impressora)	Apartamento bairro	Julho	Mestranda	90% das mulheres devolva o questionário devidamente preenchido
Realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável	5h (1hx5 sessões)	Material descritos nas atividades	Apartamento bairro	Setembro a janeiro	Mestranda	Que 90% das mulheres, participe nas atividades desenvolvidas
Reunião com professora coordenadora da UCCPA	1h	Ficha de apresentação (folhas e impressora)	Apartamento bairro	Maio	Mestranda Professora	Realização de 1 reunião
Avaliação das atividades	1h	folhas de registo e caneta	Apartamento bairro	Setembro e dezembro	Mestranda	Que sejam validados 80% dos conteúdos

Apêndice XI – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades

Atividade	Maio	Jun	Julho	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev/Mar	Abr/Maio
Solicitação de autorizações										
Solicitação de parecer a Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT										
Reunião com os parceiros										
Aplicação de inquérito sobre hábitos alimentares á população alvo										
Avaliação de dados antropométricos e de tensão arterial										
Apresentação dos dados do diagnóstico										
Sessão 1										
Sessão 2										
Sessão 3										
Exposição de trabalhos										
Avaliação										
Elaboração do Relatório										
Divulgação										

Apêndice XII – Previsão de Recursos

PREVISÃO DE RECURSOS

Recursos materiais e físicos	Recursos humanos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gabinete de enfermagem da UCCPA ; ▪ Computador e impressora; ▪ Sala de reuniões do apartamento do bairro; ▪ Cabaz de fruta; ▪ Ervas aromáticas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestranda; ▪ Orientadora do projeto

Alíneas	Especificação	Valor	Entidade Patrocinadora
Recursos Humanos	Mestranda	1800€	Bolseiro
Consumíveis	Luz, telefone, internete	100€	ACeSA
Material de Consumo	4 tinteiros de impressora	100€	Próprio
	Folhas	10€	Próprio
Material de apoio	Material para sessões	100€	Próprio
	Balança,	20€	ACeSA
	Fita métrica	2€	ACeSA
	Esfigmomanómetro digital	20€	ACeSA
	Sala de apartamento bairro		
	Computador	400€	Próprio
Custo total			

Apêndice XIII - Sessão 1 – A Alimentação Saudável e a Roda dos Alimentos

Sessão 1 – A Alimentação Saudável e a Roda dos Alimentos

OBJETIVO GERAL: PROMOVER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Objetivos específicos:

- Identificar os nutrientes na roda dos alimentos.
- Reconhecer a importância de uma alimentação completa.
- Estimular a escolha alimentos locais e da época.
- Identificar alguns modos de preparação dos alimentos típicos deste padrão alimentar.

Como: Método expositivo, demonstrativo, participativo e prático.

Estratégias:

Introdução:

Apresentação da mestrandia e do projeto

Desenvolvimento:

Introdução ao tema da alimentação saudável. A nossa alimentação mediterrânica pode fornecer quantidades apreciáveis de alimentos saudáveis de forma barata, saborosa e facilmente disponível.

Ações a desenvolver:

- Dar a conhecer os grupos alimentares e a importância de cada grupo.
- Apresentar algumas sugestões práticas para a sua incorporação na nossa alimentação do dia-a-dia.
- Respeitar as porções diárias na alimentação equilibrada: mais barato, mais saboroso e menos sal
- Perguntar se conhecem a roda dos alimentos? Qual o grupo de alimentos que ingerem em maior quantidade diariamente?
- Conhecem a roda dos Alimentos? O que sabem sobre ela. Já viram e se sabem como se representa. Apresentação da Roda dos Alimentos (grupos constituintes)
- Breve explicação sobre a importância de ter uma alimentação saudável.
- Identificação dos grupos da roda dos alimentos.
- Qual o grupo de alimentos que ingerem em maior quantidade diariamente? Frugalidade e cozinha simples que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes como as sopas, os cozidos.
 - elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de produtos alimentares de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos.
 - consumo de produtos vegetais produzidos localmente ou próximos, frescos e da época;
 - consumo de azeite como principal fonte de gordura;
 - consumo moderado de laticínios;
 - Utilização de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal;
- consumo mais frequente de pescado comparativamente com consumo baixo e menos frequente de carnes vermelhas;
- consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais;

- Água como principal bebida ao longo do dia;

Conclusão:

O que ficaram a saber. Qual o grupo de alimentos que devemos consumir em maior quantidade e em menor.

Entrega de folheto de avaliação da sessão

Quando: Novembro 2018 e dia

Duração: 45min cada atividade – Total de 135min

Onde: Sala de aula nº

Quem: Mestranda e professora titular de turma

Recursos:

Cartaz “A roda dos alimentos (Anexo);

Folhetos com Imagens de alimentos;

Lápis, canetas

Computador e impressora.

Meta:

Participação de 100% das mulheres na atividade.

- **80% dos utentes participem na atividade**
- **80% dos utentes identifiquem os grupos alimentares**

Avaliação:

Participação de 14 mulheres

RODA DOS ALIMENTOS

RODA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA

CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!



Apêndice XIV – Apresentação da Sessão de promoção de Alimentação Saudável

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

UMA ESCOLHA PARA A VIDA

Onde erramos mais:

- Excesso de sal e de açúcar;
- Défice de fruta e hortícolas;
- Falta de diversidade no prato;
- Demasiadas horas em jejum;

Assim, muito sal, pouca fruta e legumes são os principais erros que cometemos à mesa.

Dicas para reduzir o sal

Deixe de levar o saleiro à mesa;
Aposte nas ervas aromáticas e nas especiarias;
Leia os rótulos e opte pelo que têm menor teor de sal.



Basta cerca de três peças de fruta por dia e fazer dos legumes um acompanhamento sempre presente ao almoço e ao jantar





Alimentação Saudável

Coma várias vezes ao dia e pouco de cada vez....

Nas refeições principais distribua assim os alimentos:

1/4 Prato
(Arroz ou massa ou batata ou milho ou leguminosas)



1/4 Prato
(Carne ou peixe ou ova ou tofu)

1/2 Prato
(Hortalças e/ou legumes)





Pequeno Almoço



- 2 fatias Pão Escuro com Queijo/ Queijo Fresco e 1 Peça Fruta
Bebida: 1 Chávena de Café Solúvel



Papas de Aveia
3 cs de Flocos de Aveia
150 ml de leite+ ½ banana.
Levar ao lume e deixar engrossar.
No final acrescentar a restante banana
e polvilhar com canela.

Meio da Manhã



ALMOÇO



Ervilhas com Ovos Escalfados



Creme de Legumes

LANCHE

- Pão com Fiambre de Aves acompanhado de iogurte líquido/leite



Jantar



Creme de Legumes



Esparguete com Atum

Vamos às contas....

Gastamos:

Refeição	Alimento	Preço	Total
Pequeno-Almoço	Opção 1 Pão Carcaça Centeio	0,36€ /unidade	1€
	Queijo Fresco	0,39€/unidade	
	Café	1,69€ (20 doses) 0,10€ cada dose	
	Fruta	Maçã Gala 1,29€/Kg – 1 Maçã: 0,20€ Banana 1€/Kg- 1 banana: 0,10€	
	Opção 2 Flocos Aveia	0,75€/400g 40g: 0,10€	0,40€ (incluindo 1 Banana).
	Leite	0,51€/1L 150ml: 0,10€	
	Canela	0,50€/40g	

Fonte: Continente Online

Vamos às contas....

Refeição	Alimento	Preço	Total
Lanche da Manhã	Opção 1 Iogurte Natural	6x125g 1€ 1 iogurte: 0,17€	0,17€ (incluindo 1 maçã ou banana)
	Opção 2 Triângulos Queijo	1,56€/16 porções 1 porção: 0,10€	0,10€ (incluindo 1 maçã ou banana).

Fonte: Continente Online

Vamos às contas....

Refeição	Alimento	Preço	Total
Almoço Creme de Legumes	1Kg Cenouras	1,50€ /Kg	8€ Nota: Na confecção da sopa não serão utilizados a totalidade dos alimentos, sendo aproveitados para outras refeições. Fonte: Continente Online
	1kg Cebolas	1,15€ /Kg	
	0,5 Kg de Curgete	1€ /500g	
	1 Alface	1 €	
	0,5 Kg Tomates	1,20€ /Kg 0,60€ /500g	
	Azeite	2,80€/75 cl	

Vamos às contas

Refeição	Alimento	Preço	Total
Almoço Ervilhas com Ovos Escalfados	1 bem. 400g Ervilhas congeladas	0,70€	1,50€ Esta refeição serve 4 Pessoas, utilizando cenoura, curgete, tomate, azeite, cebola cujo o preço já foi incluindo. Fonte: Continente Online
	6 ovos	0,80€	

Vamos às contas

Refeição	Alimento	Preço	Total
Lanche	1 Pão	0,36€ /unidade	0,50€ Fonte: Continente Online
	Fiambre de Aves	1,50€ /emb. 120g 1 Porção 0,12€	
	Leite	Já contabilizado	

Vamos às contas

Refeição	Alimento	Preço	Total
Jantar			
Creme de Legumes		Já contabilizado	
Esparguete com Legumes e Atum	Esparguete	0,45€ /500g	3,20€ Nota: Esta refeição serve 4 Pessoas. Na sua confecção utiliza-se tomate, azeite, cebola, curgete cujos os preços já estão contabilizados. Acompanha com uma Salada de Alface temperada de azeite. Fonte: Continente Online
	Atum Natural	2,70€ /350g	

Totalíssimo....

Gastamos....

- 15€

Estes 15€ deram para:

- 1 Pequeno-Almoço (1Pessoa)
- 2 Lanches (1 Pessoa)
- 1 Almoço e 1 Jantar (4 Pessoas cada)
- Os ingredientes não foram utilizados na totalidade, podendo ser consumidos noutras refeições.

Apêndice XV - Sessão 2 – A Alimentação Saudável: A Utilização de Ervas Aromáticas e a Leitura dos Rótulos

Sessão 2 – A Alimentação Saudável: A Utilização de Ervas Aromáticas e a Leitura dos Rótulos

OBJETIVO GERAL: PROMOVER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Objetivos específicos:

- Ler rótulos
- Incentivo à incorporação de ervas aromáticas como veículo de maior sabor em detrimento do abuso do sal de adição.

Como: Método expositivo, demonstrativo, participativo e pratico.

Estratégias:

Introdução:

Apresentação da mestranda e do projeto

Desenvolvimento:

Introdução ao tema da alimentação saudável. A nossa alimentação mediterrânica pode fornecer quantidades apreciáveis de alimentos saudáveis de forma barata, saborosa e facilmente disponível.

Ações a desenvolver:

Respeitar as porções diárias na alimentação equilibrada: mais barato, mais saboroso e menos sal

Perguntar se conhecem a roda dos alimentos? Qual o grupo de alimentos que ingerem em maior quantidade diariamente?

Breve explicação sobre a importância de ter uma alimentação saudável.

Identificação dos grupos da roda dos alimentos.

Qual o grupo de alimentos que ingerem em maior quantidade diariamente? Frugalidade e cozinha simples que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes como as sopas, os cozidos.

- elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de produtos alimentares de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos.
- consumo de produtos vegetais produzidos localmente ou próximos, frescos e da época;
- consumo de azeite como principal fonte de gordura;
- consumo moderado de laticínios;
- Utilização de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal;

- consumo mais frequente de pescado comparativamente com consumo baixo e menos frequente de carnes vermelhas;
- consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais;
- Água como principal bebida ao longo do dia;

Conclusão:

O que ficaram a saber. Qual o grupo de alimentos que devemos consumir em maior quantidade e em menor.

Entrega de folheto de avaliação da sessão

Quando: Novembro 2018 e dia

Duração: 45min cada atividade – Total de 135min

Onde: Sala de aula nº

Quem: Mestranda e professora titular de turma

Recursos:

Cartaz “A roda dos alimentos (Anexo x);
Folhetos com Imagens de alimentos;
Lápis, canetas
Computador e impressora.

Meta:

Participação de 100% das mulheres na atividade.

- **80% dos utentes participem na atividade**
- **80% dos utentes identifiquem os grupos alimentares**

Avaliação:

Participação de 14 mulheres



Descodificador de Rótulos

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS



ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Apêndice XVI – Artigo de Investigação: “Revisão Integrativa: Prevenção do Risco Cardiovasculares, que Estratégias?”

ARTIGO INVESTIGAÇÃO

Revisão integrativa: Prevenção do risco cardiovasculares, que estratégias?

Maria de Fátima Balsinha Pinto, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar de São Filipe, do ACeSA Arrábida. Aluna do Mestrado em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Professora Doutora Orientadora Pedagógica Ana Maria Pires.

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Apesar da eficácia indiscutível da farmacologia, esta não tem sido suficiente para alterar o curso das doenças cardiovasculares. Sabe-se que existem vários fatores que contribuem para o aumento do risco cardiovascular e que a intervenção direcionada, nomeadamente para a alimentação e a atividade física desempenham um papel crucial na prevenção e redução do risco, sendo fundamental intervir neste domínio. **Objetivo:** Explorar o conhecimento atual sobre as estratégias de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovascular. **Metodologia:** Estudo de revisão integrativa com pesquisa nas bases de dados Pubmed e Ebsco, recorrendo aos delimitadores de busca: texto completo disponível, artigos publicados em português e inglês, no período entre 2013-2018. Como critérios de inclusão foram selecionados: estudos empíricos que evidenciem nos seus resultados associação entre os estilos de vida e o risco de doença cardiovascular na população adulta e idosa. **Resultados:** Dos 93 artigos 6 foram selecionados e incluídos nesta revisão. Todos os artigos procuraram reduzir o risco cardiovascular através de diferentes estratégias, intervenções e metodologias, sobressaindo como temática dominante, a intervenção direcionada aos hábitos alimentares e aos níveis de atividade física. Todos os estudos, revelaram efeitos positivos após a intervenção. **Conclusão:** Existe experiências de intervenções individuais e comunitárias de sucesso. Fortes evidências, foram encontradas, na redução do risco para as doenças cardiovasculares, através da adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente através da adoção da dieta saudável e da prática de atividade física.

Descritores: feeding behavior, nutrition for vulnerable groups, eating, diet, hypertension, stroke, disease prevention, healthy lifestyle, health promotion, training, knowledge.