



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**A PERCEÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NUMA  
COMUNIDADE EDUCATIVA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Cleide Vieira Teles**

**Porto | 2019**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária

A PERCEÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NUMA COMUNIDADE EDUCATIVA

PERCEPTION OF HEALTHY BEHAVIORS IN AN EDUCATIONAL COMMUNITY

Dissertação de mestrado

Dissertação académica orientada pela  
Professora Doutora Ana Paula Cantante  
e coorientada pela Professora Doutora Manuela Teixeira

Cleide Vieira Teles

Porto, 2019



## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer às Professoras Doutoras Ana Paula Cantante e Doutora Manuela Teixeira, todo o apoio e disponibilidade, fundamental para o sucesso deste percurso de investigação.

Agradeço também à Professora Doutora Rosa Maria Alves, pelo apoio e incentivo prestado à concretização do trabalho de dissertação.

Gostaria de agradecer de uma forma muito especial a todos os funcionários que participaram neste estudo pelo interesse e disponibilidade demonstrada.

Finalmente um agradecimento sentido à minha família pelo apoio e compreensão incondicional.



## RESUMO

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária está numa posição chave para através dos seus conhecimentos, competências e da sua experiência clínica responder de forma ajustada as necessidades em saúde da população ou comunidade. A intervenção de enfermagem, tem como foco a promoção de saúde das populações e da comunidade com base nas necessidades de saúde identificadas, de modo a estruturar estratégias de intervenção que visam a capacitação e empoderamento comunitário.

Os objetivos específicos deste estudo são compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis, conhecer as barreiras na adesão aos comportamentos saudáveis e os fatores que influenciaram a mudança comportamental, assim como conhecer as estratégias/condições facilitadores na adesão ao comportamento e perceber a influência do enfermeiro (de família) em termos de comportamentos saudáveis.

Trata-se de um estudo do tipo, descritivo, exploratório e transversal com uma abordagem qualitativa. A população do estudo corresponde a 20 funcionários da comunidade educativa do tipo IPSS. No que concerne à recolha de dados o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. Para o tratamento de dados foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin, optando-se pela determinação de categorias à priori e à posteriori com base na fundamentação teórica e nos dados obtidos respetivamente.

Pela análise de resultados compreendeu-se que os funcionários desta comunidade educativa identificam e aderem a comportamentos saudáveis, tais como, alimentação saudável, prática de exercício físico, espiritualidade, crenças religiosas, hábitos de sono e repouso, higiene, convívio e lazer. Entre os benefícios percebidos para a prática de comportamentos saudáveis estão a obtenção de saúde e prevenção de doença, assim como o relacionamento interpessoal. Entre as barreiras percebidas ao comportamento saudável está a disponibilidade de tempo, disponibilidade financeira, falta de motivação e cansaço. A família mantém-se como uma das principais fontes de influência na promoção de comportamentos saudáveis.

O papel do enfermeiro é evidenciado como agente na área da promoção de estilos saudáveis em diferentes áreas de intervenção, por vezes atuando de forma indireta nesta promoção, pelo que se entende como imprescindível uma maior clarificação das intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde das populações.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Comunitária; Enfermeiro especialista; Comportamentos saudáveis;



## ABSTRAT

The nurse specialist in community nursing is in a key position to respond, through it's knowledge, skills and clinical experience, to fit the health needs of the population or community. Thus, nursing intervention focuses on health promotion of populations and the identified community health needs, in order to structure intervention strategies for community empowerment.

The specific objectives of this study are to understand what the respondent population considers to be healthy behaviors, to know the barriers to adherence to healthy behaviors and the factors that influence behavioral change, as well as to know the strategies/ conditions that facilitate behavior adherence and to understand the influence of the (family) nurse in terms of healthy behaviors.

This is a descriptive, exploratory and cross-sectional study with a qualitative approach. The population in this study corresponds to 20 employees of the IPSS type educational community. Regarding data collection the instrument used was the semi-structured interview. For data treatment, content analysis according to Bardin was used, opting for the determination of categories apriori and aposteriori, based on theoretical frame and on the obtained data respectively.

The results showed that employees in this educational community identify and adhere to healthy behaviors such as healthy eating, physical exercise, spirituality, religious beliefs, sleeping and resting habits, hygiene, socializing and leisure. Among the benefits perceived for the practice of healthy behaviors are the achievement of health and disease prevention, as well as the interpersonal relationship. Among the perceived barriers to healthy behavior is time and financial availability, lack of motivation and fatigue. The family remains a major source of influence in promoting healthy behaviors.

The role of the nurse is evidenced as an agent in promoting healthy styles in different intervention areas, sometimes acting indirectly in this promotion, reason why it is understood as essential a greater clarification of the nursing interventions in the scope of health promotion of the populations.

**Keywords:** *Community nursing; Specialist nurse; Healthy behaviors;*



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DALYs** – Disability-Adjusted Life Year

**DGS** – Direcção-Geral da Saúde

**E** – Entrevista

**IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**WHO**- World Health Organization



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	17
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	21
1. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....	23
2. COMPORTAMENTOS DE SAÚDE.....	29
3. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE .....	33
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	37
4. METODOLOGIA .....	39
4.1. Justificação e finalidade do estudo .....	39
4.2. Questões de investigação .....	40
4.3. Objetivos do estudo .....	40
4.4. Tipo de estudo.....	41
4.5. População/amostra .....	42
4.6. Instrumento de colheita de dados .....	42
4.7. Análise e tratamento dos dados .....	43
4.8. Procedimentos .....	44
4.9. Considerações de natureza ética .....	45
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	47
5.1. Apresentação dos dados sociodemográficos.....	47
5.2. Apresentação dos dados relativos aos comportamentos de saúde pela matriz de categorização .....	48
5.2.1. Características e experiências individuais .....	50
5.2.2. Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento.....	52
5.2.3. Resultado comportamental .....	55
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
6.1. Discussão dos dados sociodemográficos .....	57
6.2. Discussão dos resultados pertencentes à categoria características e experiências individuais .....	57
6.3. Discussão dos resultados pertencentes à categoria conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento .....	61
6.4. Discussão dos resultados pertencentes à categoria de resultado comportamental .....	64

CONCLUSÃO .....	69
BIBLIOGRAFIA .....	73
ANEXOS .....	85
<b>Anexo 1 – Cronograma .....</b>	
<b>Anexo 2 – Guião da entrevista .....</b>	
<b>Anexo 3 – Consentimento informado .....</b>	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Matriz final de categorização de dados.....	49
---	----



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Promoção de Saúde.....	35
--	----



## INTRODUÇÃO

Desde sempre o conceito de saúde esteve associado ao conceito de doença como sua antítese, pautando-se pelo seu carácter negativo e reducionista ligado ao modelo biomédico, onde somente os determinantes de cariz biológico eram tidos em consideração e em que a doença constituiria uma inevitabilidade biológica.

A Organização Mundial de Saúde contribuiu para uma nova definição de Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Esta perspectiva de saúde, permitiu uma caracterização holística e positiva do conceito, abrangendo não só os aspetos biológicos mas admitindo os aspetos sociais e psicológicos (Ferreira, 1998). A saúde é um estado que pode ser alterado mantido e promovido, abrindo-se o campo para a promoção de saúde e à conceção de saúde como indicador de qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2009).

A declaração de Alma-Ata em 1978, ultimou a importância da Prevenção Primária em Saúde, sendo a saúde, considerada uma das prioridades da nova ordem económica mundial, um direito e meta social de todos os governos. Segundo a OMS os cuidados de saúde primários são os

“cuidados essenciais de saúde baseados em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e um custo com que tanto a comunidade, quanto o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e determinação. É parte integrante do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e económicos global da comunidade com os sistemas nacionais de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de ação continuada à Saúde” (OMS, 1978 p.3).

O relatório Mundial da OMS (2008) “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais do que Nunca”, enfatiza o potencial dos CSP para fazer face aos desafios da sociedade moderna. Segundo a Pan American Health Organization

“A evidência internacional sugere que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para os CSP têm resultados de saúde melhores e mais equitativos, e conseguem uma melhor satisfação por parte dos utilizadores do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação para os CSP” (citada pela Ordem dos Enfermeiros, 2008 p.4).

A reforma em Portugal dos CSP em 2005 visou sobretudo atenuar as fortes dificuldades e limitações, designadamente as questões de acessibilidade e equidade do acesso, sendo o objetivo primordial dos CSP, intervir nos problemas de saúde do indivíduo e da comunidade, englobando acções ao nível da prevenção, promoção, reabilitação, cuidados curativos e paliativos (Biscaia e Heleno, 2017).

O desenvolvimento científico e tecnológico associado a melhores cuidados de saúde, originou uma transição demográfica, sendo o envelhecimento populacional um subproduto da diminuição das taxas de mortalidade (Carvalho e Rodríguez-Wong 2008). O facto de se viver mais tempo, deu origem a um processo denominado por transição epidemiológica, levando ao aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, devido aos comportamentos e estilos de vida adotados ao longo da vida (Coelho e Burini, 2009).

A estratégia global da World Health Organization (2003c) para a prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis, elege a intervenção sobre alguns comportamentos de saúde como forma eficaz de prevenção destas doenças. Segundo a OMS, os comportamentos de saúde reportam-se a ações empreendidas pelo sujeito com o objetivo de promover, manter e proteger a sua saúde, numa visão centrada no indivíduo como responsável pelo seu projeto de vida e de saúde (WHO,1998).

O cuidar é a essência e o núcleo da enfermagem e para Roach (citado por Festas, 1999 p.63) "...a enfermagem nasceu do Cuidar, organizou-se para Cuidar e profissionalizou-se através do Cuidar...". O enfermeiro comunitário pela sua proximidade com o indivíduo, família e comunidade e pela sua diferenciação em termos de domínio técnico e científico, encontra-se numa posição privilegiada para estabelecer intervenções de um modo sistémico, integrado e dinâmico, avaliando de forma contínua os fatores que determinam os processos de mudança, ajustando o âmbito e o foco das suas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste trabalho de investigação assume-se como fundamental compreender os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis numa comunidade específica do tipo educativa, intitulando-se o presente trabalho de investigação "A perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade educativa". Claramente, se compreende que existem questões que modelam esta investigação, às quais gostaríamos de obter algum esclarecimento, nomeadamente: "Qual a perceção sobre comportamentos saudáveis dos funcionários da comunidade educativa do tipo IPSS?"

Em termos metodológicos optou-se por desenvolver um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal com uma abordagem qualitativa. A população deste estudo foi uma comunidade de profissionais do sector educativo tipo IPSS, inquiridos através de entrevistas semiestruturadas. No que concerne à análise de dados, estes foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.

A apresentação deste estudo está organizada em duas partes essenciais.

Na primeira parte é explanada a fundamentação teórica ao longo de três capítulos. No primeiro capítulo, é abordado o conceito de enfermagem comunitária, colocando a tónica na promoção para a saúde e no papel do enfermeiro comunitário. O segundo capítulo apresenta uma revisão face ao conceito de comportamentos de saúde e o seu enquadramento em termos de políticas nacionais de saúde. No terceiro capítulo desta fundamentação teórica é explorado o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, já que preconiza os elementos constituintes a serem avaliados pelo enfermeiro no processo de mudança comportamental.

A segunda parte deste trabalho remete para o estudo empírico ao longo de três capítulos. Deste modo, o quarto capítulo refere-se à apresentação do percurso metodológico da investigação através da questão de investigação, expondo a justificação, finalidade, objetivos do estudo, população e método de investigação, instrumento de recolha da informação, análise e tratamento de dados e as considerações de natureza éticas levadas a cabo neste estudo. O quinto capítulo, refere-se à apresentação dos resultados do estudo. O sexto capítulo é dedicado à discussão e reflexão dos resultados obtidos, cuja análise se baseia na argumentação teórica produzida na primeira parte do trabalho. Por último e a título final apresentam-se as principais conclusões do estudo. Em anexo, é apresentado o material de apoio à investigação, nomeadamente, o cronograma da investigação (Anexo 1), o guião da entrevista (Anexo 2) e o consentimento informado (Anexo 3).



## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 1. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

De acordo com a WHO (1998) uma comunidade é um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns, em que os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros; funciona dentro de uma estrutura social particular, exhibe e cria normas, valores e instituições sociais.

Para Bogan et al. (citados por Stanhope & Lancaster, 1999), “comunidade é uma entidade com base num local, composta por sistemas de organizações formais que refletem as instituições sociais, os grupos informais e os seus agregados. Estes componentes são interdependentes e a sua função é ir ao encontro duma grande variedade de necessidades coletivas”.

A definição proposta pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros é mais ampla como sugere a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: “Grupo com características específicas: grupo de seres humanos enquanto unidade social ou todo coletivo; ligados pela partilha de localização geográfica; situações ou interesses” (International Council of Nurses, 2019).

Ao refletirmos na natureza dos cuidados de enfermagem sobressai a natureza do cuidar pois, tal como Collière refere “é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer” (Collière, 1999 p.27). O cuidar sustenta uma filosofia de compromisso moral com vista à proteção da dignidade humana e preservação da humanidade (WATSON, 2002).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº161/96) a enfermagem define-se como:

“... a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”.

Apesar do conceito de saúde integrar várias dimensões física, mental/psicológica, emocional, espiritual e social, estas não se encontram compartimentadas; o indivíduo é um todo e como tal o cuidado de enfermagem é dirigido ao indivíduo de forma holística (Chalifour 1989).

A mudança do paradigma do conceito de saúde de patogénico para salutogénico traz consigo a noção de autorresponsabilização (Pais-Ribeiro, 1989; Pais-Ribeiro, 2009). A saúde não é mais um objetivo e responsabilidade imputada ao profissional de saúde, mas é responsabilidade do indivíduo, que é tido como um ser capaz de construir o seu próprio projeto de saúde em busca de bem-estar físico, mental e social e inserido no seu contexto familiar, social e comunitário. A saúde é entendida como “...um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objetivo de vida” (Galinha e Pais-Ribeiro 2005, p. 207). Assim, a saúde é um estado dinâmico, um direito humano básico, um alicerce, um produto, um recurso, um potencial e uma fonte de investimento do próprio indivíduo ao longo do seu ciclo vital.

Com a tomada de posição a nível mundial da OMS na 30ª Assembleia da Saúde em 1977 ao implementar o movimento e meta “Saúde para Todos no ano 2000”, foi aprovada a declaração de Alma -Ata que elencou o conceito e a importância da Prevenção Primária em Saúde. (OMS, 1978). Posteriormente a OMS apresentou a Carta de Otawa que redefine o conceito de saúde, reconhecendo que a saúde é produzida e vivida pelos indivíduos nos espaços do seu quotidiano, implicando naturalmente que a qualidade e as características da relação entre o indivíduo e o ambiente se repercutem nos padrões de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (OMS, 1986).

Na medida em que as necessidades das populações mudam, considerando-se as transformações demográficas, os indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas, a enfermagem deve ser capaz de acompanhar e guiar essa mudança de modo a prevenir a doença e sobretudo promover a saúde, tendo em consideração sobretudo os grupos ou comunidades mais vulneráveis ou em maior risco de exposição.

O compromisso da enfermagem em relação aos cuidados de saúde primários prevê quatro responsabilidades fundamentais: promoção da saúde, prevenção da doença, restabelecimento da saúde e alívio do sofrimento.

“A enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem” (International Council of Nurses, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.5).

Para a WHO (2009a) o empoderamento fundamenta-se em princípios que defendem a saúde como direito, equidade, justiça e responsabilidade social e intersectorial e integra segundo Labonte e Laverack (2008) cinco aspetos, designadamente: a ação individual, o desenvolvimento de pequenos grupos, organizações comunitárias, parcerias e ação social e política, num contínuo que articula vários níveis, desde os individuais até aos organizacionais.

A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa como um processo através do qual as pessoas adquirem um maior controlo e melhoram a sua saúde (OMS, 1986). A educação para a saúde, componente básico na promoção da saúde, diz respeito a

“...toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], que produz mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou danificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes, pode facilitar a aquisição de competências, pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (Tones e Tilford citados por Carvalho e Carvalho, 2006. p.11).

A educação em saúde visa influenciar as decisões individuais de estilo de vida e despertar a consciência sobre os determinantes da saúde, estimulando ações individuais e coletivas que podem levar a uma modificação desses determinantes. A educação em saúde leva à literacia em saúde, que segundo a OMS diz respeito ao conjunto de competências cognitivas e sociais e à capacidade dos indivíduos em aceder, compreender e utilizar a informação de forma a que promovam e mantenham boa saúde. A literacia em Saúde promove o empoderamento, que por sua vez é vital para alcançar as metas de saúde e de desenvolvimento acordadas internacionalmente (WHO, 2009a).

Nesta perspetiva, Tengland (2007) considera o empoderamento um objetivo legítimo da promoção de saúde, uma vez que as pessoas e comunidades adquirem um maior controlo sobre os fatores determinantes da saúde, por via da capacitação. Deste modo, compreende-se que a educação para a saúde é uma estratégia de enfermagem fundamental para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade (Basto, 2000).

A OMS na Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde considera que o Empoderamento Comunitário fortalece as comunidades, na medida em que fomenta parcerias intersectoriais aproximando os determinantes sociais, culturais, políticos e económicos que influenciam a saúde à sua promoção (WHO, 2009a).

A capacidade e proximidade que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem junto da pessoa, família e comunidade ao longo do tempo, permite atender de forma contínua e assídua às necessidades dos mesmos em função das fases do ciclo vital, fases do

ciclo familiar, situações de doença/dependência e de vulnerabilidade, tendo em linha de conta os recursos pessoais, de suporte social e de crenças (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo o relatório da OMS Cuidados de Saúde Primários-Agora Mais Que Nunca

“A compreensividade, a continuidade e a orientação para a pessoa são factores críticos para garantir melhorias nos resultados de saúde. Mas estão incompletos sem uma relação estável, pessoal e duradoura (uma característica a que algumas vezes se dá o nome de “longitudinalidade”) entre a população e os profissionais que são o seu ponto de entrada para o sistema de saúde...os profissionais de saúde mais facilmente respeitam e compreendem doentes que conhecem bem, o que contribui para uma interação mais positiva e uma melhor comunicação. Podem mais rapidamente compreender e antecipar os obstáculos à continuidade dos cuidados, monitorizar o progresso e avaliar como é que o dia-a-dia do indivíduo é afetado pela vivência da doença e da incapacidade resultante. Mais conscientes das circunstâncias em que as pessoas vivem, podem adequar melhor os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e identificar outros problemas de saúde mais precocemente. Isto não é meramente uma questão de promover a confiança e a satisfação do doente, ainda que tal seja igualmente importante. É meritório também porque está associado a uma melhor qualidade da prestação e resulta em melhores resultados...” (OMS, 2008, p. 55).

Para Carol Bellamy ex-diretora Executiva do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF),

“Os enfermeiros conhecem as necessidades das crianças e das famílias em casa, no trabalho e no lazer, enquanto servem também de elo de ligação entre os indivíduos, as famílias, as comunidades e os prestadores de cuidados de saúde. Estas qualidades são o motivo pelo qual os enfermeiros constituem a coluna vertebral dos cuidados de saúde em todo o mundo...” (citada por Ordem dos Enfermeiros 2008, p.17).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária está, portanto numa posição chave para através dos seus conhecimentos e da sua experiência clínica responder de forma ajustada as necessidades em saúde da população ou comunidade. Segundo Bircher (citado por DGS, 2013, p.26) a “Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal”. A questão da multiculturalidade impõe-se como um desafio para o enfermeiro comunitário, já que o contacto direto com novos hábitos, costumes, crenças, línguas, comportamentos e experiências de vida ampliam os conhecimentos sobre diferentes formas de estar e viver, diferentes visões sobre saúde e comportamentos de saúde que estão naturalmente afetos à diversidade cultural de cada comunidade.

A Enfermagem Comunitária caracteriza-se assim como, “...uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade” (Correia et al. 2001, p.76). Assumidamente, o enfermeiro especialista pelas competências específicas adquiridas e desenvolvidas tem um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, além duma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades de pessoas, grupos ou comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A OMS salienta a importância do papel dos enfermeiros comunitários no âmbito da identificação de necessidades, prevenção da doença, planeamento de ações de intervenção e promoção para a saúde, execução e avaliação de cuidados prestados, tendo como principal objetivo, potenciar nos indivíduos, famílias e comunidades, as competências físicas, mentais e sociais necessárias à promoção da sua saúde, integrando as características dos contextos em que estão inseridos mantendo uma postura ética e de respeito em termos culturais e pela pessoa humana (OMS, 2008).

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).



## 2. COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Em 1966 Kasl e Cobb definiam comportamento de saúde como um comportamento com o objetivo de evitar o aparecimento de uma doença, dando o exemplo da alimentação saudável.

A definição proposta posteriormente por Harris e Guten (citado por Pais-Ribeiro, 1998) considera que o objetivo do comportamento de saúde é a proteção, promoção e manutenção da saúde, independentemente do estado de saúde da pessoa e se esse comportamento atinge ou não o fim desejado.

Para Cockerman (2014) o comportamento de saúde é definido como a atividade empreendida por pessoas com o propósito de manter ou melhorar sua saúde, prevenir problemas de saúde ou alcançar uma imagem corporal positiva.

A OMS define comportamento de saúde como “qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde, quer essa atividade seja objetivamente eficaz ou não para obter o fim pretendido” (WHO, 1998. p.8). Os comportamentos de saúde e os comportamentos de risco tendem a agregar-se de uma forma complexa, formando perfis, designados de estilos de vida (WHO, 1998). Os “Estilos de Vida são um conjunto de costumes e comportamentos de resposta às situações do quotidiano, apreendidos através do processo de socialização testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes ocasiões sociais” (DGS, 2006a, p. 15).

O desenvolvimento científico e tecnológico associado a uma melhoria dos cuidados de saúde, meios de diagnóstico e de terapêutica, condições sanitárias, disponibilidade de alimento e água e medidas de saúde pública (como a vacinação) originou uma transição epidemiológica e demográfica, marcada pela queda da taxa de mortalidade associada às melhores condições de vida e de saúde (Carvalho e Rodríguez-Wong, 2008). A OMS considera que se está a incorrer numa transição de riscos, uma vez que o padrão populacional dos principais fatores de risco para a saúde tem vindo a alterar-se. Isto é, existe uma modificação do padrão de risco que antes estava relacionada com aspetos ligados ao subdesenvolvimento como a subnutrição e insalubridade para um outro padrão, relacionado com doenças crónicas e

degenerativas não transmissíveis associado de forma direta ou indireta com as escolhas e comportamentos individuais (Omran, 1971).

Os determinantes com impacto na saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e os sistemas criados para combater a doença assim como as escolhas individuais no âmbito dos comportamentos e estilos de vida (Marmot 2001; Marmot 2005; OMS s.d.).

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com Estilos de Vida para o ano 2004-2010 teve como objetivo geral a diminuição da prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e o aumento da prevalência de fatores de proteção ligados aos estilos de vida, através de uma abordagem integrada com estratégias dirigidas aos Determinantes de Saúde Relacionados com o Estilo de Vida: tabagismo, alimentação, atividade física, stresse e álcool (DGS, 2004). Segundo este programa, as doenças crónicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, patologia respiratória, diabetes mellitus e perturbações da saúde mental constituem a maior causa de morte-morbidade, representando em 2000 a nível europeu cerca de 75% da carga da doença (burden of disease) expressa em DALYs (WHO, 2002; DGS, 2004).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 teve como objetivo a promoção de contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida, fazendo referência às principais causas de morte na vida adulta produtiva na União Europeia (considerando o período entre os 25 anos e os 64 anos de idade) que são por ordem crescente de mortalidade: as doenças cardiovasculares, cancro e acidentes entre outros. Ainda segundo este plano

“há evidência de benefício para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i) Estilos de vida saudáveis; ii) Promoção da saúde mental; iii) Controlo de factores de risco como o excesso de peso, hipertensão arterial, tabaco, álcool, colesterol elevado, baixa ingestão de vegetais e frutas e inatividade física; iv) Adesão aos rastreios e acções de diagnóstico precoce; v) Cultura de participação ativa e de responsabilização pela sua própria saúde; vi) Controlo e autogestão da doença crónica; vii) Respostas adequadas e específicas em função do sexo” (DGS, 2013 p.6).

A este propósito o Ministério da Saúde Português (2018b, p.11) no Retrato da Saúde 2018 reconhece que

“...o estado de saúde resulta, assim, de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. É por isso fundamental a aposta nos fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, alterando os comportamentos de risco comuns a todas as doenças crónicas como o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. As redes sociais e comunitárias, entre as quais família e amigos, constituem outro nível de influência.

Se as condições de vida, como o trabalho, educação ou habitação, são determinantes, também as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, a um nível mais macro, influenciam a saúde dos indivíduos.”

A OMS reconhece que 30% das principais causas de morte podem ser prevenidas, dado que os principais fatores de risco são modificáveis, nomeadamente o consumo de tabaco e álcool, alimentação pobre em vegetais e frutos e a inatividade física (WHO, 2008). A remoção da exposição aos níveis de risco desses fatores poderia levar ao ganho de 9.3 anos de vida, ou seja, 17% da esperança de vida ajustada para a saúde a nível global (*Health Adjusted Life Expectancy – HALE*) (Ezzati et al, 2003). Segundo o *Global Burden of Disease* de 2016 em Portugal, cerca de 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura eram evitáveis se fossem eliminados os principais fatores de risco modificáveis (DGS, 2018).

O interesse por estes determinantes prende-se com o controlo à sua exposição, podendo ser evitáveis consoante a adesão comportamental e de escolhas de estilos de vida a nível individual e coletivo, tornando-se possível controlar a exposição ao fator de risco e alterar a consequente morto-morbilidade associada (WHO, 2009b). Por estes motivos, a estratégia global da OMS para a prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis elege a intervenção sobre quatro determinantes de saúde comuns a estas doenças, todos relacionados com comportamentos potencialmente modificáveis. São eles: consumo de tabaco, alimentação não saudável, inatividade física, utilização perigosa de álcool (WHO, 2008).

A saúde está diretamente ligada aos estilos de vida adotados e a mudança no domínio dos comportamentos de saúde é essencial na prevenção da doença e promoção da saúde. Nesta medida, intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos sociais e individuais que lhe estão associados.



### 3. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é um dos principais agentes de mudança comportamental da sociedade através da implementação, coordenação e dinamização de programas de intervenção na comunidade que visam sobretudo a prevenção da doença e promoção da saúde em diferentes contextos socioculturais.

No âmbito deste estudo destacamos o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006) como uma proposta de ligação entre as ciências de enfermagem e a ciência do comportamento, congregando algumas teorias de mudança comportamental como a teoria de autoeficácia (Bandura, 1997), teoria sociocognitiva (Bandura, 1989), o modelo transteórico (Prochaska e DiClemente, 1983), a teoria da ação racional (Fishbein e Ajzen, 1975) e a teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991), salientando o papel da autoeficácia das atitudes pessoais e normas sociais como fatores condicionantes na escolha dos comportamentos de saúde (Sakraida, 2004).

O Modelo de Promoção de Saúde considera que o indivíduo tem um papel central na gestão dos seus comportamentos pelo que, nesta ótica o papel da enfermagem emerge como sendo capaz de auxiliar o indivíduo na adoção de estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2006). Analisando o diagrama do Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender, denota-se que os quatro conceitos que compõem o meta-paradigma de Enfermagem estão implícitos na descrição do modelo:

- Saúde - é o resultado desejado de um comportamento de promoção de saúde que depende de factores intrínsecos e extrínsecos (na relação da pessoa com o ambiente). Preconiza um alto nível de bem-estar e um resultado que é modificável por intervenções de enfermagem (Pender et al., 2006). Este conceito vai de encontro ao sugerido pela Ordem dos Enfermeiros no Padrão de Qualidade de Cuidados no qual "...a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural..." (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.8);

- Pessoa- é um organismo biopsicossocial em interação permanente com o ambiente havendo transformação mútua. O indivíduo é também detentor de um conjunto de

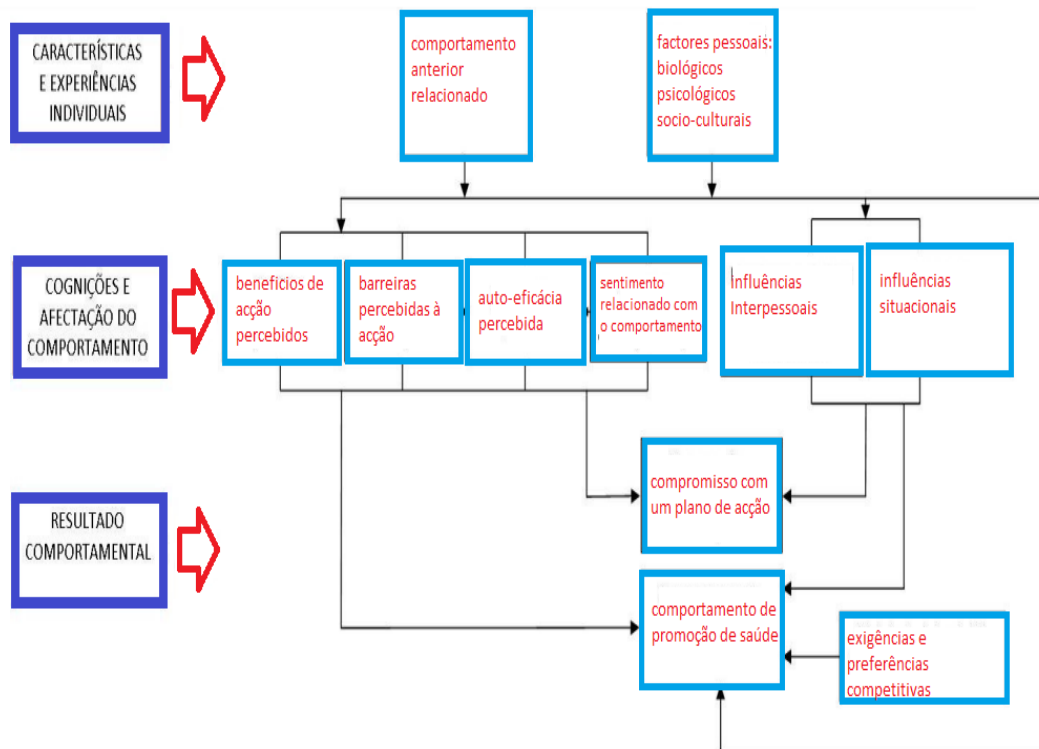
características e experiências específicas que condicionam e influenciam os seus comportamentos de saúde, colocando-se a tónica no potencial que o indivíduo tem em adotar mudanças de comportamento em prol da sua saúde (Pender et al., 2006). Esta visão é concordante com a da Ordem dos Enfermeiros que considera que a pessoa é um agente intencional e autodeterminado que busca o bem-estar e o melhor nível de saúde, desenvolvendo comportamentos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos individuais de modo a construir um projeto de vida e um projeto de saúde. No entanto, a pessoa é simultaneamente centro de processos não intencionais, como as funções fisiológicas que são afetadas pela condição psicológica, demonstrando através desta correspondência a unicidade, a indivisibilidade e o carácter holístico de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.9);

- Ambiente- é o contexto cultural e psicológico no qual as pessoas vivem e se desenvolvem. Pode ser alvo de manipulação, de modo a construir um contexto positivo que facilite a adoção de comportamentos de saúde (Pender et al. 2006). A Ordem dos Enfermeiros considera que “O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10);

- Cuidados de Enfermagem- A enfermagem assume o compromisso assistencial com a pessoa, no qual a pessoa é responsável pelo seu projeto de saúde. A intervenção de enfermagem pretende criar e potenciar as condições facilitadoras, para que o indivíduo possa atingir um alto nível de bem-estar e saúde. A intervenção de enfermagem, visa deste modo modificar o comportamento através da perceção dos benefícios do comportamento de promoção da saúde, reduzindo as barreiras à ação e aumentando a autoeficácia percebida, através da gestão adequada de recursos individuais e coletivos e da capacitação imprescindível para a tomada de decisão consciente conducente a comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2006). A este propósito o foco de atenção de enfermagem vai de encontro ao definido pela Ordem dos Enfermeiros, que é a “...promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10).

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender é um modelo de enfermagem que pode constituir-se como ferramenta no desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde, uma vez que permite a avaliação comportamental com base na inter-relação de três

eixos/dimensões principais conforme ilustrado na figura1: características e experiências individuais; sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento e resultado comportamental.



**Figura.1** : Modelo de Promoção de Saúde  
 Fonte Pender, Murdaugh e Parsons (2006) (traduzido pelo autor)

Na primeira dimensão encontram-se as características e experiências individuais que incluem as categorias:

- Comportamento anterior relacionado ou comportamento prévio relacionado- diz respeito aos hábitos passados relacionados com a procura da saúde e está associado a fatores pessoais ou experiências anteriores que interferem de forma direta ou indireta no comportamento para a promoção da saúde;
- Fatores pessoais- entre os fatores pessoais encontram-se os fatores biológicos (idade, sexo, IMC, capacidade aeróbia, força, entre outros); psicológicos (autoestima, auto-motivação, estado de saúde percebido, definição pessoal de saúde, entre outros) e socioculturais (etnia, escolaridade, aculturação, nível socioeconómico, entre outros) (Pender et al., 2006).

Na segunda dimensão estão os conhecimentos e sentimentos que constituem um núcleo crítico para a intervenção, pois estão sujeitos a modificações por meio de ações de enfermagem:

- Benefícios da ação percebidos- são resultados positivos antecipados pela pessoa em consequência do comportamento de saúde;
- Barreiras à ação- são obstáculos/dificuldades antecipadas pela pessoa, que podem ser reais ou imaginadas e custos pessoais da realização do comportamento;
- Percepção de autoeficácia- refere-se à avaliação pessoal de realizar determinado comportamento de promoção de saúde;
- Sentimento relacionado com o comportamento- sentimentos subjetivos positivos ou negativos associados pela pessoa ao comportamento, antes, durante ou após o mesmo;
- Influências interpessoais- são os conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros. Incluem as normas, o apoio social e a aprendizagem vicariante. As fontes primárias de influência interpessoais são a família, pares e os profissionais de saúde;
- Influências situacionais- são as percepções ou conhecimentos da pessoa sobre determinada situação ou contexto e que podem facilitar ou dificultar o comportamento, direta ou indiretamente (Pender et al., 2006).

Na terceira dimensão encontra-se o resultado comportamental e preconiza as exigências e preferências de competição e o compromisso com um plano de ação. O comportamento de promoção de saúde desejável é iniciado com o compromisso com o plano de ação com planejamento de estratégias que facilitam a adesão e manutenção do comportamento de promoção de saúde. No entanto, existem fatores que interferem no compromisso com o plano de ação, nomeadamente as exigências e as preferências competitivas. O objetivo do referido modelo é o comportamento de promoção da saúde, que é o resultado de ação no sentido da obtenção de saúde e bem-estar (Pender et al., 2006).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## **4. METODOLOGIA**

Faz parte da natureza humana explorar, questionar e investigar. Para Fortin (1999, p. 31), “a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados”, conduzindo a saberes próprios da disciplina de ciências de enfermagem, devendo ser vista como parte essencial na profissão, quer nos campos de atuação do enfermeiro quer para o reconhecimento da própria profissão.

### **4.1. Justificação e finalidade do estudo**

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tem a responsabilidade de promover a saúde, na esfera individual, familiar, de grupo ou comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, numa lógica de responsabilidade partilhada e empoderamento comunitário (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A finalidade do estudo é contribuir para a produção de conhecimento sobre a adoção de comportamentos saudáveis, com vista a compreender as intervenções de enfermagem que podem ter influência nestes comportamentos, de modo a indiretamente contribuir para a sustentação de práticas de promoção da saúde que melhorem a saúde da comunidade educativa.

Para este estudo admitimos a influência do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, pelo modo como conceptualizamos a enfermagem, dado que nos centramos nas perceções que cada indivíduo tem sobre os comportamentos saudáveis e de que forma gerem e integram esses comportamentos no seu dia-a-dia.

## **4.2. Questões de investigação**

Como é evidente, é a natureza do problema em estudo que determina as questões de investigação e a seleção do método de investigação a seguir. A pergunta de partida ou questão de investigação “é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explicar com vista a obter novas informações” (Fortin, 1999, p.51). Com base nesta citação e o tema de investigação, este estudo é norteado pela seguinte questão de partida: “Qual a perceção sobre comportamentos saudáveis dos funcionários da comunidade educativa do tipo IPSS”?

Obviamente a questão de investigação surge de um processo de reflexão contínuo com base nos conhecimentos prévios e revisão de literatura efetuada, pelo que não surge de forma isolada, mas de forma integrada e articulada com outras questões nomeadamente:

- Será que houve modificação de comportamentos para benefício de saúde?
- Terá sido a decisão para mudar de comportamento repentina ou alvo de ponderação?
- Qual terá sido o estímulo da mudança? (o próprio ou alvo de influência externa)
- Será que são utilizadas estratégias que favorecem a adoção/adesão de comportamentos saudáveis?
- Será que os enfermeiros desempenham um papel significativo na adoção de comportamentos saudáveis?

## **4.3. Objetivos do estudo**

Tendo em consideração a questão de partida e as questões orientadoras, foram traçados os seguintes objetivos de investigação:

- Compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis;
- Conhecer as barreiras na adesão aos comportamentos saudáveis;

- Conhecer os fatores que influenciaram a mudança comportamental;
- Conhecer as estratégias/condições facilitadores na adesão ao comportamento;
- Perceber a influência do enfermeiro (de família) em termos de comportamentos saudáveis.

#### **4.4. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem qualitativa. Tendo em consideração a questão de partida deste estudo, compreende-se que o mesmo é compatível com a metodologia de investigação qualitativa. A metodologia qualitativa caracteriza-se por um: “questionar constante que visa compreender um problema social ou humano, com base na construção de uma perspectiva complexa ou holística, constituída por palavras, relatando as perspectivas detalhadas dos informadores e conduzida num contexto natural” (Creswell, 1994 p.4).

De acordo com Bogdan e Biklen (1994) as metodologias qualitativas tem cinco características: (1) a fonte direta dos dados é o participante no seu ambiente natural e o investigador é o principal recolector dos dados; (2) os dados recolhidos são essencialmente de carácter descritivo; (3) os investigadores interessam-se sobretudo pelo processo em si mais do pelos resultados; (4) a análise dos dados é indutiva; e (5) o investigador interessa-se em compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

Trata-se de uma pesquisa com caracter exploratório, pois considera-se que tem em vista a primeira aproximação do pesquisador ao tema de modo a se familiarizar com o mesmo (Lakatos e Marconi, 2003). Este estudo segue uma metodologia descritiva já que é do interesse do investigador observar, descrever e documentar o fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de modo a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (Fortin, 1999). Um estudo transversal determina que a pesquisa seja realizada num determinado momento, em um ponto no tempo (Fortin, 1999).

#### **4.5. População/amostra**

Segundo Fortin (1999), a população abarca o conjunto de todos elementos (pessoas, grupos ou objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas previamente como critérios para inclusão no estudo. Assim, a população base neste estudo são os funcionários da comunidade educativa do tipo IPSS, com o mínimo de 3 meses de atuação profissional na instituição, num total de 21 funcionários. A população estudada é de 20 funcionários porque um funcionário esteve em ausência prolongada por doença no período que decorreu o estudo.

#### **4.6. Instrumento de colheita de dados**

Tendo em consideração a questão de investigação, questões orientadoras, finalidade, objetivos e natureza do estudo, foi selecionada a entrevista semiestruturada como a técnica de colheita de dados. A escolha pela entrevista semiestruturada deveu-se ao facto de permitir “recolher dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan e Bikley, 1994, p.134). As entrevistas foram conduzidas através de um guião de orientação (Anexo II), com as questões consideradas pertinentes para o estudo, de modo a conceder maior segurança ao investigador.

A entrevista foi preparada e orientada de acordo com três momentos chaves:

- Momento inicial – reservado à legitimação da entrevista e ao esclarecimento da finalidade, objetivos e considerações éticas;
- Momento intermédio –apresentação das questões e expressão livre do participante;
- Momento final – síntese do conteúdo da narrativa, com vista à validação ou revisão da mesma por parte do participante e agradecimento pela disponibilidade e valor do seu contributo.

#### **4.7. Análise e tratamento dos dados**

A condução da análise dos dados foi efetuada com base na análise de conteúdo proposta por Bardin, que preconiza "(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens" (Bardin, 2011, p.40). Deste modo, foram seguidas várias etapas de acordo com as etapas da técnica proposta por Bardin (2011).

A primeira etapa proposta por Bardin (2011) é a etapa de pré-análise, com a leitura geral e flutuante das entrevistas já transcritas. Esta leitura menos aderente permite uma visão mais descolada e auxilia na escolha dos documentos que integram o corpus de análise.

A segunda etapa consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registo e das unidades de contexto, que teve por base a conjugação de interdependência entre a análise temática, os objetivos de investigação e as teorias explicativas adotadas pelo investigador.

As categorias são enunciados gerais, rúbricas ou classes que reúnem elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação sob um título genérico, segundo o seu grau de intimidade ou proximidade e que podem após análise, expressar significados que vão ao encontro dos objetivos do estudo, permitindo a produção de novos conhecimentos sobre o tema e/ou uma visão diferenciada (Bardin, 2011, p. 117).

As categorias empregues podem ser apriorísticas ou não apriorísticas. Neste estudo as categorias utilizadas foram apriorísticas, uma vez que o investigador já possuía interesse em determinadas categorias pré-definidas, categorias essas que emergem do Modelo de Promoção de Saúde proposto por Nola Pender.

É importante compreender que sem teoria não há pesquisa e que existirão sempre categorias ou focos de análise que são à priori estabelecidos. A principal vantagem deste tipo de categorização é que, além destas categorias serem bastante abrangentes, permitem ao investigador um certo balizamento, através da classificação direta das unidades de análise dentro destas categorias preferenciais. No entanto, como defende Campos (2004) a perspetiva à posteriori permite um avanço teórico a partir do exame dos dados empíricos, pelo que uma análise em que ambas as perspetivas sejam utilizadas determina uma maior

complexidade e profundidade no trabalho de investigação. Num segundo momento após identificação e posicionamento das unidades de análise nas categorias principais à priori, identificaram-se novas subcategorias de interesse para a pesquisa. De salientar ainda que foram seguidos os princípios de categorização nomeadamente de exaustividade, exclusão mútua, representatividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade, para a formalização das categorias.

A terceira fase da análise de conteúdo diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa efetua-se o tratamento dos resultados, através da análise crítico-reflexiva e comparativa pela justaposição de categorias, condensando e destacando os aspetos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes, elencando as interpretações inferenciais (Bardin, 2011).

#### **4.8. Procedimentos**

Inerente a cada estudo de investigação existe um conjunto de procedimentos técnicos que são realizados. Numa primeira fase do estudo foi contactada a Instituição, em causa de forma a compreender a disponibilidade da mesma face ao estudo. Após este contacto inicial foi feito o pedido de autorização ao conselho de Administração da IPSS. Uma vez obtido este consentimento, o investigador estabeleceu contato com os profissionais da instituição tendo sido apresentado o estudo e caso o profissional demonstrasse disponibilidade era combinada entrevista.

Durante os meses de Abril a Maio procedeu-se à realização das entrevistas. Estas decorreram em local reservado selecionado pelo entrevistador dentro das instalações da IPSS, sendo uma preocupação combinar o horário mais adequado com o entrevistado. O tempo previsto para a realização da entrevista era de 30 minutos, o que em média se concretizou. As entrevistas foram gravadas em suporte digital após autorização dos entrevistados. Após a realização da entrevista esta foi transcrita integralmente e atribuído um número de registo de acordo com a ordem que foram efetuadas as entrevistas.

#### **4.9. Considerações de natureza ética**

A investigação científica prevê preocupações éticas relacionadas com a interação com os participantes e com a colheita e análise de dados de modo a salvaguardar os direitos dos inquiridos. Desta forma, neste estudo atendeu-se aos cinco princípios do código de ética de investigação enunciado por Fortin (1999).

O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito e liberdade de decisão da pessoa. Cada pessoa foi convidada a participar no estudo possuindo a liberdade para decidir voluntariamente a sua livre participação, ou não, após ter sido fornecida a informação acerca dos procedimentos inerentes ao mesmo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) aplicado neste estudo tem por base a Resolução 196/96 (DGS, 2015b), que determina as diretrizes e normas para estudos envolvendo seres humanos, esclarecendo o objetivo da pesquisa, a garantia do anonimato e o sigilo de dados confidenciais.

O direito à intimidade relaciona-se com a liberdade da pessoa em decidir a extensão e profundidade da informação que aceita revelar e a medida em que aceita partilhar informações do foro íntimo e privado (Fortin, 1999). Neste estudo, o direito à intimidade foi respeitado, na medida em que cada participante, conhecedor dos objetivos e finalidade do estudo foi livre de partilhar a informação que decidia fornecer ao investigador. Para assegurar o anonimato dos dados foi criado um sistema de codificação numérica dos participantes, em que apenas o investigador principal conhece a relação dados/caso, além de ser assegurada a eliminação da gravação após transcrição da entrevista.

O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, remete-se para as normas de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de provocar dano, desconforto ou prejuízo de acordo com o princípio de beneficência. Salienta-se que neste estudo não foi detetado nenhum risco previsível para os seus participantes (Fortin, 1999).

O direito ao tratamento justo e equitativo, salienta a importância do direito de informação sobre a natureza, duração e finalidade da investigação (Fortin, 1999).



## **5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo pretende-se descrever apresentar, interpretar e analisar os resultados obtidos ao longo de dois subcapítulos.

No primeiro subcapítulo serão abordados aspetos relativos à caracterização da população, nomeadamente através de variáveis demográficas como idade, género, estado civil, habilitações literárias e contacto com o enfermeiro de família.

No segundo subcapítulo serão analisados os dados tendo em consideração as categorias definidas neste estudo.

### **5.1. Apresentação dos dados sociodemográficos**

Os participantes neste estudo são os profissionais de uma comunidade educativa do tipo IPSS que pertence à região do Grande Porto.

Relativamente à idade, a média da idade ronda os 46,7 anos, com um mínimo de 28 anos e máximo de 60 anos. Quanto ao estado civil, fizeram parte do estudo 12 casados, 4 solteiros e 4 divorciados. Os participantes quanto ao género, são todos do sexo feminino.

Quanto às habilitações literárias, 7 profissionais detêm o ensino superior, 4 detêm o ensino secundário e 9 detêm o ensino básico.

A atividade laboral exercida recaía em várias áreas de atividade, havendo predomínio nas áreas de auxiliar de ação educativa (n=8), educadora de infância (n=7), auxiliar de serviços gerais (n=2), auxiliar de cozinha (n=1), cozinheira (n=1) e administrativa (n=1).

Em termos de agregado familiar, a maioria dos inquiridos vive com o cônjuge e com os filhos (n=9), somente com o cônjuge (n=3), com o companheiro e filhos (n=2), só com os filhos (n=2), a viver sozinho (n=3) e com os progenitores (n=1).

Relativamente à intervenção do enfermeiro de família enquanto figura de referência nos cuidados de saúde primários, 12 inquiridos têm contacto com o enfermeiro de família.

## **5.2. Apresentação dos dados relativos aos comportamentos de saúde pela matriz de categorização**

Após a apresentação dos dados sociodemográficos apresentamos a análise da caracterização dos comportamentos de saúde dos profissionais da instituição com base na matriz de categorização das entrevistas, categorias essas que foram definidas mediante o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2006).

Foram identificadas como categorias à priori as três dimensões que integram o Modelo de Promoção de Saúde, nomeadamente as características e experiências pessoais, conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento e resultado comportamental e como subcategorias à priori os seus respetivos domínios.

Após a identificação das categorias à priori analisamos de forma detalhada o discurso dos participantes entrevistados emergindo as subcategorias secundárias. Foram efetuados vários ensaios de codificação até alcançar a matriz final de categorização.

Quadro 1- Matriz final de categorização de categorias

<b>Categoria/ dimensão</b>	<b>Subcategoria /Domínio</b>	<b>Subcategoria secundária</b>
<b>Características e experiências individuais</b>	Fatores Pessoais (psicológicos)	Autoconceito, Autoimagem, Estado percebido de saúde.
	Comportamento Prévio ou relacionado	Alimentação Saudável Sono e repouso Exercício físico Cessação tabágica
<b>Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento</b>	Benefícios de ação percebidos	Obtenção de Saúde /prevenção de doenças Relacionamento interpessoal
	Barreiras percebidas à ação	Tempo Disponibilidade financeira Motivação para ação Cansaço
	Percepção de Autoeficácia	Positiva
	Sentimento em relação ao comportamento	Positivo
	Influências interpessoais	Família Grupo de Pares/Redes sociais virtuais Profissionais de saúde Enfermeiros
	Influências situacionais	Influência laboral
<b>Resultado comportamental</b>	Exigências imediatas	Assistência a filhos/netos Horário laboral
	Preferências competitivas	Preferência por determinado alimento
	Compromisso com o plano de ação	Tomada de decisão ponderada Tomada de decisão repentina Estratégias implementadas
	Comportamento de Saúde adotado	Comportamento promoção de saúde

Quadro 1: Matriz de categorização final

### 5.2.1. Características e experiências individuais

Relativamente aos fatores pessoais determinantes de comportamentos saudáveis encontramos como subcategorias secundárias, o autoconceito, autoimagem e o estado de saúde percebido de saúde.

O **autoconceito** é evidenciado nas seguintes unidades de registo: “...estou numa fase muito boa da minha vida e que preciso de a viver porque já não sou uma *teenager* também não sou velha, mas tenho de ter momentos para mim porque quando olhar para trás passou...” (E1), sendo também observável por “...tenho cuidado com a minha saúde porque quero chegar aos 80 anos para fazer zumba.... quero que a minha mente se mantenha jovem. Eu estou numa idade que tenho que me dar ao luxo de fazer aquilo que gosto...” (E20).

A **autoimagem** é entendida como um fator psicológico promotor de um comportamento saudável nestas unidades de registo “...porque não quero ser gorda, quero emagrecer...” (E3) e também “...ao olhar para mim não gosto do meu corpo, tenho de tentar emagrecer mais um bocadinho e habituar-me à alimentação. É uma questão de imagem do corpo...” (E18).

O **Estado de saúde percebido** é descrito como um fator de influência na modificação e adoção de comportamentos “... mudei o meu comportamento pela minha doença...” (E7); “...Não estava a ter os cuidados na alimentação, mas como apareceram estes problemas de saúde tive que dar uma reviravolta...” (E11) e ainda “...tenho feito caminhadas porque vou fazer uma cirurgia...” (E3); “...Deixei de fumar por uma questão de saúde, porque sabia que me fazia mal...” (E20).

No que concerne à categoria características e experiências individuais na subcategoria Comportamentos anterior relacionado, os comportamentos percecionados como saudáveis são: alimentação saudável, exercício físico, cessação tabágica, sono e repouso, higiene, atividades de lazer/convívio e espiritualidade, que serão analisados individualmente.

O comportamento de **alimentação saudável** é evidenciado pelas unidades de registo “...tenho uma alimentação saudável. como um pouco de tudo, tento não exagerar em nada...” (E1); “... primeiro nós somos o que comemos, uma boa alimentação faz-nos estar bem, tenho cuidado nas escolhas alimentares e horários das refeições...” (E14) e ainda

“...tento ter uma alimentação saudável, comer variado, mas em pequenas porções seguindo as recomendações da roda alimentar...” (E15).

O comportamento de **sono e repouso** é valorizado pelos inquiridos como demonstrado nas seguintes unidades de registo: “...acordo com energia porque também me deito cedo, à noite sinto-me mais cansada, exausta...” (E1); “...durmo bem a noite vou tão cansada para a cama, é raro tomar o medicamento para dormir...” (E10).

A prática de **exercício físico** foi outro comportamento considerado saudável como é evidenciado pelas seguintes unidades de registo: “...sempre que posso caminho pelo menos ¼ hora” (E10); “...é importante para mim manter alguma atividade física...” (E17).

Relativamente à **cessação tabágica** como comportamento promotor de saúde este é evidenciado na seguinte unidade de registo “...não fumo, deixei de fumar há muitos anos...” (E20).

As atividades de **convívio /lazer** são uma subcategoria secundária que emerge das entrevistas e que é valorizado pelos entrevistados: “...privilegio a minha família gosto de receber os meus amigos em casa acho muito importante...” (E9) e ainda “...gosto de ler, fazer crochet, dar um passeio, ir até a praia ver televisão, relaxa-me...” (E17).

O **comportamento de higiene** é observável nestas unidades de registo: “...tenho os cuidados de higiene básicos...a higiene já está tão incorporada, não tenho dificuldade nenhuma em adotar esse comportamento...” (E12) e também “...como estou na creche porque tenho que mudar fraldas tenho de pôr luvas para me proteger a mim e a proteger a criança, e lavar as mãos frequentemente ...tenho essa preocupação porque nós temos muitas bactérias connosco, estamos com crianças para transmitir para eles é fácil. São coisas básicas, mas a higiene é fundamental...” (E20).

A referência à **espiritualidade** e crenças religiosas foram associadas a comportamento saudável: “...eu gosto de ir a cerimónias, à eucaristia, preciso disso...” (E1); “...a espiritualidade e a religião são uma parte fundamental, o nós acreditarmos é uma base sólida para o nosso bem-estar...” (E14) e também “...ao domingo vamos todos a missa. Para mim é importante a espiritualidade...” (E19).

### 5.2.2. Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento

No que concerne à categoria sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento, nomeadamente na subcategoria de benefícios de ação percebidos, foram neste estudo a obtenção de saúde/prevenção de doenças e o relacionamento interpessoal.

Um dos benefícios percebidos pelos inquiridos para adoção de comportamentos saudáveis é a **obtenção de saúde e prevenção de doenças**. “...também olho para os meus pais e vejo as doenças e limitações que eles têm e penso que tenho que me cuidar pois senão vou ser eu também a dar trabalho aos meus filhos...” (E1); “...procuro ter um estilo de vida melhor para ter mais saúde...” (E5); “...tenho comportamentos saudáveis para não ficar doente...” (E6) e ainda “...a saúde preocupa-me, hoje em dia ouve-se cada vez mais a palavra cancro e eu tento fazer de tudo um pouco para poder evitar...” (E16).

O **relacionamento interpessoal** é evidenciado neste registo: “...faço pilates e zumba e caminhadas porque julgo que beneficiamos...estamo-nos a divertir e a conhecer pessoas novas...” (E20).

No que concerne à categoria sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento, nomeadamente na subcategoria de barreiras percebidas à ação, as subcategorias secundárias emergentes são o tempo, disponibilidade financeira, cansaço e de motivação para a ação.

O **tempo** é considerado pelos inquiridos como um fator barreira na adoção de um comportamento saudável “...o tempo que tive a cuidar do meu sogro não tive tempo para mim...” (E10) e também “...eu precisava de fazer mais exercício físico, é a minha falha, mas não tenho tempo para isso...” (E14).

A **disponibilidade financeira** é considerada uma circunstância limitadora para a promoção de um comportamento saudável: “...gostava de ter tempo [fez sinal de dinheiro] para ir ao ginásio...” (E6) e “...não faço ginásio porque monetariamente é difícil...” (E16).

A **motivação para a ação**, neste caso a falta de motivação para a adoção de um comportamento saudável é também demonstrada pelos inquiridos: “...gostava de ter

vontade de ter atividade física” (E12) e “...o mais difícil é manter uma atitude positiva. Gostava de deixar de ser tão preguiçosa para ir ao ginásio...” (E17).

O **cansaço** também é referido como uma condição que dificulta a motivação para a ação: “...a atividade física é mais difícil porque me sinto sempre muita cansada e sem a disposição...” (E12).

A **percepção de autoeficácia** como fator de influência positiva para os comportamentos saudáveis é visível nas seguintes unidades de registo: “...eu tenho noção que quando ando numa fase melhor comigo mesma eu tenho uma atitude mais positiva no trabalho e com os que me rodeiam. Quando ando numa fase mais equilibrada parece-me que tudo é mais fácil de ultrapassar e a minha postura no dia-a-dia é diferente...” (E1); “...o estar bem comigo gera um comportamento saudável e ao estar bem comigo também vou gerir comportamentos saudáveis para quem está ao meu redor...” (E14) e ainda “...só cuidando de mim é que vou ter mais estabilidade psíquica emocional e física que acaba por afetar quem esta à minha volta...” (E9).

Relativamente aos sentimentos em relação ao comportamento é de referir que foram identificados **sentimentos positivos** em relação a diferentes comportamentos de saúde como se identificam nestes registos: “...procuro ter comportamentos saudáveis para me sentir bem comigo própria no dia a dia...” (E3) e “...a minha motivação para adotar comportamentos saudáveis é sentir me bem...” (E13).

No que diz respeito às influências interpessoais, os inquiridos de uma forma geral consideram a família, os cônjuges e os profissionais de saúde como preponderantes para a mudança e aquisição de um comportamento, havendo também evidência do grupo de pares como fonte de influência.

A **influência familiar** é evidenciada nestes registos: “...tenho cuidados nas escolhas alimentares para mim e para o meu filho, desde que tive o meu filho a minha alimentação é melhor do que era em antes...” (E13); “...como fruta e legumes a todas as refeições e obrigo os meus filhos a comer...” (E3) e ainda “...tento ter mais cuidado na alimentação, até por causa do meu marido, que estava a ter problemas de saúde por isso neste momento estou a fazer uma dieta mais rigorosa para o ajudar e a incentivar a ter uma alimentação mais saudável...” (E2).

Os grupos de **pares/redes sociais** também influenciam o comportamento dos inquiridos: “...todos os que me rodeiam me influenciam e para mim o tema dos comportamentos

saudáveis é aliciante e procuro algumas pessoas que me dão conselhos mais realistas e benéficos para mim...”(E1) e “...leio bastante [sobre comportamentos saudáveis ] e converso com pessoas, amigos do grupo paleo (Facebook) eu faço parte desse grupo...”(E18).

No que concerne à **influência dos profissionais de saúde**, esta observa-se nos seguintes registos: “...quando sinto que as coisas não estão assim tão bem, procuro um médico para me aconselhar...” (E14) e ainda “...a médica de família fez a lista de alimentos que devia de comer...” (E11).

A **influência dos enfermeiros** é observável nestas unidades de registo: “quando vou as consultas com o meu filho a enfermeira diz-me os cuidados a ter com a alimentação”(E13); “...ao longo destes anos, já fui lidando com muitos enfermeiros, não porque tenha algum problema de saúde grave, mas porque fui acompanhando os meus filhos em crianças e os meus pais, é importante o falar com a pessoa e nós sentirmos que temos ali alguém que não vai tomar atitudes por nós, mas que nos dá conselhos com uma força tal, que nós acreditamos que devemos fazer e que está ao nosso alcance...” (E1); “...a enfermeira de família é impecável e motiva-me muito e incentiva-me. A enfermeira na consulta, imprime documentos para me guiar, ela é muito competente e preocupada com os doentes...” (E3); “...o enfermeiro sempre me acompanhou a mim e à minhas filhas principalmente na situação das vacinas...” (E9); “...a enfermeira estava sempre disponível e dizia-nos o que fazer para diminuir o sofrimento e deu-me segurança para cuidar do meu pai na última semana de vida e contribuiu para lidarmos com o luto do meu pai, a mim e aos meus filhos...”( E6) ; “...não conheço o enfermeiro de família, porque recorro pouco ao posto de saúde só para as vacinações, tenho seguro [de saúde]...” (E17) e por último “...não é costume abordar nas consultas de enfermagem os comportamentos saudáveis. A enfermeira de familiar questiona-me se tenho andado bem e faz os exames todos de altura peso e tensão arterial...” (E19).

Relativamente às influências situacionais com base na análise das unidades de registo, emergiu a **influência laboral** ao nível dos momentos de pausa e da alimentação praticada. Os momentos de pausa e de silêncio são valorizados pelos inquiridos, tal como é evidenciado nos seguintes registos: “...é difícil ter momentos de pausa no emprego [suspira] no entanto considero ser muito saudável, eu faço tudo para ter esse momento de pausa na hora de almoço, quando eu não faço, o corpo ressent-se... numa sala com crianças o barulho é constante, por acaso uma das coisas que eu dou mais valor é estar em silêncio porque não o tenho durante o dia...” (E14) e ainda “...consigo ter pausa no infantário quando as crianças

vão para as atividades extra e ficam menos meninos na sala de aula, aqui o cansaço não é físico é na cabeça, quando saio daqui e ouço o silêncio é maravilhoso...” (E16).

No que concerne à alimentação praticada em contexto laboral, esta é valorizada: “...considero que o almoço na instituição facilita uma alimentação saudável...” (E12) e ainda “...na instituição é fácil nos alimentarmos bem porque o menu é elaborado pela nutricionista...” (E13).

### 5.2.3. Resultado comportamental

Relativamente à categoria de resultado comportamental, na subcategoria de exigências imediatas, as categorias secundárias que emergiram da análise efetuada foram o **horário laboral e a assistência a filhos / netos** como é evidenciado nestes registos “...gostava de praticar zumba, mas não tenho horário para o fazer, nem onde deixar as crianças para o fazer...” (E3); “...não faço ginásio porque o horário de trabalho não ajuda...” (E16) e também “...o que eu mais gostava de fazer era exercício físico, mas agora está mais complicado por causa dos meus netos, porque fico a tomar conta deles...” (E17).

Na categoria resultado comportamental e relativamente à subcategoria preferências competitivas, a **preferência por um determinado alimento** foi a subcategoria que emergiu da análise efetuada como é evidenciada pelos registos: “...sei que alguns alimentos não devia de comer, mas não consigo resistir não tenho controlo...” (E6) e ainda “...eu faço asneiras alimentares ao fim de semana e depois tento recuperar durante a semana...” (E16).

Na categoria de resultado comportamental e mais concretamente na subcategoria compromisso com o plano de ação, emergiram subcategorias secundárias designadamente a tomada de decisão ponderada/ repentina e as estratégias implementadas.

Na análise efetuada compreende-se que em alguns casos, houve uma **tomada de decisão ponderada** na mudança comportamental: “...foi alvo de ponderação, considero que há fases da minha vida que é me mais fácil ter presente que necessito de um equilíbrio na minha vida e adoto esses comportamentos...” (E1); “...adotar comportamentos saudáveis foi uma decisão muito refletida...” (E20).

No entanto, em algumas situações também se verificou que o compromisso com o plano teve por base uma **tomada de decisão repentina**, como demonstram os seguintes registos: “...foi repentino derivado do susto que apanhei da doença do meu familiar...” (E6) e “...a decisão foi repentina, eu não estava a contar com as doenças que descobri nas análises...” (E11).

Outra subcategoria secundária que emergiu da análise efetuada foi a **estratégia implementada** para cumprimento do plano de ação. Estas foram adotadas de forma variada de modo a favorecer um comportamento saudável específico como se pode constatar nestas unidades de registo: “...tenho uma lista de alimentos que posso comer e quando vou ao supermercado comprar guio-me por essa lista...”(E2); “...eu digo às minhas colegas de trabalho para não me deixarem comer, ou então já cheguei a comer de um prato de sobremesa para parecer que o prato estava cheio e para não repetir...” (E3); “...trago sempre uma garrafa de água comigo para ir bebendo por causa da minha doença tenho de estar hidratada...” (E5) e ainda “...ao fim de semana vou às compras e antecipo o que vou comer nas refeições durante a semana...” (E18).

Da análise das unidades de registos conseguimos identificar alguns casos em que o **comportamento de promoção de saúde** foi adotado e mantido: “...antes a estratégia era o medicamento, agora é pôr-me a mim em primeiro lugar...”(E4); “...eu comecei a mentalizar - me que o dinheiro que usava no tabaco ia-me fazer falta para ir para o zumba e eu sei que o zumba faz-me bem, então deixei de fumar porque o zumba era bom e o tabaco era mau...” (E20) e ainda “...pratico exercício físico regularmente, o exercício físico é importante para nos dar uma boa condição física e mental...” (E15).

## **6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a apresentação dos resultados é imperioso a sua discussão e interpretação com base na perspectiva teórica que os sustenta de modo a dar resposta aos objetivos elencados para o estudo.

Assim, a discussão será repartida mediante as categorias principais encontradas, dada a pertinência da temática e de modo a facilitar a sua análise.

### **6.1. Discussão dos dados sociodemográficos**

No que concerne aos dados sociodemográficos a população é exclusivamente composta por mulheres. Relativamente à escolaridade, neste estudo verificamos que a moda da escolaridade se situa no ensino básico, sendo o segundo mais frequente o ensino superior.

O agregado familiar é variável na população, sendo observável várias composições de família, desde a díade nuclear, família nuclear simples, família unitária, família monoparental e família reconstituída.

### **6.2. Discussão dos resultados pertencentes à categoria características e experiências individuais**

Na primeira categoria relativa às características e experiências individuais foram identificadas várias subcategorias procedendo-se agora à sua discussão.

Os fatores pessoais que foram evidenciados pelas unidades de registo dizem exclusivamente respeito aos fatores pessoais psicológicos como autoconceito, autoimagem e o estado percebido de saúde.

O autoconceito como foi mencionado, surgiu nas unidades de registo associado à noção do passar do tempo, da idade e da experiência de vida e com o reconhecimento de uma etapa de vida que os sujeitos pretendem viver de uma forma saudável. Assim, observa-se a menção e justaposição de idades cronológicas como forma de autoconceito “...já não sou uma *teenager*, mas tenho de ter momentos para mim...” (E1) e “...eu estou numa idade que tenho que me dar ao luxo de fazer aquilo que gosto...” (E20).

Outro fator psicológico evidenciado pelos dados obtidos, foi a questão da autoimagem associada fortemente à necessidade de emagrecer, só possível através de uma diminuição da ingestão da quantidade de calorias dos alimentos e ou pelo aumento da atividade física. Não obstante a questão de autoimagem permanece também associada a uma forte motivação intrínseca para ação, que deve ser aproveitado pelo enfermeiro de família (Pender et al., 2006).

O estado percebido de saúde foi um fator pessoal valorizado pelos inquiridos. Este, está na base dos diagnósticos e cuidados de enfermagem. Compreender o que cada indivíduo percebe ser o seu nível de saúde e o modo como escolhe viver com ou sem limitações na sua saúde, sempre foi uma preocupação de enfermagem. A este propósito, torna-se importante clarificar que o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender “não inclui o medo ou a ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde” (Sakraida, 2004, p. 701). No entanto, apesar de Pender não considerar a ameaça à saúde como fator motivacional para o comportamento de saúde, consideramos que o estado percebido de saúde pode incluir o risco percebido de um determinado comportamento para a saúde do indivíduo, tal como nos foi possível constatar no caso da cessação tabágica.

No que concerne as características e experiências individuais, o comportamento prévio é para Pender et al. (2006) o melhor preditor de comportamentos saudáveis. O comportamento prévio modela direta e indiretamente o comportamento de promoção de saúde quer pelo reforço do comportamento pela força do hábito, quer pela influência nas percepções de autoeficácia, benefícios, barreiras e sentimentos relacionados à atividade. (Pender et al., 2006).

Da análise efetuada, os comportamentos prévios valorizados pelos inquiridos prendem-se com o comportamento alimentar, comportamento de atividade física, comportamento de sono e repouso, comportamento de higiene, comportamento cessação tabágica e espiritualidade.

Relativamente ao comportamento alimentar como comportamento de promoção de saúde, observa-se uma preocupação pela diversidade alimentar, escolhas alimentares e horários de refeição, como evidenciado pelas unidades de registo.

A alimentação saudável é um tema bastante trabalhado pelos profissionais de saúde desde há largas décadas, nomeadamente pelos enfermeiros, quer ao nível comunitário (escolar), quer ao nível da saúde familiar e individual e grupos de risco, o que certamente concorre para a perceção dos inquiridos que de facto, a alimentação saudável é um comportamento de saúde.

Podemos referir à luz dos dados obtidos, que o comportamento de sono e repouso é percecionado como um comportamento de saúde. De salientar ainda que a higiene do sono depende de outros comportamentos de saúde, como a prática de atividade física, alimentação saudável, não consumo de tabaco, álcool e cafeína, entre outros.

Relativamente ao comportamento prévio de exercício físico, este é considerado como um comportamento saudável pelos inquiridos.

A partir dos dados do Eurobarómetro 2014, estima-se que só cerca de 16% a 23% dos adultos portugueses atinga as recomendações internacionais para a prática de atividade física regular, o que significa que mais de três quartos (75-80%) da população adulta em Portugal não é suficientemente ativa para obter benefícios importantes na sua saúde (DGS, 2017c).

A atividade física é “considerada um instrumento prioritário e insubstituível de combate às doenças crónicas, fazendo parte das estratégias nacionais e internacionais de promoção da saúde pública. Do ponto de vista da saúde comportamental, o impacto acumulado da atividade física regular e alimentação saudável no bem-estar e saúde da população representa um potencial incomparável e largamente por realizar em Portugal” (DGS, 2017c. p. 12).

Relativamente ao comportamento de cessação tabágica, os dados apontam que este comportamento é percecionado como saudável. O tabagismo constitui-se como a principal causa de morte evitável e uma das principais causas de morte-morbilidade e morte prematura, o que representa 12,3% do peso da doença nos países europeus, pelo que a sua prevenção constitui uma das principais estratégias em saúde pública pela relação custo-eficácia em termos económicos humanos e sociais (WHO, 1996; WHO, 2003, WHO, 2005).

No que concerne o comportamento de convívio e atividades de lazer este é considerado um comportamento saudável e importante para os inquiridos, que privilegiam as atividades de

lazer em família, planejando as mesmas de forma antecipada, o que pressupõe aptidões de reorganização familiar de modo a concretizar esse comportamento valorizado. Outras atividades individuais como as manualidades, ocupação de tempos livres e a leitura também são privilegiadas pelos inquiridos.

O comportamento prévio de higiene encontra-se pela análise dos dados obtidos fortemente associado aos cuidados de higiene cultivados ao longo da vida e à prevenção de infeções. Porém, apesar da higiene enquanto autocuidado ser um foco de intervenção de enfermagem, nas entrevistas efetuadas o comportamento de higiene não se prende propriamente com a capacidade para o autocuidado, mas com a noção de que a higiene contribui para uma melhoria de saúde. A higiene surge também associada à prevenção de infeções através da quebra da cadeia de transmissão de infeções pelo ato de lavagem das mãos, o que nos parece estar fortemente associada à perceção de maior vulnerabilidade e suscetibilidade à doença do grupo etário das crianças com quem as inquiridas exercem o seu trabalho diariamente. No entanto, constatamos a carência de estudos de investigação neste âmbito sendo pertinente a elaboração de estudos sobre a perceção de vulnerabilidade e suscetibilidade à doença e os comportamentos adotados neste tipo de comunidade.

O comportamento espiritual é reconhecido pelos inquiridos como um comportamento saudável que proporciona bem-estar pessoal. Para Miller e Thoresen (citados por Pender, et al., 2006) claramente os fatores da espiritualidade e religião interferem com a saúde de forma positiva ou negativa, pelo que são necessários mais estudos de investigação que expliquem a dinâmica desta relação, assim como métodos padronizados para determinar a prestação e avaliação dos cuidados espirituais prestados no âmbito dos cuidados de saúde.

### **6.3. Discussão dos resultados pertencentes à categoria conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento**

Na segunda categoria evidenciada neste trabalho que corresponde ao segundo eixo proposto por Nola Pender no Modelo de Promoção de Saúde, relativo aos conhecimentos e sentimentos em relação ao comportamento, foram identificadas várias subcategorias, procedendo-se agora à sua discussão.

Na segunda categoria de conhecimento e sentimentos em relação ao comportamento, estão os benefícios percebidos pelo comportamento, que neste estudo se verificaram ser a obtenção de saúde /prevenção da doença e o relacionamento interpessoal. Na realidade, os benefícios percebidos da ação são representações mentais das consequências positivas ou reforçadoras de um comportamento com grande importância motivacional (Pender et al., 2006).

A este propósito não nos passa despercebido que a grande diferença entre a promoção de saúde e a prevenção da doença relaciona-se com a motivação para o comportamento que está associado. A promoção de saúde refere-se ao comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e expandir positivamente o potencial da saúde humana. A prevenção da doença também denominada de proteção de saúde, refere-se ao comportamento motivado pelo desejo de evitar a doença e de a detetar precocemente de manter a funcionalidade dentro dos constrangimentos impostos pela doença (WHO, 1998).

Outro benefício percebido foi a questão do relacionamento interpessoal. Percebeu-se que o relacionamento interpessoal é atingido através da participação em grupo pela atividade física. Segundo Pender, a motivação exógena do grupo reforça também o sentimento de autoeficácia quer na atividade em si, quer no benefício e motivação para essa mesma atividade que neste caso é o relacionamento interpessoal (Pender et al., 2006).

Na segunda categoria de conhecimento e sentimentos em relação ao comportamento estão as barreiras percebidas à ação. Neste estudo os inquiridos reconhecem como principais entraves para a execução do comportamento de exercício físico, o cansaço, a desmotivação a disponibilidade financeira e de tempo. As barreiras enunciadas pelos inquiridos são concordantes com as principais barreiras à prática de atividade física descritas no Plano Nacional de Atividade Física que são a falta de tempo (33%) e de motivação/interesse (26%),

sendo que cerca de 19% dos portugueses considera ser dispendioso e de 11 % considera como barreira a incapacidade ou a doença (Ministério da Saúde, 2017).

Também dentro da categoria de conhecimentos e sentimentos em relação ao comportamento encontramos nas unidades de registo a percepção de autoeficácia positiva como fator promotor de comportamentos saudáveis. No Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender a autoeficácia é considerada um determinante do comportamento promotor de saúde, que segue os princípios da teoria cognitiva social proposto por Bandura (1997).

Os dados obtidos relativos à percepção de autoeficácia sugerem uma associação com sentimentos positivos, já que os indivíduos consideram ter um melhor desempenho na área relacional e laboral quando se sentem “bem” e que “o estar bem comigo gera um comportamento saudável” (E14) que influencia as relações interpessoais. Conforme admite Nola Pender, a percepção de autoeficácia é influenciada pelo sentimento associado ao comportamento, pelo que quanto mais positivo o sentimento, mais internalizada e maior é a percepção de eficácia, tratando-se de uma relação recíproca.

Apesar da autoeficácia influenciar a percepção da barreira à ação por feedback negativo, os dados obtidos não relacionam a autoeficácia às barreiras à ação, uma vez que as barreiras surgem associados ao comportamento de exercício físico, designadamente o cansaço, falta de tempo e motivação e disponibilidade financeira (Pender et al., 2006).

Na subcategoria relativa ao sentimento em relação ao comportamento saudável, as inquiridas demonstraram uma associação positiva entre o comportamento e o sentimento provocado pelo comportamento. Tal como sugerem os dados obtidos o “sentir-se bem” (E3, E13) consigo próprio motiva a adoção de comportamentos saudáveis, o que vai de encontro ao pressuposto de Pender de que os comportamentos associados ao sentimento positivo provavelmente serão repetidos, ao invés os comportamentos associados a efeitos negativos provavelmente serão evitados, independentemente, de se tratar de um comportamento saudável ou não (Pender et al., 2006).

Relativamente à categoria conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento no âmbito das influências interpessoais os inquiridos consideram que são influenciadores na adoção de comportamentos saudáveis a família, o grupo de pares, os profissionais de saúde e os enfermeiros. Pela pertinência atribuída a estas fontes primárias de influência serão feitas algumas considerações.

A este propósito salienta-se que a saúde individual é afetada de forma marcada pela família, comunidade, ambiente e sociedade em que vivem. Uma das influências familiares detetadas neste estudo relaciona-se com o papel parental, nomeadamente com as funções de alimentar os filhos de forma a suprir as suas necessidades. Outro dado obtido relativamente à influência familiar prende-se com a alteração da alimentação que passou a ser saudável por necessidade da família (de um membro familiar doente), funcionando como uma influência para adoção de comportamentos saudáveis.

Relativamente à influência interpessoal, os dados apontam para a valorização da influência do grupo de pares e das redes sociais virtuais. Há muito que a internet e redes virtuais conquistaram o público, pelo acesso quase que imediato à informação, sendo também um espaço privilegiado para promover a literacia em saúde (Ministério da Saúde, 2018).

A influência dos enfermeiros na promoção dos comportamentos saudáveis é notória da análise dos dados obtidos, sendo explícita pela menção dessa influência ocorrer no âmbito das consultas de saúde infantil e vacinação, consulta de saúde do adulto, de grupo de risco, havendo também referência ao apoio de enfermagem em contexto hospitalar e de cuidados paliativos. Essa influência é também considerada pela OMS como fundamental na literacia e na promoção de saúde, verificando também a necessidade de maior apoio financeiro e de recursos (WHO,2018).

Ainda assim, não deixa também de ser evidente que em alguns casos pela análise dos dados obtidos que a intervenção de enfermagem se prende sobretudo no âmbito da vigilância e monitorização do estado de saúde e não tanto no âmbito da promoção de saúde.

Outro elemento que sobressai da análise dos dados obtido é o volume expressivo de inquiridos que não conhece o enfermeiro de família (cerca de 40%), nem frequenta as consultas de enfermagem dos cuidados de saúde primários.

Ainda na categoria conhecimentos e sentimentos sobre comportamentos de saúde na subcategoria influência situacional, os inquiridos referem a influência laboral quer como positiva, quer como negativa no que diz respeito aos comportamentos saudáveis. O ambiente laboral também surge nos dados obtidos como uma influência situacional para a adesão ao comportamento alimentar de modo saudável. Podemos adiantar que as alterações nas estruturas familiares e na ocupação laboral tem sido fatores de mudança de hábitos alimentares. Uma vez que cada vez mais parte do tempo é passado no local de trabalho, as questões relacionadas com a disponibilidade da oferta de alimentos nesse

mesmo espaço ou no circundante, as crenças e hábitos dos pares, são fortes determinantes da escolha alimentar, sendo por isso o local de trabalho, importante na gênese das práticas alimentares (Almeida e Afonso 1997). No entanto também foi identificado como influência laboral negativa, o constante ruído que envolve este contexto de trabalho e a ausência de silêncio, sendo este último, valorizado pelos inquiridos. O local de trabalho foi também reconhecido pela OMS como sendo estratégico para a promoção de saúde (WHO, 2010).

#### **6.4. Discussão dos resultados pertencentes à categoria de resultado comportamental**

Passando agora para a terceira categoria resultado comportamental, esta é composta pelas exigências imediatas, preferências competitivas, compromisso com o plano de ação e comportamento promotor de saúde.

Relativamente ao resultado comportamental constatamos que ao nível das exigências imediatas a prática de atividade física concorre diretamente com o resultado comportamental nomeadamente, em termos de horário laboral e assistência a filhos ou netos, o que vai de encontro ao descrito por Nola Pender, uma vez que as exigências imediatas são vistas como comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm um nível relativamente baixo de controle devido a contingências ambientais, como responsabilidades de trabalho ou de cuidado com a família (Pender et al., 2006).

Relativamente ao resultado comportamental ao nível das preferências competitivas, prevalece neste estudo a preferência de um comportamento alimentar menos saudável a um comportamento mais saudável, o que vai de encontro às considerações de Nola Pender. Para Pender as preferências competitivas são comportamentos alternativos que competem com o comportamento desejável, com fortes propriedades de reforço sobre as quais o indivíduo exerce um nível relativamente alto de controle. Exemplos de ceder a preferências concorrentes são a escolha de um alimento rico em gordura, em vez de baixo teor de gordura, devido às preferências de sabor. A este propósito Pinheiro, Recine e Carvalho (2005, p.8) consideram que “o alimento como fonte de prazer é uma abordagem necessária para a promoção da saúde...”.

Ainda relativamente às preferências comportamentais e tal como indicam os resultados deste estudo, as inquiridas consideram que não têm controlo sobre o comportamento como é o caso da não resistência a um alimento, quando na realidade as preferências comportamentais refletem escolhas ao nível dos comportamentos sobre as quais os sujeitos detêm altos níveis de controlo. A capacidade de um indivíduo resistir a preferências concorrentes depende da sua capacidade de autorregulação e autocontrolo e também da fase de desenvolvimento. Também se destaca o facto de que para as preferências de comportamento, o conhecimento que os sujeitos detêm sobre os comportamentos saudáveis não ser o único fator que participa na escolha dos padrões comportamentais, pelo que o processo de capacitação e de responsabilização individual é essencial para o sucesso das intervenções em saúde (Pender et al., 2006).

Na categoria resultado comportamental relativamente ao compromisso com o plano de ação foi analisada a tipologia da tomada de decisão e as estratégias utilizadas. De acordo com Nola Pender o compromisso com um plano de ação implica os seguintes processos cognitivos subjacentes:

- tomada de decisão em realizar uma ação específica em um determinado momento e local e com pessoas específicas ou sozinho, independentemente das preferências competitivas.
- identificação ou estratégias definitivas para iniciar, executar e reforçar o comportamento.

Conforme enunciam os resultados obtidos existem dois níveis de tomada de decisão repentina ou ponderada, sendo que a distinção entre ambas fornece dados importantes para a avaliação e intervenção de enfermagem. A percepção das mudanças muda ao longo do tempo e de acordo com a forma de instalação do evento, se este é súbito ou gradual (Prochaska e Diclemente, 1983). Conforme é sugerido no modelo transteórico os indivíduos podem estar em vários estágios de prontidão para a mudança (pré contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) em relação a um determinado comportamento, o que determinará o compromisso com um plano de ação (Prochaska e Diclemente, 1983). A tomada de decisão ponderada reflete um processo de avaliação contínuo de necessidades internas do próprio sujeito, em que este atempadamente elabora um plano de ação e um compromisso para ação, tal como sugerem os dados obtidos. Enquanto que na tomada de decisão repentina desenvolve-se sobretudo em situações de acontecimento inesperado ou crise, não existindo uma avaliação contínua do processo de necessidades, mas uma avaliação imediata das necessidades, o que vai de acordo com o encontrado neste estudo.

Conforme prevê Pender, o compromisso com um plano de ação, claramente depende da eficácia das estratégias implementadas. As estratégias pessoais adotadas fortalecem o padrão comportamental desejado e pretendido pela pessoa e refletem um certo nível de reorganização, coerência no modo de viver, assim como reforçam a natureza, a importância e a direção da mudança. Os dados obtidos apontam para estratégias que implicam práticas de antecipação comportamental (evidência de um coping baseado na resolução de problemas) como a planificação semanal de refeições/compras. Os resultados também apontam para estratégias de coping emocional em que as estratégias de evitamento comportamental são privilegiadas como evitar comer “muito” ou repetir a refeição.

Por último, na categoria resultado comportamental encontramos o comportamento promotor de saúde mantido. Tal como refere Pender, o comportamento de saúde é o resultado ou um fim do compromisso com o plano de ação. Deste modo, existe evidência nos discursos dos inquiridos sobre práticas de comportamentos saudáveis ao nível do exercício físico e cessação tabágica. No entanto, também encontramos como comportamento de promoção de saúde, a prioridade atribuída a si próprio. O facto de o indivíduo ser centro e prioridade num processo de mudança comportamental contribui para a manutenção do padrão comportamental, uma vez que reconhece a necessidade, natureza, importância e direção da mudança, autoresponsabilizando-se pela mesma. Esta atribuição de prioridade e de responsabilização é uma construção própria que resulta de uma avaliação das necessidades pessoais em função do contexto familiar, comunitário e social. Pôr-se em primeiro lugar implica assumir o controlo sobre a sua vida, desenlaçando a diferença entre o comportamento que adota e o que se pretende adotar.

Consideramos deste modo ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início deste percurso de investigação. Relativamente ao primeiro objetivo, conseguimos compreender que os participantes consideram como comportamentos saudáveis a alimentação saudável, o exercício físico, a higiene, o sono e repouso, o convívio e o lazer, cessação tabágica e espiritualidade/crenças religiosas. No que concerne o segundo objetivo também conseguimos atingi-lo, uma vez que conseguimos conhecer quais as barreiras na adesão ao comportamento saudável, que neste estudo associam-se ao comportamento de exercício físico, sendo as barreiras evidenciadas o cansaço, a falta de motivação, disponibilidade financeira e o tempo. Relativamente ao terceiro objetivo, conseguimos também alcançá-lo, na medida em que nos foi possível conhecer quais os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, sendo que neste caso em particular, reconhecemos a importância da perceção da autoeficácia, do estado percebido de saúde, dos benefícios do

comportamento saudável e dos sentimentos em relação ao comportamento saudável. Também nos foi possível constatar o papel das influências interpessoais na adoção de comportamentos saudáveis nomeadamente no que diz respeito à influência familiar, situacional e de grupo de pares. Este trabalho também nos permitiu atingir o quarto objetivo de conhecer estratégias/condições facilitadores na adesão ao comportamento centradas na resolução de problemas e no coping emocional. Foi também atingido o objetivo de perceber a influência do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro de família em termos de comportamentos saudáveis, assim como compreender em que contextos esta influência ocorre.

Deste modo, perante os achados também respondemos à pergunta de partida “Qual a perceção sobre comportamentos saudáveis dos funcionários da comunidade educativa do tipo IPSS”, constatando que os comportamentos percecionados como saudáveis, vão de encontro aos considerados pela OMS, com relevância para o papel que a enfermagem pode desempenhar na promoção de saúde das comunidades.

No que concerne à metodologia implementada, julgamos ter sido a mais adequada para esta investigação. De ressaltar ainda que a categorização apriorística pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender permitiu a compreensão da complexidade dos fenómenos e os determinantes do comportamento de saúde, tendo sido necessário a categorização à posteriori para aprofundar essa complexidade, o que a nosso ver contribuiu para um aprofundar de conhecimento da enfermagem sobre esta temática.



## CONCLUSÃO

O aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis em detrimento das infecções agudas nos perfis de morte-morbilidade levou ao aprofundamento do conhecimento sobre os fatores que interferem com a saúde e a um crescente reconhecimento do papel dos cuidados de saúde primários como essencial na prevenção da doença e na promoção de saúde. (WHO, 2018b)

A este propósito a WHO (2018b) no seu relatório “A Vision for Primary Health Care In the 21st Century”, redefine o conceito de cuidados de saúde primários, abrangendo como este está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e para a Cobertura Universal de Saúde. Os cuidados de saúde primários preconizam uma abordagem da saúde em toda a sociedade que visa equitativamente maximizar o nível e distribuição da saúde e do bem-estar, concentrando-se nas necessidades e preferências (tanto dos indivíduos como das comunidades), o mais cedo possível ao longo do ciclo vital desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e o mais próximo possível do ambiente quotidiano das pessoas.

Assim, para a satisfação das necessidades em saúde a WHO (2018b) prevê a priorização estratégica dos principais serviços de saúde voltados para os indivíduos e famílias através dos cuidados de saúde primários; da população por meio da saúde pública; a abordagem sistemática dos determinantes mais amplos da saúde (fatores socio- económicos e ambientais, e comportamentos de saúde/risco) através de políticas e ações baseadas em evidências em todos os setores e ainda pelo processo de capacitação de indivíduos, famílias e comunidades para otimização da sua saúde. Esta visão coloca as pessoas, indivíduos e comunidades como o foco central de todos esforços para os cuidados de saúde primários, renovando o direito fundamental das pessoas ao mais alto padrão atingível de saúde e bem-estar.

Torna-se deste modo pertinente considerar que

“A saúde não se acumula, mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. São as perdas de saúde que se acumulam ao longo da vida. O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes - PERÍODOS CRÍTICOS que,

pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos - JANELAS DE OPORTUNIDADE - é promotora e protetora da saúde e tem elevada relevância a longo prazo” (DGS, 2011, p.2).

Nesta ótica, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária encontra-se numa posição chave para a efetivação de ganhos em saúde através da promoção de estilos de vidas saudáveis, pela proximidade que tem com a comunidade e pelo seu percurso de formação especializada que o dota de um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os resultados do presente estudo são a nosso ver pertinentes dada a utilização de um modelo teórico de enfermagem na sua análise, designadamente o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. A análise dos registos mediante as categorias existentes neste modelo permitiu uma avaliação sistemática de fatores que interferem na adoção dos comportamentos de saúde e que nem sempre são alvo de intervenção de enfermagem por falta de um método padronizado de avaliação dos mesmos. A utilização do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender provou ser um recurso valioso para a identificação de comportamentos saudáveis nesta comunidade. Dos resultados obtidos destacamos claramente os fatores pessoais psicológicos, designadamente o autoconceito e o estado de saúde percebido como condicionadores dos comportamentos saudáveis. Relativamente aos conhecimentos e sentimentos relacionados com o comportamento, surge-nos como essencial para a enfermagem o comportamento anterior relacionado, uma vez que os hábitos de vida estão naturalmente inscritos na história de vida e de saúde de cada um. Os comportamentos reconhecidos como saudáveis são os comportamentos de alimentação saudável, atividade física, higiene, espiritualidade/crenças religiosas, convívio e lazer e a cessação tabágica.

A este propósito salientamos também a importância dos benefícios percebidos de saúde, que nem sempre são os esperados, como neste caso na questão do inter-relacionamento pessoal, mas que atuam no compromisso com o plano de ação e na promoção do comportamento saudável. Inversamente, este estudo também permitiu reconhecer as principais barreiras na adoção de um comportamento, ao nível do comportamento de atividade física. A perceção de autoeficácia foi também uma perceção que se revelou importante neste estudo, que sem dúvida merece estudos mais aprofundados por parte de enfermagem.

A família afigura-se como uma forte influência interpessoal pelos papéis que desempenha ao nível da manutenção de saúde dos seus membros nas diferentes fases da vida.

A influência situacional também é levantada neste estudo de forma ambivalente, havendo condições consideradas como favorecedoras no ambiente laboral e outras consideradas negativas e com impacto para a saúde desta comunidade.

Relativamente ao compromisso com o plano de ação através do Modelo de Promoção de Nola Pender, é nos possível avaliar a profundidade desse compromisso através das estratégias utilizadas pelos indivíduos para promoverem a sua saúde e pela tipologia da tomada de decisão. Para Pender existem diferentes estágios de prontidão para o plano de ação, daí que a tipologia da tomada de decisão se repentina se ponderada reflete-se nas intervenções de enfermagem a ser planeadas e implementadas (Pender et al., 2006).

Os enfermeiros são considerados como fontes de influência na promoção dos comportamentos saudáveis ao longo de todo o ciclo vital, sendo que os conhecimentos transmitidos no âmbito da parentalidade e dos cuidados na infância permanecem com os pais de forma significativa. Também é de realçar que um volume expressivo de utentes é acompanhado pelo enfermeiro na consulta de verificação/atualização da sua cobertura vacinal. Esta circunstância claramente oferece oportunidades singulares de avaliação, promoção e reforço de intervenções ao nível dos comportamentos saudáveis. É assim reconhecido o papel do enfermeiro como agente de mudança ao longo de todo o ciclo vital e ciclo familiar, havendo uma perceção positiva global dos enfermeiros, ainda que, numa percentagem relativamente significativa não seja reconhecido o papel do enfermeiro de família. É preocupante, que mais de uma década após a reforma dos cuidados de saúde primários, os utentes não frequentem de forma assídua e programada as consultas de enfermagem e alguns não conheçam o enfermeiro de família. Isto deve obrigar a uma reflexão profunda de enfermagem sobre de que forma se pode ir ao encontro destes utentes, porque apesar de se dar o caso de que alguns possam não ser consumidores de cuidados, ou que recorram a outro subsistema de saúde, essa mesma premissa, significa mais uma vez que os cuidados de saúde ainda estão direcionados para a gestão da doença e não para a promoção do projeto individual e familiar de saúde. Assim sendo, considera-se pertinente novos estudos sobre a natureza do consumo de cuidados de enfermagem, de modo a compreender quais as áreas de intervenção de enfermagem que se deve investir.

De uma forma geral, conseguimos responder à questão de partida e atingir os objetivos propostos e consideramos que as opções metodológicas utilizadas foram as adequadas para o estudo da problemática em questão. Este estudo, contribuiu para uma compreensão e perspetiva global sobre os comportamentos saudáveis com base num modelo teórico de

enfermagem que permite organizar o conhecimento obtido e estruturar a intervenção de enfermagem, aumentando o conhecimento dos Enfermeiros, em especial os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Comunitária. A utilização do Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender contribuiu, a nosso ver, para o aumento de conhecimentos sobre a temática dos comportamentos saudáveis, já que foi possível através de um método de avaliação multifatorial complexo, expor de forma fácil as relações entre fatores biopsicossociais, conhecimentos e sentimentos em relação aos comportamentos e resultado comportamental, sendo claramente um instrumento de relevância para enfermagem, sobretudo ao nível da enfermagem comunitária.

Porventura, fica também registado o sentimento neste trabalho que muito mais há a investigar, no entanto pensamos ter contribuído para a produção de conhecimento sobre comportamentos saudáveis, em termos de saúde, competências e aprendizagens. É para nós sinal de satisfação perceber que, apesar da mudança comportamental não ser fácil, existiram mudanças positivas de comportamento da população com base na intervenção dos enfermeiros, o que nos leva a crer que a aposta na literacia em saúde e no empoderamento comunitário é uma aposta ganha em termos de promoção para a saúde, sendo também um incentivo para a melhoria dos cuidados.

Todavia, registamos algumas dificuldades inerentes ao desenvolvimento do estudo de investigação, pela inexperiência na aplicação do processo, escassez de estudos publicados sobre comportamentos saudáveis e sobre a influência dos enfermeiros como agentes de mudanças de comportamentos.

Apesar destas dificuldades, no término deste trabalho de investigação, entendemos ter adquirido competências do enfermeiro mestre em enfermagem comunitária, em particular ao nível do planeamento e elaboração de um trabalho de investigação.

Foi um percurso de crescimento pessoal e profissional muito gratificante, pelas competências adquiridas inerentes ao enfermeiro mestre em enfermagem comunitária, pela oportunidade de contribuir para o aumento do conhecimento científico acerca da temática e pela ocasião de dar a visibilidade merecida á profissão de enfermagem que direciona a sua atividade para a promoção de um bem superior e direito incomparável, a saúde das populações.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-t .
- Alligood, M. & Tomey, A. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Alto Comissariado da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Visão, Modelo Conceptual e Estratégia de Elaboração*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2012-20161.pdf>.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 6. *Six theories of child development* (p. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, S. et al. (2005). Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serviços*

de *Saúde* 14(1): 41-68. Recuperado de <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n1/v14n1a05.pdf>.

Basto, M. (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.

Biscaia, A. & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3): 701-711. DOI:10.1590/1413-81232017223.33152016.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação-uma introdução á teoria e aos métodos*. Porto editora. ISBN 972-0-34112-2.

Carvalho, J. & Rodríguez-Wong, L. (2008). A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3):597-605. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>.

Carvalho, G. & Carvalho, A. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros. Lisboa. Lusociência.

Chaliffour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*. Paris. Lamarre

Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, 57(5):611-4.

- Cockerham, W. (2014). Health Behavior. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 764–766. Doi:10.1002/9781118410868.wbehibs29
- Coelho, C. & Burini, R. (2009). Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Revista de Nutrição*, 22(6), 937-946. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000600015>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3;
- Correia, C., Dias, F. Coelho, M., Page, P. & Victorino, P. (2001). Enfermagem Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2: 75-82.
- Creswell, J. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks. CA: Sage.
- Decreto-Lei nº161/96. (4 de Setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).
- Diário da República (2017). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 195/2017, Série II de 2017-10-10 Despacho n.º 8932/2017.
- Diário da República (2018). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 135., 2ª série.
- Direcção-Geral da Saúde. (2002). *Ganhos em Saúde em Portugal: Ponto de situação*. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *O Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2003*, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2005) *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa  
ISBN: 972-675-141-1

Direcção-Geral da Saúde. (2006a). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2006b). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde*. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 OSS 2 Versão Discussão.  
Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2015a). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva*. Lisboa

Direcção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre*, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2017c). *Eurobarómetro 2017 desporto e atividade física. Sumário da situação Portuguesa e dados evolutivo*. Lisboa

- Direção-Geral da Saúde (2018). *The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle, WA: IHME, 2018.
- Ezzati, M. Hoorn, S., Rodgers, A., Lopez, A. Mathers, C., & Murray, C. (2003). Estimates of global and regional potential gains from reducing multiple risk factors. *The Lancet*. 362(7). 271-280. 2003
- Ferreira, P. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF36*. Documento de trabalho. Coimbra, Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/9969>.
- Festas, C. (1999). "Cuidar no 3º Milénio", *Servir* 47 (2). 60 - 66.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças* 6(2): 203-214. Recuperado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Lisboa: Lusociência.
- Gomes, A. et al. (2011). XI Seminário de Ética - Responsabilidade para com a Comunidade. *Ordem dos Enfermeiros*. 37(6). ISSN 1646-2629.
- International Council of Nurses. (2006). *ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN.

- International Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice*- ICNP . Geneva <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª edição. Lisboa.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Labonté R. and Laverack G. (2008). *Health promotion in action: from local to global empowerment*. Palgrave Macmillan. London
- Laverack, G. (2004). *Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Ladwig, K.-H. et al. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology*, 16(6), 511–518, 2000. Kluwer Academic Publishers. Doi:10.1023/a:1007629920752
- Lakatos, E. & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Lourenço, F. (2016). *A perspetiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Marmot, M. (2001). *Inequalities in Health - The role of Nutrition*. The Caroline Walker Trust. London

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 36 (3)1099-1104.

Ministério da Saúde. (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde*, Portugal. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*, Portugal. Lisboa Disponível em :  
[https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAÚDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAÚDE_2018_compressed.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Recuperado de  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem*. Recuperado de  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários* Conselho Internacional dos Enfermeiros, Genebra. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*. (Inserido no Estatuto da OE publicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Recuperado

de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaúde%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaúde%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).

Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série - N.º 35-18 de Fevereiro de 2011.

Omran A. (2001). The epidemiologic transition. A theory of the Epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(2), 161–170.

Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, USSR 6-12 de Setembro de 1978. Genebra*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde Cuidados de Saúde Primários-Agora Mais Que Nunca*. Genebra.

Organização Mundial da Saúde. (s.d). *Social determinants of health key concepts*. Recuperado de [https://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. 1<sup>a</sup> Edição. Lisboa.

- Pender, N., Yang, P. (2002). Promotion physical activity. *J Nurs Res*; 10(1).57-64.
- Pender, N., Parsons, M. & Murdaugh, C. (2006). *Health Promotion In Nursing Practice*. 5th edition Pearson Prentice hall.
- Pinheiro, A.; Recine, E. & Carvalho, M. (2005). *O que é uma alimentação saudável: considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Pisco, L. (2011). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2841-2852.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Pais-Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia* 8(2): 19-22.
- Pais-Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intensões comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica* 2 (XXII): 387-397.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra, Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete, Textiverso: 31-49.

- Sakraida, T. (2004). *Modelo de Promoção da Saúde*. In A. M. Tomey & M. R. Allgood (Eds.), - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (p. 699-715). Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2016). *Será que andamos todos a dormir?* Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/18/dia-mundial-do-sono-2016/>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência, 4ª edição.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 5ª edição, Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tengland, P. (2007). Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Med Health Care Philos* 10: 197. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9027-1>
- Watson J. (2002): *Enfermagem Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>.
- World Health Organization. (2002). *World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.
- World Health Organization. (2003a). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva.

World Health Organization. (2003b). *Gender, health and aging*. World Health Organization: Department of Gender and Women's health: Unit of aging and lifecourse Geneva.

World Health Organization. (2003c). *Social Determinants of Health: The solid facts*. Copenhagen.

World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Fifty-seventh world health assembly. Geneva.

World Health Organization. (2005). *Commission on social determinants of health: Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*. Discussion paper for the commission on Social determinants of health. Geneva.

World Health Organization. (2008). *2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. Geneva.

World Health Organization. (2009a). *7th Global Conference on Health Promotion: Track themes*. Geneva.

World Health Organization. (2009b). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.

World Health Organization. (2010). *Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practice*. Geneva.

World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva

World Health Organization. (2015). *Health in 2015: From Millennium Development Goals (MDGs) to Sustainable Development Goals (SDGs)*. Geneva.

World Health Organization (2018a). *Time to deliver*. Report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases Geneva.

World Health Organization. (2018b). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva.

## **ANEXOS**



## **Anexo 1 – Cronograma**



Mês \ Atividades	Novembro	Dezembro	janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Apresentação do Projeto												
Consentimento Informado												
Guião da entrevista												
Revisão bibliográfica												
Fase Metodológica												
Fase empírica:												
• Colheita de dados												
• Apresentação dos resultados												
• Discussão dos Resultados												

Atividade exercida	
--------------------	--



## **Anexo 2 – Guião da entrevista**



## Guião Orientador da Entrevista

### Primeira Parte

<b>Entrevista semiestruturada 1º Momento</b>	<b>Data:</b>	<b>Local:</b>	<b>Nome investigador:</b>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Formalizar o pedido de colaboração aos funcionários da comunidade educativa do tipo IPSS para colaboração no estudo através do pedido de consentimento informado.</p> <p><b>O que realizar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação pessoal;</li><li>• Apresentação do estudo: finalidade, objetivos e motivo de realização das entrevistas;</li><li>• Pedido de consentimento para gravação em suporte digital, reforçando o carácter confidencial da informação recolhida;</li><li>• Entrega do documento de pedido de consentimento informado, no caso de aceitação dos participantes, e respetiva assinatura do documento.</li></ul>			

Segunda Parte

<b>Entrevista semiestruturada 2º Momento</b>	<b>Data:</b>	<b>Local:</b>	<b>Nome investigador:</b>
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis;</li><li>• Conhecer as barreiras na adesão aos comportamentos saudáveis;</li><li>• Conhecer os fatores que influenciaram a mudança comportamental;</li><li>• Conhecer as estratégias/condições facilitadores na adesão ao comportamento;</li><li>• Perceber a influência do enfermeiro (de família) em termos de comportamentos saudáveis.</li></ul> <p><b>Identificação, dados sociais, demográficos e de saúde:</b></p> <p><b>Questões:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Idade</li><li>• Nacionalidade</li><li>• Habilitações literárias</li><li>• Estado civil</li><li>• Agregado familiar</li></ul>			

Terceira Parte

Entrevista semi-estruturada 3º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Questões auxiliares</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• O que considera por comportamentos saudáveis</li><li>• Quais são os comportamentos saudáveis:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ mais importantes para a sua vida</li><li>✓ que considera ter mais facilidade/dificuldade em aderir</li><li>✓ quais os comportamentos que modificou em benefício da sua saúde</li><li>✓ A decisão da mudança foi repentina ou alvo de ponderação</li><li>✓ O estímulo da mudança foi o próprio ou alvo de influência (família, contexto laboral, social, profissionais de saúde ou outro)</li></ul></li><li>• Quais as estratégias/condições que favoreceram a adoção/adesão de comportamentos saudáveis?</li><li>• Quais são as motivações para adotar comportamentos saudáveis na sua vida diária</li><li>• Como classifica o contacto com os profissionais de saúde relativamente aos comportamentos saudáveis:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Na consulta com o seu enfermeiro de família</li></ul></li></ul> <p>Fecho da entrevista:</p> <p>Após a conclusão da entrevista proceder-se-à:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese dos aspetos fundamentais;</li><li>• Agradecimento pela colaboração.</li></ul>			



## **Anexo 3 – Consentimento informado**



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de  
Oviedo<sup>2</sup>**

*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:** “A perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade educativa”

**Enquadramento:** A presente investigação será desenvolvida por Cleide Vieira Teles, Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Cantante (ESEP) e coorientação da Professora Doutora Manuela Teixeira (ESEP), no âmbito do Mestrado Saúde Comunitária.

**Explicação do estudo:** O estudo irá realizar-se através de uma entrevista semiestruturada, após autorização da Comissão de Ética. Cada entrevista deve demorar cerca de 15 minutos, **a recolha de registo vai ser por gravação digital**. Na aplicação da entrevista serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, tais como, anonimato, confidencialidade, assim como, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Posteriormente os dados recolhidos serão tratados por análise de conteúdo.

**Condições e financiamento:** A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos profissionais pela sua participação. Está igualmente salvaguardada a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro.

**Confidencialidade e anonimato:** Durante a recolha de dados serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, como o anonimato e a confidencialidade, assim como o sigilo das informações recolhidas. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para o fim do presente estudo, no qual os dados são analisados individualmente, **a recolha de registo vai ser por gravação digital**, asseguro o compromisso de sua **destruição após transcrição de dados**. No final será disponibilizado um exemplar PDF do estudo aos profissionais que o solicitem.

Agradecemos a sua participação.

Cleide Vieira Teles

Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária

telescleide@gmail.com.

Assinatura do investigador:

\_\_\_\_\_  
*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 dados pelo investigador.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: ..... /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**



Cleide Teles

A PERCEÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NUMA COMUNIDADE EDUCATIVA