

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A PERSPETIVA SOBRE A ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS DE
UMA COMUNIDADE HOSPITALAR

Dissertação de mestrado

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Manuela Josefa da Rocha Teixeira
e coorientada pela Professora Mestre Rosa Maria de Castro Alves

Filipa Celeste Barros Lourenço

Porto 2016

“Cada pessoa que passa na nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma
substitui a outra!
Cada pessoa que passa na nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e
leva um pouquinho de nós.
Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por
acaso.”

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, em primeiro lugar à minha família em especial aos meus pais e irmãos pelo apoio que ao longo deste percurso demonstraram ter de forma incondicional por mim e pelos meus objetivos e sonhos;

Aos meus amigos, pelo carinho e pela capacidade que tiveram em me animar nos momentos mais difíceis, pelo suporte e apoio nesta jornada, bem como pela qualidade dos momentos de crescimento e aprendizagem partilhados, que tanto contribuíram para este produto final;

As professoras Manuela Teixeira e Rosa Maria que sempre acolheram as minhas dúvidas e anseios com sabedoria e compreensão, permitindo-me crescer e aprender com maior segurança.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho somente foi possível, graças ao apoio de pessoas importantes na minha vida, às quais gostaria de manifestar o meu reconhecimento, pois sem elas, esta caminhada teria sido muito mais dura.

Agradeço de forma muito especial e em primeiro lugar à minha família por todo esforço e dedicação que demonstrou ter longo deste tempo de formação.

Agradeço também de forma igualmente especial à minha orientadora Professora Doutora Manuela Teixeira e coorientadora Professora Mestre Rosa Maria de Castro Alves, pela paciência e disponibilidade no desenvolvimento deste trabalho, mas também pelas opiniões, sugestões e críticas que em todas as fases foram essenciais ao meu crescimento acadêmico.

Finalmente, um agradecimento aos meus/minhas amigos/as e colegas que me acompanharam nesta caminhada!

Obrigado a todos!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
BAP - Balança Alimentar Portuguesa
CC - Centro de Colaboradores
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRP - Constituição da República Portuguesa
CS - Centros de Saúde
CSP - Cuidados de saúde primários
DGCSP - Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção Geral de Saúde
EUA - Estados Unidos da América
E- Entrevista
HPH - *Health Promotion Hospital*
INE - Instituto Nacional de Estatística
INS- Instituto Nacional de Saúde
PNV - Programa Nacional de Vacinação
RA - Roda dos Alimentos
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses
RNCCI - Rede nacional de cuidados continuados integrados
SNS - Serviço Nacional de Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística
UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade
USF - Unidades de Saúde Familiar
OMS - Organização Mundial da Saúde
WHO - World Health Organization

RESUMO

A perspectiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar

O enfermeiro comunitário é importante nesta análise, tanto pelo seu papel e competência na abordagem científica do tema, mas também pela relevância da especificidade profissional no processo de melhoria e mudança das comunidades.

Neste sentido, novos significados se afiguram e a enfermagem parece ser atualmente compreendida, como uma prática social empreendedora. Ou seja, uma prática integradora e pró-ativa num campo de ação abrangente e diversificado, cujos profissionais desenvolvem trabalho direto no terreno e atuam sob a perspectiva de proximidade e interação com as comunidades e contextos sociais.

A Saúde Comunitária, permite ao profissional, desenvolver ao longo da sua formação e profissão, uma visão holística e contextual da pessoa e do sistema família, potenciando assim, a adequação de respostas face à problemática encontrada. Assim, uma intervenção sistémica integrada e dinâmica deve caracterizar e determinar a ação do enfermeiro comunitário, sendo que, apenas desta forma, este poderá intervir e desenvolver efetivos processos de mudança nos indivíduos e consequentemente, nas comunidades.

Estas intervenções devem porém, contribuir para o bem-estar dos indivíduos e comunidades, sendo o enfermeiro um agente de mudança que, deve assumir a sua intervenção profissional.

Este estudo tem como objetivos:

- Compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis;
- Conhecer as condições que favorecem a aquisição de comportamentos saudáveis;
- Perceber se a adoção de comportamentos saudáveis são consequentes a uma intervenção de um profissional de saúde.

O estudo é de caráter qualitativo, descritivo, exploratório, transversal, desenvolvido no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, a 19 profissionais. Consideramos fundamental, compreender o contexto e os fatores inerentes ao mesmo, que podem influenciar a adoção de comportamentos saudáveis.

A presente investigação pretende responder a seguinte questão:

- Quais as intervenções de enfermagem que foram significativas para adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar?

Após a análise dos resultados concluímos que os participantes mudaram os seus comportamentos para saudáveis, e os enfermeiros têm influência na mudança dos seus comportamentos. Face a este conhecimento, pretendeu-se da investigação que, para além da melhor capacitação na adoção de comportamentos saudáveis, percebemos uma prevenção/diminuição das consequências negativas associadas ao risco dos maus-hábitos e, em última análise evidenciamos a real importância do Enfermeiro Comunitário neste processo. Ficamos com a certeza de que atividade de Enfermagem facilitam na área da promoção dos estilos saudáveis.

Palavras-Chave: *Enfermeiro comunitário; saúde; comunidade; Promoção para a Saúde.*

ABSTRAT

The prospect of adoption of healthy behaviors of a community hospital

The community nurse is important for this research, as for his role and skills in the scientific approach to the subject, but also the relevance of vocational specificity in process improvement and change in communities.

At this way, new meanings are borned and the nursing seems to be currently understood as an enterprising social practice. It means, an integrated and proactive practices in a comprehensive and diverse field of action, whose professionals develop direct work on the field and operate under the perspective of proximity and interaction with communities and social contexts.

The Community Health, allows the professional to develop throughout their training and profession, a holistic and contextual view of the person and the family system, enhancing thus the adequacy of responses due to the problems found. So an integrated systemic intervention and dynamics to characterize and determine the action of the community nurse, and only in this way, it may intervene and develop effective change processes in individuals and thus the communities.

These interventions should however integrate a set of measures that contribute to the well-being of individuals and communities, and the nurse an agent of change that must take their professional intervention quiet, safe and assertively, with present and priority the their human and personal values, mutual assistance, cooperation and humility.

Thus, this study aims to:

- Understand what the reporting population considered to be healthy behaviors;
- Know the conditions that promote the acquisition of healthy behaviors;
- Understand the adoption of healthy behaviors are consequent to an intervention of a health professional.

The research carried out throughout this work, reflects a qualitative study, developed in the Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE. In this sense, we consider it essential to understand the context and factors inherent to it, that may influence the adoption of healthy behaviors.

this research aims to have answered the question:

- What are the nursing interventions that were significant for the adoption of healthy behaviors of the hospital community?

After this reflection we can say that the individuals of this research changed their behaviors, being more healthy now. Face this, intends about this research that in one side there was a better understanding how to adopt healthy behaviors, and for another side the adoption of prevention methods and decrease of negative effects related to poor health habits, and for last the evidence of the real importance of the Community Nurse in this process.

Keywords: *Community nurse; Cheers; community; Promotion for Health*

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
1. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	29
1.1 Âmbitos de ação da Enfermagem Comunitária	32
1.2 A enfermagem comunitária e os seus objetivos.....	33
2. O ENFERMEIRO COMUNITÁRIO.....	37
3. ESTILOS DE VIDA E ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS	39
3.1 Comportamentos Saudáveis: Hábitos de sono e repouso.....	41
3.2 Comportamentos Saudáveis: Privação de consumo de tabaco.....	42
3.3 Comportamentos Saudáveis: Privação de consumo de álcool.....	44
3.4 Comportamentos Saudáveis: Alimentação.....	45
3.5 Comportamentos Saudáveis: Exercício físico	48
4. TEORIA DAS TRANSIÇÕES E A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS EM SAÚDE	51
5. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE	55
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	59
6. METODOLOGIA	61
6.1 Questão de investigação, justificação e finalidade do estudo	61
6.2 Objetivos.....	61
6.3 Tipo de estudo	62
6.4 Participantes	62
6.5 Instrumento de colheita de dados, análise e tratamentos dos dados	63
6.6 Considerações éticas	64
6.7 Procedimentos.....	65
7. RESULTADOS	67
7.1 Caracterização dos participantes.....	67
7.2 Caracterização dos estilos de vida dos profissionais de saúde.....	70
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
9. CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS	91
ANEXO I: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	
ANEXO II: GUIÃO DA ENTREVISTA	
ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1: Distribuição dos alimentos segundo a Roda dos Alimentos e a BAP	46

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: Caracterização da amostra por género	68
GRÁFICO 2: Caracterização da amostra por idade	68
GRÁFICO 3: Habilitações Literárias	69
GRÁFICO 4: Áreas de formação dos profissionais da amostra	69

LISTA DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1: Medidas para a Promoção da Saúde nos Hospitais (WHO)	57
QUADRO 2: Categoria e subcategorias do estudo	70

INTRODUÇÃO

Ser “saudável” depende de fatores biológicos e genéticos, do sistema de cuidados de saúde, do ambiente físico e social no qual as pessoas vivem, e dos comportamentos e estilos de vida (Aronson, Norton, & Kegler, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define comportamento de saúde como uma qualquer atividade realizada pela pessoa com o intento de promover, proteger ou preservar a sua saúde. Tem-se verificado um crescimento não só a nível do leque de conhecimentos teóricos, sobre as causas dos comportamentos promotores de saúde, mas que também apresente contributos práticos, no sentido de orientar mudanças promotoras de mais saúde e qualidade de vida para os indivíduos e comunidades.

O trabalho de investigação intitula-se “A perspetiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar”, a população abrangida pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Compreendemos que a promoção da saúde está integrada na perspetiva de um novo modelo de cuidados com a saúde. Ou seja, parece existir uma maior preocupação e procura no aumento da qualidade de vida dos indivíduos, sendo este entendido, como o resultado de um conjunto de fatores sistémicos, de ordem política, social, cultural, emocional e económica, que influenciam os indivíduos.

Neste sentido, importa salientar que este processo que se pretende ser de mudança, promova também de forma sistémica a adoção de novas visões e ações orientadas para a intervenção de diversos domínios da área da saúde, inclusivamente, no contexto hospitalar.

Segundo a Carta de Ottawa¹, por promoção da saúde entende-se o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Neste sentido e no âmbito desta Carta, apresentam-se cinco campos de ação para a promoção da saúde, que se determinam pela: Construção de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Desenvolvimento de habilidades; Reforço da ação comunitária; Reorientação dos serviços de saúde.

A prática da promoção da saúde parece ser ainda um processo recente na realidade global, denotando-se um maior desenvolvimento da mesma, em países da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos da América (EUA), nos últimos 20 anos.

¹ Carta de Intenções que procura contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal, apresentada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986 no Canadá.

Contudo, neste domínio, a Organização Mundial de Saúde (OMS), integra uma iniciativa de promoção da saúde em instituições e serviços de saúde, através do Centro de Colaboradores para a promoção da saúde, instituindo na Europa e outros continentes uma rede de serviços de saúde, cujo campo de ação abranja os domínios internacional, nacional e regional.

Os Centros Colaboradores (CC) da OMS sustentam a missão de apoiar o desenvolvimento de hospitais e outras instituições de saúde, no sentido de estimularem a promoção da saúde por meio de suporte técnico e científico, bem como, do estabelecimento de um sistema de comunicação em rede.

O CC integra associações e universidades, assim como, organizações não-governamentais (ONG), tendo por base o desenvolvimento de estratégias de ação, sustentadas nas orientações previstas e definidas, nomeadamente pela Carta de Ottawa (1986), a Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores de Saúde (1991) e as Recomendações de Viena sobre Hospitais Promotores de Saúde (1997).

Assim, segundo a OMS e o CC, os hospitais e centros de saúde enquanto entidades de promoção para a saúde, devem caracterizar-se por espaços multidisciplinares nos cuidados de saúde, assim como abrangentes no seu campo de ação, promovendo assim, além do tratamento de doenças, ações preventivas e promotoras de saúde. São espaços que podem favorecer o empoderamento dos indivíduos em situação de internamento, no sentido de lhe fornecer os instrumentos e conhecimentos necessários ao controlo de fatores de risco que podem influenciar negativamente a sua saúde, bem como fatores promotores de um estilo de vida mais saudável que influenciam positivamente a sua saúde. A par disto, importa referir que estes espaços, determinam-se ainda por serem um meio de proximidade e de participação na comunidade, assim como, locais de trabalho saudáveis para os profissionais de saúde e de uma forma geral, organizações sustentáveis (World Health Organization - WHO, 2007).

A declaração de Alma-Ata² definiu os cuidados de saúde primários (CSP), como um meio de ao nível da saúde, os indivíduos poderem alcançar objetivos de maior produtividade em diversas dimensões da sua vida, orientados por um movimento de união e de combate à desigualdade na área da saúde.

Em Portugal, desde a criação dos Centros de Saúde de primeira geração, em 1971, varias fases de desenvolvimento se verificaram relativamente aos cuidados de saúde. Neste processo evolutivo, importa salientar que Portugal apresentava indicadores consideravelmente desfavoráveis, nomeadamente, no domínio socioeconómico e da saúde, face ao contexto da Europa Ocidental.

Remetendo-nos ainda a fatores históricos, observamos que o processo de mudança na Saúde, tem início com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no ano 1979, declarado na Constituição da Republica Portuguesa (CRP) e que previa o acesso à saúde de forma universal e gratuita, o que permitiu criar expectativas relativamente ao desejo de desenvolvimento e de justiça social nesta

²1ª Conferencia Internacional de Cuidados de Saúde Primários em 1978

área. Assim, em 1983 surgem os CS Integrados, ou seja, os CS de segunda geração, que conciliam os cuidados curativos e os cuidados gerais dos CS, originando assim, a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), com implicações ao nível da estrutura e organização dos recursos, assim como dos modelos de gestão daqueles equipamentos.

Entre as décadas de 80 e 90, as políticas de saúde sofreram fortes influências da OMS, nomeadamente, no que respeita ao movimento desta organização, na promoção da saúde, tendo em conta a Carta de Ottawa que deram origem a projetos difusão e promoção da saúde nas comunidades. Neste sentido, na Lei de Bases da Saúde³ de 1990, verificamos o estabelecimento de normas que definem um sistema de saúde sustentado nos CSP, sendo estes mais abrangentes e próximos da comunidade, assim como, desenvolverem um serviço de saúde articulado com os diversos níveis de cuidados, por forma a gerarem respostas eficazes às necessidades das comunidades.

Assim, no triénio 1996/1999 a estratégia de ação para a saúde, baseava-se na definição de metas que envolviam diversas áreas e estratos populacionais, ou seja, desde intervenções ao nível da população idosa, como intervenções com crianças e jovens e de saúde escolar, gestão dos recursos de saúde, medicamentos e ações cooperação europeia.

Através da prática aplicada e do trabalho desenvolvido no terreno pelos profissionais, criaram-se em 1999, os CS de terceira geração, essencialmente direcionados para a comunidade. Os CS de terceira geração caracterizam-se por equipamentos estruturados e organizados em unidades multiprofissionais, constituídos por áreas geográficas, comunidade e listas de usuários.

Impelida pela Declaração de Munique, no ano 2000, a enfermagem comunitária começa a unificar-se no trabalho aproximado com as famílias e grupos da comunidade. Esta declaração veio estabelecer a definição de metas claras orientadas para a identificação de ações específicas na enfermagem comunitária, cujo objetivo se centra no apoio das competências dos enfermeiros na sua prática, contribuindo para a promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

Nesta altura, observamos que a enfermagem comunitária recebeu um legado que de uma maneira global exigiram grandes mudanças, nomeadamente, no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros de saúde comunitária que neste domínio começaram a integrar no desenvolvimento da prática de enfermagem, diversos conhecimentos e instrumentos, dirigidos a um conjunto diversificado de áreas como, saúde pública, prática clínica e cuidados de saúde primários.

O Decreto-lei n.º 60/2003⁴, veio instituir a constituição da rede de prestação de CSP, assegurando às comunidades, famílias e indivíduos esses mesmos cuidados, tendo sido criado e desenvolvido também, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, como estratégia nesta área. Este Plano Nacional de Saúde veio contudo, sobrevalorizar e sobre dimensionar a rede hospitalar, na qual os

³ Lei n.º 48/90 de 24 de agosto

⁴ Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril (Cria a rede de cuidados de saúde primários); Revoga o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio

recursos continuaram a demonstrar-se escassos às exigências e necessidades dos serviços de saúde e das comunidades, ao nível dos profissionais de saúde.

Em 2005, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários⁵, com o objetivo de desenvolver o projeto global para reformar e autonomizar os CS através da implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF). Este projeto implementou também objetivos de intervenção ao nível da reestruturação dos Serviços de Saúde Pública, bem como, reorganização no âmbito das equipas de intervenção comunitária, prestação de cuidados no domicílio, cuidados continuados, unidades móveis e redes de apoio às famílias.

Neste sentido, as reformas dos CSP visavam promover a acessibilidade dos indivíduos aos recursos no sistema de saúde, ampliar o grau de satisfação dos profissionais e beneficiários, assim como, melhorar de forma geral a qualidade e eficácia dos serviços.

A reforma dos CS conduziu o sistema na criação de equipas multidisciplinares e multiprofissionais que, desenvolvem a sua intervenção no âmbito da saúde pública, assegurando os cuidados necessários à comunidade, através de ações dirigidas à população em geral, tendo em consideração, o meio em que estão inseridas.

Compreendemos contudo que, pela sua complexidade, a temática da saúde deve ser abordada, sob o ponto de vista sistémico e integrado. Assim, o desenvolvimento e constituição de equipas multidisciplinares neste setor, impõe-se como indubitavelmente essenciais, num processo contínuo e de proximidade, na prestação de cuidados centrados no indivíduo e na família integrando os seus contexto de vida, com vista à melhor promoção e proteção da sua saúde. Por isso, importa salientar o papel e figura importante que os enfermeiros comunitários detêm, na sua missão e compromisso assumido com a comunidade, no sentido em que, a sua intervenção clínica deve ser sustentada na realidade e conhecimento da comunidade e dos contextos familiares sobre os quais intervém.

São diversas as áreas de intervenção em saúde comunitária, postas em prática e com resultados positivos, no âmbito da promoção e proteção da saúde dos indivíduos e comunidades.

No âmbito da saúde materna, têm vindo a ser implementados programas de preparação para a parentalidade e acompanhamento domiciliário à mãe e recém-nascido; na saúde infanto-juvenil, a intervenção centra-se na promoção do aleitamento materno e na intervenção precoce em crianças; na saúde escolar desenvolveu-se o programa nacional com a dinamização de espaços de atendimento a jovens; na área da vacinação o programa também nacional permitiu o controlo e acompanhamento dos indivíduos a este nível, regularizando situações não abrangidas por este plano; a implementação de consultas dirigidas a indivíduos de risco cardiovascular e metabólico permitiu um maior controlo e acompanhamento de pacientes que sofrem de hipertensão e diabetes; a implementação de consultas antitabágicas para o acompanhamento e apoio a este nível; equipas de cuidados continuados integrados, na prestação de cuidados de saúde e apoios sociais ao

⁵ Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de outubro

domicílio, envolvendo a família e /ou cuidadores neste processo; a formação de voluntários para o acompanhamento de pessoas sós, numa perspetiva de envolver a comunidade no seu próprio desenvolvimento e envolvimento cívico, promovendo valores de humanidade; na implementação de estratégias de proximidade à população, através das unidades móveis de saúde.

Segundo a OMS (1986, p. 2), é o processo de promoção da saúde, “(...) *que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la(...)*”. Neste sentido, o processo de promoção da saúde das populações, vem exigir por um lado, e conforme vimos anteriormente, uma reorganização dos serviços de saúde e por outro, a responsabilidade destas, em assumirem e compreenderem o seu papel ativo na prevenção e adoção de comportamentos mais saudáveis, cabendo aos profissionais, assumir neste processo um papel de mediação.

Neste domínio, compreendemos que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde competente e próximo das comunidades, se encontra em condições mais favoráveis, no desempenho do estabelecimento da relação com os indivíduos e famílias. Entre as suas competências, o enfermeiro realiza cuidados de enfermagem que integram processos educativos e que ao mesmo tempo, promovam um exercício de autocuidado ao utente.⁶

Ao profissional de enfermagem comunitária, compete, em conjunto com a equipa multidisciplinar, colaborar e desenvolver planos de (in) formação no domínio da saúde pública e comunitária, bem como em ações de controlo e supervisão epidemiológica, supervisionar o estado de saúde da população, nomeadamente por meio da análise regular de dados de saúde, assim como do diagnóstico da situação global da população, construindo e elaborando planos de saúde locais.

O enfermeiro comunitário deve intervir nomeadamente em áreas de saúde pública, com o objetivo central de que a sua intervenção deve contribuir para a diminuição das vulnerabilidades existentes na comunidade, desenvolvendo ações de promoção e prevenção para a saúde.

O presente estudo pretende abordar algumas reflexões acerca da prática de promoção da saúde, referindo por isso, diversos aspetos históricos e científicos investigados acerca do tema, que ao mesmo tempo podem espelhar alguns desafios inerentes à implementação de estratégias para promoção da saúde e de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

É do interesse dos profissionais de saúde, particularmente os de saúde comunitária, promover mudanças positivas ao nível dos estilos de vida, em pessoas, grupos ou comunidades, para que estes adotem comportamentos saudáveis para a sua saúde e abandonem comportamentos não saudáveis e/ou de risco no seu dia-a-dia.

Desta forma, no âmbito do 2º ano Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surge a proposta para a elaboração de um trabalho de investigação. Este trabalho tem como finalidade: contribuir para aumento de conhecimento sobre adoção de comportamentos saudáveis e clarificação das intervenções de enfermagem que podem

⁶ Artigo 7, alínea c) do Decreto-lei nº 437/91 - Ministério da Saúde

ter influência nestes comportamentos. De forma indireta sustentar práticas de promoção da saúde que melhorem a saúde da comunidade.

Neste sentido pareceu-nos pertinente o estudo desta problemática, na comunidade.

A pergunta de partida para este estudo:

- Quais as intervenções de enfermagem que foram significativas para adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar?

Como opções metodológicas planeia-se realizar um estudo descritivo, exploratório, com recurso á metodologia qualitativa. Os participantes são trabalhadores de um hospital, inquiridos através de entrevistas semiestruturadas.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo e todos os requisitos éticos foram cumpridos.

O presente trabalho estrutura-se em duas partes, precedida por introdução, que sustenta o enquadramento geral do tema, bem como, do trabalho desenvolvido que deu origem ao processo reflexivo pretendido.

A parte I refere-se ao enquadramento teórico, o qual contempla uma contextualização do tema, com uma breve abordagem ao tema geral e ao conceito da enfermagem comunitária, âmbitos de ação e objetivos. Referimos também o papel e funções do enfermeiro comunitário, caracterizando o perfil deste profissional de saúde pública e comunitária, destacando a importância do seu papel no contexto hospitalar.

No sentido de enquadrar o tema específico desta investigação importa salientar neste enquadramento teórico, a temática dos estilos de vida, saúde e da adoção de comportamentos saudáveis, no qual abordamos as dimensões fundamentais, nesta área, a alimentação, o exercício físico, hábitos de sono, tabagismo e alcoolismo integrando-as na prática do enfermeiro comunitário em contexto hospitalar, analisando posteriormente o contributo do deste profissional nesta área bem como na elaboração de estratégias para a promoção da saúde e para a implementação e adoção de estilos de vida saudáveis em contexto hospitalar.

A Parte II refere-se ao estudo empírico, que detém a metodologia da investigação, na qual se contextualiza o estudo e a temática concreta em análise, justificando-a, bem como a finalidade e os objetivos propostos em análise. Neste âmbito é caracterizado o tipo de estudo, os participantes, o instrumento da colheita de dados e tratamento de dados. Apresentam-se posteriormente as considerações éticas à realização prática e teórica da investigação e os procedimentos. Os resultados, com a caracterização dos participantes, e dos seus estilos de vida são apresentados, seguindo-se a análise e discussão dos resultados.

São apresentadas as conclusões, sendo que o trabalho termina com referências bibliográficas que contribuem para o enriquecimento global do mesmo.

Em anexo, encontra-se ainda algum material de apoio á investigação no terreno, como o cronograma da investigação, pedidos de autorização, consentimento informado bem como o guião da entrevista aplicada.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Conforme tivemos oportunidade de compreender no ponto anterior, a noção de enfermagem comunitária, associa-se desde logo, ao trabalho de proximidade do enfermeiro com as famílias, os indivíduos e as comunidades.

Este domínio contudo, tem sido em certa medida, refletido e adotado por núcleos avançados em matéria de enfermagem em cuidados de saúde primários, sendo uma pratica centrada na comunidade, que desenvolve eixos de intervenção específicos, tanto ao nível dos cuidados prestados como ao nível da promoção de promovendo estilos de vida saudáveis, que contribuem fundamentalmente, para a prevenção de doenças e inerentes consequências das mesmas, que pode passar por estados de incapacidade física e mental. Nesta medida, observamos que a enfermagem comunitária, concede especial importância à intervenção, segundo domínios específicos: à informação de saúde, ao contexto social, económico e político, ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

Em Portugal a enfermagem comunitária é entendida como uma profissão reconhecida que cada vez mais se tem desenvolvido como especialidade relevante para o sistema de saúde do nosso país. Esta constatação deve-se essencialmente às mudanças sociais, políticas e económicas que atualmente, e nos últimos anos, se têm verificado no contexto português mas também, no âmbito mais global, a nível europeu.

Contudo, considerando esses desafios e limitações, observam-se algumas mudanças positivas, relacionadas com a participação e pro-atividade da população no desenvolvimento de ações de sensibilização e promoção da saúde.

De referir que, a enfermagem comunitária integra o desenvolvimento de projetos no âmbito dos cuidados continuados, que genericamente pretendem, reforçar e valorizar esta prática, sustentando uma visão de promoção da saúde mais integradora e acessível a todos.

Assim, compreendemos que a enfermagem comunitária integra e desenvolve a sua intervenção, em conformidade com práticas definidas e sustentadas nas evidências reais, adequando-as às necessidades dos indivíduos e comunidades. A enfermagem comunitária caracteriza-se pela capacidade de promoção de ações de saúde e prevenção de doenças, de forma integrada e sistémica, desenvolvidas em equipas multidisciplinares e multisectoriais.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública⁷, “ *A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.*”

⁷ Regulamento n.º 128/2011- Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011

A Enfermagem Comunitária centra-se portanto, na promoção da saúde das populações e da comunidade, num processo ativo de capacitação destas com o objetivo de obter maiores e melhores benefícios, tanto para a saúde como, no exercício de ações e intervenções de cidadania, sendo fundamental, o papel do enfermeiro neste processo, nomeadamente, na análise das necessidades dos indivíduos, por forma a determinar estratégias de avaliação e intervenção junto da comunidade.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)⁸ (2005), entende por comunidade,

“ (...) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo coletivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, condições ou interesses comuns. A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo”.

A OMS considera que a área da saúde, do ponto de vista globalizado, enfrenta um processo de mudança, no que diz respeito à reflexão e compreensão de novos paradigmas, que integram a ação da enfermagem comunitária, mas também dos profissionais que a desenvolvem e poe em prática junto das comunidades. Para esta organização, a figura do enfermeiro comunitário deve ser ajustada desde logo, no domínio da formação, tendo em consideração as mudanças sociais, demográficas e culturais a que assistimos atualmente na Europa e no mundo, abandonando desta forma, modelos mais tradicionais que deixam de fazer sentido, face a novas realidades.

A enfermagem comunitária enfrenta novos desafios e novos contextos, que vão além dos modelos tradicionais, impondo-se assim, a mudança de paradigma necessária para o desenvolvimento da saúde nas comunidades. As necessidades das populações parecem ser cada vez mais exigentes e neste sentido, as respostas da enfermagem comunitária deve ser eficaz e competente, na redução de danos para a saúde e prevenção da doença.

Desde os desafios delineados com a Declaração de Alma-Ata, com a criação dos cuidados de saúde primários em 1979 até à Declaração de Viena em 1993, apenas a Declaração de Munique no ano 2000, veio anunciar uma mudança significativa no âmbito da intervenção da saúde pública e comunitária, através da implementação de ações específicas, que reconheçam e sustentem as competências dos profissionais, com o objetivo destes prestarem os melhores cuidados de saúde à comunidade. Neste sentido, a enfermagem comunitária enquadra novas perspetivas de estrutura e intervenção, considerando fundamentalmente a pratica e papel do enfermeiro comunitário, que desde aí, deve articular os seus conhecimentos de saúde pública, apoiados na prática clínica e os seus conhecimentos de cuidados de saúde primários.

⁸ CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0, 2005, Ordem dos Enfermeiros Portugueses, ISBN: 92-95040-36-8.

As transformações demográficas, os indicadores de morbidade e a emergência das doenças crônicas, impõem-se na sociedade, como fatores centrais na identificação de novas necessidades de saúde. Neste contexto, verificamos que os cuidados de saúde primários têm vindo a desempenhar um papel determinante, no que diz respeito à resolução dos problemas colocados pelos indivíduos e comunidade, sendo o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária determinante neste processo, que pelo seu conhecimento e experiência clínica responde de forma adequada às necessidades impostas, promovendo a saúde nas comunidades.

A enfermagem comunitária, no âmbito dos cuidados de saúde primários, integra um processo de promoção da saúde e prevenção da doença, sobre o qual são definidas diversas atividades de educação para a saúde.

A enfermagem comunitária traduz-se numa prática global e regular, dirigida a todos os indivíduos e desenvolve-se em diversos locais de uma comunidade, ou seja, a enfermagem comunitária é um serviço centrado nas famílias que, pelo seu caráter específico e de proximidade sustenta a sua intervenção no respeito pela independência e o direito dos indivíduos e famílias, no seu livre arbítrio, bem como na autoria da sua identidade e responsabilidades em matéria de saúde, desde que não a coloquem em risco ou comprometam de forma danosa.

No trabalho desenvolvido pelas equipas de enfermagem comunitária junto das famílias e comunidades, está previsto o apoio e suporte no aumento das capacidades destas, nomeadamente no desempenho adequado e eficiente das suas funções. Conforme referimos, esta prática é complementada com a articulação multidisciplinar dos profissionais de saúde e outros parceiros comunitários, cabendo ao enfermeiro comunitário a responsabilidade na identificação e reconhecimento das necessidades de saúde comunitária em determinada área geográfica, garantindo a continuidade dos cuidados e as articulações necessárias.

A prática da enfermagem comunitária é sustentada essencialmente, nas seguintes dimensões de interesse e intervenção: Populações e comunidades; Estratégias de promoção e manutenção de estilos/comportamentos de vida saudáveis, assim com, de prevenção das doenças, através de ações de (in) formação em saúde; estratégias que contemplem no plano de ação o contexto sociopolítico das comunidades; participação e integração em estudos epidemiológicos e outros que contribuam para a resolução dos problemas de saúde das comunidades.

A enfermagem comunitária parece ser compreendida também pela sua amplitude em termos de intervenção, mas também pelo seu caráter multifacetado em termos de resultados e impactos causados nas populações e nos indivíduos. Neste sentido, parece estar a surgir no âmbito da saúde alguns aspetos relacionados essencialmente, com o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, no que respeita à sua autonomia, na promoção do seu próprio bem-estar.

A enfermagem comunitária dotou-se essencialmente de novos significados conceituais, promovidos pela ideia de saúde coletiva, surgido no final da década de 70 e que ao longo do tempo, pela sua especificidade e campo de ação, vem adotando diversas abordagens.

Neste sentido, compreender a enfermagem comunitária integra a compreensão da comunidade através da apreensão do indivíduo no seu contexto, ou seja, reconhecer o indivíduo enquanto ser social, na relação que estabelece com o meio e outros indivíduos, bem como nas ações que desenvolve enquanto autor do seu próprio processo de mudança.

1.1 Âmbitos de ação da Enfermagem Comunitária

Tal como temos vindo a compreender, os âmbitos de ação da enfermagem comunitária, centram-se nos indivíduos, famílias e comunidade. A ação dos profissionais desta área prende-se essencialmente com a garantia dos cuidados de saúde primários no âmbito da saúde pública e comunitárias, tendo principalmente em consideração acima de tudo as necessidades da população, assim como, a identificação dos problemas de saúde que ocorram no âmbito nacional ou as orientações determinadas pelas políticas de saúde.

A enfermagem comunitária desenvolve o seu trabalho em âmbitos distintos, mas sobretudo, obedecendo a metas e objetivos gerais comuns, a garantia dos cuidados de saúde primários à comunidade, a promoção da saúde e a prevenção da doença junto da mesma. Assim, o desenvolvimento de um trabalho integrado em programas ou projetos no CS, no contexto domiciliário ou institucional, num determinado âmbito geográfico, através de ações que promovam a participação ativa das comunidades, numa intervenção multidisciplinar e articulada são fatores essenciais, na ação da enfermagem comunitária.

O desenvolvimento de ações que permitam aos profissionais de enfermagem comunitária intervir no terreno, num trabalho de proximidade com os indivíduos, grupos, famílias e comunidades, impõem-se por si só uma mais-valia nesta área da saúde, seja ao nível dos benefícios para a população, seja para o profissional e a sua missão.

A enfermagem comunitária nos seus âmbitos de ação, deve orientar-se pelas premissas que efetivamente definem e conduzem a sua missão na comunidade, ou seja, a importância da “presença”, do “acompanhamento”, da “proximidade”, do “envolvimento”, do “cuidado”, da “competência”, da empatia”, da “partilha”, da “experiência” e da “ação”.

Assim, segundo Correia et al. (2001)⁹, a Enfermagem Comunitária caracteriza-se 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”, o que de uma maneira geral, vem corroborar os âmbitos de intervenção definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 8)¹⁰: Satisfação do cliente; Prevenção de complicações; Bem-estar e o auto cuidado; Readaptação funcional; Organização dos cuidados de enfermagem; Promoção para a saúde.

⁹ In Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2001.

¹⁰ in Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº32. 2002 (p. 8). ISSN 1646-2629.

Particularmente, no âmbito da Promoção para a Saúde, a Ordem dos Enfermeiros define parâmetros de intervenção específicos, de maneira a que as comunidades se dotem das competências necessárias à promoção do seu bem-estar e saúde.

Assim, da análise elaborada, compreendemos que a enfermagem comunitária nos diversos âmbitos de ação tem vindo a desenvolver intervenções em diversos domínios: Programa Nacional de Vacinação (PNV); Identificação de novas situações epidemiológicas na comunidade em parceria com as autoridades de saúde; Controlo da situação sanitária, tanto endémica e epidémica das populações (ex. inquéritos diagnóstico de epidemiologia); Supervisão e controlo da saúde de grupos vulneráveis socialmente e/ou de risco (ex. saúde materna, infantil e escolar, adolescência e doenças transmissíveis); Apoio e orientação ao nível da saúde a migrantes e imigrantes; Promoção e resposta a solicitações no âmbito da saúde no trabalho, por parte de empresas, associações ou poder local; Realização de rastreios; Articulação e parcerias com as áreas da educação, da segurança social e outros organismos da comunidade, na prevenção e acompanhamento determinado pelo programa de tratamento instituído pelo sistema de saúde em diversas áreas (ex. doenças infecciosas, oncológicas, mentais,...); Promoção e realização de programas e projetos específicos da área da saúde e prestação de cuidados primários; Referenciar e encaminhar os indivíduos, famílias e comunidades para os serviços e recursos existentes no sistema de saúde, segundo a problemática identificada.

A enfermagem comunitária ao longo dos últimos anos evoluiu significativamente, sendo que os dados estatísticos referentes aos anos 2000 e 2014, disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros (2015, p.2), a distribuição dos especialistas em saúde comunitária, cresceram de 1062 para 2244, respetivamente.

As boas práticas de enfermagem comunitária deve ser salientadas e referidas, no sentido de sustentarem os objetivos de intervenção desta área da saúde, sendo importante qualquer que seja o âmbito de intervenção, consi uma abordagem que privilegie o empoderamento das comunidades locais, metodologias de intervenção interdisciplinares, equipas multidisciplinares, respeito pela identidade e cultura local.

1.2 A enfermagem comunitária e os seus objetivos

Portugal, em 2005, iniciou uma reforma dos CS que teve basicamente como principais objetivos, a melhoria da acessibilidade, a eficácia e qualidade de serviços, bem como, a continuidade dos cuidados e o aumento dos níveis de satisfação dos profissionais, indivíduos, famílias e comunidades.

Reestruturaram-se portanto os agrupamentos de centros de saúde e criaram-se novas respostas e tipologias de unidades de cuidados, sendo ao mesmo tempo desenvolvido o sistema de cuidados continuados e a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses (REPE)¹¹, considera a enfermagem uma profissão que estando integrada na área da saúde, tem como objetivo principal, a prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos, qualquer que seja a sua condição (sã ou doente/debilitada) ao longo de todo o seu ciclo vital, assim como, a grupos sociais em que está integrado, no sentido destes manterem, recuperarem e melhorarem a sua saúde, ajudando-os a alcançar a sua máxima capacidade funcional, no menor espaço de tempo possível.

A enfermagem comunitária integra assim como objetivo, a prestação e garantia dos melhores cuidados de saúde às comunidades, mas também a promoção do potencial de mudança dessas comunidades, no sentido de empoderá-las no seu próprio desenvolvimento.

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.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2007) refere que, *“(...) é no contexto da comunidade que, partindo da investigação das suas necessidades, é permitido compreender melhor os seus mecanismos e aumentar os conhecimentos nos quais os diferentes “artesãos de cuidados” se poderão apoiar”*.¹³

A noção dos desafios e problemáticas inerentes às comunidades, implica por parte do profissional, um esforço e capacidade profundos de integração, envolvimento e proximidade, aliás, como temos vindo a referir.

Esta capacidade permite por sua vez, a ampliação da experiência e dos conhecimentos que o profissional necessita, para o desenvolvimento eficaz do seu trabalho. A construção e preservação de relações de confiança, assim como, o fortalecimento da mesma, relaciona-se fundamentalmente com questões éticas e de respeito humano, determinado sobretudo pela formação pessoal de cada profissional, complementado pelos conhecimentos adquiridos no âmbito da sua formação e experiência profissional. Assim, importa referir, que os comportamentos dos profissionais de enfermagem comunitária devem sustentar-se em valores como o respeito humano, imparcialidade e isenção de juízos de valor ou pré-conceitos, promovendo uma relação sustentada na partilha de experiências e integração de saberes, na qual o conhecimento científico não tem necessariamente de se sobrepor ao conhecimento popular.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 9), o *“(...) saber especializado em enfermagem deverá ser decorrente do aprofundar do conhecimento da pessoa já que, por definição os cuidados*

¹¹ Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril)

*de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...)*¹².

Neste contexto, a questão da multiculturalidade impõem-se como fator desafiante no domínio da enfermagem comunitária em geral, e no papel e funções do enfermeiro comunitário em particular, uma vez que a diversidade cultural com que este se pode depara, lhe proporciona a oportunidade de ampliar os seus conhecimentos e visões, acerca de formas diferentes de estar e viver, nomeadamente pelo contacto direto com novos hábitos, costumes, mitos, crenças, línguas, comportamentos e experiências de vida. Contudo, é importante que o enfermeiro em situações desafiantes mantenha o domínio dos seus objetivos, prestando assim, o melhor cuidado de saúde às comunidades, devendo para isso focar-se em ultrapassar as dificuldades e obstáculos, desde logo, levantados pela língua, por exemplo. Leininger (1991) considera que o cuidado de enfermagem surge no contexto cultural, desenvolvendo-se a partir daí.¹³

Assim, verificamos que é junto das comunidades que se observam as maiores vulnerabilidades dos indivíduos, das quais se evidenciam situações como¹⁴, o isolamento social; a doença e dependência por ela motivada (ex. idosos); ausência familiar na prestação de cuidados levando a situações de abandono e solidão; cuidadores desgastados obrigados a fazerem escolhas que maioritariamente leva ao abandono das suas vidas e atividades; vulnerabilidades financeiras, discriminação por doenças crónicas (ex. HIV); a violência familiar, na escola e contra idosos; abandono de crianças e idosos; a toxicodependência, o analfabetismo pessoas sem-abrigo.

Neste contexto percebemos que a enfermagem comunitária deve integrar instrumentos que permitam ao profissional intervir nestes contextos e situações de forma produtiva e eficaz, tendo em conta os desafios e vulnerabilidades dos indivíduos e comunidades. Assim, o enfermeiro comunitário deve sustentar a crença da sua capacidade adaptativa e de suporte às comunidades face a esses desafios e vulnerabilidades, além de que cientificamente é sustentável a teoria do contributo da boa saúde na qualidade de vida dos indivíduos.

No sentido de estabelecer a enfermagem comunitária como domínio específico e especializado da área da saúde, consideramos que face às situações referidas, esta vem determinar respostas efetivas às necessidades identificadas, permitindo ao mesmo tempo elaborar leituras alternativas e multidimensionais da saúde. Neste sentido, face a situações de múltiplos desafios, o enfermeiro comunitário desenvolve e coordena ações e projetos locais, promovendo ativamente atividades na comunidade utilizando recursos, como os CS, hospitais, equipamentos escolares e académicos, domicílios, entre outros espaços públicos ou privados, com o objetivo fundamental de intervir na promoção para a saúde, prevenção e tratamento de doenças e prestação de cuidados.

¹² in Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. Suplemento de Revista. Nº 26. Junho 2007. (p. 9 a 20). ISSN: 1646-2629.

¹³ In Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

¹⁴ in Revista da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. Nº20, 2008 (p. 18 a 27). ISSN: 0874-2952.

Por vezes a complexidade e multiplicidade dos desafios pode condicionar a eficiência dos projetos, no sentido de se evidenciarem resultados ou efeitos mais tardios, não significando de todo, que os objetivos definidos para a problemática identificada, não tenham sido adequados.

2. O ENFERMEIRO COMUNITÁRIO

O perfil do enfermeiro comunitário integra um conjunto de competências clínicas especializadas que têm como objetivo garantir às comunidades os cuidados necessários, que contribuam para a segurança do seu bem-estar e saúde no domínio de determinado contexto à qual pertencem.

Neste sentido, e tendo por base um percurso de formação especializada, o profissional de enfermagem comunitária, desenvolve competências que lhe permitem participar nos processos de tomada de decisão, nos principais problemas de saúde pública, na avaliação de situações multidessafiadas, assim como, na conceção, elaboração e desenvolvimento de programas e projetos de intervenção junto da comunidade, com objetivos específicos de capacitação e empoderamento na aquisição de competências que lhes permitam ativamente intervir na promoção da saúde e bem-estar coletivo.

O enfermeiro comunitário é portanto um agente de mudança, que intervém em múltiplos contextos, garantindo-lhes o acesso a cuidados de saúde integrados, continuados e eficazes. A sua ação é dirigida, essencialmente, a grupos sociais com necessidades específicas, normalmente inseridas em contextos multiculturais e socioeconómicos vulneráveis.

Assim, o enfermeiro comunitário deve assumir-se enquanto profissional de saúde, alguém com perfil ético e respeitador da diversidade, mantendo uma postura de respeito em termos culturais e pela pessoa humana, mantendo como referimos anteriormente, imparcialidade e isenção de juízos de valor ou pré-conceitos.

Segundo o artigo 4º do Regulamento n.º 128/2011¹⁵, as competências específicas do enfermeiro comunitário e de saúde pública são as seguintes: a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Atualmente verificamos que a figura do enfermeiro comunitário, ocupa um lugar de facilitador de mudança nas equipas multidisciplinares da saúde em que está inserido, desenvolvendo um trabalho de cooperação, suporte e proximidade junto dos indivíduos, famílias e comunidades,

¹⁵ Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 8667 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

investindo em relações de Ihe permitem alcançar um conhecimento mais profundo daquelas, no que respeita aos seus estilos de vida e necessidades de saúde.

3. ESTILOS DE VIDA E ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

A Declaração de Alma - Ata (OMS, 1978) referia que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social não pressupõe apenas na ausência de doença, estabelecendo o direito fundamental de um ser humano, o nível de saúde mais elevado só era possível para além de ausência de doença a participação de numerosos setores socioeconómicos (E. Correia & Pinho, 1988).

A saúde aumenta a esperança de vida num ambiente de bem-estar da comunidade do presente e do futuro, o que pressupõe a promoção da própria saúde, levando a uma mudança de hábitos prejudiciais. Esta mudança levará à mudança do ambiente político, mental e socioeconómico, onde cada um se insere, de modo a que seja possível concretização de tal mudança desses hábitos.

Segundo modelo biomédico, o conceito de saúde, e no princípio da autoridade do conhecimento dos profissionais especialistas, foi evoluindo, aceitando-se que está relacionado com a perceção que cada pessoa ou comunidade num determinado momento ou conjuntura de vida, dependendo dos seus ideais de vida, do seus pressupostos de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo.

Por outro lado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 a saúde é referida como sendo um processo sistémico e holístico, segundo Bircher “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” (Portugal. MS, 2013, p. 26).

Cockerham, (2005) refere saúde como um processo de equilíbrio dinâmico entre múltiplos fatores, focando-se no indivíduo. Uma nova perspetiva surge como prioridade na prevenção da doença e promoção da saúde.

“As opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do cidadão no setor da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspetiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde.” (Portugal. MS. DGS, 2004a, p. 63).

Segundo Korp estilos de vida no âmbito da promoção da saúde, refere-se ao modo de vida que a pessoa adota, com uma visão centrada na responsabilidade individual.

“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” (Portugal. MS. DGS, 2006, p. 15).

Cockerham, (2005) dá ênfase ao papel dos fatores socioeconómicos e de contexto sociopolítico, na determinação da saúde relacionada com os estilos de vida. No entanto, nos últimos

anos, tem-se verificado um esforço para afastar com o foco exclusivo dos determinantes individuais e alargar a percepção do conceito “estilo de vida saudável” no contexto da promoção da saúde (Korp, 2008).

A mudança dos comportamentos de saúde é crucial na prevenção da doença (Johnson et al., 2010). A informação que as pessoas obtém acerca dos comportamentos de saúde é essencial e influenciadora na mudança no comportamento, no entanto há distância entre a intenção e os comportamentos praticados, pois esta, normalmente, é insuficiente para direcionar o comportamento (Webb & Sheeran, 2006).

Para Rocha & Barata, (1998) estilos de vida saudáveis exigem algo mais, no plano dos comportamentos, do que a prática regular do exercício físico e referem-se ao conjunto dos comportamentos e hábitos, sono, tabagismo, alimentação, atividade física, entre outros que podem afetar a saúde. Para além dos comportamentos referidos, devemos viajar, ir ao cinema, escutar musica, ler e partilhar momentos com os amigos. Os comportamentos saudáveis são também momentos de lazer, pois qualidade de vida é também sentir as emoções de prazer que essas atividades nos dão, é também sentir a gratidão, o amor, desejos sexuais, sentir reconhecimento, respeito e autoestima, assumindo que qualidade de vida é felicidade, satisfação de desejos e estabilidade mental. Nomeadamente a capacidade de comunicar, a motivação, o autoconceito, a aprendizagem, constituem a essência de personalidade que definem o caráter do adolescente, delineando os aspetos psicológicos que lhe estão presentes e lhe atribuem traços diferentes que se associam a determinantes pessoais, tornando a pessoa naquilo que a caracteriza em adulto (Sanchez-Serrano, 2001).

Saúde e estilos de vida saudáveis são entendidos na carta de Otawa, (WHO, 1986) emanada da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, como um objetivo para a vida e não como uma finalidade da vida, assente nos meios pessoais e sociais. A Promoção da Saúde é sustentada na adoção de estilos de vida saudáveis para alcançar o bem-estar, o que sustenta uma visão holística do conceito de saúde, foco primário para a definição da promoção da saúde.

Para OMS a promoção da Saúde é um processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para melhorarem a sua saúde (WHO, 1998).

Para alcançar um estado de completo bem-estar social, mental, físico, o indivíduo ou o grupo devem estar preparados atingir a realização e satisfação das suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio envolvente. A promoção da saúde, ainda de acordo com a carta de Otawa, exige uma ação coordenada de todos: setores da saúde, empresas, governos, comunicação social, social e económico, autarquias, existindo o envolvimento das populações enquanto indivíduos, família e comunidades. Neste envolvimento deve existir um equilíbrio entre as necessidades do indivíduo, locais e as possibilidades de cada país e região, considerados distintos sistemas culturais, económicos e sociais, criando estratégias e programas adequados.

Depois de uma abordagem de alguns conceitos, verificamos que são vários os comportamentos que influenciam a saúde. Neste estudo referimos a alimentação, a atividade física,

os hábitos de sono, consumo de tabaco e álcool, que segundo a OMS são dos comportamentos prioritários para a saúde pública.

Comportamento de saúde para Kasl e Cobb (1966) é um comportamento que tem como objetivo impedir o aparecimento de uma doença, definição esta, que defendia que a única coisa que importava é evitar a doença. Já a definição apresentada mais tarde por Harris e Guten (1979) indica como objetivo do comportamento de saúde a proteção, promoção e manutenção da saúde, independentemente do estado de saúde da pessoa e se esse comportamento atinge ou não o fim desejado (Ribeiro, 1998).

Para Ribeiro (1998) os comportamentos são considerados como fatores de risco para diversas doenças e alvo dos programas de promoção da saúde. A má alimentação, a inatividade física e o tabaco são considerados como principal causa de morte nos Estados Unidos (Mokdad et al., 2004).

Van Horn (2012) afirma que a alimentação e a atividade física podem orientar as intervenções para a promoção de um estilo de vida mais saudável e simultaneamente prevenir as doenças crónicas.

Também, segundo Davies (2011), um estilo de vida saudável, tal como uma alimentação equilibrada, a atividade física regular, hábitos de sono regrados, diminuição no consumo de tabaco e álcool são impulsionadores de um envelhecimento saudável. Embora a escolhas destes estilos de vida saudáveis dependam de decisões individuais, existem fatores ambientais e comunitários que podem incentivar/motivar ou dificultar a escolha e manutenção desses comportamentos (Maley, Warren, & Devine, 2010).

Os estudos nesta temática foram evoluindo e começaram a associar determinados comportamentos de risco à doença e mortalidade. Nas últimas décadas foi reconhecida a sua importância enquanto dimensão dos cuidados de saúde, pelo que, a mudança de comportamento, desde a cessação tabágica e alcoolismo, como padrões alimentares e exercício físico, hábitos de sono, tornaram-se um objeto de estudo e alvo de intervenção (Armstrong, 2009).

Para Ribeiro (1998) além do risco aumentado de doenças crónicas os comportamentos não saudáveis estão associados a consequências mais imediatas, como a depressão, a violência, os acidentes rodoviários.

A saúde estará 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. Passamos a fazer uma abordagem a estes comportamentos.

3.1 Comportamentos Saudáveis: Hábitos de sono e repouso

A maior parte das pessoas não dorme tanto quanto seria fundamental, com reflexões na saúde do indivíduo. Fonseca (2005) refere que o indivíduo que não dorme o suficiente vai ter menor rendimento no seu dia-a-dia, podendo iniciar instabilidade de humor ou humor depressivo, começar a revelar problemas nas relações interpessoais e dificuldade na tomada de decisões. A sua aparência física também sai prejudicada. Além disso quando conduz ou pratica desportos, fica em maior risco de sofrer um acidente.

As alterações do tempo de vigília e de sono, refletem-se na hora de acordar, na disposição para levantar e trabalhar, na concentração diurna, no bem-estar e o desempenho cognitivo. Desta forma a qualidade do sono é reconhecida como fator relevante a considerar no âmbito da saúde pública.

Duarte (2008) refere que o estudo do sono é importante, pois os transtornos do sono, tais como a insónia, hipersónia e alterações dos estados vigília/sono constituem motivo frequente de consulta médica, porque o rendimento diário é algo afetado pela qualidade do sono.

Silva, no prefácio de Paiva (2008) refere que quanto às propriedades biológicas fundamentais, atividade sexual, o saciar da sede e da fome, o sono é a única que não pode ser mantida ausente mais do que cinco ou seis dias sem que os comportamentos apareçam com risco para a própria vida. Maus hábitos do sono resulta logo em diminuição do desempenho psicomotor; em dificuldade de concentração, em diminuição da memória, lapsos de atenção, em mau humor, sensação de fadiga, irritabilidade e até estados de confusão. O mesmo autor referencia que para além destas consequências, o sono REM desempenha o papel de ativador do cérebro ajudando o desenvolvimento e formação de redes neuronais.

Para Plank et al. (2008) a diminuição do nível de atenção normalmente ocorre em pessoas cansadas física e/ ou mentalmente que apresentam privação do sono ou ciclo sono-vigília alterado. O cronotipo, classificado em matutino, vespertino e intermediário (indiferente), reflete o horário do dia em que o indivíduo preferencialmente se encontra disposto a realizar diversas tarefas do quotidiano. O cronotipo é determinado por um relógio biológico interno, que por sua vez é regulado pela intensidade luminosa do meio externo.

O tempo total de sono por dia também varia mediante a fase que o indivíduo se encontra; o recém-nascido dorme 16 a 18 horas, o bebé de 6 meses 14 a 15 horas, a criança de 3-4 anos dorme 12 horas, com 10-12 anos cerca de 10 horas, os adolescentes 8 a 9 horas, os adultos 7 a 8 horas e os idosos 5 a 6 horas. O conhecimento desse ritmo interno, além de melhorar a qualidade de vida do indivíduo, é fundamental para adequar o horário”. E por isso é uma área que carece e merece ser mais investigada pelo contributo para o bem-estar individual.

3.2 Comportamentos Saudáveis: Privação de consumo de tabaco

Entre os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida destaca-se o consumo do tabaco. Segundo OMS o hábito de fumar é um dos flagelos do século XXI. Esta alerta para os elevados índices de morbidade e mortalidade que lhe estão associados, de forma a avaliar a eficiência das medidas preventivas no consumo de tabaco (Precioso, Samorinha, Macedo, & Antunes, 2012). O fumo do tabaco afeta gravemente a saúde, e a sua substancia, a nicotina cria de uma forma acelerada dependência nos indivíduos que a consomem. O tabaco ainda integra inúmeras atividades sociais.

De acordo com os dados obtidos em 2006 e presentes no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) permitem caracterizar estes consumos, 20,8% da população residente em Portugal continental era fumadora. Entre os fumadores, 89,4% fazia-o diariamente e cerca de 10,6% fumava casualmente. O número de fumadores era mais elevada na população masculina: 30,5% contra 11,8% das mulheres. Em ambos os sexos, o valor mais elevado encontrava-se no grupo dos 35 aos 44 anos: 44,6% e 21,2%, percentivamente (Portugal. MS, 2013).

O tabagismo para além dos danos individuais, afeta toda sociedade. Este consumo também está associado a outros comportamentos prejudiciais à saúde, o abuso de álcool e a droga. Para além de se prejudicarem a si mesmos, os fumadores prejudicam a saúde dos não fumadores que estão presentes em ambientes de fumo. O estado gasta montantes elevados para tratar as doenças relacionadas com o fumo do tabaco (Precioso, 2000). A prevenção do tabagismo previne outros consumos de substâncias psicoativas, logo a primeira experiência com tabaco deve ser adiada, sendo adequado realizar formações com a população jovem. Os programas devem ser compostos por conteúdos de prevenção, incluindo a aquisição de competências sociais, a resistência à pressão social, o aumento da eficiência individual e a passagem de conhecimento em relação às consequências negativas do consumo do tabaco (Silva, Gonçalves, & Carvalho, 2009).

Segundo OMS (1998), devido ao consumo de tabaco morrem cerca de 4,9 milhões de indivíduos por ano. Se este consumo se mantiver, a OMS estima que, em 2020/2030, este número chegará aos 10 milhões de pessoas por ano (Ministério da Saúde em 2005). O consumo de tabaco é a principal causa de morbidade e mortalidade. Os últimos dados no World Health Report (2002), refere que o consumo de tabaco é a principal causa isolada de peso da doença (12,2%).

A epidemia tabágica revelam que na população adulta e em jovens escolarizados, de Portugal e vários países da União Europeia, que há uma relação direta entre o consumo de tabaco e patologias do trato respiratório, cardiovascular, digestivo, reprodutor e sistema nervoso central. Também há efeitos carcinogéneos e manifestações perinatais bem como pós natais. O consumo tabágico é perigoso especialmente pelas consequências negativas no sistema respiratório e cardiovascular, nas raparigas, para além destes efeitos, produz também efeitos prejudiciais na função reprodutiva, por exemplo, maior risco de doença inflamatória pélvica, que pode afetar a fertilidade, maior risco de aborto espontâneo e diminuição do peso dos bebés à nascença. Noutros estudos, os investigadores destacam a associação entre fumar e diminuição do stresse ou relaxamento como a razão mais referida por um grupo fumadores. Existe também a crença de que o

tabaco ajuda a controlar o peso, onde fumar aparece associado a uma imagem feminina ideal, marcada pelo charme, a sensualidade, a elegância, a independência, a integração e aceitação na sociedade (Matos, 2003).

Estas doenças somadas aos efeitos observados nas pessoas, pela exposição ao fumo ambiental do tabaco, levam-nos a perceber que estamos perante um problema de saúde individual e pública, sobre o qual é imprescindível agir utilizando estratégias e envolvendo a população nesta problemática.

Os inquéritos nacionais de saúde referem que a prevalência tem diminuído nos últimos 20 anos, nos homens tem diminuído enquanto nas mulheres tem sido crescente esse consumo, tem aumentado mais o contacto com o tabagismo nos mais jovens. É uma preocupação no campo da saúde pública o tabaco, pois é a principal causa de morte, em virtude da sua influência na origem de doenças.

3.3 Comportamentos Saudáveis: Privação de consumo de álcool

As bebidas alcoólicas são bebidas que contêm álcool. O álcool etílico ou etanol é constituído pela molécula com a fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. O álcool é um produto da fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) por influência de microrganismos, nomeadamente leveduras. As bebidas alcoólicas são bebidas fermentadas, que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras, bebidas destiladas, que resultam da destilação do álcool produzido no trajeto da fermentação. Através de um processo de evaporação (seguida de condensação pelo frio) das bebidas fermentadas podem adquirir-se bebidas mais graduadas (APEF, 2008). Uma das bebidas fermentadas mais conhecidas é o vinho conseguido por fermentação do sumo da uva. Como exemplo de bebidas alcoólicas destiladas, “aguardentes”, licores, whisky, vodka, gin bebidas que apresentam um grau de graduação alto

O consumo de álcool destacasse entre os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida.

Embora os efeitos do álcool sejam reconhecidos desde a antiguidade, o alcoolismo crónico era ignorado sendo apenas valorizado a embriaguez entre os efeitos ligados ao consumo de bebidas alcoólicas. A consciencialização do alcoolismo como doença e perigo que advém em termos públicos, verifica-se só na segunda metade do século XX (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

A OMS considera o alcoolismo como doença e o alcoólico como doente. Sendo assim, o “Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais. Nesta condição e, aludindo aos consumidores, considera ainda que

Alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico, devem submeter-se a tratamento” (Mello et al., 2001, p. 15). Estes autores referem que em 1982, num documento de trabalho preparado para as «Discussões Técnicas sobre Alcoolismo», durante a 35.^a Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, a Organização Mundial de Saúde apresentou uma conceção de problemas ligados ao álcool como uma expressão usada para designar consequências nocivas do consumo de álcool sendo que estas atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral.

No portal da saúde português (DGS, 2011) está presente a informação como a OMS classifica os consumos de álcool: Consumo de risco; Consumo nocivo; Dependência. O consumo de risco é visto como um padrão de consumo que pode vir a acarretar danos mentais ou físicos se o indivíduo persistir no consumo. O consumo nocivo é um consumo que causa danos à saúde, quer mentais quer físicos. A dependência é vista como um consumo constituído por aspetos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após frequente consumo de álcool, desejo incontrolável de consumir bebidas alcoólicas, continuação dos consumos apesar dos resultados negativos e nocivos para o ser humano, necessidade de aumentar as quantidades da substância para atingir o efeito desejado, e sintomas de privação (Mello et al., 2001).

O consumo habitual ou abusivo de álcool aparecem-nos assim relacionados com um conjunto de fatores pessoais, associados a outros comportamentos ligados ao risco para a saúde (Matos, Carvalhosa, Reis, & Dias, 2001). Face ao exposto, podemos perceber que o consumo de álcool, para além de condicionar a vulnerabilidade de uma série de fatores pessoais do indivíduo, frequentemente estão associados a outros comportamentos ligados ao risco para a saúde que se revelam nos contextos sociais onde habitualmente realizam a sua vida diária.

3.4 Comportamentos Saudáveis: Alimentação

Um dos fatores mais importantes na adoção de um estilo de vida saudável é a alimentação. A OMS (2004) considera a alimentação saudável um dos fatores de proteção da saúde DGS, (2005), entende que a alimentação saudável relaciona-se com o consumo equilibrado e variado de alimentos.

De uma maneira geral, as orientações da OMS relativamente à alimentação saudável compreendem diversos comportamentos de consumo que, principalmente nos países desenvolvidos, em larga medida se foram perdendo ou são menos característicos, dando origem a vários problemas de saúde, como: doenças cardiovasculares, cancro, a obesidade, diabetes e osteoporose (Van Horn, 2012).

A OMS (2004) considera que uma alimentação saudável deve ser composta pelo aumento do consumo de frutas, vegetais e legumes, grãos integrais e nozes, e redução no consumo de açúcares e gorduras saturadas, sal de todas as fontes, garantindo que o mesmo é iodado.

Observamos que esta matéria tem vindo a ser uma das grandes preocupações dos responsáveis mundiais e das organizações da área da saúde, no que respeita à promoção da e adoção de comportamentos saudáveis, devendo-se em muito à influência das dinâmicas e do desenvolvimento social, que cada vez mais, exige rotinas que não parecem ser compatíveis com a adoção de comportamentos adequados à melhoria do bem-estar e da saúde dos indivíduos.

Existem por isso vários estudos e indicadores que apontam ser mais fáceis aumentar o consumo de alimentos saudáveis, ao invés de reduzir o consumo de alimentos menos saudáveis, conforme referem Adriaanse et al. (2011).

As recomendações e orientações da OMS têm vindo a ser adotadas em diversos países, sendo as mesmas alvo de revisão a cada cinco anos, desde a década de 80, integrando novos paradigmas e estudos científicos (Van Horn, 2012).

Segundo os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), as disponibilidades alimentares *per capita*, abrangeram em média as 3 963 kcal ao longo do quinquénio 2008-2012, ou seja, verificou-se um aumento de cerca de 2,1% relativamente ao período anterior. No ano 2012 contudo, as disponibilidades alimentares de carne de bovino e de carne de suíno, parecem ter alcançado os níveis mais reduzidos, passando a carne de aves a garantir a principal disponibilidade deste produto, em Portugal. Por outro lado, a mesma entidade refere que, nesse ano ao nível da disponibilidade de frutas, lacticínios e peixes, confirmaram-se mínimos de 20, 9 e 8 anos respetivamente.

Assim, como está representado na figura 1, verificamos que a distribuição das disponibilidades diárias *per capita* da Balança Alimentar Portuguesa (BAP), relacionada e comparada com o modelo alimentar proposto pela Roda dos Alimentos (RA), demonstra ainda em 2012 algumas irregularidades, devido à preeminência, nomeadamente de excesso de gorduras e proteínas de origem animal.

Figura 1: Distribuição dos alimentos segundo a Roda dos Alimentos e a BAP

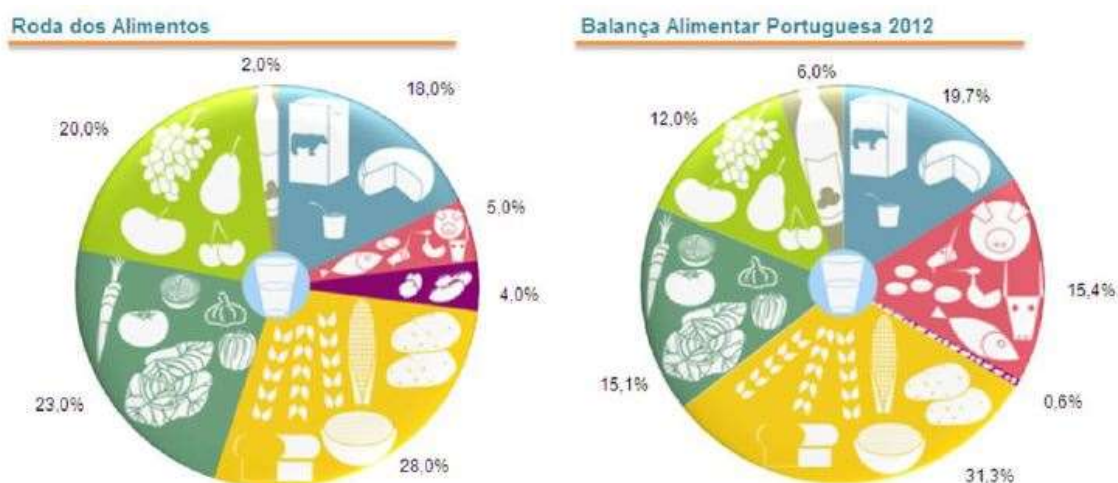


Figura adaptada da Roda dos Alimentos da Direção Geral do Consumidor

Assim, verificamos que no quinquénio 2008-2012, as calorias oriundas de gorduras saturadas ultrapassaram os valores recomendados pela OMS, sendo que para esta organização, um modelo alimentar saudável não deve exceder 10% de calorias que derivam das gorduras saturadas, uma vez que as mesmas se associam inevitavelmente pelas suas características maioritariamente de origem animal, a riscos de doenças, nomeadamente, cardíacas e de circulação.

Contudo, em 2012 constata-se uma mudança de paradigma nesta matéria, existindo alguma adesão à dieta mediterrânica verificando-se assim, um predomínio de calorias inerentes aos produtos típicos deste tipo de dieta.

Conforme referimos atrás, e de acordo com a DGS (2005), o consumo em excesso de gordura saturada, associa-se à origem de diversas doenças, como, colesterol, doenças cardiovasculares e doença aterosclerótica, podendo ainda surgir complicações ao nível da diabetes tipo 2, através do consumo excessivo de calorias (Reedy e Krebs-Smith, 2010).

No combate e prevenção de algumas destas doenças, assim como a obesidade, obstipação e cancro, a DGS (2005) recomenda o aumento do consumo de produtos hortofrutícolas e alimentos de origem vegetal. Uma alimentação saudável deve portanto incluir uma grande diversidade de alimentos, sendo esta reconhecida, com impacto positivo na saúde em geral (Drescher, Thiele, e Mensink 2007).

No contexto português e considerando as recomendações da OMS, relativamente ao contributo dos macronutrientes, que assumem um papel importante na satisfação das necessidades de energia e outras funções no organismo de cada indivíduo, observam-se algumas diferenças no quinquénio 2008-2012 em relação ao anterior verificado na BAP.

Além da contribuição energética das gorduras, dos hidratos de carbono e das proteínas, uma das questões mais importantes ao nível do padrão alimentar adotado pelos portugueses, prende-se com a contribuição dos açúcares no aporte calórico diário, tendo em conta que o seu consumo excessivo é um fator de risco para a saúde, sendo os valores nutricionais associados às calorias provenientes dos açúcares extremamente pobres. Optar por uma alimentação saudável ou um estilo de vida, no qual a possamos integrar, é atualmente, para muitos indivíduos uma necessidade que de uma maneira geral, está acessível a todos. Os recursos informativos acerca da temática da alimentação e estilos de vida saudáveis, estão cada vez mais disponíveis em diversos formatos, desde livros, revistas, sites, panfletos, anúncios de Tv e outros. Sessões de esclarecimento e sensibilização promovidos, tanto pelas entidades de saúde pública como privadas, sendo uma temática de preocupação e interesse social, no combate a doenças e na promoção da saúde.

Contudo, segundo Adriaanse, Vinkers, De Ridder, Hox e De Wit (2011), esta facilidade de acesso a tudo o que possa manter os níveis de informação dos indivíduos, mais elevados, pode resultar numa ação contraproducente e limita-los na pro-atividade e no seu próprio processo de mudança neste sentido.

Assim, embora exista manifestamente a intenção de muitos indivíduos agirem em prol da transformação de hábitos alimentares, seguindo uma alimentação saudável, é compreensível que poucos consigam atingir essa meta, uma vez que, os hábitos alimentares são, senão o mais, um dos mais complexos comportamentos a alterar. (Kumanyika et al., 2000).

Uma das implicações que, segundo Shaw (2006) pode limitar a opção do consumo de alimentos saudáveis, prende-se por vezes com questões financeiras uma vez que a aquisição dos mesmos, requer um investimento que não é acessível a todos, e portanto, indivíduos socioeconomicamente mais favorecidos apresentam hábitos alimentares mais saudáveis. Bogue et al (2005) consideram ainda que estes indivíduos apresentam ainda uma maior consciência dos benefícios para a saúde que esta opção pode trazer.

Do ponto de vista da biomedicina, a alimentação saudável associa-se à prevenção de diversas doenças, nomeadamente, as crónicas não transmissíveis, confirmando o que Peter Conrad¹⁶ (2007) define de medicalização. Porém, esta noção na nossa sociedade fica ainda aquém do socialmente aceite, tendo em consideração que a alimentação e a vida social dos indivíduos se interrelaciona (Carvalho, Luz, e Prado, 2011).

Villagelim et al. (2012) referem que a visão mecanicista construída a partir do modelo biomédico não reconhece a importância dos fatores económicos, sociais, políticos e culturais, na alimentação e na saúde dos indivíduos, enquanto fatores essenciais no domínio da compreensão global necessária acerca das motivações reais deste na adoção ou não a uma alimentação mais saudável.

3.5 Comportamentos Saudáveis: Exercício físico

Para Rocha & Barata, (1998) quanto ao ciclo de vida humano, facilmente percebemos que o avanço da idade implica maiores cuidados de uma maneira geral, nomeadamente no que respeita ao estilo de vida dos indivíduos, sendo benéfica a adoção de estilos de vida saudáveis e ativos. Contudo, da análise que tem vindo a ser desenvolvida neste âmbito, percebemos que se trata de uma matéria que cada vez mais surge nas preocupações dos responsáveis governamentais e de saúde, a prática regular de exercício físico como método preventivo de algumas doenças crónicas e promotor de saúde.

Considerando esta prática como contributo de uma vida saudável, nomeadamente pelos seus efeitos positivos ao nível da saúde e bem-estar do indivíduo, uma vez que, aumenta os níveis de energia do organismo, a autoconfiança, a boa disposição entre outros aspetos, sendo favorável a todas as idades, desde que praticado de forma adaptada a cada uma.

¹⁶ Médico sociólogo americano; publicou vários artigos científicos acerca da medicalização do desvio, da experiência da doença, do bem-estar no local de trabalho e genética

Para Van Horn,(2012) tendo em conta a melhoria da saúde, complementando a prática do exercício físico com uma alimentação saudável, percebemos que diversas doenças que afetam o indivíduo, podem ser prevenidas.

Para além dos benefícios físicos, psicológicos e emocionais, que o exercício proporciona, verificam-se ainda benefícios ao nível da manutenção de um cérebro mais ativo e alerta, que ajuda o indivíduo a desenvolver e realizar atividades com maior agilidade e segurança.

Praticar desporto é portanto uma forma do indivíduo, poder garantir o pleno funcionamento das suas funções físicas e cognitivas que, em pessoas mais velhas, pode ser fundamental na sustentabilidade, preservação e prevenção de algumas faculdades a esse nível. Por outro lado, a manutenção de hábitos e rotinas que estimulem o cérebro são também benefícios que se podem tirar da prática do exercício físico, tendo em conta o aumento de energia que a mesma proporciona, deixando a mente mais desperta para o usufruto de atividades como a leitura e a escrita. A prática de exercício físico pode tornar-se o melhor remédio para a depressão e a tristeza que muitas vezes afeta o indivíduo. As doenças associadas à demência por exemplo, podem ser combatidas através do exercício físico, uma vez que se têm obtido bons resultados a este nível.

Em termos biológicos, a prática do exercício físico produz no organismo endorfinas, que levam ao desenvolvimento de sentimentos de bem-estar e autoconfiança, além do fortalecimento do sistema imunitário e digestivo, ossos e tensão arterial, assim como de outros órgãos como o coração e os rins.

Um organismo equilibrado é essencial para que se encontrem e desenvolvam as defesas necessárias a possíveis doenças que possam surgir. Deste modo, é importante manter um corpo sã em mente sã, ou seja, um corpo equilibrado e em forma, prevenindo contra fatores que possam contribuir para o seu desequilíbrio a nível de saúde e bem-estar, preparado para combater a falta de mobilidade que muitas vezes, é assumida como uma causa inerente à idade avançada ou ao estado de debilidade e fragilidade, mas que em grande parte relaciona-se com a falta de movimento.

Contudo, importa reforçar a ideia de que os exercícios físicos e a regularidade da sua prática devem ser sempre adequados à pessoa, tendo em conta as suas características pessoais, como, idade, estrutura física, estado de saúde, doenças, e outras. Não obstante, a certeza de que a prática de exercício físico, contribui para melhorar diversos fatores importantes para o trabalho de resistência do indivíduo, como a força, a flexibilidade, a postura, a mobilidade, o equilíbrio e a coordenação motora.

Importa contudo salvaguardar, que a atividade física deve ser cautelosamente estabelecida por profissionais qualificados, que devem planificar os exercícios mais adequados a cada indivíduo, no sentido de se evitar o risco de lesões indesejadas. A prática dos exercícios deve também ser do agrado de quem a vai praticar, para que os níveis de motivação se mantenham elevados, fator fundamental para uma prática regular.

Para Ribeiro (1998) em situações de doenças crónicas e/ou condições médicas adversas, a atividade física pode não significar uma contra-indicação, sendo importante que os indivíduos se mantenham ativos, com moderação e segundo indicações dos profissionais de acompanhamento médico em articulação com o responsável pelo seu plano de exercícios. Nestes casos, por norma verificam-se melhorias na qualidade de vida do indivíduo, quando a prática de exercício se realizar.

Desta forma o exercício e a atividade física regular funcionam em conjunto na promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos, desde que assumida como um compromisso na adoção de estilos de vida ativa e saudável.

4. TEORIA DAS TRANSIÇÕES E A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS EM SAÚDE

Segundo Afaf Meleis denomina-se a passagem de uma fase da vida para outra, ou de uma condição ou status para outro, como “transição”.

Uma transição é normalmente precipitada por um evento ou “ponto de viragem” que solicita novos padrões de resposta.

Assim sendo, o processo de adoção de comportamentos saudáveis assume-se como um processo de transição que se poderá inserir no conceito de transição de desenvolvimento, uma vez que segundo Meleis (2000) são as transições que “ocorrem quando o ser humano enfrenta uma mudança decorrente da sua evolução ao longo do ciclo vital.

Durante a transição a pessoa experimenta distintas mudanças, na identidade, nos papéis, nos padrões de comportamento, com repercussão direta na forma como se vê a si e ao mundo. Assim, as pessoas (profissionais de saúde) vêm-se perante a necessidade de desenvolver novas habilidades, relações e estratégias de coping. A transição envolve, muitas vezes, uma mudança na identidade, nos papéis e nos padrões de comportamento do indivíduo, compreendendo mudanças fundamentais na maneira como cada um se vê a si e ao mundo.

Para Meleis (2010) as transições ligadas a mudanças dos comportamentos, estão associados ao aparecimento de doenças ou necessidade de mudança estilos de vida para melhor a saúde, por decisão própria ou influência de alguém. O processo de adaptação a uma situação origina uma sensação de receio/coragem, ocasionada pela alteração física ou psicológica como também de um modo de vida.

Tal como refere Meleis (2000), existem fatores que vão favorecer ou inibir o processo de transição e que têm a ver com condições pessoais do profissional, com condições externas, como os recursos da comunidade, da sociedade e o suporte familiar.

A consciencialização é considerada uma propriedade chave do processo de transição, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre o processo, as respostas e as perceções que a pessoa tem em resposta a situações de rutura nos relacionamentos e na vida diária. Assim, é fundamental que a pessoa, durante a transição para a mudança de comportamentos, reconheça que o anterior modo de viver teve um fim e que outro agora se inicia, que este novo modo de viver tem ganhos para a saúde.

A consciencialização da mudança necessita ocorrer para que a transição se inicie. O processo de se consciencializar implica reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes, sendo que quando existe tal reconhecimento por parte do profissional, este consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo.

Neste sentido surge também o conceito de envolvimento que traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição.

Por vezes a condição de saúde da pessoa, os recursos disponíveis e o suporte social são, à semelhança do nível de consciencialização, fatores que influenciam o nível de envolvimento. A informação ou os recursos que os profissionais de saúde já detêm e o ajustamento pró-ativo nas atividades da vida diária, adotando novas formas de viver e de ser, são exemplos de envolvimento no processo de transição.

As transições são resultado de mudanças e resultam em mudanças saudáveis, com benefícios da sua saúde e bem-estar. Ao longo da transição, os profissionais de saúde podem experienciar mudanças significativas em si, no ambiente.

A par da mudança surgiram as atitudes, que funcionam como força motriz quando canalizadas para enfrentar a mudança ou como forte barreira que inviabiliza a ação nas situações. Neste caso a convicção pessoal, o conhecimento científico e emoções estão ao mesmo nível, sendo os profissionais de saúde pessoas bem informadas sobre a temática, que quando expressas através de sentimentos positivos, facilitam as transições, favorecendo o estabelecimento de metas e potenciando o envolvimento dos indivíduos na mudança, em contra partida, quando conotadas negativamente (falta de motivação, falta de tempo e disponibilidade) inviabilizam substancialmente a ação; os atributos do sujeito, que correspondem a traços na personalidade individual (locus de controlo, autoeficácia) ou experiências pessoais passadas que interferem com a necessidade de mudança atual; e o conhecimento individual, fruto da aprendizagem pessoal que capacita os indivíduos para lidarem com a mudança.

O processo de se adaptar ao novo modo de ser e de estar exige um tempo, que decorre entre a rutura com o que era habitual e rotineiro e o viver com as alterações inerentes à transição e o ajustar-se à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio.

Efetivamente, a transição tem início e um fim, isto é, a pessoa terá que abandonar os “modos de ser” habituais e reorganizar uma ‘nova’ maneira de viver, habituar-se a novos estilos de vida. Deixar o que não trás benefícios à saúde e bem-estar da pessoa, adaptando-se a uma nova realidade de comportamentos, tais como mudanças de hábitos saudáveis de sono, diminuição ou mesmo ausência de hábitos alcoólicos e tabagismo, uma alimentação saudável e prática de exercício físico.

À medida que o processo evolui importa que os enfermeiros sejam capazes de identificar os pontos e eventos críticos potencialmente associados a mal-estar, aumento da vulnerabilidade, crescente consciencialização da mudança e diferença, envolvimento mais ativo.

Quanto à sociedade, esta é também influenciadora do processo de transição para adoção de mudança dos comportamentos saudáveis pois pode facilitar a reinserção de pessoas mas, em simultâneo, pode estigmatizá-las, prejudicando a integração no novo papel. O apoio social e os recursos da comunidade poderão ser fatores facilitadores ao promover suporte às pessoas para que assim estas possam encarar a vida atual e ultrapassar as dificuldades.

Conhecer antecipadamente o que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências, o suporte familiar, e da sociedade a informação relevante disponível, o aconselhamento sobre as diferentes possibilidades e o suporte na tomada de decisão, o encaminhamento para os recursos disponíveis e a resposta apropriada às dúvidas e às necessidades efetivas é potenciador de uma transição saudável.

A necessidade de estabelecer relações com os outros, e a motivação do meio externo sentindo-se e estando “ligado”, é um aspeto fundamental para o bem-estar. A interação com os outros, quer em novas relações quer em relações mais antigas, assume-se como relevante para o desenrolar da transição.

Esta circunstância assume particular relevo quando se trata da necessidade de sentir-se ligado ao profissional de saúde, enquanto recurso para o desenrolar da transição.

Por vezes, os eventos exigem a reorganização da forma de interagir com os outros. O sentir-se situado traduz a consciencialização e a aceitação do seu novo estilo de vida. Comparar a vida anterior com a atual, entendendo como uma mudança positiva para a pessoa facilita a motivação para manter os comportamentos.

De facto, importa desenvolver competências para gerir a nova condição e desenvolver novos padrões de pensar e agir face aos novos estilos de vida. Assim, a consequência da transição saudável será a perceção de conforto no novo estilo de vida, isto é identidade fluida ou seja a forma como a profissional íntegra de forma natural os seus comportamentos.

O fim de uma transição é determinado a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias. O desempenho de papel com estas características é designado de mestria.

Assim, a mestria desenvolve-se a partir da incorporação de capacidades e da reformulação das relações com as novas capacidades, adquiridas e/ou desenvolvidas, e dos novos equilíbrios nas relações, ao longo do processo de transição, que no caso dos profissionais este nível de mestria desenvolve-se rapidamente.

O desempenho com perícia de uma determinada habilidade leva tempo. Por isso, é esperado que não se evidencie nas fases iniciais da transição. São exemplos de uma transição saudável: verbalizar a capacidade para tomar decisões face à nova condição; ajustamento pró-ativo nas atividades da vida diária, adotando novas formas de viver, de ser e procura de informação ou de recursos. Cuidar de si mesmo não é uma tarefa fácil.

No contexto da transição nos profissionais de saúde face a adoção de comportamentos saudáveis, podemos dizer que os enfermeiros não tem uma tarefa fácil na transição do profissional,

mesmo assim os enfermeiros incidem dando prioridade à promoção da saúde e prevenção da doença, o que se irá repercutir, na qualidade de vida, da pessoa. Abertura de espírito, olhar crítico e atitude reflexiva sobre o que fazemos na prática e sobre o que muda é fundamental para que o enfermeiro seja capaz de descobrir aspetos escondidos e assegurar uma prestação de cuidados efetivos e adequados.

5. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Associado aos profissionais de saúde o trabalho que assumem, atualmente, é um papel central e vital na vida humana, sendo mesmo para muitas pessoas atividade mais significativa das suas vidas. Neste sentido, a situação do trabalho na área da saúde e a vivência das condições de stresse podem gerar um conjunto de percepções, expectativas, sentimentos e comportamentos negativos, com diversas consequências ao nível da satisfação e do bem-estar psicológico, do relacionamento com o doente e família, das pessoas a nível pessoal, dos hábitos de vida quotidiana e até mesmo da personalidade. A mudança de comportamentos e adaptação a um estilo de vida saudável constitui uma mudança na vida de uma pessoa, há uma mudança de comportamentos, e há sempre fatores implicados na adaptação desta mudança.

O estatuto socioeconómico constitui também um fator que pode condicionar o decurso, pode ser facilitador ou não, pois verifica-se que o salário dos profissionais de saúde tem vindo a diminuir é de extrema importância para suportar os custos inerentes à mudanças. O estatuto socioeconómico pode assumir-se como um fator inibidor para a transição saudável, na medida em que pode ser condicionada aderência dos profissionais de saúde na procura de ajuda dos enfermeiros, pensam ter acesso suficiente à informação e da capacidade para implementar as medidas inerentes à nova condição sem qualquer apoio.

Reportando-nos aos registos históricos observamos que os hospitais constituíam-se essencialmente por espaços de tratamento e cura, sendo em muitos casos um local onde se morria, tendo sido configurado ao longo do tempo um modelo bastante afastado do que se pretende atualmente de um equipamento destes, ou seja, espaços de autonomia e a participação, onde se procura respostas e soluções efetivas na promoção da saúde.

Neste sentido, hoje em dia assistimos a uma mudança de paradigma em matéria da promoção da saúde em ambientes hospitalares, verificando-se novas visões e consciências, parecendo existir um maior enfoque dos hospitais e das suas políticas, orientado para a saúde e não para a doença. Esta dinâmica é adotada por alguns países mais desenvolvidos, que têm implementado nos hospitais, políticas de saúde orientadas para a educação e desenvolvimento de competências da comunidade, na promoção da saúde.

Iniciativas como o projeto *Health Promotion Hospital* (HPH)¹⁷ desenvolvido para a promoção da saúde em hospitais vieram facilitar mudanças deste domínio, nomeadamente através de intercâmbios de experiências entre os hospitais parceiros na Rede Internacional de Promoção da Saúde Hospitais e Serviços de Saúde, tendo como principais objetivos, a mudança de cultura ao

¹⁷ Integrado na Rede Internacional de Promoção da Saúde Hospitais e Serviços de Saúde (HPH) iniciada pela Organização Mundial de Saúde, que se baseia na promoção da saúde

nível dos cuidados hospitalares, interdisciplinaridade e participação dos utentes, assim como, a promoção da saúde dos profissionais e a sua interação global com a comunidade.

Importa salientar que o campo de ação da promoção da saúde compreende mudanças, contudo estes espaços não podem desvirtualizar a sua missão ao nível da garantia dos cuidados clínicos e de urgência, devendo por isso, existir um reajuste nas orientações no domínio da promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade. A reorganização das boas práticas dos profissionais englobam estratégias na implementação da promoção da saúde em contextos hospitalares, assumindo estes espaços como privilegiado na defesa da vida humana e cidadania, em colaboração de equipas multidisciplinares ativas, no âmbito do estabelecimento de relações dentro do sistema de saúde.

Uma das principais estratégias de promoção da saúde em contexto hospitalar, é a criação de espaços grupais/coletivos nas unidades de trabalho, que garantam a discussão entre as figuras do ambiente hospitalar (ex. profissionais, utentes,...), centrada na partilha de opinião. Assim, observamos que enquanto estratégia, este contexto em matéria da promoção da saúde, pode desenvolver espaços de conversação, motivados por diversos exercícios em domínios, como: Arte; Comunicação e meta comunicação; Interação, relação e expressão de emoções; Construção e reforço de valores de confiança, cooperação e responsabilidade; Grupos de vivência; Psicodrama; *roll-playing*; Reuniões.

A intenção de desenvolver ações de promoção para a saúde em contexto hospitalar, integra um processo educativo e de motivação dos indivíduos, na construção da sua capacitação para a saúde e a redução de riscos, prevenindo doenças e maximizando o potencial de saúde e bem-estar através de estilos de vida saudáveis.

Um projeto promoção da saúde nos hospitais, promovido pela WHO (2004) tem como objetivo reorientar instituições e equipamentos de saúde, integrando as orientações definidas pela Declaração de Viena, que defendem a implementação de estratégias e princípios éticos como estímulo à participação / ação dos utentes e profissionais.

Assim, foi criado um grupo de trabalho interdisciplinar, que desde a década de 90 tem vindo a reunir esforços e acordos entre os países da Europa, no desenvolvimento de projetos de Promoção para a Saúde em contexto hospitalar, relativamente às políticas de saúde a aplicar neste âmbito, que englobam uma serie de medidas, com o objetivo de implementar ações de melhorias na educação para a saúde nestes equipamentos, conforme observamos no Quadro 1.

Quadro 1: Medidas para a Promoção da Saúde nos Hospitais (OMS)

Medida 1	Determina a existência de um plano de promoção da saúde dirigido aos utentes, famílias e pessoal com objetivos claros de melhoria da saúde e que deverá ser implementado como parte integrante do sistema de qualidade do hospital.
Medida 2	Determina a obrigatoriedade dos hospitais em prestar a assistência e cuidados necessários aos utentes, em termos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação.
Medida 3	Determina o dever de disponibilizar aos utentes, toda a informação necessária e importante acerca do seu estado de saúde ou doença, bem como, das ações de promoção da saúde.
Medida 4	Delega na administração do hospital a responsabilidade de estabelecer as condições necessárias ao bom ambiente de trabalho e desenvolvimento do hospital.
Medida 5	Determina o estabelecimento de relações de cooperação e parcerias, no sentido de colaborar com outros serviços e instituições de saúde.

Fonte: OMS,2004, p.10

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

6. METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo iremos descrever o método utilizado no estudo empírico, apresentando a justificção do tema e suas finalidades, a questão de investigação e os objetivos do estudo. De seguida apresentamos o tipo de estudo, os participantes e instrumento de colheita de dados e os tratamentos dos dados. Por fim, serão abordadas as considerações éticas e o procedimento adotado no estudo.

6.1 Questão de investigação, justificção e finalidade do estudo

Ser “saudável” depende de fatores biológicos e genéticos, do sistema de cuidados de saúde, do ambiente físico e social no qual as pessoas vivem, e dos comportamentos e estilos de vida (Aronson, Norton, & Kegler, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) define comportamento de saúde como uma qualquer atividade realizada pela pessoa com o intento de promover, proteger ou preservar a sua saúde. Tem-se verificado um crescimento não só a nível do leque de conhecimentos teóricos sobre as causas dos comportamentos promotores de saúde, mas que também apresente contributos práticos, no sentido de orientar mudanças promotoras de mais saúde e qualidade de vida para os indivíduos e comunidades. Os comportamentos de saúde e os comportamentos de risco tendem a juntar-se de uma forma complexa, formando perfis, que se denominam por estilos de vida (WHO, 1998). Assim é do interesse dos profissionais de saúde, particularmente os de saúde comunitária, promover mudanças positivas ao nível dos estilos de vida, em pessoas, grupos ou comunidades, para que estes adotem comportamentos saudáveis para a sua saúde e abandonem comportamentos não saudáveis e/ou de risco no seu dia-a-dia. Neste sentido parece-nos pertinente nesta problemática a elaboração da pergunta de partida “quais as intervenções de enfermagem que foram significativas para adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar?”

A finalidade deste estudo é contribuir para aumento de conhecimento sobre adoção de comportamentos saudáveis e clarificação das intervenções de enfermagem que podem ter influência nestes comportamentos. De forma indireta sustentar práticas de promoção da saúde que melhorem a saúde da comunidade.

6.2 Objetivos

De acordo com Fortin (2009, p.108-109), um objetivo “(...) é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população e a orientação a dar à investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Assim, e tendo em consideração a questão de investigação definidas para o estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

- ✓ Compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis;
- ✓ Conhecer as condições que favorecem a aquisição de comportamentos saudáveis;
- ✓ Perceber se a adoção de comportamentos saudáveis são consequentes a uma intervenção de um profissional de saúde.

6.3 Tipo de Estudo

Procedemos a um estudo qualitativo de carácter exploratório, descritivo e transversal.

Optamos por um estudo qualitativo quanto á abordagem. Para Lincoln (1997) os métodos qualitativos são aqueles que procuram capturar o fenómeno de uma maneira holística e compreendê-lo dentro do local onde as pessoas vivem. Face ao contexto acima descrito surge a motivação para um estudo qualitativo. É descritivo visto que enfatizam a compreensão do estudo em profundidade da perspetiva sistemática e subjetiva, útil para apenas descrever experiências, opiniões, sentimentos visualizados que visem considerar alguns resultados que possam demonstrar e transmitir as perceções boas e emoções dos profissionais de saúde relativamente à temática em estudo.

O estudo é de carácter exploratório, uma vez que para além de observar e descrever, explora como as pessoas vivenciam este processo e, para Triviños (1995) os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar o conhecimento em torno de determinado problema

Podemos ainda afirmar que é de natureza transversal, porque é efetuado durante um período/ corte de tempo, num determinado momento (Fortin, 2003). Pretendemos estudar num determinado momento temporal, ou seja, no momento da aplicação da entrevista e assim sendo os planos foram implementados no período de Janeiro a Julho 2016.

6.4 Participantes

Na seleção dos participantes em estudo, diversos elementos e considerações determinantes, entre eles, designamos, o tipo de estudo, os objetivos o nível e os resultados e expectativas a alcançar. (Fortin, 2009).

Para o nosso estudo recorreremos a uma amostragem não probabilística por conveniência, isto é, uma amostra que é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local. Fizeram parte do estudo os profissionais de saúde que trabalham no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, provenientes de diversos serviços e funções profissionais existentes no hospital, de ambos os sexos e idades.

Os motivos pelos quais optámos por esta amostra estão relacionados com o fato dos profissionais de saúde serem pessoas instruídas e com vasto conhecimento da temática em estudo, que estão mais aptas a adotar comportamentos saudáveis.

6.5 Instrumento de colheita de dados, análise e tratamentos de dados

A opção pelo instrumento da colheita de dados recai na entrevista semiestruturada.

O método da entrevista no trabalho de investigação, tende a ser bastante utilizado, tanto pela sua versatilidade, como pelas suas características que fomentam a proximidade entre entrevistado e investigador. Esta proximidade permite que possam ser alcançadas informações e elementos de reflexão, mais ricos do que por exemplo, o investigador conseguiria, se utilizasse o questionário.

Um dos fatores importantes a ter em consideração na aplicação e escolha desta metodologia de recolha de dados numa investigação, prende-se com o facto de a entrevista, permitir que a conversa possa ser dirigida e orientada segundo as intenções do investigador. Este pode ser um fator facilitador da dinâmica criada na entrevista, fazendo com que o entrevistado exprima perceções e narre genuinamente acontecimentos e experiências vividas.

Numa fase anterior à construção de um guião de entrevista, o investigador deve estar seguro dos objetivos da mesma, assim como das respostas que procura, face às hipóteses colocadas. Neste sentido, observamos que devem ser tidas em consideração algumas questões e reflexões como: segurança na decisão do que se pretende; questionar o que é efetivamente necessário, investigando se o método utilizado é o que melhor se enquadra no tipo de estudo a desenvolver, assim como, a melhor forma de recolher a informação pretendida; definir um esboço de questões a colocar; seleccionar o tipo de entrevista; melhorar se necessário as questões elaboradas anteriormente e considerar ou antecipar dificuldades na análise das respostas e informação obtidas.

Após a elaboração de um guião de entrevista, o investigador deve testar e rever a estrutura de entrevista construída; evitar atitudes parciais; seleccionar sobre esta premissa os entrevistados e agendar as entrevistas; requerer autorizações hierárquicas se necessário.

Na situação de entrevista, o investigador deve, ser claro e objetivo na descrição do estudo e metas a atingir; controlar e tentar cumprir o tempo previsto para a duração da mesma; confirmar o rigor de dados e informação junto do entrevistado; solicitar autorização para o registo da entrevista por gravação áudio e/ou vídeo; ser conveniente e usar do seu bom - senso.

A análise dos dados é uma das etapas cruciais. Neste sentido, Quivy e Campenhoudt (1995, p. 192) referem que, "(...) o conteúdo da entrevista será objeto de uma análise de conteúdo sistemática, destinada a testar as hipóteses de trabalho"

Como metodologia utiliza-se assim a análise de conteúdo, uma vez que incide sobre mensagens variadas, permitindo tratar de forma ordenada informações e testemunhos com grau de profundidade e complexidade (Quivy & Campenhoudt, 2008). Segundo os mesmos autores, as principais vantagens da sua utilização são a forma organizada e sistemática de construção da análise e a sua adequação ao estudo. Para o tratamento de dados, numa primeira fase são retiradas todas as perguntas e em cada entrevista é efetuado um texto único afastando do que motivou o discurso e categorizado depois de uma leitura em profundidade do texto. Numa segunda fase, construiu-se o suporte documental onde se associa os discursos a, a fim de identificar as categorias e as subcategorias, o que se concretiza fazendo a leitura linha a linha. Numa terceira fase são aferidos os achados entre a primeira e a segunda fase. As informações contidas nos discursos formam o corpus, que é um conjunto de informações que são submetidas à análise de informação e sistematização dos dados através da técnica de análise de conteúdo segundo as orientações de Bardin (2003). O objetivo da análise de conteúdo é compreender o sentido da comunicação, o seu conteúdo e as significações explícitas ou ocultas (Chizzotti, 2009).

O processo desta análise requer tempo e meticulosidade, tornando-se num desafio principalmente para os investigadores principiantes. O esforço para sua interpretação" (...) oscila entre dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade." (Bardin, 2011, p.11). Neste sentido, importa salvaguardar que há sempre algum grau de inferência na análise dos dados.

A análise e a interpretação da informação obtida consistiram no recorte das transcrições, codificação e categorização da informação encontrada.

Para facilitar a análise pode-se construir um quadro de análise de dados, de forma a conjugar a informação obtida com as dimensões do estudo. Através da análise temática procuramos o significado do que é dito e assim construímos o corpo dos resultados da pesquisa.

Tendo em consideração que obter um conjunto de boas categorias, não é um processo fácil, Bardin (2003), sugere qualidades que estas devem possuir: a exclusão mutua (cada elemento só pode existir em uma divisão); a homogeneidade (utiliza-se o mesmo princípio de classificação para organização da análise); a pertinência (cada categoria está adequada ao material de análise); objetividade e a fidelidade (as diversas partes do material são codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a múltiplas análises), a produtividade (quando são facultados resultados ricos, por exemplo novas inferências).

6.6 Considerações éticas

A escolha do tema, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, a metodologia utilizada na recolha e análise dos dados, constituem-se alguns dos muitos elementos que devem ser tidos em consideração, no domínio ético do investigador.

Assim, de acordo com Saint-Arnaud (2003), citado por Fortin (2009), a utilização dos métodos de investigação qualitativa requer, o estabelecimento de algumas regras e critérios minuciosos relativamente às questões éticas e deontológicas, que se enquadram no âmbito da autodeterminação, consentimento informado e esclarecido, o respeito pela confidencialidade e justiça.

Face a estas questões impõe-se a realização de uma carta de autorização do estudo ao conselho de administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, para obter o seu parecer.

Os participantes são convidados para o estudo, sendo antecipadamente informados acerca dos procedimentos e fases que o mesmo envolve, assinando o consentimento informado e autorizando o investigador a utilizar os seus dados informativos do estudo através do Consentimento informado e esclarecido. Os participantes são informados e envolvidos na dinâmica da investigação, tendo conhecimento do processo, desde a recolha de dados à posterior apresentação de resultados e construção de todas as gravações áudio.

eticamente, não pode ser exercido qualquer meio de coerção para um indivíduo participar numa investigação (Levine (1986) citado por Fortin (2009)). O princípio do respeito pela justiça e equidade, representa noções de imparcialidade e de igualdade. Como tal, este princípio supõem que a escolha dos participantes deva ter em consideração a problemática em estudo e não motivações promovidas por questões de conveniência, idade, o sexo, a raça, a religião ou estado de saúde (Fortin, 2009).

6.7 Procedimentos

Este estudo reveste-se de um conjunto de procedimentos técnicos, através da colheita de dados, análise e tratamentos de dados da entrevista e procedimentos éticos como o consentimento informado, anonimato e confidencialidade. Para a seleção dos participantes a investigar, primeiramente contactamos a instituição. Após este contato foi feito o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, e comissão de ética para a aplicação do instrumento de colheita de dados, sendo este aprovado. (Anexo 1).

Depois desta fase, o investigador estabeleceu contato com os profissionais de saúde fez uma breve apresentação do estudo e caso profissional de saúde demonstrasse disponibilidade era combinada entrevista. Consideramos pertinente realizar entrevistas antecipatórias para explorar e confirmar a existência de dificuldades sentidas na entrevista com estas pessoas e servindo de treino ao investigador. Neste tipo de estudos, antes de começar a colheita de dados propriamente dita, o investigador deve aproximar-se do fenómeno em estudo para aumentar a sensibilidade ao mesmo.

As entrevistas foram gravadas em suporte magnético, após autorização dos entrevistados e tiveram uma duração de aproximadamente 15 minutos, para os três momentos sendo efetuadas num espaço reservado, disponibilizado pela instituição. Os três momentos do guião da entrevista foram compostos por: apresentação do entrevistador, e explicação de todo estudo, dados sociodemográficos (idade, habilitações literárias, sexo e nacionalidade), e a terceira parte pelas 6 questões auxiliares do guião da entrevista (anexo 2).

Depois da realização da entrevista, cada entrevista foi transcrita de uma forma global, e procedeu-se à análise dos dados posteriormente. Terminada a transcrição da entrevista foi atribuído um número de registo, de acordo com a ordem que foram efetuadas as entrevistas.

Relativamente aos profissionais de saúde foi-lhes entregue o Consentimento informado (Anexo 3), explicado e, apenas os que assinaram, passaram para a fase da entrevista. A cada possível participante foi fornecida informação acerca dos objetivos, métodos, benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do seu tempo e dado o direito de desistência da participação no estudo, sem algum prejuízo, garantiu-se ainda a destruição de toda a informação sobre os participantes que pudessem conduzir à sua identificação, tal como o Consentimento informado assinado pelo participante e pelo investigador, após a conclusão da investigação.

7. RESULTADOS

A intenção deste capítulo é descrever, apresentar e interpretar, analisando os resultados obtidos com os dados recolhidos no trabalho de campo. Nesta perspetiva abordaremos os resultados consignando para o efeito dois subcapítulos. O primeiro tem em vista descrever aspetos gerais relativos à caracterização da população, caracterização quanto ao estado civil, género, idade, habilitações literárias, áreas de formação dos profissionais da amostra. O segundo faz a caracterização dos estilos de vida dos profissionais de saúde. Abordando os tipos de comportamentos de saúde, os motivos, os constrangimentos, prioridades, influências e tomadas de decisões.

7.1 Caracterização dos participantes

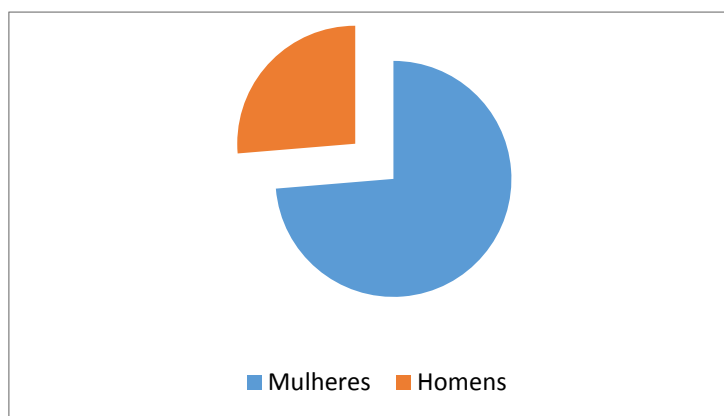
Numa breve caracterização dos participantes, começamos por apresentar os participantes que se constitui por uma fração da população que integra o objeto de estudo.

Os participantes, neste estudo, são os profissionais do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Este Centro Hospitalar constitui-se por duas Unidades Hospitalares distintas, situadas em Penafiel e Amarante. A Unidade Hospital Padre Américo, é a Sede do Centro Hospitalar que se localiza na cidade de Penafiel e a Unidade Hospital de Amarante, localiza-se na cidade de Amarante. O estudo realizou-se na Sede do Centro Hospitalar, na cidade de Penafiel.

Assim, foram selecionados 19 profissionais, do Centro hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, Foram realizadas 19 entrevistas, sendo estas suficientes para o estudo em questão. Também não achamos necessários mais participantes, porque sentimos que estávamos num ponto de saturação, o recurso a novos dados não suscitam ganhos, mas sim repetição de respostas. Quanto ao estado civil, fizeram parte do estudo 9 casados, 10 solteiros.

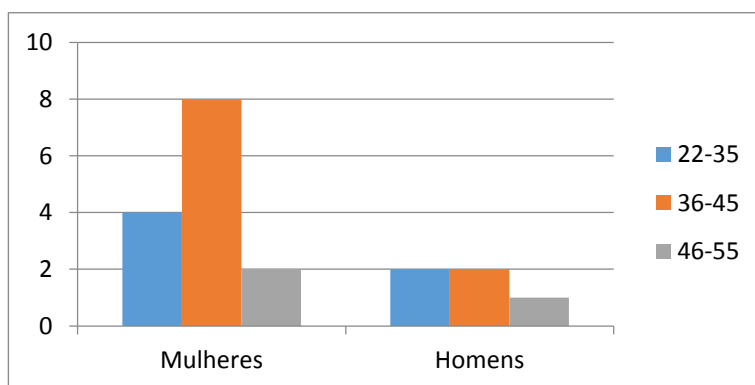
Os participantes quanto ao género, são 14 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1: Caracterização da amostra por género



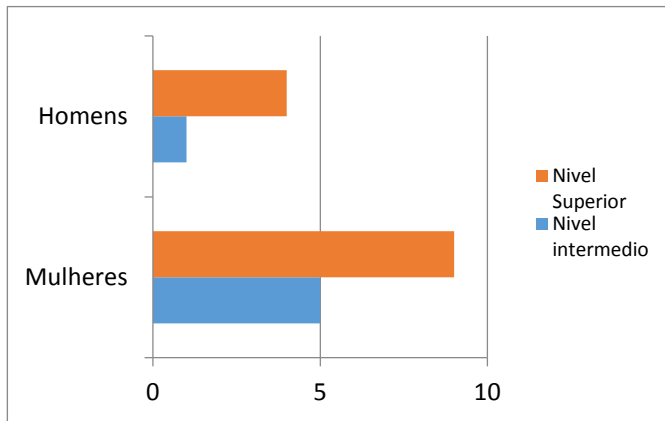
Do estudo fizeram parte profissionais de diversas áreas, idades e habilitações literárias, sendo esta caracterização mais facilmente analisada através do gráfico 2, relativo à idade dos participantes.

Gráfico 2 - Caracterização da amostra por idade



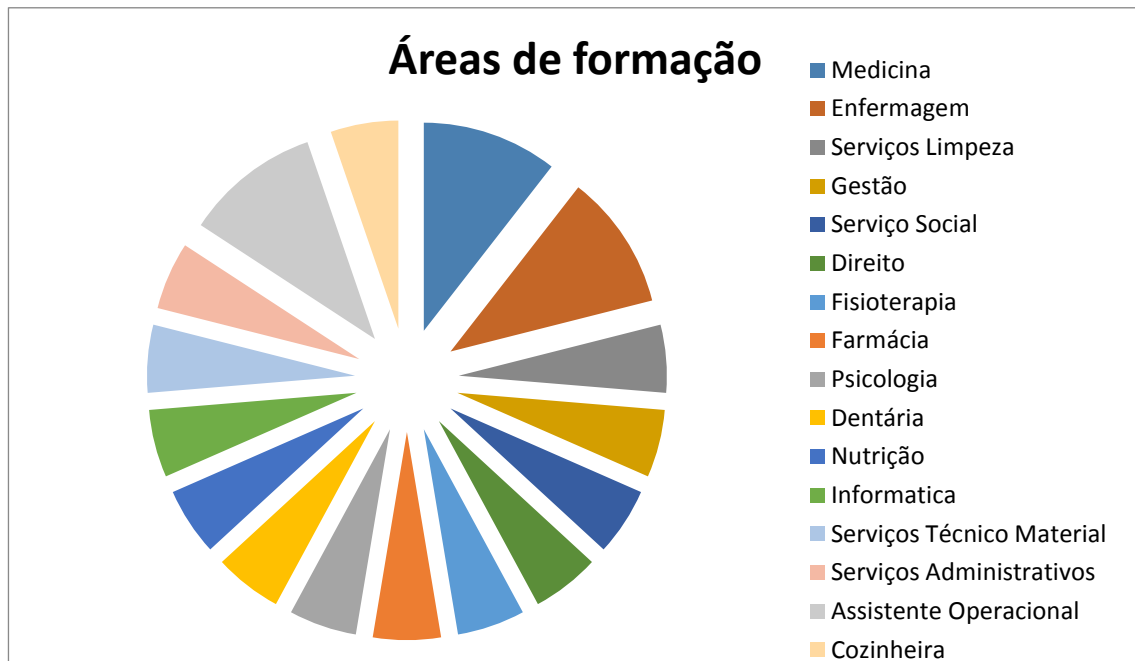
No Gráfico 3 podemos observar o nível de escolaridade em termos de habilitações dos participantes, sendo que os nossos participantes para além da escolaridade obrigatória, uns tem grau académico superior e outros tem cursos profissionais.

Gráfico 3 - Habilitações literárias



A amostra também se caracteriza pela dissemelhança na formação dos participantes sendo este um conhecimento algo que levam a ponderar outra linha de análise, no sentido de compreendermos, até que ponto a área da saúde pode influenciar ou não, os comportamentos dos profissionais que dela fazem parte. Assim, no Gráfico 4 podemos observar as diferentes áreas de formação dos entrevistados.

Gráfico 4 - Áreas de formação dos profissionais da amostra



Fonte: Elaboração do próprio autor

7.2 Caracterização dos estilos de vida dos profissionais de saúde

Depois da análise dos dados sociodemográfico, vamos passar a apresentar a análise da segunda parte, a caracterização dos estilos de vida dos profissionais de saúde. Após análise detalhada do discurso dos participantes entrevistados pela identificação das unidades de registo, construíram-se seis categorias. Cada categoria agrega-se subcategorias.

Da análise de conteúdo realizada emergiram, assim as seguintes categorias: Comportamentos, Motivos, Constrangimentos, Prioridade, Influência, e tomada decisão, (Quadro 2).

Quadro 2: Categoria e subcategorias do estudo

Categoria	Subcategoria
Comportamentos	Alimentação
	Exercício Físico
	Sono
	Saúde Mental
Motivos	Para ser Saudável (físico, psicológico e humor)
	Para diminuir o risco
	Imagem
Constrangimentos	Tempo
	Financeiras
	Desmotivação
Prioridade	Sim
	Não
Influências	Profissionais de Saúde
	Conhecimento pessoal
	Amigos
	Colegas de trabalho
	Sociedade
Tomada de decisão	Repentina
	Ponderada

Em relação á categoria Comportamento encontramos as seguintes subcategorias, Alimentação saudável, Exercido físico, sono, saúde mental.

Os participantes indicam estes comportamentos, como comportamentos saudáveis o que se pode verificar ao ler das unidades de registo, como exemplos da uma alimentação saudável são: “Alimentação saudável...” E1, “Essencialmente uma alimentação equilibrada...”E8. Quanto a referência de exercício físico como um comportamento saudável é: “exercício físico também é importante...”E2, “prática regular de exercício físico.”E4. A outra subcategoria é o sono “...o sono regular.”E1, “...respeito pelos períodos de descanso necessários.”E2, A saúde mental também é foco de atenção, “bem-estar físico e psicológico.”E2, “...cuidados com a nossa saúde mental.”E11

Outra categoria relevante para o nosso estudo são Os motivos que os entrevistados apontam como importantes para adoção dos comportamentos saudáveis. Esta categoria divide-se em três subcategorias: Para ser saudável, Para diminuir riscos, e a imagem. Os participantes dentro da categoria Motivos da mudança referem que mudaram os seus comportamentos para melhorarem a sua saúde tanto física como psicológica, para prevenirem doenças, e também fazem referência a própria imagem, o bem-estar com o próprio corpo. (Tabela 1) As unidades de registo referentes as subcategorias da categoria Motivos são: Quanto para se saudável: “...bem como na promoção da saúde...”E1, “...melhorar a minha saúde.”E7. Para diminuir riscos “...colesterol alto e HTA...”E17, “...todos fatores de risco para ter um AVC.”E16, Quanto á imagem: “...gosto pelo corpo definido...”E14, “... quero melhorar a minha imagem.”E18.

Após os motivos é também importante perceber as dificuldades dos participantes para não alteraram os seus comportamentos. Então surgiu outra categoria Os Constrangimentos. É também de grande relevância perceber o porquê dos entrevistados não adotarem comportamentos saudáveis, e assim emergem as subcategorias, O tempo, Financeiras, desmotivação. Os participantes apontam que a falta de recursos financeiros, a falta de tempo e motivação são os motivos fortes para não aderirem a comportamentos saudáveis. A vida por vezes não reúne as condições favoráveis para a mudança de comportamentos. E temos como exemplo do tempo “...pela falta de tempo.”,E3 “... com a falta de tempo não tenho a disponibilidade financeira “E11. E por último vem a desmotivação: “Falta de disponibilidade e de motivação para alterar os meus hábitos de vida...”E10, “Falta de motivação, preguiça...”E3

Outra categoria que emerge é se é prioritária a mudança na vida dos participantes ou não, dividindo-se nas subcategorias sim e não. Como seria de esperar há participantes que acham uma prioridade na sua vida a mudança de comportamentos e outros não, uns acham que devem mudar pelos motivos mencionados na tabela 1 e outros acham que não pelos constrangimentos acima detalhados tabela 1. Como exemplos de unidade de registo do Sim: “Sim, sobretudo para...”E14, “Sim, para melhorar...”E2. Os registos para a subcategoria Não: “Não... neste momento não...”E3, “Não tenho tido muito tempo...”E9

Depois da prioridade, outra grande categoria é Influência, estas mudanças de comportamentos devem-se a quem. Depois de percebermos que tipo de comportamentos saudáveis

os participantes apontam, os motivos da mudança, as dificuldades mais comuns para a não mudança, a prioridade dessa ação, vem também importância de perceber se esta mudança foi interferência de alguém. Esta categoria responde a um dos objetivos propostos, logo dividimos esta categoria em cinco subcategorias, que são: profissionais de saúde, conhecimento pessoal, amigos, sociedade, colegas de trabalho. São estas as influências referidas por os participantes. Os Entrevistados referem que as mudanças das suas atitudes foram grande parte por influência de alguns profissionais de saúde, enfermeiros, nutricionistas e médicos, pelo conhecimento pessoal, pela própria profissão ou por fontes de conhecimentos como livros, artigos, internet, por amigos a nível da vida pessoal, mesmo pela sociedade que temos hoje em dia, valoriza a modo de vida fitness, e pelos próprios colegas de trabalho, porque é um meio envolvente da área saúde, afinal trabalham com profissionais de saúde, e pela leitura, interesse e sabedoria. Como exemplos de unidades de registo das subcategorias são: Profissionais de saúde: “...e com ajuda do nutricionista.”E18, “...com ajuda médico, enfermeiro de família e nutricionista”E7. Conhecimento pessoal: “Por mim mesma...”E8, “...leio bastante, e foi essa a minha maior fonte de influência, sei bem a importância de ter comportamentos saudáveis.”E14. Amigos: “...também com a influência de amigas.”E16. Colegas de trabalho: “...por influência de um colega meu de trabalho que me deu boas referências do ginásio.”E1. Sociedade: “Por mim mesma, mas claro que aquilo que nos rodeia nos influencia a alterar a forma como vemos a vida. Atualmente vivemos numa sociedade em que se dá muita importância ao corpo, vivemos na era do *fitness* e dos “super alimentos. Queiramos ou não somos tentados a experienciar essa forma de estar na vida.”E12

Por último temos a categoria tomada de decisão, esta decisão sub divide-se em repentina e ponderada. Entendemos por esta categoria que algumas das decisões foram imediatas, e outras pensadas e refletidas antes de tomar atitudes. Para a subcategoria repentina os exemplos são: “Foi repentina, sabia que tinha maus hábitos...”E16, “Foi repentina, tenho que...”E5. Ponderada: “Vem a ser ponderada, como a idade vai avançando e temos de ter mais cuidados.”E4, “Já vinha a ser ponderada, apenas esperei....”E11.

Em síntese, o nosso processo de pesquisa foi predominantemente de natureza qualitativa, de onde partiu uma pergunta que nos ajudou a centralizar no problema, seguindo-se de objetivos que foram orientadores do estudo. A pergunta de investigação foram úteis para este percurso e influenciaram a colheita de dados que realizamos. Centramo-nos num processo de colheita de dados, com recurso à entrevista semiestruturada, seguindo-se metodologicamente alguns princípios inerentes ao respeito pelas questões éticas. Realça-se que os participantes são maioritariamente mulheres, com idades entre 22anos e 55anos, com grau académico superior, solteiros.

Os comportamentos que apontam como saudáveis são: a alimentação saudável, exercício físico, e os hábitos de sono regulares. Os motivos que emergem para a mudança é a promoção para a saúde (Para ser saudável), Prevenir as doenças (Para diminuir risco) e a Imagem pessoal. As maiores dificuldades apontadas para não existir a mudança são falta de tempo e desmotivação, e as condições económicas desfavoráveis. Os participantes viram como uma prioridades a alteração dos

comportamentos na sua vida e outros não. Os profissionais de saúde referem que alteraram os comportamentos por influência de médicos, enfermeiros, nutricionistas, amigos, pela própria sociedade e colegas de trabalho. A tomada de decisão foi repentina por alguns e ponderada por outros participantes.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados permite uma reflexão sobre os resultados obtidos na investigação realizada e salientar dados mais significativos confrontando-os com a literatura científica. Analisámos a informação dada pelos profissionais de saúde que trabalham no centro hospitalar Tâmega e Sousa participantes neste estudo, organizámos e comentámos resultados obtidos. Neste capítulo procedemos a uma discussão mais específica, dando ênfase especial aos resultados mais significativos fazendo uma análise comparada com o quadro concetual que está subjacente ao estudo, com os objetivos enunciadas e com os resultados de outros autores.

A análise dos dados qualitativos neste ponto enquadra-se nomeadamente, numa reflexão e narrativa que possa dar significado aos dados apurados através da análise elaborada. A recolha e interpretação prévias dos dados, pelo que o suporte bibliográfico na construção do instrumento, bem como, na pesquisa do tema, foi fundamental.

Assim, e tendo em consideração a perspetiva dos comportamentos saudáveis e toda a teoria abordada anteriormente na análise de suporte teórico ao estudo, construímos, como vimos, um instrumento que nos permitisse alcançar e reunir dados específicos, para a compreensão dos hábitos e comportamentos saudáveis, na comunidade em estudo. De uma forma global, os participantes consideram como comportamentos saudáveis a atividade física, alimentação saudável, hábitos de sono, e saúde mental. Tal como Van Horn (2012) a alimentação e a atividade física podem orientar as intervenções para a promoção de um estilo de vida mais saudável e previnem as doenças crónicas. Por outro lado Silva, no prefácio de Paiva (2008) refere que quanto às propriedades biológicas fundamentais, o sono é a única que não pode ser mantida ausente mais do que cinco ou seis dias sem que os comportamentos apareçam com risco para a própria vida, tal como alguns dos nossos participantes referem o sono como um dos comportamentos de saúde importantes para uma vida saudável. Para além do sono, exercício físico e alimentação saudável uma dos comportamentos referidos é a saúde mental, pois um equilíbrio emocional saudável é essencial ao bem-estar tanto físico como psicológico. OMS referia que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social não é apenas a ausência de doença, estabelecendo o direito fundamental de um ser humano. Segundo Amstrong (2009) associar determinados comportamentos de risco à doença e mortalidade foi reconhecida a sua importância enquanto dimensão dos cuidados de saúde, pelo que, a mudança de comportamento, desde a cessação tabágica e alcoolismo, como padrões alimentares e exercício físico, hábitos de sono são um dos comportamentos mais relevantes para o autor para promoção da saúde e prevenção para a doença, os nossos participantes não fazem referencia alcoolismo, tabagismo, nem qualquer tipo de substancia nociva á saúde, não dão importância tal como os autores. Da análise efetuada e em conformidade do que temos vindo a analisar noutros

estudos e na bibliografia da temática, o exercício físico e a alimentação constituem-se como principais fontes de mudanças comportamentais para uma vida saudável. Inerentemente às opiniões recolhidas, verificamos que em contexto hospitalar, estas noções podem influenciar e promover a doença e a promoção da saúde interna, ou seja, a promoção da saúde dos pacientes

Os motivos que os participantes referem como impulso a adoção de comportamentos saudáveis são a saúde e bem-estar, a prevenção da doença e valorização da imagem, referindo o fator idade, e excesso de peso. Johnson et al., (2010) mudança dos comportamentos de saúde é importante na prevenção da doença. Também para OMS a promoção da saúde é a adoção de estilos de vida saudáveis para alcançar o bem-estar. Segundo Ribeiro (1998) os comportamentos são considerados fatores de risco para diversas doenças e alvo dos programas de promoção da saúde. Para Mokdad et al., (2004) a principal causa de morte é devido a uma má alimentação, a inatividade física e o tabaco. Para os participantes também a mudança dos comportamentos foi devido associação dos fatores de risco existentes, e numa vertente da promoção da saúde, quanto mais saudável é o sujeito melhor a sua qualidade de vida. A OMS (1998) diz que um estado de completo bem-estar e para se conseguir atingir a realização e satisfação das suas necessidades devem modificar ou adaptar-se ao meio envolvente. Para Ribeiro (1998) a saúde estará diretamente ligada aos estilos de vida adotados e a mudança no domínio dos comportamentos de saúde. Intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter ganhos significativos, essencialmente na redução da prevalência de doenças crónicas. Quanto à imagem de uma forma estética os autores ao contrário dos nossos participantes não fazem referência, mas sim numa perspetiva de bem-estar, prevenção da doença, tal como a perda de peso e o envelhecimento. Também, segundo Davies (2011), um estilo de vida saudável, é estimulador de um envelhecimento saudável. Segundo modelo biomédico, o conceito de saúde está relacionado com a perceção que cada pessoa ou comunidade num determinado momento ou conjuntura de vida, dependendo dos seus ideais de vida, do seus pressupostos de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo. Para Rocha & Barata, (1998) o avanço da idade implica maiores cuidados de uma maneira geral, nomeadamente no que respeita ao estilo de vida dos indivíduos, sendo benéfica a adoção de estilos de vida saudáveis e ativos.

Para uns os motivos são rampa de lançamento para a mudança para outros os constrangimentos são a razão para não adotarem comportamentos saudáveis e não mudarem os seus estilos de vida, mesmo tendo a noção que estão errados, e que são nocivos para a saúde e logo influência na qualidade de vida, sendo os participantes maioritariamente licenciados na área da saúde, a falta de conhecimento não é problema no estudo.

Os constrangimentos apontados pelos participantes são a falta de motivação, de tempo e dificuldades financeiras. E. Correia & Pinho, (1988) refere que a mudança levará à mudança do ambiente político, mental e socioeconómico, onde cada um se insere, de modo a que seja possível concretização de tal mudança desses hábitos, logo para haver uma mudança vai interferir no aspeto económico, social, pessoal, e para isso tem que reunir os requisitos essenciais para a mudança,

neste caso a componente financeira. Ainda para E. Correia & Pinho, (1988) o nível de saúde mais elevado só era possível para além de ausência de doença a participação de numerosos setores socioeconómicos.

Outro aspeto importante é a motivação para algo ou a falta dela, a motivação é uma dos aspetos essenciais na mudança, independentemente da mudança. Se não há a motivação não há mudança, neste caso não há adoção de comportamentos saudáveis. Segundo Bircher, saúde é um estado dinâmico de bem-estar motivado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura, e interesses pessoais. Os nossos participantes para além da falta de motivação e recursos financeiros, referiram também falta de tempo, falta de disponibilidade no seu dia-a-dia, não conseguem alterar os seus comportamentos. Estas três componentes estão ligadas entre elas, não há recursos financeiros, e falta de tempo devido a motivos profissionais e pessoais logo não há motivação para o fim, por outro lado como não há motivação não há o esforço para disponibilizarem tempo e recursos financeiros para mudança. Como diz E. Correia & Pinho (1988), a motivação levará à alteração do ambiente político, mental e socioeconómico, onde cada um se insere, de modo a que seja possível realização de mudança dos comportamentos prejudiciais.

Existe uma ligação entre os motivos, constrangimentos a prioridade e a tomada de decisão para a mudança dos estilos de vida. Para alguns participantes a prevenção da doença e promoção da saúde foi um incentivo, para outros uma obrigação, uma prioridade e uma tomada de decisão repentina para a mudança dos comportamentos saudáveis. Para OMS a promoção da Saúde tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para melhorarem a sua saúde (WHO, 1998). Já para Kasl e Cobb (1966) comportamento de saúde tem como objetivo impedir o aparecimento de doenças. Van Horn (2012) afirma que comportamentos saudáveis podem direcionar atitudes para a promoção de um estilo de vida mais saudável e prevenir doenças. Por outro lado alguns participantes devido aos constrangimentos (falta de tempo, motivação, recursos financeiros) não fizeram de um estilo de vida saudável uma prioridade, nem sentiram necessidade da mudança nas suas vidas, pelo menos neste momento. Maley, Warren, & Devine, (2010), para o autor os estilos de vida saudáveis para além de dependerem de decisões individuais, existem fatores ambientais e comunitários que podem incentivar/motivar ou dificultar a escolha e manutenção desses comportamentos. Os nossos participantes também referem que a decisão foi repentina devido ao fator imagem, como por exemplo perda peso, a própria idade, a pele, definição corporal para se sentirem melhor com eles mesmos.

Os participantes referem que em alguns casos a mudança dos comportamentos é devido a influências. Um dos objetivos do estudo refere-se à influencia dos enfermeiros na mudança de comportamentos, e por esse motivo tentamos perceber se existe alguma e qual influência na mudança dos enfermeiros. Mediante as entrevista entendemos que a sociedade, amigos, colegas de trabalho, o próprio conhecimento, e os profissionais de saúde são as maiores fontes de influência de adoção de comportamentos saudáveis. Logo concluímos que os enfermeiros tem influência na

decisão de adoção de comportamentos saudáveis para os participantes, tal como autores fazem referencia. Meleis (1997), refere as condições facilitadoras ou inibidoras da mudança são influenciadas por dois fatores, os pessoais onde se incluem o significado pessoal, crenças e atitudes, status socioeconómico, conhecimento e capacidades, e os fatores sociais que são os recursos da comunidade e a sociedade.

Dentro dos profissionais de saúde, referem o enfermeiro, o profissional de saúde que é o foco de atenção do nosso estudo. Neste sentido, Meleis et al. (2000) defende que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capazes de assistir, motivar as pessoas durante os processos de mudança que estes vão sofrendo ao longo da sua vida, com as mudanças e exigências que estas transições implicam. Assim, os enfermeiros devem procurar ajudar as pessoas na preparação para as transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas e saudáveis às transições. Ainda Schumacher e Meleis (1994) referem que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com os indivíduos, sendo por isso a Enfermagem tão importante na influência de comportamentos.

Neste sentido, a Enfermagem pretende ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e a perceção de bem-estar; mudança dos estilos de vida para estilos saudáveis; mestria; nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (Meleis et.al., 1994). Então é com satisfação que percebemos que as atitudes de adoção e comportamentos saudáveis da população de certa forma é influenciada por enfermeiros. Embora entendemos também, por ser uma população com muitos conhecimentos acerca da problemática, afinal trata-se de maioritariamente profissionais de saúde, não necessitaram de qualquer influência para a mudança de atitudes, mas sim por opção dos mesmos e pelo vasto conhecimento que já possuem, posto isto verificamos que foi um enteva na nossa pesquisa. Segundo refere teoria das transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição, sendo que só através de uma visão completa e profunda é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivência.

Importa acrescentar que os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados dos clientes e das famílias que se encontram num processo de transição, assim, têm mais facilmente em consideração as mudanças e as exigências que as transições acarretam nas vidas dos clientes e das famílias. Para além disso, os enfermeiros são aqueles que preparam os clientes para a transição e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do cliente (Meleis et al., 2000).

Posto isto podemos dizer que atingimos os objetivos propostos. Em relação ao primeiro objetivo, conseguimos compreender o que os participantes consideram comportamentos saudáveis,

tal como alimentação saudável, exercício físico, hábitos de sono, saúde mental. Em relação ao segundo objetivo também conseguimos atingi-lo e percebemos que as condições que favorecem a aquisição de comportamentos saudáveis, relaciona-se com a questão das motivações. Segundo os participantes a decisão de adoção dos comportamentos saudáveis, deve-se a promoção da saúde, prevenção da doença e imagem do corpo, por outro lado os que não alteraram os seus comportamentos devesse aos constrangimentos, falta de tempo, motivação, e recursos financeiros desfavoráveis. Quanto ao último objetivo também obtivemos achados positivos e curiosos. Deste modo é importante referir que não foi de maneira nenhuma estratégia a escolha do local de estudo, porque provavelmente os resultados seriam iguais noutra local. Percebemos ainda que as intervenções de enfermagem têm influência na área de promoção de estilos de vida saudáveis, e prevenção da doença. Curiosamente a mudança de atitudes evidenciam-se nos profissionais sem curso superior na área da saúde e não nos profissionais ligados à área da saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, estes referem que mudaram os seus comportamentos nos últimos meses mas por iniciativa própria, pelo conhecimento que detém da sua profissão. Logo todas as intervenções de enfermagem ocorreram não especificamente no contexto hospitalar, mas sim no contexto de vigilância comum a todos os cidadãos. Assim perante os achados também podemos responder a pergunta de partida “ Quais as intervenções de enfermagem que foram significativas para adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar?”, Constatamos que existe uma associação positiva entre a mudança de comportamentos e os enfermeiros como promotores de estilos de vida saudáveis na comunidade em estudo. Logo o enfermeiro tem um papel de grande importância perante a comunidade em relação à mudança dos comportamentos saudáveis.

Podemos dizer que no decurso deste tempo, vários sentimentos foram vivenciados e uma forte consciência de mudança, em condições particulares da transição, evidenciando-se um conjunto de percepções dos profissionais e preparações para as mudanças culminando com uma vida efetivamente diferente, caracterizamos então o estilo de vida dos profissionais relacionado com a importância dos comportamentos de saúde, orientação de objetivos e clima motivacional/dificuldades no contexto da mudança destes comportamentos e atitudes, conseguimos assim com estes achados chegar aos objetivos que nos propusemos, e dar resposta a pergunta de partida.

9. CONCLUSÃO

Atualmente a qualidade de vida é vista como um fator inerente à condição social, política cultural e económica dos indivíduos, sendo esta visão um pouco redutora do que tentamos defender ao longo desta análise. Consideramos que a qualidade de vida das comunidades no âmbito da saúde pode ser alcançada e fomentada através de ações simples do próprio indivíduo com aprendizagens e aquisição de competências que lhe permitam implementar o seu próprio processo de mudança nesse sentido, mas também através de ações da competência dos estados e governos com a promoção global da saúde e do bem - estar das comunidades, com planos de intervenção que visem integrar estratégias de ação nesse domínio.

Assim, a Promoção da Saúde baseia-se em princípios claros de defesa da saúde, entendida como direito fundamental do homem. Nestes princípios prevalecem valores que estabelecem a equidade e justiça social, a responsabilidade social, tanto dos sectores públicos e privados, o desenvolvimento de parcerias e do trabalho em rede, da participação ativa dos indivíduos e comunidades no processo de mudança e empoderamento, na responsabilidade de cada um no estado de saúde, no desenvolvimento de infraestruturas, assim como, na integração em diferentes sectores e ética profissional (WHO, 2010).

Ao longo deste processo reflexivo, percebemos que os profissionais que desenvolvem o seu trabalho diário nas instituições hospitalares, devem manter cada vez mais as suas atenções focalizadas nos processos de promoção da saúde das comunidades, através de ações preventivas e da fomentação da mudança comportamental e de consciência. Ou seja, face à crescente preocupação que tem vindo a ser trazida à discussão, compreendemos que em matéria de promoção da saúde, no nosso país, se começam a dar passos de mudança, mas que ainda ficam aquém do ideal. Contudo, consideramos que no que diz respeito à intervenção e ação do enfermeiro comunitário, parecem existir resultados positivos neste domínio, que ao mesmo tempo, se impõem como um alento à continuidade de um trabalho sustentado nas boas práticas profissionais daquele.

Assim, no sentido de se estabelecer uma união de força multidisciplinar entre os profissionais de saúde, consideramos que os planos estratégicos desenhados numa base solida possam facilitar o processo de promoção da saúde dos indivíduos e comunidades, em diversas vertentes de intervenção, alcançando assim os objetivos desejados e propostos, em cada projeto.

Atendendo à carga histórica que comportam as instituições hospitalares verificamos que, as ações inerentes à promoção da saúde eram de certa maneira utópicas, uma vez que se tratavam de locais, onde a doença e os desafios inerentes a estados fragilizados se impunham com maior força. Contudo, esse paradigma atualmente parece cada vez mais obsoleto, verificando-se entre as entidades responsáveis e os estados, uma nova visão que de forma positiva, começa a ganhar

contornos de força e mudança, relativamente à saúde em prol da redução ou minimização da dor ou doença, face a uma maior qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

Assim, a discussão no domínio da promoção da saúde exige acima de tudo, abertura a novas visões paradigmáticas que podem impulsionar a mudança, tanto de mentalidades como de comportamentos. É portanto neste domínio que se impõe necessária uma intervenção ao nível das crenças, cultura e filosofias, inerentes à prestação de cuidados destas instituições, bem como dos profissionais de saúde, associada ao desenvolvimento tecnológico, mas também estratégico dos planos de ação nesta área.

Neste sentido, vez que as ações desenvolvidas neste sentido, são comprovadamente benéficas e necessárias à sólida adoção de comportamentos e hábitos saudáveis, que contribuem para o aumento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e comunidades. Consideramos que ações que promovam a saúde é altamente necessária no contexto hospitalar, não obstante os domínios comunitários de intervenção neste sentido.

Nesta perspetiva, e no que respeita à ação/intervenção e competências do enfermeiro comunitário, cada vez mais se dirige segundo modelos sistémicos de intervenção comunitária, segundo os quais, os principais atores são os indivíduos e comunidades participativas e em ação, no seu próprio processo de desenvolvimento orientado. Deste modo, refletimos que um dos maiores desafios do enfermeiro comunitário, se prende com o tipo de intervenção, que este desenvolve junto das comunidades no âmbito da promoção da saúde, tendo em conta que esta deve ser sustentada na inter-relação e multidisciplinariedade estabelecida entre os profissionais, a par com o desenvolvimento dos processos de autonomia destes, mas também dos indivíduos e das comunidades.

A Enfermagem Comunitária procura promover aos indivíduos e comunidades, experiências e vivências ao nível da saúde, que lhes permita tomar decisões e escolhas conscientes e informadas acerca dos benefícios alcançados em determinados processos de mudança e transformação de hábitos e comportamentos ao nível da saúde e nesse sentido, as boas praticas adotadas no trabalho do enfermeiro comunitário, contribuem para que as comunidades assumam o seu verdadeiro potencial transformador neste processo.

Fica-nos a sensação de que este trabalho é uma realidade inacabada para a qual ainda não se reuniram saberes suficientes para consubstanciar este conhecimento considerando-o definitivo. Apesar de reconhecermos estas limitações não podemos deixar de colocar em evidência algumas conclusões a tirar do nosso singelo contributo neste domínio. Recorremos a uma revisão crítica da literatura que procurou ser fiel à atualidade de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema. A partir desta desenvolvemos o estudo, no sentido de dar resposta às questões formuladas. Procurou-se assim e conseguiu-se de uma forma geral responder à questão de partida e todos objetivos propostos.

As vantagens descritas na literatura acerca da promoção da saúde, bem como, da adoção de comportamentos saudáveis, parecem ser evidentes e benéficas aos efeitos de bem-estar e aumento

da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Este estudo contribuiu numa perspetiva global e estruturada para a resolução de alguns desafios que possam existir, para aumentar o conhecimento dos Enfermeiros, em especial os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Comunitária, de modo a que percebam as necessidades, as dificuldades, as preocupações e os acontecimentos significativos dos profissionais. A sensação de muito mais a investigar fica presente, contudo pensamos ter ajudado a construir um conhecimento sobre comportamentos saudáveis, em termos de saúde, competências ou aprendizagens, possibilitando o acesso a um processo de mudança, que vise uma melhor saúde e bem-estar.

A sensação de muito mais a investigar fica presente, contudo pensamos ter ajudado a construir um conhecimento sobre um processo evolutivo, criando a inquietação permanente e uma exigência intrínseca de qualidade. A aposta de facto está na capacitação de cada cidadão para conseguir lidar com a sua saúde e com os processos evolutivos da sociedade bem como do conhecimento.

Tendo por base a metodologia científica, é possível que os ganhos em saúde sejam maximizados e constituam uma realidade, sendo que o enfermeiro em Enfermagem Comunitária desempenha um papel relevante nesta área.

Posto isto, e apesar de não ser fácil mudar comportamentos, entendemos que esta não é uma tarefa impossível, pelo que foi nossa intenção perceber, pelo que existe mudanças de comportamentos, transformações positivas para a saúde da população alvo consequente da intervenção dos enfermeiros.

Com a elaboração deste trabalho de investigação, pretendíamos responder aos objetivos e pergunta de partida, e percebemos com este estudo que os participantes reconhecessem a importância dos enfermeiros na interferência de um estilo de vida saudável.

Ao terminarmos a elaboração do trabalho de investigação entendemos ter adquirido algumas das competências do enfermeiro mestre em enfermagem comunitária, em particular ao nível do planeamento e elaboração de um trabalho de investigação.

Assim, este é também o momento de reflexão sobre as dificuldades inerentes ao desenvolvimento de todo este processo. Destacamos a inexperiência na aplicação do processo, a nível teórico verificamos escassos estudos publicados em Portugal relativamente a comportamentos saudáveis, e a influência dos enfermeiros na mudança desses comportamentos, como é um estudo qualitativo também existem poucos estudos na área. Ainda, de salientar que o curto período temporal disponível (em termos académicos) refletiu-se numa menor abrangência da análise realizada.

Mesmo com todos obstáculos este trabalho foi elaborado com muito prazer, sendo gratificante pela aquisição de competências inerentes ao enfermeiro mestre em enfermagem comunitária, bem como, pela oportunidade de contribuir para o aumento do conhecimento acerca da temática nomeadamente perceber que as intervenções da enfermagem são visíveis na melhoria

da qualidade de vida no âmbito da promoção da saúde da população, sendo essencial futuros estudos nesta área e o envolvimento do enfermeiro nas intervenções comunitária, mas também

Perante tudo isto, o presente estudo mostra-se bastante importante e pertinente para o nosso crescimento e enriquecimento pessoal, profissional e futuros enfermeiros de saúde comunitária que direcionam a sua atividade para a promoção de um bem com valor inigualável, a saúde das populações.

REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARONSON, R. E., NORTAN, B. L., & KEGLER. M. C. - Achieving a "Broad View of Health": Findings From the California Healthy Cities and Communities Evaluation. *Health Education & Behavior*, 34, 441-452. DOI: 10.1177/1090198106289000, 2007.

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Editora 70, 2003.

Buss PM. - Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc & Saúde Coletiva*, 5(1), 2000.

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0, 2005, Ordem dos Enfermeiros Portugueses (tradução) ISBN: 92-95040-36-8.

CONRAD, Peter - *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, 2007.

CORREIA, E., & PINHO, O. - *Construir Saúde* (C. SA Ed. 1 ed.). Lisboa, 1988.

CORREIA, Cristina; (et. al.) - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001. Acedido em 23.03.2016. Disponível: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-depoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>.

DECRETO-LEI nº 104/98. *Diário da Republica*, I Série -A de 21 de Abril. Nº 93, p. 1719 a 1757.

DUARTE, J. - *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência*. (Doutor em Saúde Mental), Universidade do Porto, 2008.

FONSECA, H. - *Compreender os adolescentes - Um desafio para pais educadores* (E. Presença Ed. 4 ed.). Lisboa, 2005.

FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. 3ª Ed., Loures, Lusociência, 2003.

FORTIN, M. F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE, Acedido em 27.03.2016.

<http://www.pordata.pt/Portugal>, Acedido em 27.03.2016.

INE - Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2013. Lisboa, 2014.

AZEVEDO, Joana. SILVA & Ana S. Whitaker Dalmaso - Agente Comunitário de Saúde: O Ser, O Sabor, O Fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LEININGER, M.M. - Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LINCOLN, I. - Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Trad. Carmen de la Cuesta Benjumea. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, 15: 2, (Set.1997), p. 57-69.

MATOS, M. G. - A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois) (FMH ed.). Lisboa: FMH, 2003.

MATOS, M. G., CARVALHOSA, S. F., & Diniz, J. A. - Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses. Aventura Social e Saúde, 2001.

MATOS, M. G., CARVALHOSA, S. F., REIS, C., & DIAS, S. - Os Jovens Portugueses e o Alcool. Aventura Social e Saúde, 7(1), 2001.

MELLO, M., BARRIAS, J., & BRENDA, J. - Alcool e problemas ligados ao alcool em Portugal (D. G. d. Saúde Ed. 1 ed.). Lisboa, 2001.

MELEIS, Afaf Ibrahim - Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theory. In Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A.I. Theoretical. - Nursing: development and progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William Wilkins, 2007.

MELEIS, A., et al. - Experiencing transitions: emerging middle range theory. Advanced Nursing Science. vols.4, nº9, (2000), p.12-28.

MELEIS, A.I.; TRANGENSTEIN, P. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing & Outlook*. 1994.

OMS - Declaração de Alma-Ata. Saúde para Todos no Ano 2000 Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS Acedido em 24-05-2016, 2016, em http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tempo de Mudança. Revista da ordem dos Enfermeiros. Nº 22. Julho (2006). p. 29 a 31, ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº32. 2002 (p. 8). ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. Suplemento de Revista. Nº 26. Junho 2007. (p. 9 a 20). ISSN: 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Envelhecimento Activo e Educação para a Saúde: uma prioridade. ISSN 1646-2629. 2005. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=153> Acedido em 21.03.2016 Ordem dos Enfermeiros

O Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários. 2007. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=379&print=>. Acedido em 21.03.2016

PAIVA, T. - Bom sono boa vida (2 ed.). Cruz Quebrada: Oficina do livro, 2008.

PLANK, P., PLANK, Y., BRAIDO, A. M., REFFATTI, C., SCHNEIDER, D. S. L. G., & SILVA, H. M. V. - Identificação do cronotipo e nível de atenção de estudantes do ensino médio. *Revista brasileira de Biociências*, 6(1), (2008), p. 42-44.

PORTUGAL. MS. - Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. MS. - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. Versão Resumo Lisboa: Ministério da Saúde Acedido em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf, 2013.

PORTUGAL. MS. DGS. (2002). - Alimentação: A nova Roda dos alimentos. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Obtido de Educação para a saúde - Acedido em 22-04-2016 <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA>.

PORTUGAL. MS. DGS. - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS ed.). Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. MS. DGS. - Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Volume 1 Prioridades (DGS ed.). Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. MS. DGS. - Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Volume 2 Orientações Estratégicas (DGS ed.). Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. MS. DGS. - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS ed.). Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. MS. DGS. - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa. Lisboa: Ministério da Saúde, 2005.

PORTUGAL. MS. DGS. - Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2006.

PORTUGAL. MS. DGS. - Problemas ligados ao álcool Acedido em 21-4-2016, em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriossaude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>, 2011.

PRAEGER, S.G., HOGARTH, C.R., Josephine E., Paterson e Loretta T. Zderad. In George, I.B. - *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Trad. Regina Machado Garces. Porto Alegre, Artes Médicas, Cap. 17, (1993) p.242-53.

PRECIOSO, J., CALHEIROS, J., PEREIRA, D., CAMPOS, H., ANTUNES, H., REBELO, L., & BONITO, J. - Estado actual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Acta Médica Portuguesa*, 2009.

PRECIOSO, J. - Não fumar é que está a dar, Braga, 2000.

QUIVY, Raymond ; VAN Campenhoudt, Luc. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2008.

ROCHA, L., & BARATA, J. - A Educação para a Saúde - O papel da Educação Física na promoção de estilos de vida saudáveis (R. e. S. Omniserviços, Lda Ed.). Lisboa, 1998.

SCHULZ, R., NOELKER, L. S., ROCKWOOD, K., & SPROTT, R. L. - *The Encyclopedia of Aging (4th edn)*. New York, NY: Springer Publishing, 2006.

SANCHEZ - SERRANO, J. S. C. - El rendimiento escolar y sus contextos. *Revista Complutense de Educacion*, 12(1), (2001), p. 15-80.

SERAFIM, F., M., M., PINTO - Promoção do Bem-estar Global na População Sénior- práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas. <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>, 2007.

SILVA, C., GONÇALVES, A., & CARVALHO, G. S. - Percepção de professores e alunos do ensino básico e secundário sobre a acção formativa e preventiva da escola no domínio tabágico. Paper presented at the Proceedings of the I International Conference on Smoking Prevention and Treatment. [CD-ROM], Braga. conference Object Acedido em 22-04-2016 <http://hdl.handle.net/1822/9942>, 2009.

TEIXEIRA, P., & SILVA, M. - Repensar o Peso - Princípios e Métodos testados para controlar o seu peso. Lisboa: Lidel, 2009.

TRIVIÑOS, N.S. - Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VIEIRA, Margarida - Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência. Edição Universidade Católica Portuguesa, Lda. Lisboa. 2007. (p.18;19). ISBN 972-54-0146-8.

Revista de Formação e Educação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 1ª série; 5ª Edição; 2000. Disponível: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?target=Detalhes&id_website=3&id_edicao=20 Acedido em 25.03.2016.

WHO - Putting PHP Polycy into action. Working papel of .3the WHO Collaborating Center on Health Promotion in hospitals and health care. Vienna: University of Vienna, 2006.

WHO - Health Topics: health promoting hospitals, 2008.

WHO - Ottawa Charter for Health Promotion. The first International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP, First International Conference on Health Promotion, 1986.

WHO - Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1, 1998.

WHO - Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. Acedido em 14 de Dezembro 2015, em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>, 1998.

ANEXOS

ANEXO I: Pedido de autorização

MINUTA DE REQUERIMENTO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E ENSAIOS CLÍNICOS

**Exmo. Senhor Presidente do Conselho de
Administração do Centro Hospitalar do Tâmega e
Sousa, E.P.E.**

Manuela Josefa Teixeira, portador do Cartão de Cidadão n.º 3679852, válido até 22/3/2016, licenciada e doutorada em Enfermagem, morada profissional em ESEP – Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n, 4200-072 Porto, atualmente a exercer funções de Professora Coordenadora na escola Superior de Enfermagem do Porto, cédula profissional da OE n.º 4-E-22064, contactável pelo telefone directo 22-5073500 entre as 9h e 19h (presença no gabinete dependendo de aulas e saídas para congressos), com contacto preferencial pelo endereço eletrónico mjteixeira@esenf.pt, vem requerer a V/Exa. autorização para a realização da Pesquisa de Investigação subordinada ao tema “A perspetiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis, de uma comunidade hospitalar”.

Este estudo decorre no âmbito da Tese do Programa Mestrado em saúde comunitária, de Filipa Celeste Barros Lourenço, a decorrer na ESEP sob orientação da Professora Doutora Manuela Teixeira e co-orientação da Professora Mestre Rosa Maria de Castro Alves.

Tem como objetivos: Compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis; Conhecer as condições que favorecem a aquisição de comportamentos saudáveis; Perceber se a adoção de comportamentos saudáveis são consequentes a uma intervenção de um profissional de saúde. Se a instituição assim o autorizar, o estudo vai ser alargado a vários serviços da instituição, e a várias classe de profissionais sem custos para esta. Será realizado um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal com recurso a entrevista semiestruturada, realizada por a própria aluna e gravada, conforme detalhes em anexo.

Data: 29 Fevereiro 2016

Assinatura (conforme o B.I.): _____

Anexo: Processo documental exigido para avaliação do projecto.

ANEXO II: Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Primeira Parte

Entrevista semi-estruturada 1º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Tema: “A perspetiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis, de uma comunidade hospitalar”</p> <p>O que realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal; • Apresentação do estudo: objetivos, finalidades e motivo de realização das entrevistas; • Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida; • Entrega do documento escrito formal de pedido de consentimento informado, no caso de aceitação dos participantes, e respetiva assinatura do documento. 			

Entrevista semi-estruturada 2º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o que a população inquirida considera ser comportamentos saudáveis; • Conhecer as condições que favorecem a aquisição de comportamentos saudáveis; • Perceber se a adoção de comportamentos saudáveis são consequentes a uma intervenção de um profissional de saúde. <p>Identificação, dados sociais, demográficos:</p> <p>Questões:</p>			

- Idade
- Nacionalidade
- Habilitações literárias
- Estado civil

Segunda Parte

Entrevista semi-estruturada 3º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Questões auxiliares:</p> <p>Que comportamentos indicaria como comportamentos saudáveis</p> <p>Ter comportamentos saudáveis será importante</p> <p>Nos últimos meses alterou algum dos seus comportamentos</p> <p>Essa decisão foi repentina ou vinha a ser ponderada</p> <p>A decisão foi despoletada pelo próprio ou teve alguma influência (família, laborais, profissionais de saúde, comunitárias, sociais; explorar os contextos e atores das diferentes possibilidades)</p> <p>Considera que há/houve algumas condições que favoreceram a mudança e a manutenção desses comportamentos</p>			

ANEXO III: Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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 perspetiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis, de uma comunidade hospitalar”?

Enquadramento: A presente investigação será desenvolvida por Filipa Celeste Barros Lourenço, Especialista em Saúde Comunitária, sob a orientação da Professora Doutora Manuela Teixeira (ESEP) e coorientação da Mestre Rosa Maria Alves (ESEP), no âmbito do Mestrado Saúde Comunitária.

Explicação do estudo: O estudo irá realizar-se através de uma entrevista semi- estruturada, 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 solicitarem.

Agradecemos a sua participação.
Filipa Celeste Barros Lourenço – Enfermeira
Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária
filipalourenco@iol.pt

Assinatura do investigador: _____

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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**

¹ http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>