



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO  
JOÃO DE DEUS DE ÉVORA**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/UNIVERSIDADE  
DE ÉVORA

**Trabalhe com o Coração**

**Redução do Risco Cardiovascular nos  
funcionários da Câmara Municipal de Viana  
do Alentejo**

**Iolanda Rosado Mendes da Silva**

Orientação: Isaura da Conceição Cascalho Serra

**Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Comunitária**

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária*

Relatório de Estágio

Évora, 2016



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO  
JOÃO DE DEUS DE ÉVORA**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/UNIVERSIDADE  
DE ÉVORA

**Trabalhe com o Coração**

**Redução do Risco Cardiovascular nos  
Funcionários da Câmara Municipal de Viana  
do Alentejo**

**Iolanda Rosado Mendes da Silva**

Orientação: Isaura da Conceição Cascalho Serra

**Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Comunitária**

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária*

Relatório de Estágio

Évora, 2016

## RESUMO

### TRABALHE COM O CORAÇÃO

#### **Redução do Risco Cardiovascular nos Funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo**

Este trabalho visou a prevenção das doenças cardiovasculares através da promoção de estilos de vida saudáveis em adultos em idade ativa. **Objetivos:** Avaliar o Risco Cardiovascular; identificar os conhecimentos sobre fatores de risco modificáveis; promover a criação de um grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis. **Metodologia:** Planeamento em Saúde. **Resultados:** Dos 71 indivíduos avaliados, 33,8 % apresentaram evidência de risco cardiovascular, sendo que 6 apresentaram um Risco Cardiovascular muito alto, 4 risco alto e 14 risco moderado. Existiram diferenças significativas ao nível dos conhecimentos sobre doenças cardiovasculares e estilos de vida referidos pelos 2 grupos de funcionários avaliados. **Conclusões:** A adesão a estilos de vida saudáveis contribui para a redução dos fatores de risco modificáveis, cuja avaliação só é possível a médio e longo prazo. O investimento na criação de um grupo dinamizador no local de trabalho e a formalização de parcerias contribuiu para garantir a sustentabilidade do projeto.

**Palavras-chave:** Estilo de vida, risco cardiovascular, fatores de risco, população ativa

## ***ABSTRACT***

### ***WORK WITH HEART”***

#### ***Cardiovascular Risk Reduction in the employees of the Municipality of Viana do Alentejo***

This work aimed the prevention of cardiovascular disease by promoting healthy lifestyles in adults of working age. **Aims:** Evaluate cardiovascular risk; identify the knowledge of modifiable risk factors; promote the creation of a dynamic group of activities that promote healthy lifestyles. **Methodology:** Planning in Health. **Results:** 71 workers evaluated, 33,8% had evidence of Cardiovascular Risk, and 6 showed a very high cardiovascular risk, 4 high risk and 14 moderate risk. There were significant differences in the knowledge of cardiovascular diseases and lifestyles reported by the two groups of evaluated employees. **Conclusions:** Following healthy lifestyles contributes to the reduction of modifiable risk factors, whose assessment is possible only in the medium and long term. The investment in creating a dynamic group in the workplace and the formalization of partnerships contributed to ensure the sustainability of the project.

**Keywords:** Lifestyle, cardiovascular risk, risk factors, active population

## **AGRADECIMENTOS**

Quero começar por agradecer à Enfermeira Celeste Gomes pela forma como me acolheu e integrou neste Ensino Clínico. A sua disponibilidade, orientação e simpatia foram fundamentais para que pudesse concluir, com sucesso, esta etapa.

Não podia também deixar de agradecer à equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Alentejo, pelo acolhimento, disponibilidade, simpatia e pelos conhecimentos que me transmitiram ao longo destes dois estágios.

Agradeço ainda aos funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo por terem abraçado e colaborado neste projeto, porque sem eles nada se tinha conseguido. Um muito obrigado ao Sr. Presidente da Câmara Municipal e à Luísa Mouro, responsável pelo Departamento dos Recursos Humanos, pelo apoio prestado. Obrigada Luísa Ferreira, obrigada Daniela Palhais e obrigada Nelson Sabarigo, foram o melhor Grupo Dinamizador do mundo e arredores!

À Professora Isaura Serra, um grande abraço e mais uma vez, um muito obrigada por toda a disponibilidade, partilha de conhecimentos, atenção e apoio ao longo destes meses.

Não podia deixar de agradecer ao meu marido e à minha filha pela paciência e pela força que me transmitiram! Desculpa Bia por estar sempre longe e sempre a estudar. Desculpa por não te ter lido todas as histórias que pediste e por te ter dito que não podia brincar... quero acreditar que, um dia tudo isto terá valido a pena.

Agradeço a todos por terem feito deste estágio uma experiência tão enriquecedora, contribuindo para o meu crescimento, quer a nível profissional e quer pessoal...

... A todos um grande Bem Haja!!!

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ARS – Administração Regional de Saúde  
ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo  
AVC – Acidentes Vascular Cerebral  
CMVA – Câmara Municipal de Viana do Alentejo  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DCV – Doenças Cardiovasculares  
DGS – Direção Geral da Saúde  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
EU – União Europeia  
IMC – Índice de Massa Corporal  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
RCV – Risco Cardiovascular  
REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

## ABREVIATURAS / SIMBOLOS

Km – Quilómetro

Km<sup>2</sup> – Quilómetro quadrado

N.º - Número

Sr. – Senhor

DL – Decreto-Lei

Art.º – Artigo

Kg – Quilograma

M<sup>2</sup> – Metro quadrado

Mg – Miligrama

Dl – Decilitro

mmHg – Milímetros de Mercúrio

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

p. – Página

pp. - Páginas

€ - Euros

h – Hora

vs – Versus

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	19
2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final.....	19
2.2. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos.....	24
2.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências .....	26
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO .....	28
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....	40
4.1. Objetivos da Intervenção Profissional.....	40
4.2. Objetivos a Atingir com a População-Alvo.....	43
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....	48
5.1. Fundamentação das Intervenções .....	48
5.2. Metodologia.....	61
5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas .....	65
5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos .....	69
5.6. Análise da Estratégia Orçamental .....	70
5.7. Cumprimento de Cronograma .....	78
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....	79
6.1. Avaliação dos Objetivos .....	79



6.2. Avaliação da Implementação do Programa .....	81
6.3. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas .....	86
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETENCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....	88
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	90
REFERÊNCIAS .....	92
ANEXOS .....	102

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora .....	103
ANEXO B - Pedido de Autorização à CMVA .....	105
ANEXO C – Autorização da Autora do Questionário.....	108
ANEXO D – Consentimento Informado .....	110
ANEXO E – Questionário para Avaliação de Conhecimentos e Estilos de Vida.....	112
ANEXO F – Resultados do Rastreamento Cardiovascular .....	119
ANEXO G - Apresentação dos Resultados do Rastreamento e do Questionário ao Grupo do Estaleiro e do Edifício Principal.....	121
ANEXO H – Artigo Informativo para o Boletim Municipal.....	130
ANEXO I – Artigos Informativos Enviados para os Funcionários da CMVA .....	132
ANEXO J – Cartaz e Fotos do Mercado de Produtos Hortofrutícolas .....	141
ANEXO L – Cartaz e Fotos da Ação de Sensibilização “Dieta Mediterrânica na Cozinha Tradicional Alentejana” .....	143
ANEXO M – Cartaz e Fotos do <i>Showcooking</i> “Doce e Sobremesas – Opções Mais Saudáveis” .....	145
ANEXO N – Fotografias da Aula de Ginástica Laboral .....	147
ANEXO O – Grelha de Análise.....	149
ANEXO P – Cronograma de Atividades.....	156
ANEXO Q – Escala SCORE (Cálculo Risco Cardiovascular - Norma DGS) .....	155

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos funcionários por faixa etária .....	30
Gráfico 2 – Funcionários participantes no estudo .....	32
Gráfico 3 - Consumos diários referidos pelo grupo do Estaleiro e do Edifício Principal, em percentagem.....	33
Gráfico 4 - Refeições feitas pelos funcionários do grupo do Estaleiro e do Edifício Principal, em percentagem. ....	34
Gráfico 5- Mudanças nas respostas sobre consumos alimentares no grupo do Estaleiro.....	82
Gráfico 6 – Mudanças nas respostas sobre consumos alimentares no grupo do Edifício Principal.....	83

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores demográficos (INE, 2011) .....	20
Tabela 2 - Distribuição dos funcionários por local de trabalho.....	25
Tabela 3 - Nível de escolaridade dos funcionários da Câmara de Viana do Alentejo ...	30
Tabela 4- Nível educacional dos funcionários do Estaleiro e do Edifício Principal .....	32
Tabela 5- Custos inerentes à atividade do Rastreio Cardiovascular, aplicação dos questionários e avaliação do Risco Cardiovascular.....	72
Tabela 6 - Custos inerentes à atividade reuniões com parceiros, CMVA, equipa UCC e grupo dinamizador.....	73
Tabela 7 - Custos inerentes à atividade Artigos e Placard no bar .....	74
Tabela 8 - Custos inerentes à atividade <i>Showcooking</i> e Ação de Sensibilização.....	75
Tabela 9 - Custos inerentes à atividade Mercado de produtos hortícolas .....	76
Tabela 10 - Custos inerentes à atividade Filme publicitário .....	77
Tabela 11 - Custos inerentes à atividade parceria no "Color Run" .....	77
Tabela 12 - Custos inerentes à atividade Ginástica Laboral.....	78

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - À esquerda, localização geográfica do concelho no contexto do distrito de Évora; à direita, a constituição do concelho de Viana do Alentejo.....	19
Figura 2 – Área geográfica de influência do Agrupamento de Centros de Saúde, ACES Alentejo Central.....	22

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação dos objetivos do projeto.....	80
--	----

***“A prevenção cardiovascular é uma área de intervenção com expressividade importante nos Cuidados de Saúde Primários. E os ganhos em saúde que se podem alcançar são relevantes permitindo diminuir a prevalência de doenças cardiovasculares e a morbilidade e mortalidade associada.”***

***(Carlos, 2012)***

## 1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários são um pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde pois representam o primeiro contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. Desta forma, assumem um papel fundamental na promoção e proteção da saúde dos indivíduos, na prevenção e na prestação de cuidados em presença de doença (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro). O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 aposta nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como forma de obter ganhos em saúde, garantindo a continuidade dos cuidados através de uma melhor articulação entre os vários níveis do sistema.

Um dos programas de saúde prioritários deste PNS é o das Doenças Cérebro-Cardiovasculares, que defende a adoção de medidas preventivas através de estilos de vida saudáveis e da correção dos fatores de risco modificáveis. Dada a sua proximidade à comunidade, os CSP encontram-se numa posição privilegiada para intervir no controlo dos fatores de risco (Carlos, 2012).

Em 1988, segundo a DGS (2014), a percentagem de óbitos por doenças do aparelho circulatório era de 44,4% sendo que em 2012 essa percentagem desceu para 30,4%. Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da DGS (2012a), as doenças cardiovasculares continuam a ser a primeira causa de morte na população portuguesa, por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), seguindo a mesma tendência dos países europeus. Houve uma redução acentuada da mortalidade prematura que se traduziu em ganhos nos “anos potenciais de vida perdidos” e essa situação teve um impacto positivo na sociedade e no núcleo das famílias (DGS, 2014). Ao fazer uma análise mais aprofundada do espectro das doenças do aparelho circulatório, percebe-se que os maiores avanços foram feitos ao nível da doença isquémica cardíaca, principalmente ao nível da prevenção do EAM, onde Portugal se encontra num local privilegiado (35,84%) ao nível europeu, com uma taxa de mortalidade abaixo da média da União Europeia que apresenta valores que rondam os 100%. Quando analisadas as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular (AVC), Portugal deixa a liderança anterior, assumindo os últimos lugares do grupo, com 62,64% muito acima dos valores médios registados em toda a EU-27 (DGS, 2014).

O Alentejo apresenta-se como uma das zonas do país com maiores taxas de incidência por doença cardiovascular. No ano de 2013, na ARS Alentejo, recorreram ao hospital por



EAM, 983 pessoas de ambos os sexos, sendo que 287 eram indivíduos, em idade ativa (18 a 64 anos) e maioritariamente, homens. No mesmo ano de 2013, na mesma região, recorreram aos cuidados hospitalares por AVC, 1220 pessoas de ambos os sexos, sendo que destes 206 eram indivíduos em idade ativa (18 a 64 anos) e eram também, maioritariamente, homens (DGS, 2014). Esta predominância do sexo masculino, neste tipo de patologia, esbate-se em idades mais avançadas. Este facto é justificado pela “proteção” hormonal a que as mulheres mais jovens estão sujeitas e que diminui depois da menopausa (Macário, 2012; Mafra & Oliveira, 2008).

Apesar do evidente decréscimo nas taxas de mortalidade e morbidade por doença cardiovascular, estas continuam a ter um importante impacto na economia portuguesa, decorrente dos dispendiosos tratamentos e das situações de incapacidade por elas criadas, não só em idades mais avançadas, como em populações em idade ativa (DGS, 2014). A evolução positiva dos indicadores deve-se, por um lado à eficácia das medidas preventivas aplicadas, e por outro lado, ao avanço dos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos. Estas medidas preventivas defendem a importância da prevenção através da adoção de estilos de vida saudáveis e do abandono de comportamentos de risco, como o tabagismo e o sedentarismo. É importante corrigir fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, a dislipidémia, ou a diabetes. Muitos estudos comprovam que modestas reduções nos fatores de risco major (tabagismo, hipertensão arterial e hipercolesterolemia) estão associados a uma melhoria significativa da esperança média de vida (Rocha, 2010).

A área temática do presente trabalho incidiu na prevenção das doenças cardiovasculares em adultos em idade ativa. Por ser um projeto de intervenção comunitária, desenvolveu um plano de ação com base nas necessidades avaliadas, visando alcançar uma melhoria no estado de saúde da população-alvo. No desenvolvimento deste trabalho e tendo em conta as orientações do PNS e dos seus programas de saúde prioritários, pretendeu-se estabelecer parcerias com outros sectores para uma melhor intervenção junto da população-alvo e como forma de rentabilizar os recursos materiais e humanos, na maioria das vezes tão escassos. Foi importante fazer uma avaliação criteriosa das necessidades da população, pois só assim se conseguiu conhecer verdadeiramente os problemas existentes e os fatores que os condicionavam. Desta forma, conseguiu-se adequar as necessidades o mais possível ao contexto em que se inseriam. Como forma de evitar que os problemas se repetissem e tentando garantir o

sucesso das intervenções, tornou-se fundamental interceder na causa dos mesmos, definindo prioridades e evitando intervenções isoladas e desajustadas.

A elaboração deste relatório surgiu no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária, no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, que foi realizado na UCC de Viana do Alentejo.

Em Maio de 2014, no âmbito do mês do Coração, tinha sido realizado pela UCC de Viana do Alentejo, uma ação de sensibilização a amostra da população de trabalhadores da Câmara Municipal. Nesta foram avaliados a tensão arterial, a glicémia capilar, o colesterol total, o peso e a altura. A análise destes dados, feitos à posteriori, permitiram identificar algumas situações de risco e assim definir este grupo como a população-alvo deste projeto. O projeto “Trabalhe com o Coração - Redução do Risco Cardiovascular nos Funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo”, como posteriormente foi designado, teve como objetivo geral a promoção de estilos de vida saudáveis como forma de reduzir os fatores de risco responsáveis pelo aumento do risco cardiovascular, numa população de trabalhadores da autarquia de Viana do Alentejo.

Confirmada a pertinência do projeto nesta área, definiram-se os seguintes objetivos específicos para a intervenção:

- Avaliar o risco cardiovascular inicial dos funcionários da CMVA;
- Identificar os conhecimentos destes funcionários sobre os fatores de risco modificáveis relacionados com as doenças cardiovasculares;
- Identificar a adesão a estilos de vida saudáveis pelo mesmo grupo e;
- Promover a criação e formação de um grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, constituído por funcionários da CMVA.

Este trabalho está dividido em 6 partes:

- Análise do contexto – é feita a caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Viana do Alentejo e da Câmara Municipal de Viana do Alentejo.
- Análise da população – é feita a caracterização da população-alvo;
- Análise dos objetivos – neste capítulo é feita referência aos objetivos delineados e feita uma análise reflexiva dos mesmos;
- Análise das intervenções – é feita uma descrição pormenorizada das intervenções realizadas;

- Análise do processo de avaliação – onde os objetivos são avaliados individualmente e é feita uma avaliação geral do projeto e;
- Análise das competências adquiridas e mobilizadas – aqui é feita uma descrição das competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, que foram mobilizadas neste estágio e uma reflexão acerca das mesmas.

Na realização deste trabalho foram respeitados todos os procedimentos éticos constantes das Declaração de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à investigação e experimentação que envolva seres humanos e obtida a autorização das Comissões de Ética para a Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora, com o n.º 15017, como consta no Anexo A.

A elaboração deste projeto respeita as normas do novo Acordo Ortográfico e da 6ª Edição das Normas APA (*American Psychology Association*).

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

### 2.1 – Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

O local e o ambiente onde decorre um estágio, ou seja, a equipa com quem se trabalha, as parcerias que se estabelecem na comunidade e ainda a adesão da população-alvo, são aspetos fundamentais na elaboração, implementação e desenvolvimento de um projeto, influenciando diretamente o sucesso deste.

Neste ponto do relatório é feita a caracterização do ambiente onde foi realizado o Estágio Final, nomeadamente, do concelho de Viana do Alentejo, da UCC e da CMVA e de alguns dos seus recursos.

O concelho de Viana do Alentejo está situado no limite sul do distrito de Évora, com o concelho de Montemor-o-Novo a norte, Évora a este, Portel a sudoeste, Alvíto a sul (distrito de Beja) e Alcácer do Sal a oeste (distrito de Setúbal).



Figura 1 - À esquerda, localização geográfica do concelho no contexto do distrito de Évora (Fonte:www.cm-vianadoalentejo.pt); à direita, a constituição do concelho de Viana do Alentejo (Fonte:www.evoradigital.biz)

O concelho ocupa uma área geográfica de cerca de 392 km<sup>2</sup>, com três freguesias, Alcáçovas, Aguiar e Viana do Alentejo. A freguesia de Aguiar dista cerca de 8 km de Viana do Alentejo e de Alcáçovas cerca de 18 km. Em termos demográficos, a densidade populacional do concelho de Viana do Alentejo é de 14,6 habitantes por km<sup>2</sup>. A sede do concelho é a freguesia com maior número de habitantes, 29 habitantes por km<sup>2</sup>, seguindo-se a freguesia de Aguiar com 28,7 e por fim a freguesia das Alcáçovas com 7,9 habitantes por km<sup>2</sup> (INE, 2011).

Comparando os dados dos Censos de 2001 com os dos de 2011, salienta-se um aumento populacional correspondente a mais 128 habitantes em termos absolutos em todo o concelho, passando de 5.615 para 5.743 habitantes. A freguesia que registou maior subida do número de habitantes foi Aguiar (191 habitantes), registando, em 2011, 890 habitantes. Segue-se a freguesia de Alcáçovas com mais 23 habitantes, num total de 2.111 habitantes. A freguesia de Viana do Alentejo foi a única que registou uma perda de 86 habitantes face a 2001, registando, no ano de 2011, uma população de 2.742 habitantes. No concelho registou-se ainda um aumento do número de famílias, sendo este mais significativo na freguesia de Aguiar. Existiu no total um aumento de 120 famílias. Segundo o INE (2011), o concelho de Viana do Alentejo foi um dos poucos concelhos alentejanos onde se registou um aumento de população. Segundo os Censos de 2011, Viana do Alentejo tinha 823 habitantes no grupo etário dos 0 aos 14 anos, 3.463 habitantes no grupo etário dos 15 aos 64 anos e com 65 ou mais anos, 1467 habitantes. Estes valores confirmam que existe envelhecimento demográfico no concelho de Viana do Alentejo. A tendência é para que o número de idosos continue a aumentar, contribuindo assim para o aumento da taxa de envelhecimento.

Recorrendo à PORDATA e aos seus indicadores demográficos, é possível saber que as principais causas de morte no ano de 2014 e anteriores, no concelho, foram as doenças do aparelho circulatório (35 mortes).

CONCELHO /ZONA	Taxa de Natalidade (‰)		Taxa de Mortalidade (‰)		Taxa de Fecundidade (‰)		Taxa de Nupcialidade (‰)		Taxa de Divórcio (‰)	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Viana do Alentejo	9,6	7,9	15,1	12,9	44,4	34,5	5,0	3,7	1,6	4,9
Alentejo Central	8,6	8,2	12,3	12,1	38,0	37,4	4,7	2,9	1,4	2,2
Alentejo	8,8	8,1	13,5	13,4	39,3	37,9	4,7	2,8	1,6	2,4
Portugal	10,9	9,2	10,1	9,7	43,0	38,6	5,6	3,4	1,8	2,5
Tendência		↓		↓		↓		↓		↑

Tabela 1 - Indicadores demográficos (INE, 2011)

Em termos de níveis de instrução, a população de Viana do Alentejo caracteriza-se por uma taxa de analfabetismo de 12,39%, um valor superior à taxa apresentada pelo Alentejo Central, que se localiza nos 9,26%.

Em termos de atividades económicas, no concelho de Viana do Alentejo, segundo o portal do Município, predomina o sector terciário, com destaque para o comércio, alojamento e restauração com cerca de 42% da população ativa, destacando-se o comércio a retalho por grosso, com 82% do volume de negócios, 62% das empresas e 58% da população ativa do setor. Segue-se o sector primário e secundário com 35% e 23%, respetivamente. A importância do setor primário está ligada ao cultivo de cereais como o trigo, a aveia e a cevada, às áreas de olival, e de sobreiral, às explorações pecuárias de gado bovino e ovino. Em relação ao setor secundário, existem os subsectores da indústria transformadora, com 69% do volume de negócios, 62% da população ativa do setor e o subsector da construção e obras públicas, com 57% do número de empresas do setor. Na indústria artesanal destaca-se a produção de chocalhos e a olaria.

É um concelho com carências económicas e com uma taxa de desemprego elevada de 9,64%, segundo dados dos Censos de 2011, existindo cerca de 56 famílias beneficiárias do RSI.

Todas as freguesias dispõem de apoio à terceira idade por parte da Santa Casa da Misericórdia. Existe apoio domiciliário, centro de dia e internamento. Os utentes da freguesia de Aguiar têm acesso à valência de centro de dia da Santa Casa da Misericórdia de Viana, deslocando-se de carrinha para esta freguesia. Na freguesia de Aguiar existe um lar privado.

O concelho tem ainda ao seu dispor vários recursos como piscinas cobertas e descobertas, um pavilhão polidesportivo e várias estruturas ao ar livre que promovem a prática de exercício físico na região. São organizadas com frequência, pelo município e por outras associações existentes no concelho, várias iniciativas de apoio ao desporto, caminhadas, Raid's de BTT, entre outros. De uma forma gratuita é possível utilizar a ecopista para corridas e caminhadas, o circuito de manutenção e os espaços verdes da Quinta da Joana e os vários ringues. Existe ainda a possibilidade de realizar algumas atividades pagas (muitas participadas pela CMVA ou por associações locais) como Zumba®, ginástica, dança de sevilhanas, badmington, ténis de mesa, ballet, futebol, natação, hidroginástica, atletismo, entre outras.

Depois de feita uma breve apresentação do concelho, é importante contextualizar a UCC. A UCC de Viana do Alentejo é uma unidade funcional do Centro de Saúde de

Viana do Alentejo e que integra o ACES do Alentejo Central. A prestação de cuidados de saúde diferenciados é assegurada pelo Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.



Figura 2 – Área geográfica de influência do Agrupamento de Centros de Saúde, ACES Alentejo Central  
(Fonte:www.arsalentejo.min-saude.pt)

Com o Decreto-Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro surgiram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) definidos como unidades funcionais flexíveis, com uma gestão mais rigorosa, mais equilibrada e ciente das necessidades de saúde das populações. Surgiu um novo paradigma na organização da prestação de CSP que tenta privilegiar o acesso dos cidadãos a este tipo de cuidados, o envolvimento dos profissionais, a melhoria da qualidade dos cuidados e a obtenção de maiores ganhos em saúde. Segundo o n.º 1 do artigo n.º 3 do mesmo Decreto-Lei, “a missão dos ACES é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica”, procurando manter os princípios da equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos da população possam usufruir dos cuidados e serviços. No n.º 2 do mesmo artigo define-se que o ACES deve desenvolver “atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”.

No artigo n.º1 do artigo 7.º do Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro são definidas as unidades funcionais da prestação de cuidados de saúde:

- Unidade de Saúde Familiar (USF) – Pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – Unidade que presta cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica;

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário;
- Unidade de Saúde Pública (USP) – Funciona como observatório de saúde da área geodemográfica dos ACES;
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) – Unidade presta serviços de consultadoria e assistência e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares;
- Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) e aprovados por despacho do Ministério da Saúde, por serem considerados necessários.

Cada ACES dispõe de uma USP e de uma URAP. Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e coopera com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e ACES.

As UCC são constituídas por equipas multidisciplinares, onde podem existir enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros. A missão de uma UCC, segundo o Decreto-Lei de 22 de Fevereiro, no n.º1 do artigo 11.º, centra-se na “(...) prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (...)” . É ainda da sua competência constituir as equipas de cuidados continuados integrados, desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A UCC de Viana do Alentejo garante um imprescindível serviço na continuidade dos cuidados, privilegiando a articulação transversal e em rede com as diferentes unidades funcionais do ACES e outras estruturas da comunidade, promovendo a consolidação das boas práticas. Os programas e os projetos integrados no plano de ação da UCC integram as orientações técnicas definidas pelo Conselho Clínico do ACES Alentejo Central e pelo PNS. A UCC de Viana do Alentejo contempla no seu plano de ação vários programas, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o Programa de Promoção de Saúde na Comunidade,



os programas com parceiros como o Clube de Saúde Sénior e ainda o Programa de Desenvolvimento Profissional Investigação e Formação e o de Melhoria Contínua da Qualidade.

## **2.2. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos**

Neste ponto do trabalho procedeu-se ao levantamento dos recursos materiais e humanos que tanto a UCC como a CMVA dispõem.

A constituição da UCC impõe a criação de condições de funcionamento, de estrutura e de recursos que possibilite a organização e cumprimento do seu plano de ação. O n.º 2 do artigo 4.º do Despacho 10143/2009 de 16 de Abril afirma que “para assegurar o conjunto de atividades essenciais (...) cada UCC é dotada dos necessários recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos”.

O Centro de Saúde de Viana do Alentejo encontra-se organizado em duas unidades funcionais, a USCP e a UCC, que partilham o mesmo edifício. A UCC desenvolve a sua atividade no rés-do-chão, onde existe uma sala de trabalho de enfermagem, um gabinete para a enfermeira coordenadora da UCC e uma sala de apoio/ arrecadação. Existe a vontade de mudança da UCC para o primeiro andar do edifício, o que, na opinião dos profissionais, iria melhorar a identidade organizacional, rentabilizar os recursos e a gestão dos custos, facilitar a identificação dos utentes com a unidade, melhorar a satisfação dos profissionais e as condições de trabalho. A UCC de Viana do Alentejo é constituída por uma equipa multidisciplinar mas apenas os quatro enfermeiros realizam as 40 horas semanais (horário completo). Os restantes profissionais têm uma carga horária semanal bastante inferior, nomeadamente, a psicóloga com 4 horas, o assistente social com 4 horas e a médica com 3 horas. De momento não existe assistente técnico, sendo que, o trabalho administrativo é realizado pelos próprios enfermeiros. Pretende-se que a esta equipa se junte um fisioterapeuta, um nutricionista, um higienista oral e um assistente operacional, como forma de melhorar a resposta às necessidades da população (recursos da URAP), porém esta situação ainda não se verifica.

A unidade encontra-se equipada com o material básico ao desenvolvimento das várias atividades, nomeadamente, computadores que se encontram equipados com o Software Aplicacional SAPE, que tem por base a Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem (CIPE) e o SINUS. A UCC dispõe de uma viatura, o que facilita o trabalho dos enfermeiros e proporciona melhores e mais adequados cuidados de saúde à população e maior satisfação aos doentes.

A CMVA está dividida em dois polos, o Edifício Principal, onde se concentra a parte administrativa com departamentos como os Recursos Humanos, Jurídico, Atendimento Geral, Contabilidade e Tesouraria, Direção, Cultura e Desporto, e o Estaleiro, onde estão reunidos todos os serviços direcionados com o exterior, como manutenção de espaços verdes, limpeza das vias, entre outros. Nesta autarquia, de acordo com os dados disponíveis, trabalhavam 118 trabalhadores. Destes 92 têm vínculo à função pública e os restantes são funcionários com contratos temporários ou do Centro de Emprego. De acordo com os dados fornecidos pela CMVA, os funcionários encontram-se distribuídos conforme consta na tabela 2:

Local de trabalho		N.º Funcionários	Total
Edifício Principal	Polo Principal	56	66
	Castelo	3	
	Bibliotecas	4	
	Cineteatro	3	
Estaleiro	Estaleiro	42	52
	Quinta da Joana	4	
	Polidesportivo	3	
	Piscinas Municipais	3	
<b>Total:</b>			<b>118</b>

Tabela 2 - Distribuição dos funcionários por local de trabalho

Em termos de recursos materiais, para além dos dois polos principais, a CMVA dispõe ainda do pavilhão polidesportivo, onde decorrem várias atividades desportivas. Este pavilhão está bem conservado e dispõe de todas as condições para a prática

desportiva, nomeadamente, materiais, mas também físicas (balneários, casas de banho, arrecadações).

Existe um espaço verde muito amplo, a Quinta da Joana, completamente restaurado pela CMVA e direcionado para a prática de exercício ou simples convívio. Dispõe de um circuito de máquinas ou elementos para realizar exercício físico (não acompanhado por técnico) e um percurso pedestre em terra batida. O local dispõe de muita relva e de um parque infantil/juvenil de grandes dimensões e que é muito usado pelas famílias para convívio. A freguesia possui vários ringues onde, quando as condições climatéricas são favoráveis, se praticam várias modalidades desportivas de forma livre.

O concelho tem duas piscinas, uma descoberta em funcionamento durante o Verão e uma coberta e aquecida, que funciona todo o ano (na freguesia das Alcáçovas).

A localidade dispõe de uma biblioteca municipal (com um polo em Aguiar) e de um Cineteatro, também explorado pela CMVA, que tem um auditório onde são exibidos filmes semanalmente e onde, pontualmente, se fazem sessões de esclarecimento, de sensibilização, *workshops*, entre outras apresentações.

### **2.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências**

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no n.º1 do artigo 4.º do Capítulo II do decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril, o enfermeiro tem como função prestar cuidados de saúde ao ser humano ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele se encontra inserido, de forma a promover, manter ou recuperar o seu estado de saúde. O enfermeiro tenta dar resposta às necessidades do utente e para isso deve avaliar o outro de uma forma holística, ou seja, tendo em conta todas as suas dimensões. Este cuidar holístico é justificado pela OMS (2009), que afirma que saúde é uma estado completo de bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual.

No capítulo IV do Decreto-Lei anteriormente referido, está regulamentado o exercício e a intervenção dos enfermeiros. Estes profissionais de saúde devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente

protegidos dos cidadãos, tendo como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

Os enfermeiros devem prestar cuidados específicos na sua área, agindo em conjunto com outros profissionais de saúde e respeitando os limites da sua ação. As ações interdependentes devem ser realizadas de acordo com as qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, com vista a um objetivo comum. Estas ações decorrem de planos de ação, prescrições ou orientações previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que os enfermeiros estão integrados.

As suas ações podem também ser autónomas, sempre que os cuidados prestados sejam da sua inteira responsabilidade e que estejam de acordo com os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação profissional.

Para além da prestação direta de cuidados, os enfermeiros devem ainda participar em trabalhos de investigação, contribuindo para a formação dos novos profissionais, na transmissão de conhecimentos e de boas práticas.

O enfermeiro deve investir na sua formação como forma de evoluir e melhorar a prestação dos seus cuidados. Como tal, é importante que se especialize nas áreas relacionadas com o seu contexto profissional. A Ordem dos Enfermeiros (OE), de acordo com o regulamento n.º 122/2011, define os domínios de competências do Enfermeiro Especialista. Segundo este, “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”. Desta forma, os enfermeiros especialistas são detentores de um conjunto de competências especializadas de resultam do aprofundamento de conhecimentos, característicos dos enfermeiros de cuidados gerais. No artigo 4.º deste regulamento são definidos os quatro domínios das competências comuns: (1) a responsabilidade profissional, ética e legal; (2) a melhoria contínua da qualidade; (3) a gestão dos cuidados e (4) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada um destes domínios estão definidas as competências específicas, que por sua vez são categorizadas em unidades de competência. Para além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas são ainda definidas as específicas para cada especialidade da área de enfermagem. Segundo o regulamento n.º 128/2011, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve assumir “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando efetivos ganhos em saúde.” Definem-se como suas competências

específicas: (1) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; (2) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; (3) Integrar a coordenação dos Planos de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e (4) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Cada enfermeiro deve, antes de investir na sua formação, refletir acerca da “direção” que pretende seguir, sobre a área de cuidados com a qual se identifica, para que cada vez mais sejam prestados cuidados de enfermagem personalizados e de qualidade.

Durante este estágio foram mobilizadas todas as competências anteriormente referidas. Na implementação deste projeto foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde para fazer o diagnóstico de situação e o levantamento das necessidades e utilizou-se como estratégia principal a capacitação da população-alvo através do “*empowerment*”, procurando que esta tenha uma participação ativa nas intervenções. Por outro lado todos os objetivos traçados e as intervenções implementadas seguiram as orientações do PNS atual. A quarta competência também foi desenvolvida na medida em que se realizou um rastreio cardiovascular e se fez o devido encaminhamento, divulgando os dados recolhidos aos médicos da instituição de saúde. O trabalho realizado permitiu conhecer as condições de saúde cardiovascular desta população, através da investigação dos fatores que determinam estas doenças. Para além disso houve uma intervenção de saúde que visou alterar esta problemática e uma avaliação do impacto das ações. Desta forma, conseguiu-se contribuir para um maior conhecimento da população e cooperar na vigilância epidemiológica da mesma.

### **3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO**

Tem-se conseguido, com a implementação de programas interventivos, uma redução significativa da carga global de doença cardiovascular e isso tem um impacto social importante (Ferreira, 2013). As medidas adotadas reforçam a importância da adoção de estilos de vida mais saudáveis. Apesar deste esforço, continua-se a assistir a um aumento ou estagnação da prevalência e da incidência dos vários fatores de risco, o que sugere que as medidas implementadas para o seu controlo, não estarão a ser totalmente eficazes. Vários estudos efetuados mostram que o número de pessoas diabéticas, hipertensas e com

alterações do metabolismo dos lípidos aumentou, assim como o número de obesos e fumadores. Existem diversas barreiras que se interpõem entre os indivíduos, os profissionais de saúde e a comunidade e que importa serem ultrapassadas, mas para isso é importante conhecer a população em estudo (Timóteo, 2015).

A temática do projeto tem justificada a sua pertinência na medida em que permite intervir junto de uma população, tentando modificar estilos de vida e corrigindo fatores de risco passíveis de ser alterados.

Existem dois tipos de fatores de risco cardiovascular, os modificáveis e os não modificáveis, e que contribuem de uma forma significativa para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os principais fatores de risco modificáveis para a doença cardiovascular são: o tabagismo, o excesso de peso, o sedentarismo e os maus hábitos alimentares. Um estudo feito pela *American Heart Association* em 2010, referenciado por Perdigão (2013), revelou que o não consumo de tabaco, um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 25 Kg/m<sup>2</sup>, uma atividade física regular, uma alimentação saudável, um colesterol total inferior a 200mg/dl, uma pressão arterial inferior a 120/80mmHg e uma glicose em jejum inferior a 100mg/dl, reduzem a mortalidade por doenças cardiovasculares e levam à melhoria da saúde cardiovascular em 10 anos. Os benefícios não se resumem apenas à diminuição do risco cardiovascular, apresentam um impacto bastante positivo em outras causas de mortalidade e morbidade, como é o caso das doenças oncológicas e outras doenças crónicas.

A CMVA apresenta, segundo os dados disponíveis, um total de 118 trabalhadores, 72 homens e 46 mulheres. Estes encontram-se distribuídos por 2 edifícios: o Edifício Principal no centro de Viana do Alentejo, onde se concentra todo o trabalho administrativo e o maior número de trabalhadores, e o Estaleiro que se situa numa zona mais periférica da localidade. O grupo de funcionários tem uma distribuição etária dos 25 dos 64 anos, sendo que o maior grupo apresenta entre 55 e 59 anos, como se pode observar no gráfico seguinte (Gráfico 1).

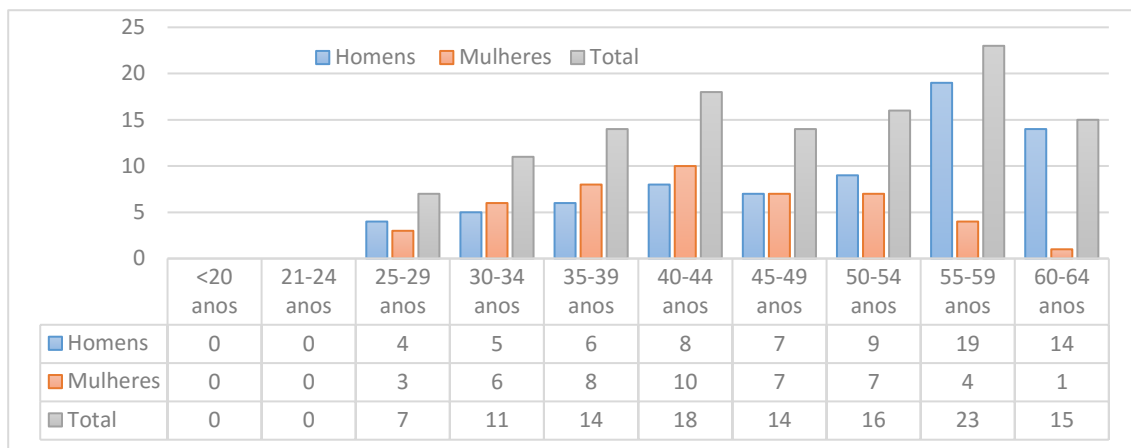


Gráfico 1 - Distribuição dos funcionários por faixa etária

Em termos de cargos, 3 trabalhadores desempenham funções de dirigentes intermédios, 18 técnicos superiores, 30 assistentes técnicos, 63 assistentes operacionais, 1 informático e os restantes 3 têm outros cargos.

Mais de metade dos trabalhadores têm o 9º ano de escolaridade ou menos e apenas 26 concluíram o Ensino Superior, conforme se observa na tabela seguinte (tabela 3):

Nível de Escolaridade	Frequência	Percentagem
4.ª Ano	28	23,72 %
6.º Ano	21	17,80 %
9.º Ano	13	11,02 %
11.º Ano	5	4,24 %
12.º Ano	25	21,18 %
Bacharelato	1	0,85 %
Licenciatura	23	19,49 %
Mestrado	2	1,70 %
Doutoramento	0	0%
<b>Totais</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>

Tabela 3 - Nível de escolaridade dos funcionários da Câmara de Viana do Alentejo

A população-alvo consiste no conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar um determinado fenómeno ou implementar um projeto, como é o caso. Afirmo Fortin (2000, p.41) que “a população compreende todos os elementos (pessoas,

grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. A população-alvo deste estudo foi definida após uma ação de sensibilização efetuada em 2014 e onde foram detetadas muitas situações preocupantes neste grupo, nomeadamente, valores alterados de glicémia capilar e de colesterolémia, peso e IMC, perímetro abdominal e tensão arterial. Assim surgiu o grupo de estudo: todos os funcionários da CMVA, dos 20 aos 65 anos (adultos em fase ativa).

Antes de se implementar o projeto foram feitas algumas reuniões com o Sr. Presidente da Câmara e com a responsável pelo Departamento dos Recursos Humanos. Foi ainda enviado um pedido de autorização para desenvolver o projeto com os funcionários da CMVA, conforme foi solicitado pelo Sr. Presidente (Anexo B). Foi ainda pedida permissão à Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Com a autorização da CMVA, avançou-se para a implementação do projeto, com um primeiro contacto com funcionários. Houve uma primeira abordagem, pessoalmente, em cada um dos departamentos, depois de ter sido enviado um *email* interno pela Responsável dos Recursos Humanos, com informações sobre o projeto e as atividades planeadas. Aos funcionários que se mostraram disponíveis para integrar o projeto, foi entregue a proposta de participação, depois de explicado o conteúdo e o objetivo do mesmo. Foi entregue o Consentimento Informado (Anexo D), referindo a salvaguarda da sua confidencialidade.

Participaram no estudo 71 funcionários (77% dos funcionários com vínculo à função pública), 38 do Edifício Principal e 33 do Estaleiro, conforme consta no Gráfico 2. Os restantes funcionários, ou recusaram participar no projeto, ou não estavam presentes (férias ou de atestado médico).

Para o efeito foi aplicado um questionário (Anexo E) que permitiu recolher informações sobre a caracterização do indivíduo, avaliação de conhecimentos e estilos de vida e fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Foi ainda realizado um rastreio cardiovascular, onde para cada indivíduo foi monitorizado a altura, o peso, a tensão arterial, a glicémia capilar e o colesterol total. Todas as avaliações seguiram as indicações da OMS e da DGS.



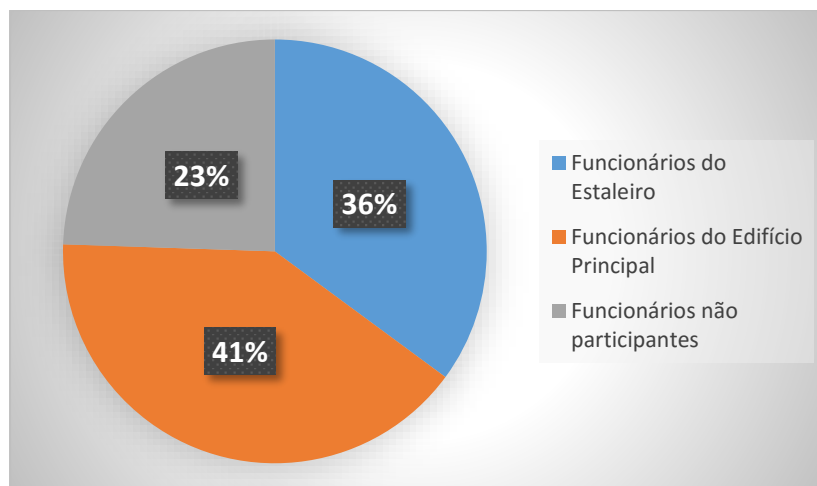


Gráfico 2 - Funcionários participantes no estudo

A média de idades dos funcionários da amostra rondava os 46 anos de idade. No Estaleiro a média era sensivelmente mais alta, rondando os 52 anos. No Edifício Principal predominava o sexo feminino com 71,1% e no Estaleiro a população masculina, com 90,9%. A maioria dos funcionários dos dois edifícios eram casados ou viviam em união de facto.

No Edifício Principal o nível educacional era superior sendo que a maioria tinha o ensino secundário (47,4%) ou o ensino superior (44,7%) conforme se observa na Tabela 4.

Escolaridade	Estaleiro	Edifício Principal
1.º Ciclo	27,3 %	0 %
2.º Ciclo	36,3%	7,9 %
3.º Ciclo	36,4 %	47,4 %
Ensino Superior	0 %	44,7 %

Tabela 4- Nível educacional dos funcionários do Estaleiro e do Edifício Principal

As funções que cada trabalhador desempenha variam consideravelmente, porém no Edifício Principal predominam as profissões de carácter administrativo, com menos mobilidade durante o horário laboral e com uma grande limitação de espaço. Por sua vez, no Estaleiro poucos são os funcionários que se encontram nessa situação, predominando as profissões que exigem alguma mobilidade e esforço físico, nomeadamente, jardineiro, mecânico, pintor, pedreiro, asfalteiro, entre outras.

Analisando os resultados do questionário, foi possível conhecer com maior pormenor os hábitos desta amostra de funcionários.

Uma primeira análise dos resultados do questionário e do rastreio permitiu perceber que os dois grupos, o do Estaleiro e o do Edifício Principal, eram bastante diferentes em vários aspetos, nomeadamente, em termos dos consumos e hábitos referidos.

Conforme é possível verificar no gráfico seguinte (Gráfico 3), o grupo do Edifício Principal referia consumos mais elevados de pão e cereais, de leite e derivados e de vegetais do que o grupo do Estaleiro. Já o grupo do Estaleiro revelava um consumo consideravelmente superior de gorduras e fritos e de peixe, em relação ao outro grupo. Tendo em conta as orientações da DGS, ambos os grupos referiam consumos errados, nomeadamente na ingestão diária de gorduras e fritos, elevado consumo de pão e cereais, de carne e um consumo insuficiente de vegetais (mais evidente no grupo do Estaleiro).

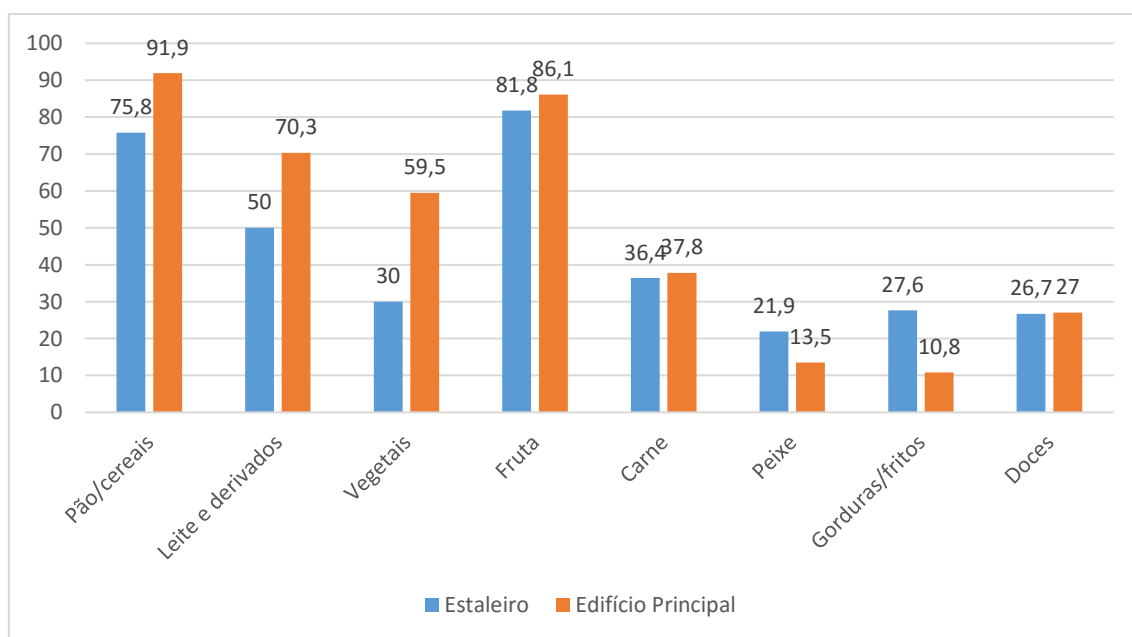


Gráfico 3 - Consumos diários referidos pelo grupo do Estaleiro e do Edifício Principal, em percentagem.

A DGS recomenda que não se saltem refeições e que não se passe mais de três horas sem comer, mas grande parte dos funcionários do Estaleiro referia não cumprir estas indicações.

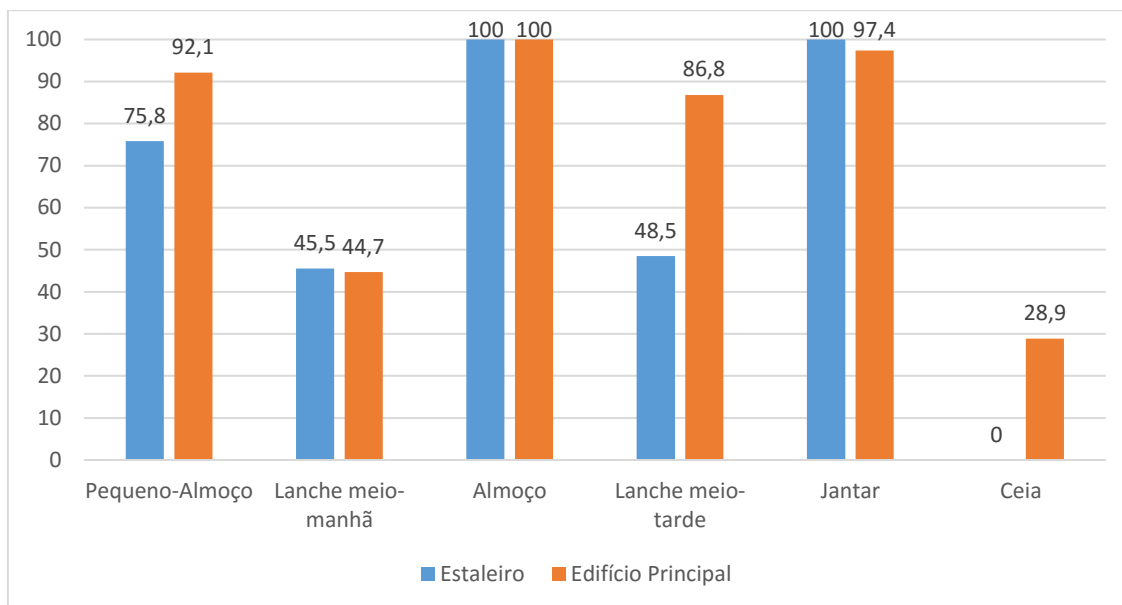


Gráfico 4 - Refeições feitas pelos funcionários do grupo do Estaleiro e do Edifício Principal, em percentagem.

Apesar de não ser frequente, existiam ainda alguns funcionários que afirmavam fazer apenas as 2 ou 3 refeições principais durante o dia, principalmente no grupo do Estaleiro, sendo alguns deles diabéticos. O horário de trabalho dos funcionários inclui intervalos para o almoço e uma pausa em cada período da manhã e tarde, como tal, esta falha não se justifica com questões laborais.

Apesar dos erros acima identificados, nesta primeira avaliação, 58,6% dos funcionários afirmava ter, na maioria das vezes, uma alimentação saudável.

Os funcionários dos dois edifícios podem optar por almoçar nas instalações ou em casa. O Edifício Principal dispõe de um bar onde são servidas refeições confeccionadas por uma cozinheira da associação de trabalhadores. O bar dispõe ainda de condições para que se possam trazer as refeições de casa, aquecendo-as num micro-ondas. Ao visitar este espaço foi possível constatar que este tem dimensões muito reduzidas e poucas condições (sem mesas e cadeiras suficientes). A maioria dos funcionários do Edifício Principal usa o bar para fazer as refeições a meio da manhã ou da tarde e vai comer a casa ou no exterior à hora do almoço. Os funcionários do Estaleiro como estão numa zona periférica à localidade ou até no exterior optam, na maioria das vezes, ou por trazer as refeições de casa em “marmitas”, ou vão comer a casa. No Estaleiro os funcionários dispõem de boas condições físicas para fazerem lá as suas refeições.

A maioria dos funcionários revelava baixos consumos diários de água. Cerca de 50% dos funcionários do Edifício Principal assumiam beber 1 litro de água por dia ou menos,

e no Estaleiro esse valor subia para os 78,3%. Estes valores são, claramente, insuficientes, já que as orientações da DGS defendem um consumo diário não inferior a 1,5 litros.

O consumo de álcool, principalmente entre alguns funcionários do estaleiro, é assumido como um problema por alguns representantes da Câmara Municipal. No questionário, apenas cerca de 30% dos funcionários afirmava que, raramente ou nunca, ingeria bebidas alcoólicas. Revelavam consumos mais elevados (mais de 4 vezes na semana) 2,8% do grupo do Edifício Principal e 21,2% do Estaleiro.

Em relação às quantidades ingeridas, a maioria afirmava beber menos de um litro por semana, mas um grupo, ainda com alguma expressão, (18,5% no Estaleiro e 5,6% no Edifício Principal), referia beber mais de 5 litros por semana. Existiam vários funcionários que referiam beber a todas as refeições e até entre as refeições. Nesta questão alguns indivíduos que não responderam sobre a quantidade de álcool que ingeriam ou então foram muito vagos nas suas respostas.

Mais de metade da população-alvo já tinha fumado em alguma altura da vida e cerca de 25% destes afirmavam que ainda o faziam. Desta população fumadora, a maioria confirmava fazê-lo diariamente. A população fumadora revelava consumos bastante variados, sendo que todos fumavam menos de 20 cigarros por dia. O maior grupo de fumadores concentrava-se no Estaleiro. No Edifício Principal, as mulheres eram as que mais fumam.

Em relação à prática de exercício físico, o grupo do Estaleiro afirmava ter hábitos mais sedentários do que o grupo do Edifício Principal. Mais de metade dos funcionários do Estaleiro (57,6%) afirmaram, raramente ou nunca, praticar exercício físico e apenas 15,2% o praticava regularmente (3 a 4 vezes por semana). O grupo de sedentários, no Edifício Principal, descia para os 31,5% e cerca de metade dos funcionários do mesmo local revelava praticar exercício regularmente.

Muitos trabalhadores afirmavam deslocar-se para o local de trabalho a pé, porém neste caso, a questão não é muito relevante, dado que a maioria residia na localidade e as distâncias entre casa e trabalho, eram, claramente, insignificantes. Os que residiam a maiores distâncias, com uma rede de transportes públicos inadequada, eram obrigados a deslocar-se para o trabalho em veículo próprio, normalmente no automóvel. No Estaleiro existiam alguns trabalhadores que utilizavam a bicicleta como meio de transporte.

Os dados recolhidos através de um questionário podem ou não ser reais na medida em que são fornecidos pelos indivíduos e não são verificados ou confirmados. Já os

valores recolhidos durante um rastreio, dificilmente poderão ser adulterados, se cumpridas as orientações devidas.

No rastreio realizado, o grupo do Estaleiro apresentava valores ligeiramente superiores de IMC em comparação com o grupo do Edifício Principal (26,78 *versus* 24,71 Kg/m<sup>2</sup>). Como tal, neste caso, não parecia existir relação entre o tipo de trabalho e o IMC. A média dos valores apresentados encontrava-se muito perto de serem considerados pré-obesidade. Esta situação devia-se, provavelmente, ao tipo de alimentação e falta de exercício físico.

Em relação ao perímetro abdominal, a média também estava acima dos valores de referência. Existiam um grande grupo de “falsos gordos”, ou seja, com IMC normal, mas com perímetro abdominal elevado (valores do rastreio no Anexo F).

Na análise à glicémia capilar, foram detetadas 10 pessoas que apresentaram valores compatíveis com a situação de pré-diabetes e dois diabéticos com valores acima dos 200mg/dl. Estes valores mostraram-se mais alterados no grupo do Estaleiro.

Dos 65 funcionários rastreados, cerca de metade tinham hipercolesterolemia, sendo que os funcionários do Edifício Principal eram o grupo mais afetado.

No rastreio foram detetados 43% de indivíduos com valores de hipertensão no grupo do Estaleiro e 30% no grupo do Edifício Principal. Neste dois grupos existiam indivíduos que já sabiam ser hipertensos (medicados ou não), outros eram novos casos. Em ambos os casos aconselhou-se a procurarem os cuidados de saúde, para um diagnóstico e acompanhamento mais pormenorizado.

Cerca de 10% dos funcionários afirmaram no questionário ter antecedentes pessoais de doença cardiovascular (6 pessoas), 2 tiveram EAM, 3 um AVC e 1 afirmava ter fibrilhação auricular. A incidência de patologia cardíaca era superior no grupo do Estaleiro (15,2% *versus* 5,6%). Neste grupo existiam já estavam diagnosticados 30,3% de hipertensos, 12,1% diabéticos, 27,3% com hipercolesterolemia e 3% de obesos. No grupo do Edifício Principal existiam 34,2% com hipercolesterolemia já diagnosticada, 18,4% com hipertensão e 10,5% com obesidade. Analisando estes dados e comparando com os valores do rastreio era possível perceber que a maioria dos funcionários já conhecia a sua exposição estes fatores de risco, ou seja, não era uma situação nova.

Cerca de 50% dos funcionários avaliados afirmou ter antecedentes de doenças cardiovasculares na família, mais significativa nos familiares diretos (pais, irmãos ou filhos).

A maioria dos funcionários afirmou manter a sua vigilância de saúde, recorrendo ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou outros sub-sistemas de saúde. Cerca de 15% da amostra, não fazia vigilância de saúde, apesar de todos eles considerarem necessária a intervenção dos profissionais de saúde para ter uma vida saudável.

A análise dos dados provenientes do rastreio cardiovascular e do questionário permitiu fazer a caracterização da população-alvo em termos socio-demográficos, de conhecimentos sobre as DCV e estilos de vida. Foi importante conhecer as necessidades específicas deste grupo, de forma a poder delinear as atividades e definir as estratégias a desenvolver durante a implementação do projeto. De uma forma geral pode dizer-se que a nossa população-alvo apresentou défice de conhecimentos sobre os fatores de risco modificáveis relacionados com as doenças cardiovasculares e revelava praticar um estilo de vida pouco saudável, principalmente no que diz respeito à alimentação e à prática regular de exercício físico. Em termos de erros alimentares, os dois grupos revelaram um baixo consumo de produtos hortícolas e uma elevada ingestão de gorduras, carne e de produtos ricos em açúcares. Era ainda relevante o baixo consumo diário de água.

Muitos indivíduos, alguns deles diabéticos, afirmaram estar demasiadas horas sem comer, saltando com frequência os lanches a meio do dia. Alguns funcionários não tomavam o pequeno-almoço, afirmando que a primeira refeição do dia era o almoço.

A falta de uma prática regular de exercício físico aliada aos anteriores erros alimentares eram os principais responsáveis pelo elevado número de casos de obesidade, de hipercolesterolemia e hiperglicémia. A evidência científica refere que indivíduos com estes problemas apresentam um risco aumentado de morbilidade e mortalidade cardiovascular, como já foi referido anteriormente. É importante investir na prevenção destas doenças, promovendo a adoção de estilos de vida mais saudáveis mas também associando um tratamento complementar dos fatores de risco cardiovascular (anti-hipertensores, anti-diabéticos, anti-dislipidémicos, entre outros). Os resultados obtidos foram comunicados à instituição empregadora, aos próprios funcionários e ainda ao médico da UCC, de forma a facilitar a procura de tratamento e de apoio médico.

Os resultados foram comunicados aos dois grupos (em sessões diferentes), através de uma apresentação em Powerpoint®, feita pela mestrande, específica para cada um dos dois grupos. Foram ainda feitos ensinamentos e dado aconselhamento de saúde (Anexo G).

Considerou-se como necessidade específica desta amostra populacional, aumentar o nível de conhecimentos, de forma promover a mudança de hábitos e a escolha de estilos

de vida mais saudáveis no âmbito da alimentação saudável e prática regular de exercício físico.

Não existem estudos científicos que envolvam a mesma população-alvo, no entanto, foram encontrados alguns a nível nacional e internacional que abordam esta temática e defendem a necessidade de investir em estilos de vida mais saudáveis como forma de prevenir as doenças cardiovasculares, principalmente ao nível da alimentação e do exercício físico.

A nível nacional, destacou-se o estudo da Enfermeira Susana Capucho sobre a prevenção das doenças cardiovasculares numa população ativa dos 20 aos 64 anos de idade no concelho de Reguengos de Monsaraz e dois outros estudos estrangeiros, latino-americanos, um sobre a adesão a tratamentos em pessoas com risco cardiovascular e outro sobre a promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. O primeiro estudo acabou por ser o mais relevante para o presente projeto, por apresentar evidentes semelhanças.

Capucho (2013) concluiu no seu estudo que era importante dotar a população de conhecimentos e aptidões que lhes possibilitassem serem agentes ativos na prevenção das doenças cardiovasculares. Oviedo e Rosero (2014) também defenderam esta ideia e acrescentaram que o enfermeiro, bem como outros profissionais de saúde têm um papel importante no ensino, apoio, orientação e acompanhamento dos indivíduos e que estes conseguem através de projetos comunitários, fortalecer ou mudar atitudes e comportamentos, tornando os indivíduos mais saudáveis. Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012) também referiram no seu estudo que os programas comunitários são de extrema importância para ajudar a modificar os fatores de risco cardiovascular, diminuindo a morbilidade e a mortalidade para este tipo de doenças. Em todos os estudos se defendeu a importância da adoção de um padrão alimentar saudável assim como a prática regular de exercício físico. Só desta forma se consegue reduzir o peso em indivíduos com obesidade, controlar os valores da tensão arterial, da glicémia ou dislipidémia.

Nos três estudos, os autores defendem que a educação e a promoção para a saúde são as melhores formas de obter ganhos em saúde. Só desta forma é possível promover a criação de ambientes favoráveis à saúde, através de escolhas saudáveis. Da mesma forma todos os autores são unânimes na defesa do “*empowerment* comunitário” e de uma participação efetiva da comunidade nos projetos e ainda do estabelecimento de parcerias, promovendo ações integradas e intersectoriais.

Todos eles defendem ainda a importância de uma avaliação da efetividade das medidas implementadas, até porque, como é abordado no estudo de Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012) estes projetos têm, normalmente, uma baixa adesão inicial e as mudanças são efetivamente, pouco duradouras. Este facto deve-se a componentes psico-sociais e culturais (população jovem e aparentemente saudável), mas também porque muitas vezes as estratégias são superficiais ou porque os profissionais de saúde têm pouca ou inadequada formação.

Foi ainda avaliado o risco cardiovascular (RCV) inicial nos indivíduos que realizaram o rastreio cardiovascular, de acordo com a tabela do Anexo Q. Em prevenção primária, o cálculo do risco cardiovascular dá uma estimativa do risco absoluto a 10 anos e baseia-se nas variáveis idade, sexo, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total. Os resultados foram comunicados aos indivíduos, aos representantes da CMVA e enviados ao médico da UCC.

A avaliação efetuada nesta população permitiu concluir que existiam:

- 3 indivíduos com antecedentes de AVC e 2 de EAM e 1 com SCORE Global de 10.5% logo, 6 funcionários com um risco cardiovascular muito alto;
- 1 indivíduo com SCORE Global de 5,1% e 3 com diabetes tipo 2 mas sem outro fator de risco cardiovascular logo, 4 funcionários com risco cardiovascular alto;
- 14 funcionários com risco cardiovascular moderado, com SCORE Global entre 1 e 5%.
- 20 funcionários com risco cardiovascular baixo com um SCORE Global inferior a 1%.
- 23 funcionários com menos de 40 anos que não reúnem critérios para avaliação.
- 4 funcionários para os quais não foi avaliado o risco por não terem fornecido os dados necessários.



## 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

### 4.1. Objetivos da Intervenção Profissional

Numa fase inicial começou-se por definir os objetivos da intervenção profissional, dos quais se destacaram:

- Criar, planear, desenvolver, aplicar e avaliar programas de intervenção comunitária de acordo com as necessidades da população-alvo e da comunidade;

Na sua prática diária, os enfermeiros dos CSP, desenvolvem os seus projetos e raciocínios de acordo com as etapas do planeamento em saúde. Pretendeu-se neste projeto de intervenção comunitária, seguir os mesmos passos de forma a conseguir compreender, fundamentar e aplicar alguns dos saberes teóricos adquiridos. Neste caso, a população-alvo escolhida foi um grupo de funcionários camarários, adultos, em idade ativa e na sua maioria, com a perceção de serem pessoas saudáveis. Este projeto foi desenvolvido de forma a dar resposta às necessidades reveladas por este grupo, através da análise dos dados do questionário aplicado e do rastreio efetuado. O desenvolvimento do projeto com base nas necessidades levantadas permitiu perceber a importância deste passo, para além da aquisição desta competência como ferramenta de trabalho.

- Adquirir conhecimentos que permitam desenvolver, em contexto de investigação, os projetos profissionais;

Numa primeira fase, o diagnóstico de situação e posteriormente a avaliação das intervenções, foram formas de compreender a prática da investigação em enfermagem. Para fazer o levantamento das necessidades desta população foi aplicado um questionário como técnica de investigação e os dados daí resultantes foram posteriormente analisados utilizando o programa SPSS 22®. Desta forma, conseguiu-se caracterizar a população em relação aos temas pretendidos. Depois de identificados os problemas, seguiu-se a pesquisa bibliográfica em manuais, bases de dados científicas (Cinahl, Medline, Medclatina, Scielo) e ainda em revistas/periódicos da especialidade, para encontrar suporte teórico para fundamentar as intervenções planeadas.

- Desenvolver capacidades de liderança, organizando e impulsionando o projeto;

A liderança favorece a aceitação de um projeto e promove o bem-estar na equipa. Para além disso, um bom líder é fonte de inspiração, de reconhecimento, de motivação e de carisma para os seus colaboradores, fazendo com que todos trabalhem para o mesmo fim, rumo ao sucesso das intervenções e dos projetos traçados. Uma boa liderança mantém a coesão do grupo e mantendo-o proactivo. Durante a implementação deste projeto foi possível aprender, desenvolver técnicas e estratégias importantes de liderança e isso teve impacto no desenvolvimento e resultado das intervenções. Foram utilizadas várias estratégias como manter um bom relacionamento entre os vários elementos da equipa, demonstrar qualidades como a honestidade, lealdade, sensibilidade, consideração, objetividade, racionalidade, iniciativa e entusiasmo e esclarecer as expectativas e definir metas com a restante equipa. Foi ainda importante manter uma boa comunicação entre todos, esclarecendo dúvidas e dialogando com clareza. Já que cada elemento da equipa tinha características próprias, tentou-se aproveitar as qualidades de cada um, de forma a conseguir o melhor resultado nas suas intervenções. Cada elemento teve sempre voz ativa no grupo, fazendo críticas construtivas e objetivas, sabendo ouvir o outro com respeito.

- Aumentar a satisfação profissional através da procura de novos projetos e desafios;

Foi importante encontrar novas estratégias, novos caminhos que aumentassem a motivação dos profissionais e da população envolvida no projeto. Numa primeira fase procurou-se criar um projeto que fosse ao encontro das ambições e expectativas da equipa. O diálogo, a troca de ideias, o esclarecimento de dúvidas foram uma constante e todos elementos participaram, ativamente, no projeto. O alcançar das metas definidas e os resultados obtidos com as intervenções também ajudaram na motivação e consequente satisfação dos profissionais. A motivação da população-alvo foi uma conquista bem mais complicada, na medida em que, como já foi referido anteriormente, os funcionários, para além de desmotivados com conjuntura socioeconómica atual, não se identificaram de imediato com o projeto, por se sentirem pessoas saudáveis e não valorizarem, devidamente, a problemática e a necessidade de prevenção das DCV. A escolha das intervenções, bem como do horário e local onde foram realizadas as mesmas, o convite à participação nas atividades e a seleção das parcerias, visaram aumentar a participação e motivação do grupo neste projeto.

- Estabelecer parcerias com os recursos da comunidade;

Os recursos disponíveis numa comunidade são, na maioria das vezes, escassos, como tal, foi importante a procura de parceiros para colaborar no projeto e assim aumentar os meios disponíveis para atingir os fins pretendidos. As parcerias criadas ajudaram na resolução dos problemas através de processos de colaboração. Neste projeto contou-se com a participação, por exemplo, da Escola Profissional de Alvito, que realizou uma apresentação para a população-alvo, ajudando no alcance de uma meta do projeto. Tratando-se de uma relação simbiótica, ou seja, em que as duas partes saem favorecidas, o evento também serviu para formar os alunos da escola e proporcionar-lhes experiências relacionadas com os futuros contextos de trabalho. As restantes parcerias foram também uma mais-valia, uma vez que se criaram novos laços, que poderão ser importantes no futuro, neste projeto ou em outros projetos da UCC. Com o recurso às parcerias foi possível realizar uma série de intervenções, que não seriam possíveis sem o apoio das mesmas, nomeadamente na realização do rastreio de saúde cardiovascular e na realização do *Showcooking*, devido aos elevados gastos que comportaram. É importante envolver os parceiros comunitários para garantir a adesão, a sustentabilidade e a continuidade dos projetos.

- Promover a intervenção da UCC de Viana do Alentejo junto da população-alvo;

Desde o momento da sua conceção, este projeto, teve a ambição de permanecer ativo, mesmo depois de terminado o estágio. A responsabilidade de desenvolver novas atividades no âmbito da prevenção das DCV e da promoção para a adesão a estilos de vida mais saudáveis passou para a UCC, no final do estágio. Como forma de atingir este objetivo, criou-se um grupo dinamizador de atividades, constituído por funcionários da câmara e que, em conjunto com a UCC, ficaram responsáveis por dar continuidade a este projeto. Foi elaborado um protocolo de colaboração entre as duas entidades, UCC e CMVA. Estas intervenções visaram a motivação e adesão deste grupo-alvo às iniciativas propostas.

- Reconhecer a aceitação do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na UCC e na comunidade.

É difícil compreender o papel do enfermeiro nestas unidades, muitas vezes, até por outros colegas de profissão, visto que com frequência, este se encontra fora do espaço físico da UCC. Porém, este desenvolve atividades importantes no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, indo ao encontro dos indivíduos, famílias ou comunidade, nos seus próprios contextos. Foi este o trabalho realizado com os funcionários da CMVA. Sabendo que esta população-alvo, em fase ativa e aparentemente saudável, não estava desperta para a problemática das DCV, a equipa decidiu avançar e desenvolver um projeto de intervenção comunitária dentro do contexto profissional deste grupo. Pretendeu-se com isso motivar o grupo a participar e a ser agente ativo na promoção da sua saúde cardiovascular, aderindo a estilos de vida mais saudáveis.

#### **4.2. Objetivos a Atingir com a População-Alvo**

Para Rocha (2010) na prevenção das doenças cardiovasculares qualquer modesta redução nos fatores de risco modificáveis na população estão associados a uma melhoria na esperança média de vida. As intervenções deverão incidir na prevenção com estratégias globais e multisectoriais dirigidas à redução do consumo de tabaco e álcool, a uma alimentação equilibrada e a uma prática regular de exercício físico. Só desta forma se conseguirá obter ganhos em saúde, associando a melhoria dos comportamentos relativos aos estilos de vida saudáveis, a terapêuticas disponíveis. Perdigão (2010) também defende o investimento na prevenção visto que os recursos são cada vez mais limitados. A prevenção das DCV deverá assentar numa abordagem global dos fatores de risco utilizando os três grupos populacionais: a população em geral, saudável e de baixo risco; a população sem doença mas de alto risco e a população já com doença manifestada.

Definiram-se como objetivos a atingir com a população-alvo:

- Avaliar o risco cardiovascular inicial nos funcionários submetidos ao rastreio cardiovascular, usando a Escala SCORE;

A Escala SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) foi adotada pela DGS como o instrumento para avaliar o risco cardiovascular nos indivíduos com idade entre os 40 anos e os 65 anos, inclusive (norma da DGS 5/2013, atualizada em 21/01/2015).

Em prevenção primária, o cálculo do risco cardiovascular dá uma estimativa do risco absoluto a 10 anos e baseia-se nas variáveis idade, sexo, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total. O sucesso da intervenção decidida para cada indivíduo é avaliado com novo cálculo do risco cardiovascular e considera-se que a intervenção teve êxito se houver uma mudança do nível de risco para um nível inferior (por exemplo, de nível elevado para moderado) (DGS, 2015).

- Identificar os conhecimentos sobre os fatores de risco modificáveis relacionados com as DCV nos funcionários da CMVA, através da aplicação de um questionário e da realização de um rastreio cardiovascular;

As doenças cardiovasculares são um problema de grande magnitude no Alentejo apesar do evidente decréscimo das taxas de mortalidade e a favorável evolução dos indicadores. Segundo Perdigão (2013), os hábitos de vida pouco saudáveis são um dos principais responsáveis pelas DCV. Os fatores de risco para desenvolver a doença cardiovascular podem ser classificados de não modificáveis ou modificáveis. Como já foi referido anteriormente, no primeiro grupo encontram-se os antecedentes pessoais e familiares de DCV, a idade e o sexo. No grupo dos modificáveis, no grupo onde se pretende intervir, encontra-se o tabagismo, a dislipidémia, a hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, fatores dietéticos, fatores trombogénicos, falta de prática de exercício físico e consumo excessivo de álcool. Segundo o mesmo autor, os fatores de risco potenciam-se uns aos outros e é a partir desta potenciação que se calcula o risco cardiovascular. Assistiu-se, recentemente, a uma mudança de estratégia na prevenção das doenças cardiovasculares, sendo que atuais recomendações incluem a implementação de hábitos de vida saudáveis e a redução/controlo dos vários fatores de risco (Perdigão, 2010). É importante que a população-alvo aumente o seu nível de conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares, pois só assim poderá tomar decisões mais conscientes e decida adotar um estilo de vida mais saudável. Para Macedo et al. (2008), é importante conhecer os grupos e os seus fatores de risco pois só assim se consegue definir as

necessidades e prioridades na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. Desta forma e tendo em conta o atual PNS, os seus programas prioritários, a análise dos questionários e do rastreio feito aos funcionários e depois de, em grupo, se terem definido as prioridades do projeto, como será abordado mais adiante no ponto 5.3., decidiu-se dirigir a intervenção deste projeto para área da alimentação e do exercício físico.

A escolha de um padrão alimentar mais saudável assim como a prática regular de exercício físico assumem uma dimensão fundamental na área da prevenção cardiovascular (Oliveira, 2011). Depois de feito o diagnóstico de situação e avaliadas as necessidades da nossa população-alvo e apesar de identificadas situações de consumo elevado de tabaco e álcool, o peso do fator alimentação e exercício físico era bem mais significativo, do que os restantes. Analisada a problemática e avaliados os recursos existentes decidiu-se reunir os esforços necessários no sentido de tentar modificar alguns dos fatores de risco identificados, como foi o caso da dislipidémia, da hipertensão, da diabetes mellitus, da obesidade e da falta de exercício físico. Oliveira (2011) defende que a adesão a um padrão alimentar do tipo mediterrânico associado à atividade física tem resultados importantes na perda de peso e melhoria da condição física.

O sedentarismo é um dos fatores de risco major no desenvolvimento das DCV. Os benefícios de uma atividade física regular, para além de ajudar a prevenir ainda outras doenças crónicas, tem ainda benefícios gerais como a melhoria da capacidade física e a mobilidade, do bem-estar, da função mental e social. Para Rocha (2012), é considerado sedentário o indivíduo que não cumpra trinta minutos de atividade física moderada ou intensa pelo menos cinco dias na semana, vinte minutos de atividade física intensa pelo menos três vezes na semana ou o equivalente. Apesar da dificuldade em quantificar a atividade física global, todos os estudos confirmam que o sedentarismo é prevalente e a maioria da população não tem níveis mínimos de atividade física regular.

A população-alvo reflete a realidade da maioria da população portuguesa, ambas são um grupo cada vez mais sedentário e com hábitos alimentares inadequados. Com os anos, a alimentação do tipo mediterrânica característica da população lusa e a atividade física diária (as pessoas deslocavam-se mais a pé) foram-se perdendo, muito por culpa da evolução tecnológica, que por um lado facilitou em termos práticos, mas foi responsável por opções muito menos saudáveis.

- Identificar a adesão a estilos de vida saudáveis nos funcionários da CMVA;

Portugal é, neste momento, um país com baixo risco de doença cardiovascular, porém têm sido evidentes os ganhos em saúde através da adoção de estilos de vida mais saudáveis (Mafra & Oliveira, 2008). Para Camolas (2012), os ganhos são evidentes em termos de descida da morbilidade, aumento da qualidade de vida e declínio da mortalidade precoce. Os custos são elevados quer do ponto de vista social, quer económico, quer humano. Neste momento o impacto social assume uma relevância importante, uma vez que a sustentabilidade do sistema de saúde é uma questão que se encontra na ordem do dia.

Segundo Rocha (2010), indivíduos com alguns fatores de risco presentes podem ver reduzida a sua esperança média de vida aos 50 anos, em cerca de 15 anos em relação a outros que não os apresentem. Camolas (2012) afirma que a introdução de mudanças no estilo de vida, nomeadamente, nos consumos alimentares e nutricionais, no aumento da atividade física e redução moderada do peso corporal, poderão traduzir-se em benefícios de saúde muito significativos. Da mesma forma Perdigão (2013) defende uma dieta de tipo mediterrânico, com uso moderado de álcool, uma prática de atividade física moderada e o não consumo de tabaco. Este tipo de associação positiva pode levar a uma redução de 50% da mortalidade cardiovascular. Os vários estudos referidos por Perdigão (2013) no seu artigo, confirmam a relação entre um estilo de vida saudável e o baixo risco cardiovascular.

A OMS publicou em 2003 as diretrizes alimentares e nutricionais para a prevenção de várias doenças, entre elas as cardiovasculares. Propõe uma redução na quantidade de gordura, sal e açúcares ingeridos e o aumento do consumo dos produtos hortofrutícolas, em detrimento de um consumo exagerado de hidratos de carbono, normalmente proveniente dos produtos cerealíferos. A DGS (2014) defende a necessidade de fazer uma alimentação saudável como forma de manter um peso adequado, os níveis de LDL, HDL e triglicéridos dentro dos valores recomendados, os valores da tensão arterial controlados, assim como os da glicémia capilar. A ingestão alimentar deverá ainda ser adequada à prática de atividade física.

- Promover a criação de um grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, constituído por funcionários da CMVA;

Os grupos dinamizadores estão abertos a todas as pessoas que queiram participar na dinamização de um projeto e o número de pessoas que o constitui pode ser variável. A função destes grupos é facilitar a coordenação entre as entidades envolvidas no projeto e promover a realização das atividades.

Como o projeto pretendeu fazer uma abordagem motivacional, achou-se pertinente a criação deste grupo para conseguir uma maior aproximação à população-alvo, como defende Afonso (2009). Os grupos dinamizadores são uma preciosa ajuda no aumento da literacia em saúde, nomeadamente, no aumento da informação e educação sobre os benefícios da atividade física e da alimentação saudável e ainda no estabelecimento de um sistema standardizado de procedimentos e na monitorização dos efeitos das estratégias de intervenção (Rocha, 2012). Esta tem sido uma estratégia utilizada em alguns projetos como forma de aumentar o sucesso das intervenções.

O PNS atual realça o conceito de cidadania em saúde como forma de atingir os objetivos de saúde e bem-estar. Defende que cada pessoa deve assumir ativamente o seu papel na sociedade, com os seus direitos e os seus deveres. “Como perspetivas estratégicas para o desenvolvimento da Cidadania em Saúde investe-se no reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva; reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa) para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment) (PNS, 2012).

Este conceito de cidadania transfere para as populações uma quota-parte de responsabilidade de cada um pela sua saúde, mas também pelo estado de saúde da comunidade.



## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

### 5.1. Fundamentação das Intervenções

As intervenções realizadas seguiram as orientações internacionais da OMS e as nacionais da DGS. Estas procuram reduzir o risco de doença cardiovascular numa população, tendo como alvo os fatores de risco modificáveis, através de ações simples e eficazes, tendo em conta o contexto deste grupo (Santos, 2012).

- Caracterização da população-alvo com um rastreio cardiovascular e a aplicação de um questionário para o diagnóstico de situação;

Existe um conjunto de fatores de risco individuais sobre os quais se pode influir e modificar e que estão, sobretudo, ligados ao estilo e ao modo de vida atual. Tendo em conta os estudos realizados neste âmbito e que foram consultados para a elaboração do presente projeto, procurou-se perceber se os funcionários estariam expostos a estes fatores de risco individuais. O diagnóstico de situação foi feito utilizando um questionário que permitiu fazer a avaliação socio-demográfica dos indivíduos, bem como a apreciação dos conhecimentos sobre as DCV e estilos de vida (Anexo E). Segundo Fortin (1999, p. 257), um questionário “é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis” e é uma das ferramentas mais utilizadas para obter informação.

Este questionário era composto por uma primeira parte onde era feita a caracterização socio-demográfica (idade, sexo, escolaridade, estado civil e profissão), uma segunda onde se fazia a avaliação dos hábitos alimentares, de prática de exercício físico, hábitos tabágicos, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares para doenças cardiovasculares e sobre o uso dos serviços de saúde e alguns conhecimentos sobre as principais DCV. No final eram ainda colocadas algumas perguntas sobre o tipo de intervenções que gostariam de ver desenvolvidas durante a implementação do projeto.

Foi pedida autorização à enfermeira que criou este instrumento, para a utilização do mesmo neste projeto. A resposta veio favorável como consta no Anexo C. Este instrumento foi validado e utilizado num estudo realizado pela autora.

O questionário foi distribuído aos funcionários, um a um, pela mestranda e pela Responsável dos Recursos Humanos, tanto no Edifício Principal como no Estaleiro. Os questionários foram devolvidos, em mãos pelos próprios, no dia do rastreio.

O questionário está estruturado para ser de auto-preenchimento. Em alguns casos foi necessário fazer algumas explicações mas apenas para entendimento de alguma questão colocada. O preenchimento de cada exemplar levou entre 5 e 10 minutos. Foram distribuídos 92 questionários e recolhidos, devidamente preenchidos, 71 questionários, cerca de 77%.

Para completar o diagnóstico de situação foi ainda feito um rastreio para avaliar o risco cardiovascular nos funcionários da CMVA, no dia 26 de Maio de 2015. Foram avaliados 36 funcionários no Edifício Principal e 28 no Estaleiro. Foi avaliada a tensão arterial, valores de glicémia e colesterol total em teste rápido, peso e altura para cálculo do IMC e o perímetro abdominal.

A tensão arterial foi avaliada no membro superior direito, utilizando esfigmomanómetro, com a pessoa sentada, há pelo menos 10 minutos, com o braço colocado sobre a secretária e ao nível do coração. Considerou-se como Hipertensão Arterial os critérios definidos pela DGS (Circular Normativa n.º 2/ DGCG de 31/03/2004).

A altura foi medida através de estadiómetro, com os participantes de pé, descalços, com os calcanhares unidos e encostados à parede posterior deste. A leitura foi feita ao centímetro mais próximo.

O peso foi medido com uma balança com escala padrão, com a pessoa colocada no centro da plataforma de distribuição de peso pelos dois pés, vestido sem casaco e sem objetos nos bolsos e descalço.

O IMC foi utilizado para avaliar a adequação entre o peso e altura do indivíduo e é calculada pela seguinte fórmula:  $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$ .

O perímetro abdominal indica a distribuição de gordura corporal em adultos com idade superior a 18 anos e está relacionada com o risco metabólico. É medido ao nível da cicatriz do coto abdominal, num plano à volta do abdómen, paralelo ao chão e junto à pele, sem a comprimir. Esta avaliação foi feita depois da expiração normal.

Os valores de glicémia e colesterol capilar total foram avaliados em teste rápido, efetuado em dispositivo próprio, certificado e calibrado. A avaliação dos resultados teve em conta as orientações da DGS (Norma N.º2/2011 de 14/01/2011 e do Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva (INCP).

Os critérios adotados seguem as orientações da DGS e da OMS.

Depois de analisados dos dados, estes foram apresentados ao grupo do Estaleiro e do Edifício Principal, em separado, não por uma questão de logística, mas porque os grupos mostraram algumas diferenças importantes. Esta apresentação foi feita em Powerpoint® pela mestranda, aos funcionários e dirigentes. A apresentação dos resultados do Estaleiro foi feita na sala de reuniões onde tinha decorrido o rastreio e no Salão da Junta de Freguesia de Viana do Alentejo, para o grupo do Edifício Principal. As duas apresentações foram feitas durante o horário laboral. No final da apresentação foram feitos alguns ensinamentos e esclarecidas algumas dúvidas que foram sendo colocadas.

- Avaliação do risco cardiovascular no grupo de funcionários que realizaram o rastreio cardiovascular;

Como já foi abordado anteriormente, a avaliação do risco cardiovascular é feita em Portugal, por ser um país de baixo risco, com a Escala de SCORE (Mafra & Oliveira, 2008). Esta escala foi desenvolvida pela Sociedade Europeia de Cardiologia, que tem proposto uma aplicação alargada da mesma na avaliação do grau de risco por todos os profissionais de saúde. Trata-se de uma tabela (Anexo Q) onde, se relacionam os valores da pressão arterial sistólica, o valor do colesterol total, o consumo de tabaco, a idade e o sexo e se consegue determinar a dez anos o risco de ter um evento cardiovascular fatal (Perdigão, 2010). A escala categoriza os indivíduos em baixo, médio e alto risco, permitindo estabelecer e aplicar medidas de prevenção adequadas a cada grau de risco. As recomendações têm vindo a incluir no grupo de alto risco, os indivíduos que têm os chamados equivalentes de doença cardiovascular, como os doentes diabéticos e com doença renal crónica (Perdigão, 2010).

Segundo o mesmo autor, os fatores de risco potenciam-se uns aos outros e é dessa potenciação que surge o risco cardiovascular. Desta forma foi possível constatar que seria importante a implementação de estratégias de prevenção que privilegiassem a avaliação e o controlo global do risco cardiovascular em detrimento do controlo individual de cada fator de risco. Uma redução de, por exemplo, 10% na pressão arterial associada a uma redução de 10% no colesterol total leva a uma redução de 45% no risco cardiovascular.

Para além das recomendações de tratamento (farmacológico e não farmacológico) adequadas a cada grau de risco, é importante associar hábitos de vida saudáveis.

A Escala SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) foi adotada pela DGS como o instrumento para avaliar o risco cardiovascular nos indivíduos com idade entre os 40 anos e os 65 anos, inclusive (norma da DGS 5/2013, atualizada em 21/01/2015).

O sucesso da intervenção decidida para cada indivíduo é avaliado com novo cálculo do risco cardiovascular e considera-se que a intervenção teve êxito se houver uma mudança do nível de risco para um nível inferior (por exemplo, de nível elevado para moderado) (DGS, 2015).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de Saúde Comunitária, nos seus vários locais e áreas de intervenção, devem desenvolver projetos que promovam a alteração dos estilos de vida com a adoção de uma alimentação saudável, a prática regular de exercício físico e o não consumo de tabaco e ainda façam a vigilância dos fatores de risco. Foi este trabalho que a UCC de Viana do Alentejo e a mestrandia desenvolveram com os funcionários (população ativa) da CMVA.

- Criação de um protocolo de colaboração entre a CMVA e a UCC e de um grupo dinamizador composto por funcionários da CMVA;

A criação deste grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, constituído por funcionários da CMVA, teve como objetivo promover o desenvolvimento de atividades que fomentassem a adesão a estilos de vida saudáveis. Para isso, foram selecionados alguns elementos da população-alvo, que foram convidados a integrar esta equipa e que ficaram responsáveis pela sensibilização do restante grupo de trabalhadores camarários, no âmbito do projeto, mesmo depois de terminado o estágio. A adesão foi, e continuará a ser, voluntária e a participação poderá cessar a qualquer momento.

Inicialmente, pensou-se que o grupo deveria ter cerca de seis elementos, porém, apenas três reuniram as características necessárias para o integrar e mostraram vontade em participar. Um elemento está relacionado com a animação sociocultural, outro pertence ao Departamento de Recursos Humanos e o outro ao Departamento de Desporto.

Apesar de pequeno, este grupo mostrou-se sempre motivado e empenhado em agir, ajudando na organização e execução das atividades sugeridas pela UCC. Decidiu-se em conjunto com o Sr. Presidente da Câmara, formalizar a existência deste grupo e definir as suas responsabilidades futuras. O protocolo foi aprovado em reunião de Câmara e aguarda as assinaturas dos responsáveis.

- Reuniões periódicas com o grupo dinamizador e com outros representantes da CMVA e outras para aferir estratégias;

Foram várias as reuniões ao longo da elaboração e da implementação do projeto. Num primeiro momento foi importante dar a conhecer o projeto, de uma forma fundamentada, como forma de criar uma equipa de intervenção, não só constituída por elementos da UCC mas também da CMVA.

De uma forma mais direta e constante, participaram no projeto, da UCC, dois enfermeiros e a nutricionista estagiária; da CMVA, com um envolvimento bastante maior, o Sr. Presidente, a responsável do Departamento de Recursos Humanos, os elementos do Departamento de Desporto, Cultura e do Jurídico, do gabinete dos Audiovisuais, do Estaleiro, do Bar e o grupo dinamizador.

Para a operacionalização das intervenções foram feitas várias reuniões, contactos telefónicos e ainda troca de correspondência por *email* com as várias entidades envolvidas. Para além das reuniões com representantes da Câmara, reuniu-se ainda com o Diretor e outros profissionais da Escola Profissional de Alvito, com Sr. Presidente da Junta de Freguesia de Viana do Alentejo e com os responsáveis da UCC.

- Elaboração de artigos e informações relacionados com a temática abordada no projeto destinados aos funcionários da CMVA;

A ideia desta atividade surgiu após se perceber que esta era uma população-alvo pouco motivada para participar neste tipo de projetos. Desta forma, pretendia-se fazer chegar a informação até ao grupo-alvo. Foram enviadas informações sobre os vários eventos realizados e a realizar e ainda artigos com informação relevante sobre a temática do projeto.

Ficou acordado que o envio desta informação seria feito por um elemento da UCC (inicialmente pela mestrande, depois de terminado o estágio, por uma enfermeira da UCC e pelos elementos do grupo dinamizador). Este envio seria quinzenal, no início e por volta do dia 15 de cada mês. Ficou acordado ainda, que se houvesse necessidade, poderia ser feito um envio extraordinário, no máximo de um artigo por semana. Seguiram artigos como:

- “Curiosidades... sobre a Alimentação!” - Artigo que falava um pouco da história da alimentação e dos alimentos, a nível nacional e internacional;

- “Sabia que...” - Artigo com dados epidemiológicos sobre os benefícios da Dieta Mediterrânica e os malefícios dos inadequados hábitos alimentares;
- “Sabe ler um rótulo?” – Artigo onde se ensinava a retirar de um rótulo alimentar a informação nutricional mais importante, ajudando na escolha de opções mais saudáveis;
- “Os maiores erros alimentares dos portugueses” – Artigo que retratava as erradas opções alimentares, características do padrão alimentar atual;
- “Recomendações da Dieta Mediterrânica” - Artigo que como o próprio título indica, fornecia conselhos sobre como fazer uma dieta saudável, do tipo mediterrânico;
- “A comida tradicional alentejana é saudável? Sim, mas atenção...” - Artigo que abordava os maiores erros desta dieta específica e dava sugestões para as contornar, de forma a torná-la mais saudável;
- “A pirâmide da dieta mediterrânica” - Artigo com o esquema e as recomendações da dieta;
- “Os benefícios do exercício físico” – Artigo que abordava as vantagens para a saúde de uma prática regular de uma atividade física.
- “A importância da Ginástica Laboral” - Artigo que abordava os benefícios deste tipo de atividade física na prevenção do sedentarismo.

Foram ainda afixadas e enviadas algumas receitas retiradas e adaptadas do site da *Fundación Dieta Mediterranea*. ([www.dietamediterranea.com](http://www.dietamediterranea.com)).

Esta atividade ajudou ainda na divulgação do projeto, utilizando as novas tecnologias.

- Realização de uma sessão formativa teórico-prática - Sessão de sensibilização “Dieta Mediterrânica na Cozinha Tradicional Alentejana”.

Segundo Ribeiro, Cotta & Ribeiro (2012) as técnicas mais utilizadas para mudar comportamentos passam por programas de aconselhamento direto com profissionais (onde se incluem as sessões de sensibilização e ações de formação), programas de comunicação em massa (com apoio da comunicação social e das redes sociais) e os programas de participação comunitária. É importante o apoio de profissionais capacitados que saibam fazer continuamente uma análise da situação de saúde e avaliar os programas de intervenção.

A maioria dos erros alimentares praticados hoje em dia devem-se estilo de vida atual, muito diferente de antigamente. A Dieta Mediterrânica era a base da alimentação que antigamente se fazia e que se caracterizava por num consumo elevado de hortofrutícolas, baixo em gorduras e açúcares e um baixo consumo de carnes e outras proteínas animais. O elevado porte calórico das refeições era compensado por um trabalho diário fisicamente exigente. Os meios de transporte eram, na altura, escassos e na maioria das vezes os trabalhadores tinham de se deslocar a pé, por vários quilómetros, para os seus locais de trabalho. Hoje é tudo muito diferente, em termos sociais e económicos. A maioria das pessoas vive com maior folga orçamental tendo acesso a um maior número de alimentos. Apesar de haver mais dinheiro, o tempo para realizar todos os compromissos é relativamente, menor. Recentemente, as mulheres integraram também o mercado de trabalho, restando assim menos tempo para as tarefas domésticas, nomeadamente, para a confeção de alimentos. Havendo menos tempo, dá-se preferência, muitas vezes, às refeições pré-cozinhadas e alimentos processados porque são muito práticos e dão menos trabalho na confeção. A evolução tecnológica permite fazer praticamente tudo: deslocações de automóvel, elevador e escadas rolantes; os eletrodomésticos com comandos à distância, telemóveis e computadores portáteis, enfim, uma panóplia de recursos que transformaram o Homem num ser sedentário e com hábitos alimentares pouco saudáveis. Este perigoso estilo de vida aumenta o risco cardiovascular, nomeadamente o risco de Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral.

A Dieta Mediterrânica, amplamente estudada, é considerada uma das dietas mais saudáveis do mundo porque junta um baixo consumo de gorduras (e as ingeridas são sobretudo o azeite), a um elevado consumo de fruta e vegetais, cereais pouco refinados e peixe. Dá preferência aos produtos frescos, da estação e minimamente processados. Esta dieta também contempla um consumo moderado de vinho tinto às refeições.

É importante que a alimentação mediterrânica seja novamente adotada, não só como um ato de respeito pelo património cultural, como por ser uma opção inteligente e saudável (Carrageta, 2014). Tem muitos benefícios para a saúde pois reduz os níveis de colesterol e triglicéridos e é rica em anti-oxidantes, ácidos gordos e ómega 3 que contribuem para a saúde cardiovascular. Estudos recentes defendem que a adoção de uma dieta do tipo mediterrânico reduz, em cerca de 30%, o risco de Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e de morte. Reduz ainda, em cerca de 1/3, o risco de diabetes. Esta dieta tem ainda um impacto importante na redução da Hipertensão Arterial, Aterosclerose e Arritmias Cardíacas (Carrageta, 2014).

A Dieta Mediterrânica é mais do que uma simples dieta, é um estilo de vida (Ordem dos Nutricionistas, 2014), contemplando uma atividade física regular.

A população-alvo do estudo revelou os mesmos erros que a restante população portuguesa, nos vários estudos consultados. Os erros mais frequentes passavam por fazer poucas refeições ao longo do dia (com muitas horas sem comer), consumir poucos alimentos hortofrutícolas, fazer a ingestão de grandes quantidades de cereais e hidratos de carbono, consumir grandes quantidades de carnes vermelhas e processadas, ingerir pouca água e consumir quantidades elevadas de gorduras, açúcares e sal.

A dieta alentejana tem muitos pontos em comum com a Dieta Mediterrânica e como tal, pareceu pertinente que as intervenções tivessem isso em consideração. Na abordagem do tema da alimentação contou-se com a preciosa ajuda da nutricionista-estagiária da UCC. O apoio de uma nutricionista é fundamental em projetos como este porque, sendo uma especialista na área, permite uma maior compreensão sobre quais as intervenções mais ajustadas de acordo com os recursos disponíveis.

A 19 de Outubro, no âmbito do Dia Mundial da Alimentação Saudável, decorreu uma ação de sensibilização com o tema “A Dieta Mediterrânica na Cozinha Tradicional Alentejana”, no Salão da Junta de Freguesia da localidade, com entrada livre a toda a população mas, com o foco dirigido aos funcionários da CMVA. A apresentação foi feita pela nutricionista estagiária, que para além de fazer uma brilhante exposição com alguma teoria, enriqueceu a apresentação com casos práticos, com discussão de receitas e sugestões para a confeção de forma a torná-las mais saudáveis.

Tentou-se transmitir ao público uma mensagem, que era possível fazer uma alimentação saudável com a base da dieta alentejana. Analisando esta herança cultural, a dieta alentejana tem alguns problemas, nomeadamente, o consumo excessivo de pão, de carnes processadas (como os enchidos) e de carne de porco. Reduzindo a quantidade destes alimentos e substituindo-os por carnes brancas e aumentando a ingestão de hortofrutícolas, é possível tornar a dieta mais saudável. O vinho tinto, em quantidades moderadas e o uso de azeite como gordura de tempero e confeção dos alimentos, estão presentes em ambas as dietas (na mediterrânica e na alentejana).

As condições meteorológicas não foram favoráveis e o facto de ter sido realizada no horário pós-laboral, fez com que poucos elementos do foco de atenção estivessem presentes (12 presenças no total).



- Realização de uma sessão formativa teórico-prática – *Showcooking* “Doces e Sobremesas, opções mais saudáveis”

No dia 14 de Novembro decorreu no Salão da Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo, um *Showcooking* subordinado ao tema “Doces e sobremesas, opções mais saudáveis”, já que neste dia se comemorou o Dia Mundial da Diabetes. Este evento contou com a colaboração de alunos e professores da Escola Profissional de Alvito, do Curso de Pastelaria e Hotelaria/Bar.

Pretendeu-se com esta exposição interativa, explicar e exemplificar, a confeção de sobremesas e doces mais saudáveis com pequenos truques, como por exemplo, com o uso de adoçante em vez de açúcar, uso de compotas de frutas caseiras, uso de frutos secos, entre outros. Segundo a DGS e as recomendações da Dieta Mediterrânica, o consumo de doces deverá ser reduzido e controlado, mas não proibido. Seria inútil tentar abolir os doces e as sobremesas da dieta de grande parte das pessoas, até porque isso iria abolir qualquer tentativa de mudança. Tentou-se, mais uma vez, encontrar alternativas, um pouco mais saudáveis, para o consumo destes produtos.

Habitados a este tipo de eventos, os formadores executaram as receitas, chamaram público a participar e foram dando pequenas sugestões ao longo da receita. No final, os produtos confeccionados foram servidos, com chá e café, também pelos alunos da escola, do curso restaurante/bar (contribuindo assim para a formação destes alunos) e todos puderam comprovar as indicações dadas ao longo da exposição. Foi possível então demonstrar que é possível fazer uma sobremesa, com alimentos da época e controlar a quantidade e qualidade dos açúcares e gorduras introduzidos, privilegiando as compotas de fruta caseiras e o uso de adoçantes. Esta medida poderá revelar um favorável impacto na saúde e na economia familiar.

Esta atividade decorreu durante o horário laboral tendo-se conseguido negociar, com os dirigentes da câmara, a dispensa de alguns funcionários para assistirem ao evento. Foi possível, inclusive, contar com a presença do Sr. Presidente da Câmara. A verba para adquirir os ingredientes foi suportada pela CMVA, pela mestrandia e foram ainda doados alguns alimentos por produtores locais. Foram privilegiados os produtores da terra e colocados os funcionários da CMVA a recolher os mesmos pelas hortas. Mais uma vez a atividade foi aberta ao público em geral e teve bastantes participantes (registaram-se no total 42 entradas, 20 das quais funcionários da CMVA).

- Organização do evento “Mercado de Produtos Hortícolas”, criando condições para a sua manutenção;

No dia 17 de Outubro, realizou-se no Rossio, o Mercado de Produtos Hortofrutícolas, no âmbito do Dia da Alimentação Saudável. A organização desta atividade foi complexa na medida em que envolveu muita burocracia, mas também devido ao difícil trabalho de campo. Foi necessário andar de horta em horta, de porta em porta, a falar com os produtores e convidá-los a participar na iniciativa. A ideia foi muito bem aceite pela Câmara, que disponibilizou inúmeros materiais (bancadas, toalhas, uma coluna de som e uma arrecadação no antigo posto de turismo) e pela população em geral que aderiu ao evento, com a sua presença e aquisição de produtos. Conseguiu-se que alguns funcionários municipais participassem na preparação do local e na venda de alguns produtos nas bancadas. Foi dada preferência aos produtores da terra e a vendedores de produtos como vegetais, fruta, ervas aromáticas, azeite, pão, ovos, compotas, mel e bolos de produtos da época, entre outros. Apesar, de mais uma vez, as condições meteorológicas terem sido bastante adversas, o resultado foi bastante positivo.

Depois do realizado o evento e devido à adesão que teve, a Câmara Municipal mostrou-se interessada e arranjou um local para realização dos futuros mercados agrícolas. Com a realização deste mercado, conseguiu-se aumentar a oferta e a mostra de produtos saudáveis e, por outro lado ajudar a economia local, permitindo que os produtores locais conseguissem escoar os seus produtos. Conseguiu-se ainda apoio jurídico para que os pequenos produtores se pudessem informar sobre questões legais relacionadas com a venda deste tipo de produtos. Foi convidado o grupo musical local “Os Cavaquinhos” que atuaram durante a realização do mercado e que abrilhantou o evento. Foram ainda distribuídos panfletos e dada alguma informação sobre a Dieta Mediterrânica e sobre Alimentação Saudável a todos os presentes (folhetos fornecidos pela Fundação Portuguesa de Cardiologia e da DGS). A empresa União de Cooperativas Agrícolas do Sul, UCASUL, ofereceu uma caixa com 20 garrafas de azeite que foram vendidas no evento a preço simbólico. Esse valor serviu para assegurar o pagamento à nutricionista na Sessão de Sensibilização.

- Elaboração de um pequeno filme publicitário com a ajuda dos funcionários da CMVA (área audiovisual), sobre alimentação saudável (Dieta Mediterrânica) e prática de exercício físico e que será transmitido na sessão de cinema semanal, na localidade;

Foi pedido aos funcionários do Cineteatro que criassem um pequeno filme que abordasse os temas alimentação saudável e exercício físico. Foi utilizado um filme criado pela Ordem dos Nutricionistas sobre a Dieta Mediterrânica e completado com algumas mensagens escolhidas pelos funcionários e validadas pela equipa de saúde. O arranjo de imagem e som foi da responsabilidade deste grupo de funcionários da câmara.

Foi pedida autorização à Ordem dos Nutricionistas para a utilização do filme nas intervenções e a resposta veio favorável. Como tem curta duração, cerca de um minuto e meio, aproveitou-se para o colocar, imediatamente antes da exibição do filme agendado no cinema, o que acontece semanalmente. O conteúdo do filme elaborado é bastante acessível e as animações bastante atrativas. Este ficará em exibição durante os próximos meses e poderá ser substituído por um semelhante, a ser criado posteriormente.

- Colaboração na organização de um evento desportivo “Color Run”, inserido no programa VianaSummer2016;

A par de uma alimentação saudável, o exercício físico regular permite fazer um correto balanço energético diário e pelo seu carácter modificável, assume uma dimensão fundamental na esfera da prevenção cardiovascular (Oliveira, 2011). O sedentarismo poderá ser causador de 1 milhão e 900 mil mortes a nível mundial (DGS, 2007). A atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a saúde e bem-estar. Estes são um dos pilares para um estilo de vida de vida saudável, a par de uma alimentação saudável, da ausência de tabaco e de outras substâncias que prejudicam a saúde.

O risco de ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a atividades física e para além disso é ainda a chave para o controlo do peso, quando associada a uma alimentação saudável.

O exercício físico é benéfico quer a nível físico, como social ou psicológico para todas as pessoas, de todas as idades, prevenindo o aparecimento de doenças e promovendo a saúde. A prática regular de exercício físico melhora o metabolismo da glicose, leva à redução das gorduras e da tensão arterial, melhora o sistema músculo-esquelético e ajuda a reduzir os sintomas de depressão.

Apesar de a maioria das pessoas conhecer os benefícios, a maioria dos estudos afirmam que mais de 60% dos adultos não praticam os níveis suficientes de atividade física de forma que sejam benéficos para a sua saúde. O sedentarismo parece afetar mais as mulheres, os idosos, indivíduos de grupos socioeconómicos mais baixos e nos indivíduos com incapacidades (DGS, 2007).

Considera-se exercício físico regular 5 a 7 sessões semanais de exercício dinâmico aeróbico de intensidade moderada, com a duração de pelo menos 30 minutos (Reis, 2014).

Com vista à promoção da atividade física, decidiu-se, com a colaboração do departamento de desporto, criar uma parceria entre a organização do VianaSummer2016 e a UCC de Viana do Alentejo, para que esta possa participar na organização e na realização do evento “Color Run”.

A prova tipo “The Color Run®” consiste numa prova onde reina alegria, a diversão e o convívio, onde os participantes são convidados a percorrer cinco quilómetros, a andar ou a correr. Os participantes levam roupa branca e a cada quilómetro percorrido, uma nova cor é “borrifada” para cima de cada um.

O contacto com a organização foi feito e a resposta veio favorável. Neste momento encontra-se agendada uma reunião entre a organização e a UCC para definir os pormenores da colaboração. Pensou-se colocar uma bancada perto da zona de partida, com panfletos sobre alimentação saudável e exercício físico, com um enfermeiro da UCC (e provavelmente alguns alunos de enfermagem) fazendo algumas sessões de promoção de saúde. A realização deste evento está agendada para 10 de Julho.

- Incentivo dos funcionários na prática de uma ginástica laboral regular, com demonstração, in loco e com a colaboração de um técnico de desporto;

A Ginástica Laboral pode ser definida como a atividade física executada no ambiente de trabalho. Consiste numa série de exercícios físicos leves e de curta duração que não sobrecarregam nem cansam o funcionário. O esforço repetido ou a falta dele aumentam o cansaço e fazer pequenas pausas ao longo do dia de trabalho, é um hábito saudável que beneficia funcionários e empresa. Segundo Sanctis, Uemura e Viebig (2008), Manosso et al. (2014) e Júnior *et al.* (2012), o funcionário que faz ginástica laboral, alivia o seu *stress*, diminui o sedentarismo, aumenta a disposição para trabalhar, melhora o desempenho profissional, diminui tensões acumuladas durante o trabalho, previne lesões e doenças por movimentos repetidos e diminui a fadiga visual, corporal e mental. A empresa também

tem benefícios porque vê reduzida a taxa de absentismo, vê aumentada a sua produtividade e assiste a uma redução nos acidentes de trabalho. A Ginástica Laboral promove ainda uma maior interação entre os funcionários.

Não é, de todo, uma atividade com o objetivo de queimar de calorias ou com o objetivo da redução de peso, mas sim, uma atividade voltada para o bem-estar em geral.

A inserção da atividade física no ambiente de trabalho, mesmo que num contexto de ginástica laboral, proporciona aos funcionários um aumento na qualidade de vida e permite a incorporação do exercício físico na rotina diária, contribuindo assim para a redução dos índices de sedentarismo. Algumas das grandes empresas nacionais e internacionais (por exemplo, a Microsoft ®), têm implementados projetos de ginástica laboral com resultados bastante razoáveis. A médio/longo prazo, os estudos destas empresas revelaram que a ginástica laboral motiva os seus colaboradores para uma prática regular de exercício físico (Candotti *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2014).

Apesar dos benefícios, a adesão à ginástica laboral é normalmente baixa, sendo que os maiores entraves são a colocação de obstáculos pela chefia, o medo da exposição pública, o excesso de trabalho ou pelo tipo de trabalho (atendimento ao público, por exemplo), as questões pessoais, a instabilidade no emprego, a falta de orientação e acompanhamento dos instrutores, a falta de emulação social, a não perceção dos benefícios da ginástica laboral e ainda o constrangimento de tempo (Soares, Assunção & Lima, 2006). Para os mesmos autores, é importante que exista motivação pessoal, mas por outro lado, a empresa deve ser a primeira a defender o programa de ginástica laboral, permitindo a reorganização do trabalho. A atividade deve ter um carácter voluntário e deve ser realizada durante cerca de 10 minutos, pelo menos 3 vezes por semana para que haja benefício efetivo para a saúde (Júnior *et al.*, 2012).

O facto de se estar a atravessar uma estação do ano pouco amiga de intervenções ao ar livre, foi limitador do tipo de intervenções a escolher. Depois de algumas reuniões com os funcionários do Departamento de Desporto, com o Sr. Presidente e com a Responsável pelo Departamento de Recursos Humanos, decidiu-se intervir na área da Ginástica Laboral.

No dia 10 de Dezembro e sem qualquer pré-aviso, a mestrande e um dos técnicos de desporto da CMVA e elemento do grupo dinamizador, passaram pelas várias repartições, começando por fazer uma breve introdução teórica sobre os benefícios da prática regular de exercício físico, para depois em conjunto, fazer uma aula de ginástica laboral com uma série de exercícios pré-selecionados. A atividade teve boa recetividade e muitos

funcionários manifestaram a vontade de que esta passasse a repetir-se com alguma periodicidade. Esta situação foi exposta à pessoa do Sr. Presidente que se mostrou recetivo à proposta. Um dos elementos do grupo dinamizador ficou explorar melhor esta proposta e tentar repetir esta atividade, pelo menos uma vez por semana.

Os grupos mostraram-se divertidos durante a atividade, participaram ativamente e no final, a maioria revelou que se sentia mais relaxada e com menos tensão muscular. Estes são alguns dos benefícios imediatos da realização desta ginástica de curta duração.

## **5.2. Metodologia**

Na organização e estruturação deste trabalho escrito seguiram-se as normas vigentes no Regulamento de Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem enquadrado no Regulamento Geral dos Mestrados da Universidade de Évora. Numa fase inicial elaborou-se uma proposta de um projeto de estágio que foi aceite e a partir do qual se desenrolou a fase de intervenção e terminou com a elaboração do presente relatório.

O planeamento é uma fase importante num projeto de intervenção e mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que permitem interagir com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, de forma a atingir os objetivos e metas pré-estabelecidas. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde tem como principal objetivo mudar o comportamento dos indivíduos no que diz respeito, neste caso, aos seus hábitos de saúde. Tavares (1990), baseando-se nos anteriores autores, definiu as etapas do planeamento em saúde, alertando para o facto de o conhecimento das mesmas ser “facilitador de corretas intervenções, permitindo a elaboração de eficientes projetos, quer vocacionados para problemas de saúde, quer para problemas de serviços”. O planeamento em saúde é um processo contínuo e que deve compreender as seguintes fases: (1) Diagnóstico da situação; (2) Determinação de Prioridades; (3) Fixação de Objetivos; (4) Seleção de Estratégias; (5) Preparação Operacional e (6) Avaliação.

Imperatori e Giraldes (1982) referem que o planeamento é um processo lógico em que o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico da situação e que deverá ser um reflexo das necessidades de saúde da população. A concordância entre o diagnóstico e as necessidades determina a pertinência de um projeto, esteja este vocacionado para a

resolução ou minimização de problemas de saúde ou para o aumento da eficiência dos serviços (Tavares, 1990). Como tal, é de suma importância que se faça um correto diagnóstico de situação quando se pretende implementar um projeto comunitário.

Existem várias técnicas para fazer este diagnóstico e para este projeto, escolheram-se instrumentos de colheita de dados que tivessem em atenção os dados que se pretendiam recolher e os objetivos do trabalho. A idade e a história familiar encontram-se entre as condições que aumentam o risco de um indivíduo vir a desenvolver doenças no aparelho cardiovascular, mas neste, infelizmente, não se pode intervir. Contudo, existe um outro conjunto de fatores de risco individuais sobre os quais se pode influir e modificar e que estão, sobretudo, ligados aos hábitos e estilos de vida. Optou-se por aplicar à população-alvo, com o respetivo consentimento informado, um questionário e realizar um rastreio cardiovascular.

Para a análise e tratamento dos dados recolhidos recorreu-se à utilização do programa IBM SPSS *Statistics*, versão 22.

A definição de prioridades é a segunda etapa do processo de planeamento em saúde. Para Tavares (1990), consiste, na sua essência, num processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar. Imperatori e Giraldes (1982) defendem que esta etapa, por ser a segunda, encontra-se condicionada pelo diagnóstico da situação e designará a fixação de objetivos.

De acordo com o diagnóstico de situação feito encontraram-se os seguintes problemas: (A) hábitos alimentares inadequados, (B) prática reduzida de exercício físico, (C) elevado consumo de tabaco, (D) elevado consumo de álcool, (E) fraca vigilância de saúde, (F) antecedentes pessoais de DCV, (G) antecedentes familiares de DCV, (H) desconhecimento dos sinais e sintomas do AVC e do EAM, com conceitos errados sobre o tema e (I) existência de fatores de risco para o aparecimento de DCV.

Para fazer a seleção de prioridades, de entre a lista de problemas anteriormente referida, recorreu-se ao uso de critérios. A escolha e a valorização de cada problema originou a lista das prioridades. Segundo Tavares (1990), a grelha de análise é uma técnica que permite determinar prioridades, partindo dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e o fator de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção. Esta foi a técnica escolhida pelo facto de se enquadrar no âmbito do projeto, mas também pela sua objetividade e facilidade de utilização. Este processo está esquematizado e apresentado com maior

pormenor no Anexo O. Desta forma e depois de várias reuniões com a equipa, surgiram então ordenadas as prioridades:

- 1<sup>a</sup> - Hábitos alimentares inadequados
- 2<sup>a</sup> - Prática reduzida de exercício físico
- 3<sup>a</sup> – Existência de fatores de risco para o aparecimento de DCV
- 4<sup>a</sup> - Desconhecimento dos sinais e sintomas do AVC e do EAM, com conceitos errados sobre o tema
- 5<sup>a</sup> - Antecedentes pessoais de DCV
- 6<sup>a</sup> - Elevado consumo de tabaco
- 7<sup>a</sup> - Elevado consumo de álcool
- 8<sup>a</sup> – Fraca vigilância de saúde
- 9<sup>a</sup> - Antecedentes familiares de DCV

A terceira etapa do processo de planeamento em saúde é a fixação de objetivos. Esta etapa foi descrita no ponto 4 deste trabalho. Os objetivos são uma meta que se pretende atingir e, tal como afirma Fortin (1996, pp.100), “é um enunciado declarativo que precisa de variáveis-chave, a população-alvo e a orientação da investigação”. Para Imperatori e Giraldes (1982, pp.43), a fixação de objetivos “é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

Os objetivos definidos devem obedecer a certas características (Tavares, 1990): deverão ser pertinentes (adequados às situações que suscitaram a intervenção), precisos (contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido), realizáveis (não devendo ser demasiado ambiciosos, permitindo que possam ser alcançados) e mensuráveis (permitindo uma avaliação posterior).

Os objetivos específicos tornam-se uma espécie de metas a alcançar, ou seja, os objetivos tornam-se operacionalizáveis.

Depois de definidos os objetivos, é realizada a seleção de estratégias. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, pp. 87), uma estratégia de saúde é “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde”. Tavares (1990) defende que a elaboração das estratégias deverá ter em conta os custos, os obstáculos, a pertinência e as



vantagens e inconvenientes. As estratégias são um conjunto de ações que ajudam a alcançar os objetivos traçados.

As estratégias usadas neste trabalho basearam-se no estabelecimento de parcerias com várias instituições da comunidade, no investimento no “*Empowerment Comunitário*” da população-alvo no âmbito da prevenção dos fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares, envolvendo-os no planeamento e desenvolvimento do projeto; na capacitação o grupo dinamizador, constituído por funcionários e decisores políticos do Município, no envolvimento da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Viana do Alentejo de forma a garantir o follow-up do projeto e na utilização das novas tecnologias para divulgação do projeto e das atividades planeadas e realizadas.

A penúltima etapa do planeamento em saúde é a preparação operacional. Tavares (1990) defende que depois das etapas referidas anteriormente, é necessário planear operacionalmente a execução do projeto. Este defende ainda que esta etapa inclui várias atividades como: (1) Especificação das atividades; (2) Preparação da execução; (3) Redação do protocolo; (4) Sistema de informação; (5) Financiamento; (6) Liderança do projeto; (7) Organização do projeto e (8) Articulação intra e intersectorial.

Nesta fase fizeram-se contactos e decorreram a maioria das reuniões com os parceiros no projeto. Durante a preparação operacional procurou-se divulgar/apresentar o projeto e os seus objetivos e pedir apoios e envolvimento dos parceiros no mesmo. A divulgação foi feita por convocatória direta, por *email*, por divulgação através de cartazes, panfletos, artigos no boletim municipal e através das redes sociais, nomeadamente, pelo Facebook® e ainda, visto que Viana do Alentejo é uma localidade pequena, transmissão “pessoa-a-pessoa”, que será ainda das mais eficazes.

A última etapa do planeamento em saúde é a avaliação. Para Tavares (1990) esta permite determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, através de um julgamento baseado em critérios e normas. Nesta fase confrontam-se os resultados obtidos com os desejados (nos objetivos), de forma a apurar se é necessário reformular as metas definidas, no caso de ser uma avaliação intermédia. Este momento facilita a alteração das estratégias e das intervenções, sempre que necessário, ou seja, quando os resultados obtidos não sejam o reflexo dos previstos. Esta etapa será abordada mais adiante, no ponto 6 deste trabalho.

De acordo com os objetivos definidos, a avaliação do projeto foi feita através de:

- Taxa de funcionários avaliados sobre os conhecimentos dos fatores de risco modificáveis relacionados com as doenças cardiovasculares, através da aplicação do questionário, no início e final do projeto e realização do rastreio;
  - Taxa de funcionários rastreados a quem foi calculado o risco cardiovascular inicial;
  - Taxa de execução das atividades planeadas;
  - Criação e formalização de um grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, constituídos por funcionários da CMVA, visando o desenvolvimento de atividades que fomentem a adesão a estilos de vida saudáveis;

### **5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas**

As estratégias estão relacionadas com os recursos que foram utilizados para se atingir os objetivos propostos. A estratégia, segundo Hax e Majluf (1988), citados por Nicolau (2001, pp.177) consiste no “conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras, que determina e revela a vontade da organização em termos de objetivos de longo prazo, programa de ações e prioridade na afetação de recursos”. Uma estratégia define uma forma de atuar para atingir um determinado objetivo, tendo em conta o meio e o tempo envolvente. As estratégias procuram responder aos desafios e aos riscos de um projeto comunitário e a escolha destas está dependente dos objetivos propostos, dos recursos disponíveis e do grupo de trabalho.

Na implementação deste trabalho definiram-se as seguintes estratégias:

- Estabelecimento de parcerias na comunidade;

Esta estratégia tem uma importância extrema no sucesso de um projeto a implementar numa comunidade, já que os recursos são cada vez mais escassos e limitados. Através de benefícios mútuos e de uma “relação simbiótica”, é possível rentabilizar os recursos existente, aumentar o conjunto de ofertas e ultrapassar mais facilmente as dificuldades que se apresentam.

No decorrer do trabalho, foram realizados vários contactos, de forma a solicitar apoio e colaboração no desenvolvimento das atividades planeadas. Nem todas as parcerias pretendidas se realizaram e a maioria por motivos orçamentais e de disponibilidade. Todas as parcerias que se estabeleceram foram de suma importância e utilidade, sendo que sem elas o projeto não teria o mesmo impacto e efetividade.

Segundo Ornelas e Moniz (2007, pp. 157) “As parcerias comunitárias são assim um veículo privilegiado para a construção e implementação de intervenções preventivas, ao mobilizarem setores diversificados da comunidade, permitirem a troca de conhecimento e experiência e ainda fomentarem articulação e combinação de práticas e/ou serviços.” Para este projeto foram estabelecidas várias parcerias entre elas com a CMVA (e os seus vários departamentos), com a Junta de Freguesia de Viana do Alentejo, com os Bombeiros Voluntários de Viana do Alentejo, com a Santa Casa de Misericórdia, com o grupo musical “Os Cavaquinhos”, com a Associação “O Restolho”, com a Escola Profissional de Alvito, com a UCASUL (União de Cooperativas Agrícolas, U.C.R.L), com a Ordem dos Nutricionistas, com os produtores agrícolas locais, com a nutricionista estagiária e os laboratórios da Menarini®.

- Aposta no “Empowerment Comunitário” da população-alvo no âmbito da prevenção dos fatores de risco modificáveis das DCV;

As atividades desenvolvidas tiveram em conta as especificidades do grupo, principalmente porque este era de abordagem difícil. Este era um grupo relativamente jovem (média de cerca de 45 anos) e, aparentemente, saudável. Mesmo que já existindo doenças como a diabetes ou a hipertensão diagnosticadas, como ainda não apresentavam complicações visíveis, acabam na maioria das vezes, por serem desvalorizadas. Esta situação deve-se a questões culturais e sociais.

A maioria das pessoas é resistente à mudança e quanto maior esta for, piores serão os resultados, a curto, mas principalmente, a longo prazo. Silva (2012, p. 28) defende que “a magnitude das mudanças comportamentais que, com alguma frequência, se consegue atingir inicialmente, parece não ter grande tradução no longo prazo”. Motivar esta população para participar nas atividades, foi uma tarefa difícil, pois para além dos fatores anteriormente referidos, a atual conjuntura sócio-económica e o presente cenário de “crise”, fazem com que as pessoas andem desmotivadas, tristes e muito negativas. Foram várias as reuniões com o Sr. Presidente da Câmara e com a Chefe do Departamento de

Recursos Humanos, para negociar as atividades a desenvolver e tentar que estas fossem realizadas no horário laboral para aumentar a adesão da população. Na maioria das vezes, o acordo não foi conseguido e isso teve consequências no número de elementos presentes nas ações.

A aposta na estratégia do “*Empowerment* Comunitário” segue as recomendações já presentes na carta de Ottawa, durante a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Já aqui se defendia a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, através de uma maior participação no controle do processo. A promoção da saúde tenta assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios para que indivíduos e comunidades saibam conhecer e controlar os fatores determinantes na sua saúde. É importante fazer escolhas mais saudáveis e para isso as populações deverão ter acesso à informação e educação em saúde e a serviços de saúde reorganizados (Ribeiro, Cotta & Ribeiro, 2012). Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012, p. 38), “o cidadão é responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, no respeito pelo bem comum e em proveito dos seus interesses e reconhecida liberdade de escolha (...), através de ações individuais e/ou associando-se a instituições.”

Este envolvimento aconteceu nas várias etapas do projeto. Criaram-se atividades participativas para os funcionários como forma não só, de os envolver no projeto, mas também de os levar a mudar aspetos menos saudáveis nas suas vidas. Para Silva (2012, p. 29), “a utilização do tipo de estratégias (...) parece basear-se no pressuposto de que toda a motivação é boa motivação, desde que seja suficientemente “forte” para sustentar as mudanças comportamentais necessárias, espelhando uma visão simplista e quantitativa da motivação, sem ter em consideração a origem e a qualidade (ou tipo) dos motivos que estão a sustentar determinada escolha”.

- Capacitação de um grupo dinamizador, constituído por funcionários e decisores políticos do Município;

A metodologia de educação de pares é uma estratégia que visa a promoção de atividades educativas, em que uma ou várias pessoas ficam responsáveis por desenvolver intervenções para o grupo da qual faz(em) parte. Uma pequena parte do grupo tenta promover a mudança de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos no “ grande grupo” em que estão inseridos (Svenson, 2001). Assim as mensagens de prevenção são

adaptadas de forma mais eficaz a cada grupo e são, mais facilmente aceites, o que favorece o processo de mudança.

A criação deste grupo permitiu, por um lado, uma maior aproximação à população-alvo, e por outro lado, formalizar a cooperação entre as duas entidades, UCC e CMVA.

Este grupo é constituído por três funcionários, de diferentes departamentos, porém a qualquer momento poderão ser integrados outros elementos. Esta foi também uma estratégia selecionada como forma de assegurar o *follow-up* do projeto.

- Envolvimento da Equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Viana do Alentejo de forma a garantir o follow-up do projeto;

O envolvimento da restante equipa da UCC foi importante para a continuidade do projeto, pois esta ficará responsável pelas futuras atividades. As reuniões de discussão, reflexão e definição de estratégias concertadas a troca de correio eletrónico, bem como as chamadas telefónicas foram as formas mais utilizadas de aferir os vários pormenores das várias intervenções.

- Utilização das novas tecnologias para divulgação do projeto e das atividades planeadas e realizadas.

A divulgação foi também uma parte importante do projeto pois foi desta forma que se conseguiu dar visibilidade a este e chegar até à população-alvo. Só depois de tomarem conhecimento da sua existência, as pessoas podiam tomar a decisão de aderir a este ou não. Em Novembro de 2015 foi publicado um artigo informativo sobre o projeto no Boletim Municipal (Anexo H).

A divulgação do projeto e das suas atividades foi ainda feita através da internet, através da agenda cultural do município, mas essencialmente através das redes sociais, nomeadamente através do Facebook®, nas páginas da CMVA e da JFVA e que depois foram largamente partilhadas pelos utilizadores da aplicação.

Para garantir que a informação chegava também à população não utilizadora destas novas tecnologias, decidiu-se fazer também a divulgação dos eventos através de cartazes que foram distribuídos por locais públicos e com grande afluência e depois, claro, a divulgação pessoa-a-pessoa.

## 5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Tavares (1990) defende que a identificação dos recursos é indispensável, uma vez que da sua existência e organização depende todo o planeamento do trabalho em questão. Para a implementação do presente projeto foram disponibilizados os recursos necessários, para que se atingissem os objetivos definidos. Tendo em conta o contexto socioeconómico atual, era importante não ser demasiado exigente ou idealista, sob o risco de não ver atendidos os pedidos solicitados. Os recursos utilizados foram os seguintes:

Recursos Humanos – Enfermeira orientadora do Ensino Clínico, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, nutricionista estagiária, dois professores/formadores do Cursos de Hotelaria/Pastelaria da Escola Profissional de Alvito e os seus diretores, três elementos do grupo dinamizador, um carpinteiro do Estaleiro, a funcionária do Bar, dois funcionários do Departamento Audiovisual, um técnico superior de desporto e a responsável do departamento de Recursos Humanos, todos funcionários da CMVA que participaram nas atividades realizadas, o Sr. Presidente da CMVA, o Sr. Presidente da Junta de Freguesia de Viana do Alentejo, o Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia, os agricultores e vendedores que participaram no mercado.

Recursos físicos: Instalações da UCC, salão da Junta de Freguesia, sala de reuniões do Edifício Principal e do Estaleiro Municipal, Bar, Salão da Santa Casa da Misericórdia, Sala de Reuniões da Escola Profissional de Alvito e antigo posto de turismo que funcionou como arrecadação (mercado).

Recursos materiais: Mesas, cadeiras, oito bancadas, material informático (computador portátil e impressora A4 e A3), máquina fotográfica, programa SPSS 22® licenciado, ligação à internet, Powerpoint® e programa para edição vídeo e som, material de reprografia e seus consumíveis (tinteiros e papel), agrafador e agrafes, coluna de música portátil, datashow, balança, estadiómetro, esfigmomanómetro, compressas e antisséptico cutâneo, pósteres, folhetos sobre as doenças cardiovasculares, máquina de pesquisa rápida da glicémia e colesterolémia capilar, placard (madeira, cortiça e pregos), automóvel e combustível para as deslocações, CD com músicas alentejanas (animação mercado) e os alimentos para realizar o *Showcooking*.

## **5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas**

Com o apoio das estruturas existentes e disponíveis, tornou-se mais fácil a implementação do projeto. As parcerias, como se abordou anteriormente, são essenciais para alcançar os objetivos definidos e para o sucesso das intervenções. Para este projeto foram realizados os seguintes contatos:

- Câmara Municipal de Viana do Alentejo
- Junta de Freguesia de Viana do Alentejo
- Associação dos Reformados
- Associação “O Restolho”
- Vários laboratórios mas apenas o da Menarini ® colaborou no projeto
- Workview® (empresa de medicina no trabalho)
- Grupo Musical “Os Cavaquinhos”
- Produtores locais de produtos hortofrutícolas, ovos e cogumelos
- Vendedores locais (padaria e pastelaria)
- Nutricionista estagiária
- Ordem dos Nutricionistas
- Escola Profissional de Alvito
- UCASUL
- Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo
- Organização do evento VianaSummer 2016

## **5.6. Análise da Estratégia Orçamental**

A viabilidade de um projeto está dependente da gestão dos custos e do orçamento. Essa gestão foca-se nos custos necessários para a realização das atividades planeadas no projeto. Nestas despesas estão incluídos os custos adicionais com recursos não existentes ou com intervenções realizadas fora do horário de trabalho/funcionamento de pessoas ou instituições.

As parcerias estabelecidas permitiram suportar a maioria das despesas com o projeto.

A UCC suportou uma pequena parte relacionada com a impressão do material de divulgação e algum do material de apoio ao rastreio, a viatura e combustível. Colaborou ainda com horas de enfermagem e outros serviços.

Uma outra parte das despesas foi suportada pela mestranda, nomeadamente, material para os questionários (folhas, tinteiros e agrafes), carro e combustível para deslocações e a aquisição de alguns ingredientes para o *showcooking*, e horas de trabalho de enfermagem.

A maioria das despesas acabou por ser suportada pelos parceiros, pela CMVA, pela Junta de Freguesia, pela Santa Casa da Misericórdia, pelos Laboratórios Menarini®, pela UCASUL, como aparecerá discriminado com maior pormenor nos quadros de despesas e custos, apresentados de seguida:

- Caracterização a população-alvo com um rastreio cardiovascular e a aplicação de um questionário para o diagnóstico de situação;

Para a realização desta atividade os recursos humanos envolvidos foram: uma enfermeira orientadora do ensino clínico, uma mestranda em Enfermagem Comunitária e dois funcionários da CMVA (departamento recursos humanos e do Estaleiro). A atividade decorreu numa das salas de reuniões da câmara e dentro do horário de trabalho.

A divulgação da atividade foi da responsabilidade da CMVA, através de *email* interno e por cartazes A3 a cores. A maioria do material para realização do rastreio já existia na UCC, pois o seu uso é frequente, como é o caso da balança, do estadiómetro e do esfigmomanómetro. As compressas limpas e o antisséptico cutâneo (álcool a 70º) foram custos adicionais. Os folhetos sobre as doenças cardiovasculares foram cedidos gratuitamente pela DGS.

A máquina de pesquisa rápida da glicémia e colesterolémia capilar, bem como as tiras de reagente e as lancetas foram fornecidas pelos Laboratórios da Menarini®. O transporte e combustível para realizar o rastreio foi assegurado pela UCC e integrado nas suas atividades diárias, sem qualquer custo adicional.

A apresentação dos resultados foi feita em Powerpoint® pela mestranda, com recurso ao computador da mesma e o datashow da UCC, na sala de reuniões do Estaleiro e no Salão da JFVA.



Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Rastreio Cardiovascular, aplicação dos questionários e avaliação do risco cardiovascular	Questionários - 35 €	Álcool 70° - 1€	8 cartazes a cores formato A3 - 1,75€ x 8 = 14€	Máquina de avaliação de colesterol e glicémia - 100€
	Fichas individuais - 1,5€	Compressas não estéreis - 1,5€	Horas trabalho de funcionários - 71x2.50€=177,50€ (20'cada funcionário)	Tiras colesterol - 400€
	Deslocações automóvel - 10€	Folhetos - 1,5€	Horas de trabalho responsável estaleiro 2hx5€=10€	Tiras glicose - 75€
	Horas enfermagem - 10€x40h= 400€	Horas enfermagem - 120 x 10€= 120€	Horas de trabalho responsável Recursos Humanos 2hx7€=14€	Lancetas - 20€
Sub-total	446,50 €	124,00 €	215,50€	595,00€
Total	<b>1381,00€</b>			

Tabela 5- Custos inerentes à atividade do rastreio cardiovascular, aplicação dos questionários e avaliação do risco cardiovascular

- Criação de um protocolo de colaboração entre a CMVA e a UCC e de um grupo dinamizador composto por funcionários da CMVA;

- Reuniões periódicas com o grupo dinamizador e com outros representantes da CMVA e outras para aferir estratégias;

Estas atividades consumiram horas de trabalho de enfermagem e alguns gastos com deslocações.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Reuniões com os parceiros, com a CMVA, com a equipa da UCC e grupo dinamizador	Horas enfermagem – 20h x 10€= 200€	Horas enfermagem – 20h x 10€= 200€	Horas trabalho de 7 funcionários – 7€ x 25 h= 175€	Escola Profissional – 40€
				UCASUL – 10€
Sub-total	200,00€	200,00€	175,00€	50€
Total	<b>625, 00€</b>			

Tabela 6 - Custos inerentes à atividade reuniões com parceiros, CMVA, equipa UCC e grupo dinamizador

- Elaboração de artigos e informações sobre a temática, enviados posteriormente, aos funcionários (por e-mail ou afixação em placards);

Esta atividade foi realizada durante o horário laboral. O placard para afixar as informações no bar, foi construído no Estaleiro por funcionários.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Artigos e placard no Bar	Horas enfermagem – 5h x 10€= 50€	Horas enfermagem – 2h x 10€= 20€	Placard – 7€	
Sub-total	50,00€	20,00€	7,00€	0€
Total	<b>77,00€</b>			

Tabela 7 - Custos inerentes à atividade Artigos e placard no bar

- Realização de sessões formativas teórico-práticas (sessão de sensibilização e um Showcooking):

Estas duas intervenções foram as que acarretavam mais custos e as que, definitivamente, exigiram uma maior atenção e dedicação em termos de gestão.

Na sessão de sensibilização foram utilizados o computador da mestranda e o datashow da UCC. No Salão da Junta de Freguesia, que foi solicitado para o evento, já existia tela de apresentação, mesa e cadeiras. A exposição da nutricionista foi suportada pelo dinheiro feito com a venda do azeite doado pela UCASUL. O espaço para o evento foi cedido pela Santa Casa da Misericórdia.

Foi ainda feita outra parceria com a Escola Profissional de Alvito, que dispõe de um Curso de Hotelaria/ Pastelaria e Bar, formando alunos. Este tipo de eventos fazem parte da formação destes alunos e como tal a escola dispõe de todo o tipo de material, desde a carrinha de transporte, ao material de cozinha, forno, entre outros, ficando apenas como despesa para o projeto a aquisição dos ingredientes. Conseguiu-se que alguns produtores doassem alguns alimentos, nomeadamente os ovos, mas a maioria acabou por ter de ser comprada. Foi pedido apoio à CMVA para a compra dos ingredientes, que participou com 30 euros. Os cartazes para a divulgação dos dois eventos ficaram a cargo da CMVA.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Showcooking	Ingredientes – 25€	Horas enfermagem – 2hx10€=20€	Ingredientes - 30€	Aluguer Salão Sta Casa Misericórdia– 30€
	Horas de enfermagem – 20hx10€=200€	Deslocações – 10€	20 cartazes a cores formato A3 – 35€	Ovos dos produtores– 6€
	Deslocações – 40€			Serviço à Escola Profissional de Alvito – 250€
Ação de sensibilização	Horas de enfermagem – 6hx10€= 60€	Horas de enfermagem – 5hx10€=50€		20 cartazes a cores formato A3 – 35€
	Deslocações – 5€	Deslocações – 5€	Nutricionista – 20 €	
Subtotal	330,00€	85,00€	100,00€	326,00€
Total	<b>841,00€</b>			

Tabela 8 - Custos inerentes à atividade *Showcooking e Ação de sensibilização*

- Organização o evento “Mercado de Produtos Hortícolas” e criação condições para a sua manutenção;

Na realização deste evento, conseguiu-se apoio para todas as atividades. O espaço era público, por isso sem custos. Não foi necessário pedir licenças para os vendedores (pedimos apoio ao gabinete jurídico da CMVA) e todos os materiais utilizados foram disponibilizados pela câmara sem ser necessário adquirir nada. Tanto as 8 bancadas, como

as toalhas, as extensões elétricas e a coluna de musica portátil fazem parte do inventário da camara e são sempre emprestadas quando feito o devido pedido formal. Também foi cedido o antigo posto de turismo da CMVA para guardar os produtos. As cestas e os produtos vendidos foram levados pelos produtores ou recolhidos pela mestranda na sua viatura. O grupo musical “Os Cavaquinhos” fez uma apresentação durante o evento. As toalhas emprestadas para o evento foram lavadas, secas e passadas a ferro nas instalações do Centro de Saúde.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Mercado produtos hortícolas	Deslocações automóvel – 25€	Limpeza das toalhas bancadas – 35€	Aluguer bancadas e toalhas – 50€	Grupo Musical “Os cavaquinhos” – 20€
	Horas de enfermagem – 10h x 10€ = 100€	Deslocações – 20€ Horas de enfermagem – 8h x 10€ = 80€	Aluguer material som – 30€	
Sub-total	125,00€	135,00€	80,00€	20,00€
Total	<b>360,00€</b>			

Tabela 9 - Custos inerentes à atividade Mercado de produtos hortícolas

- Elaboração de um pequeno filme publicitário com a ajuda dos funcionários da área audiovisual, sobre alimentação saudável (Dieta Mediterrânica) e prática de exercício físico e que será transmitido na sessão de cinema semanal, na localidade;

A atividade foi realizada durante o horário de trabalho, dos enfermeiros e dos funcionários da câmara. Foram utilizados os computadores e os programas informáticos do Departamento audiovisual. Foi pedida autorização para utilizar o filme, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=2p02oPyh0J0> e esta veio favorável à sua utilização no projeto, sem custos adicionais.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Filme publicitário	Deslocações – 5€	Horas de enfermagem 5hx10€=50€	Horas trabalho funcionários 4hx7€=28€	Filme da Ordem dos Nutricionista – Gratuito de divulgação livre
	Horas de enfermagem 10hx10€=100€		Exibição cinema – 30€x 2meses= 60€	
Sub-total	105,00€	50,00€	88,00€	0€
<b>Total</b>	<b>243,00€</b>			

Tabela 10 - Custos inerentes à atividade Filme publicitário

- Colaborar na organização de um evento desportivo “Color Run”:

Esta atividade apenas ficará planeada e a despesa feita deve-se a horas de enfermagem gastas a planear a atividade e em reuniões com a organização do VianaSummer2016.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Parceria no “Color Run”	Horas de enfermagem 3hx10=30€			
Sub-total	30,00€	0€	0€	0€
<b>Total</b>	<b>30,00€</b>			

Tabela 11 - Custos inerentes à atividade parceria no "Color Run"

- Incentivar os funcionários na prática de uma ginástica laboral regular, com demonstração, in loco e com a colaboração de um técnico de desporto;

Esta atividade apresentou como despesa as horas de trabalho de enfermagem e ainda do técnico de desporto da CMVA. A atividade também foi realizada durante o horário laboral, pois o objetivo era intervir durante o exercício de funções dos trabalhadores. Como a Câmara dispõe de técnicos de desporto, este recurso foi utilizado e rentabilizado nesta atividade.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	UCC	CMVA	Outros parceiros
Ginástica Laboral	Horas de enfermagem – 5h x 10€ = 50€		Técnico de Desporto – 2h x 10€ = 20€	
Sub-total	50,00€		20€	
Totais				<b>70,00€</b>

Tabela 12 - Custos inerentes à atividade Ginástica Laboral

Estima-se que o projeto “Trabalhe com o Coração – Redução do Risco Cardiovascular nos Funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo” tenha tido um **custo total de 3627,00 Euros**.

## 5.7. Cumprimento de Cronograma

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde se define, de forma detalhada as atividades a serem executadas durante determinado período de tempo. O cronograma de atividades deste projeto encontra-se no Anexo P.

Todas as atividades inicialmente planeadas foram realizadas de acordo com o cronograma. Foram feitas pequenas alterações nos horários das intervenções, por fatores relacionados com constrangimentos do processo de execução, nomeadamente, disponibilidade ou solicitação dos funcionários.

## **6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO**

### **6.1. Avaliação dos Objetivos**

A avaliação de um projeto é uma etapa importante no planeamento em saúde e que decorre quando concluídas todas as etapas anteriores. Imperatori e Giraldes (1993) defendem que a avaliação, bem como as ações realizadas com vista à resolução de problemas e minimização das necessidades, têm como objetivo permitir um aprofundamento do diagnóstico, a monitorização das atividades realizadas e proceder a um acompanhamento formativo do processo de planeamento. Desta forma torna-se possível ir fazendo o ajustamento do projeto e das suas intervenções à medida que este se vai desenvolvendo. Durante a avaliação são detetados os problemas, os pontos fracos e fortes do projeto, para que se possam fazer as alterações necessárias para garantir o seu sucesso. Tavares (1990) afirma que a avaliação se define como um confronto entre os objetivos e as estratégias definidas com o nível da adequação pretendida.

Tendo em conta os objetivos definidos anteriormente, a avaliação do projeto recai sobre o cumprimento desses mesmos objetivos e saber se as metas delineadas foram atingidas. Consegue-se desta forma refletir e analisar as estratégias usadas e saber se será necessário introduzir medidas de correção. Através de indicadores é possível fazer essa avaliação.

Como é possível observar na tabela 1, o primeiro objetivo de “identificar os conhecimentos sobre os fatores de risco modificáveis relacionados com as Doenças Cardiovasculares em pelo menos 75% dos funcionários da CMVA, através da aplicação de um questionário e da realização de um rastreio de saúde, no período compreendido entre Abril de 2015 e Julho de 2015” foi atingido. Este foi um objetivo muito ambicioso dadas as características da população-alvo e ainda devido à curta duração deste estágio. Por outro lado não seria sensato reduzir muito esta meta, sob o risco de não ter uma amostra representativa do grupo.



Objetivo	Intervenção	Indicadores	Metas	Avaliação
Identificar os conhecimentos sobre os fatores de risco modificáveis relacionados com as DCV em pelo menos 75% dos funcionários da CMVA, no período compreendido entre Abril de 2015 e Julho de 2015;	Aplicação de um questionário de avaliação sobre estilos de vida e conhecimentos sobre as DCV e de um rastreio cardiovascular	Taxa de adesão à atividade	75%	77,2%
Avaliar o risco cardiovascular inicial nos funcionários submetidos ao rastreio cardiovascular;	Aplicação da Escala SCORE	Taxa de aplicação	100%	100%
Identificar a adesão a estilos de vida saudáveis em pelo menos 75% dos funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo, após a implementação do projeto, em Janeiro de 2016;	Reaplicação do questionário	Taxa de adesão à atividade	75%	74%
Promover a criação de um grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, constituído por funcionários da CMVA;	Formalização do grupo	Criação e formalização do grupo	Sim	Sim
Realizar as atividades planeadas		Taxa de execução das atividades planeadas	80%	100%

Quadro 1 - Avaliação dos objetivos do projeto

Em relação ao segundo objetivo “identificar a adesão a estilos de vida saudáveis em pelo menos 75% dos funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo, depois de implementadas as várias medidas e após avaliação do projeto com a reaplicação do questionário até Janeiro de 2016” verifica-se que este foi, praticamente atingido, na medida em que falta apenas um ponto percentual para atingir a meta. As atividades para atingir este objetivo foram realizadas mas o questionário tinha de ser reaplicado aos mesmos indivíduos que anteriormente, ou seja, aos 71 funcionários, mas desta amostra, uma pessoa estava de atestado médico e outros dois recusaram preencher o questionário. Apesar da colaboração de alguns funcionários na distribuição e na recolha de alguns questionários e de o prazo para o seu preenchimento ter sido alargado por duas vezes, mesmo assim não foi possível recolher os 71 questionários.

O risco cardiovascular inicial também foi avaliado a todos os funcionários que fizeram o rastreio (por serem necessários os valores obtidos para o cálculo), como estava planeado, recorrendo ao instrumento fornecido pela norma da DGS. Os valores foram posteriormente encaminhados para o médico da UCC. Estes dados foram ainda entregues à instituição e aos funcionários participantes.

O terceiro objetivo “promover a criação de um grupo dinamizador de atividades promotoras de estilos de vida saudáveis, constituído por funcionários da CMVA” foi atingido. Este grupo foi criado e encontra-se neste momento em fase de formalização. Foi feito um protocolo para ser celebrado pela UCC e pela CMVA, que já foi validado pelo departamento jurídico da câmara municipal e que se encontra neste momento a ser analisado pelo ACES. Este protocolo de colaboração será válido por um ano, podendo ser renovado se ambas as partes mostrarem essa vontade.

Todas as atividade planeadas foram executadas nas datas previstas.

## **6.2. Avaliação da Implementação do Programa**

Como já foi referido anteriormente, numa metodologia de planeamento em saúde, antes de implementar um programa e de acordo com vários autores, nomeadamente Tavares (1990), deverão ser realizadas sequencialmente várias etapas, nomeadamente o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a definição

de estratégias, a preparação operacional e avaliação. O cumprimento e controle das várias etapas determina o sucesso da implementação do programa.

A avaliação aconteceu várias vezes durante e após o desenvolvimento do projeto. Foram avaliadas as estratégias utilizadas em cada etapa, e sempre que foi necessário tomaram-se medidas corretivas, em tempo útil, de forma a garantir a consecução dos objetivos.

A seleção das intervenções e estratégias foi uma preocupação importante visto que tinham como objetivo uma mudança de comportamentos.

A avaliação do projeto pressupunha a reaplicação do questionário para avaliar os resultados ao nível da aquisição de conhecimentos e da resposta a nível dos hábitos.

No Estaleiro, em termos de consumo de alimentos, o aumento mais significativo registou-se ao nível das respostas sobre o consumo de pão/cereais, peixe, vegetais e fruta. Todos eles, com a exceção do pão/cereais foram mudanças benéficas. Houve ainda uma redução importante no consumo de leite e derivados, gorduras/fritos, doces, álcool e água (Gráfico 5).

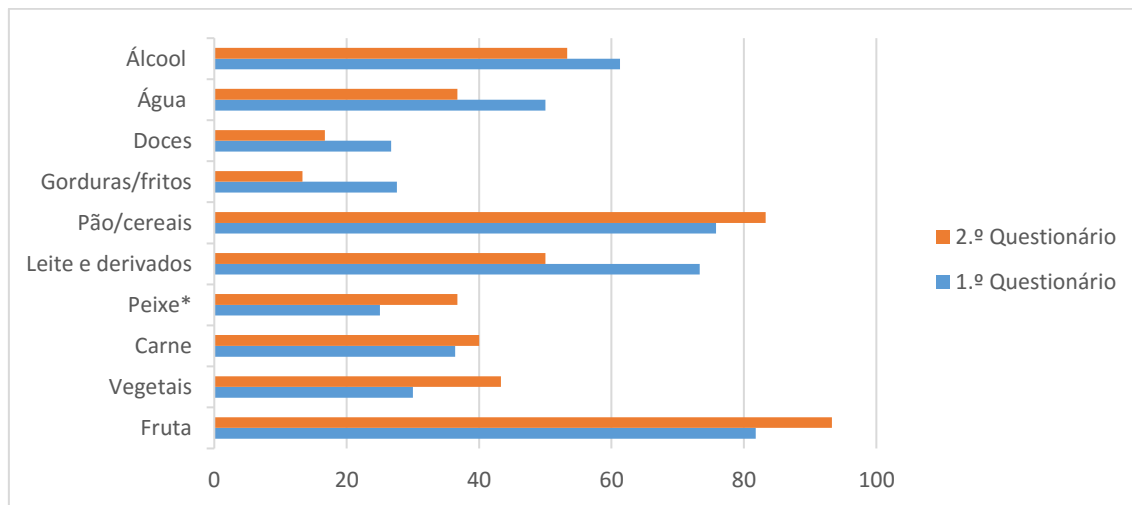


Gráfico 5- Mudanças nas respostas sobre consumos alimentares no grupo do Estaleiro

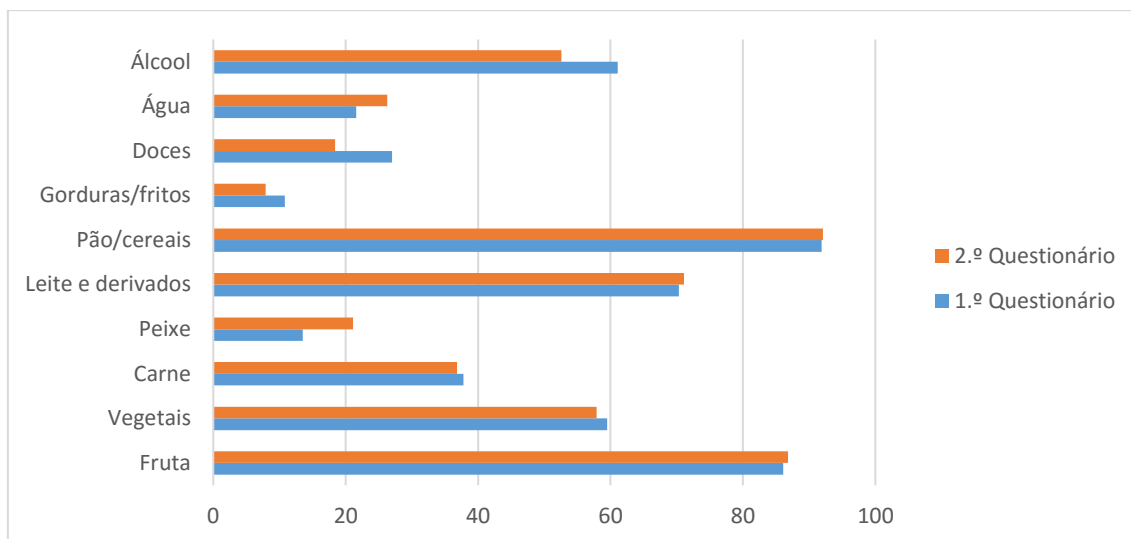


Gráfico 6 – Mudanças nas respostas sobre consumos alimentares no grupo do Edifício Principal

No grupo do Edifício Principal houve um aumento do número de indivíduos que referiu ter aumentado o consumo de água, peixe e fruta. Os consumos de álcool, doces e gorduras/fritos referidos pelos indivíduos diminuiu, como se pode verificar no Gráfico 6. De uma forma geral, pode-se afirmar que as mudanças foram bastante positivas e até acima do esperado.

No Estaleiro, o grupo estudado referiu ter aumentado o número de refeições diárias, conforme as indicações dadas nas intervenções. O número de indivíduos que afirmou ingerir diariamente o pequeno-almoço aumentou em 14,2%, mantendo-se a tendência com os lanches a meio da manhã e da tarde e com a ceia. No Edifício Principal, os funcionários não referiram de uma forma tão marcada, o reforço das refeições, havendo aumento de umas em detrimento de outras.

O número de pessoas que referiu fazer uma alimentação saudável, a maioria das vezes, aumentou no Estaleiro (71,9% vs 73,3%) e no Edifício Principal (55,3% vs 60,5%).

Houve um aumento de 18,6% nas respostas nos funcionários do Estaleiro que praticam exercício físico 3 a 4 vezes na semana. No entanto, verificou-se o oposto no grupo do Edifício Principal em que o mesmo hábito sofreu um decréscimo de 15,8%, segundo as respostas dadas no questionário. Tentando perceber esta realidade, fez-se uma recolha de dados não sistematizada junto alguns elementos. A maioria referia que facto de ser Inverno e a proximidade da época natalícia levaram a uma redução da prática de exercício físico. Esta situação explica a tendência das respostas no Edifício Principal mas não a do Estaleiro, ficando-se com algumas dúvidas sobre a veracidade das respostas dadas.

Existiu um aumento no número de pessoas que afirmaram ir para o trabalho a pé em ambos os edifícios porém, não foi dada grande importância a este facto porque a distância que existe entre a maioria das residências ao local de trabalho é irrelevante, mas poderá querer revelar alguma, mesmo que pequena, mudança nos hábitos.

Quando analisados os resultados em relação aos conhecimentos obtidos, nomeadamente em relação aos sintomas do EAM e AVC, notou-se uma evolução bastante positiva no grupo do Edifício Principal em que, 21 dos 38 indivíduos responderam de forma correta às perguntas colocadas, sendo que 15 destes melhoraram o nível de conhecimentos em relação ao questionário anterior. No grupo de Estaleiro esta mudança não foi tão evidente, sendo que, a maioria dos indivíduos (26 questionários de 30 questionários) optou por não responder a estas duas perguntas do questionário e isso poderia querer dizer que não sabiam ou que não queriam responder.

Apesar de não ser o foco do estudo, houve também referência a uma redução significativa, não no número de fumadores, mas na quantidade de cigarros fumados por dia, em ambos os grupos (menos 11,2% no Edifício Principal e 28,6% no Estaleiro). Segundo os dados fornecidos pela análise dos dados do questionário, o grupo do Estaleiro refere ter procurado mais os serviços de saúde, (no Edifício Principal a procura manteve-se igual) e feito mais consultas de rotina e menos consultas de urgência.

Dada a brevidade do estágio, não foi reavaliado o risco cardiovascular no final do mesmo, visto que seria necessário mais tempo para confirmar se as medidas implementadas tinham sido eficazes e se tinha existido redução do risco cardiovascular. Desta forma, ficou planeada a reavaliação deste para daqui a um ano, pela UCC de Viana do Alentejo.

Este projeto contemplou muitas atividades para que todos os funcionários tivessem a possibilidade de participar. Existiram atividades dentro e fora do horário laboral e incluindo o fim-de-semana. Não tendo sido um objetivo deste projeto, a taxa de participação nas atividades, foi possível constatar que as intervenções com mais participações foram as que decorreram durante o horário de trabalho, com a devida dispensa laboral. Esta situação foi comunicada aos dirigentes da CMVA e foi solicitado maior apoio para atividades futuras.

As más condições meteorológicas presentes nas duas primeiras atividades também não favoreceram a participação porém, em relação a este aspeto pouco poderia ser feito dado que o estágio decorreu exatamente nos meses de Inverno.

As informações e artigos colocados no placard, bem como os *e-mails* e o filme publicitário, ajudaram a levar as mensagens até aos funcionários, mesmo que de uma maneira menos formal e intensiva, tendo sido referida como uma estratégia de divulgação e sensibilização eficaz, por parte da população-alvo.

A preocupação central deste trabalho prendeu-se com a necessidade de uma mudança de comportamentos e as atividades escolhidas e implementadas tentaram promover esta mudança, ou pelo menos despertar para essa necessidade através do aumento de conhecimentos na área da prevenção das doenças cardiovasculares. Torna-se fundamental que o grupo reconheça a importância de que uma alimentação saudável e equilibrada, a par de uma prática regular de exercício físico, pois só assim se consegue contribuir para uma descida na morbilidade e mortalidade por doença cardiovascular e, ainda reduzir o risco de vários tipos de cancro, da diabetes e das hiperdislipidémias.

A formação do grupo dinamizador facilitou a coordenação entre as entidades envolvidas no projeto e a promoção da realização das atividades. Esta estratégia teve um importante impacto motivacional e facilitou a aproximação à população-alvo. Este grupo foi uma preciosa ajuda no aumento da literacia em saúde do grupo, nomeadamente, no aumento da informação e educação sobre os benefícios da atividade física e da alimentação saudável. O grupo dinamizador tentou influenciar de forma positiva os restantes elementos, promovendo a mudança de conhecimentos e comportamentos. As mensagens de prevenção foram adaptadas de forma eficaz ao grupo-alvo, tornando-se mais facilmente aceites, o que favoreceu o processo de mudança.

A criação deste grupo permitiu ainda formalizar a cooperação entre as duas entidades, UCC e CMVA. O protocolo de colaboração entre as duas entidades envolvidas ainda não está completamente finalizado, por questões burocráticas, necessitando ainda do parecer de ACES. O grupo dinamizador ficou com três elementos, de diferentes departamentos, porém a qualquer momento poderão ser integrados outros elementos. O protocolo de colaboração estará em vigor durante um ano, podendo ser prolongado se as partes o entenderem.

### **6.3. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas**

A avaliação não deverá ser efetuada apenas no final do projeto, mas sim de forma contínua durante todo o projeto, permitindo assim determinar o resultado direto das atividades, com a finalidade de corrigir e melhorar as intervenções.

Poucas alterações foram feitas ao cronograma e a maioria esteve relacionada com a tentativa de aumentar a adesão do grupo às atividades. Existiram algumas pequenas alterações nas intervenções, nomeadamente, o mercado de produtos hortofrutícolas foi realizado no Rossio da Viana do Alentejo, um local no centro da localidade e que à partida, chamaria mais pessoas ao evento, mas como as condições meteorológicas estavam incertas, o Salão dos Bombeiros Voluntários estava preparado receber o evento no caso destas condições se agravarem.

A atividade do *Showcooking* correu sem percalços e não houve necessidade de qualquer alteração, apenas foi necessário fazer algumas mudanças relativamente ao local de compra dos ingredientes, por questões orçamentais. A atividade da Ginástica Laboral, sofreu uma alteração de horário, por questões de disponibilidade do técnico de desporto.

As avaliações intercalares são determinantes para fazer aferições sobre o que está a decorrer melhor e o que necessita de ser reformulado, por estar a ser de difícil de realização. As falhas identificadas poderão implicar mudanças estruturais e levar à revisão e alteração da direção estratégica do plano operacional inicial (Imperatori & Giraldes, 1993).

A adesão dos funcionários ao projeto foi, desde o início, o maior desafio que se apresentou. Sabia-se que, à partida, não iria ser tarefa fácil e não foi. As atividades desenvolvidas tiveram em conta as especificidades do grupo.

A maioria dos indivíduos considera-se saudável porque não sente, ainda, manifestações da doença. Porém, na maioria das vezes as doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC e o EAM, instalam-se de forma repentina e súbita e traz consigo, muitas vezes, consequências irreversíveis. A melhor forma de evitar esta situação devastadora a nível pessoal, familiar e social é mesmo a prevenção e a aposta em adotar estilos de vida saudáveis.

Segundo Queiroz (2014), o estilo de vida resulta da forma como vivemos e nos relacionamos em comunidade, com os valores sociais e religiosos que nos orientam e o

que culturalmente aprendemos e transmitimos, com os rituais simbólicos e as formas como habitamos, produzimos e nos alimentamos. Se por um lado, é difícil abandonar “velhos” hábitos para adotar outros, só porque são mais saudáveis, outras vezes, até se inicia a mudança, mas esta acaba por durar pouco tempo. A verdade é que a maioria das pessoas é muito resistente à mudança e quanto maior esta for, piores serão os resultados, a curto, mas principalmente, a longo prazo. Silva (2012) defende que a magnitude das mudanças comportamentais que, com alguma frequência, se consegue tingir inicialmente, parece não ter grande tradução no longo prazo. Segundo Timóteo (2015) as principais barreiras à modificação de estilos de vida estão relacionadas com o doente (características pessoais), com os profissionais de saúde (com as suas motivações e conhecimentos) e a comunidade/ sistema de saúde (com a disponibilidade de meios/recursos e da divulgação). Para Silva (2012) é importante que exista uma “forte motivação” para sustentar as mudanças comportamentais necessárias. A maioria dos modelos explicativos de mudanças de comportamentos em saúde, assenta em fatores de ordem cognitiva, incidindo mais nas questões motivacionais, deixando para segundo plano uma série de aspetos ligados ao prazer, ao significado pessoal, à experiência emocional, ou seja, descuidam-se fatores potencialmente relevantes para a compreensão dos processos de mudança, e principalmente da sua manutenção. A persistência foi uma das estratégias mais utilizadas no recrutamento da população, em todas as fases do projeto.

Para evitar que determinadas intervenções cessem os seus efeitos, alguns autores como Silva (2012) defendem a necessidade de modelos contínuos de tratamento, em vez de projetos de carácter temporário. Desde a implementação do projeto passaram apenas quatro meses. Por esta razão, as expectativas não poderiam ser demasiado ambiciosas ao ponto de se pensar que se mudaria muita coisa que, em consequência das intervenções, todos os funcionários iriam começar a fazer uma alimentação saudável e a praticar regularmente exercício físico. Para se conseguirem mudanças positivas e efetivas, é necessário mais tempo, mais recursos, mas principalmente melhorar ou manter os níveis de motivação e dos seus efeitos, um maior envolvimento dos quadros de chefia da CMVA e consequentemente, dos funcionários, no projeto. Esta foi a abordagem inicial e seria pertinente que novos projetos nesta área avançassem, de forma a aproveitar os progressos conseguidos, dando continuidade e sustentabilidade ao trabalho já iniciado. Este é um desafio agora para a UCC e para a CMVA.

Algumas das atividades foram adaptadas de forma a garantir o follow-up do projeto, nomeadamente:



- A criação e formalização do grupo dinamizador do projeto;
- O envio quinzenal de um artigo/informação relacionado com o projeto para os funcionários da CMVA (placard e *email*), ponderando-se colocar mais placards pela instituição e passarem a ser os próprios elementos do grupo dinamizador a recolher informações e artigos para enviar aos colegas de trabalho.
  - O “Mercado da Vila” é um evento que se realiza mensalmente, com apoio da Associação “O Restolho” e da CMVA.
  - Surgiu a ideia de organizar um curso sobre alimentação saudável com a colaboração da Escola Profissional de Alvito, da UCC e do Instituto de Formação Profissional (IFP).
    - Novas apresentações/filmes para exibir no cinema;
    - Avanço um programa semanal de ginástica laboral com os funcionários do Edifício Principal da CMVA, com um técnico de desporto da instituição;
    - Reavaliação do risco cardiovascular no mesmo grupo de funcionários em Janeiro de 2017.

Será ainda importante apontar sugestões para novos temas e novos projetos. Ao fazer o diagnóstico da situação foram detetados outros problemas relacionados com o consumo de álcool e de tabaco. Seria importante uma abordagem nesta área, nomeadamente porque estes são dois dos fatores de risco modificáveis para desenvolver as doenças cardiovasculares, mas também porque no caso do alcoolismo, este poderá ser um fator de risco, nomeadamente, para a ocorrência de acidentes.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETENCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

O enfermeiro especialista dispõe de um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e os problemas de saúde. Este demonstra um elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão e que se traduz num conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de ação.

Segundo o regulamento n.º 122/2011, o enfermeiro especialista tem quatro domínios de competências, como já foi referido anteriormente: (1) o da responsabilidade profissional, ética e legal; (2) o do domínio da melhoria contínua da qualidade; (3) o da gestão dos cuidados e (4) o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada domínio são definidas competências, que por sua vez são categorizadas em unidades de competência. As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estão presentes no regulamento n.º 128/2011 do Diário da República e são os seguintes: (1) estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; (2) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; (3) integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS; (4) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. No planeamento e implementação do presente trabalho foram mobilizadas todas as competências:

Este projeto seguiu todos os passos do planeamento em saúde.

Começando por fazer um diagnóstico da situação para este grupo específico, conseguiu-se identificar os problemas e necessidades de saúde desta população-alvo. Para isso foi importante integrar os conhecimentos sobre os determinantes da saúde e variáveis socioeconómicas. De acordo com outros dados epidemiológicos existentes, contextualizaram-se estes problemas e estabeleceram-se redes de causalidade e fez-se o perfil de saúde cardiovascular deste grupo. Numa fase seguinte, estabeleceram-se as prioridades em saúde, usando critérios objetivos, com base nas orientações estratégicas do PNS. Formularam-se objetivos mensuráveis, definiram-se estratégias, desenvolveram-se intervenções promotoras da co-participação do grupo-alvo. Foi feita uma tentativa de maximizar os recursos disponíveis, estabelecendo parcerias na comunidade. As decisões tomadas basearam-se sempre em evidências científicas. A eficácia do projeto foi monitorizada continuamente, através de medidas de controlo e avaliação do mesmo, de forma a atingir os objetivos propostos.

Este projeto liderado por enfermeiros procurou transmitir conhecimentos que levassem à adesão a estilos de vida mais saudáveis, no campo da alimentação e da prática de exercício físico, como forma de reduzir fatores de risco modificáveis e consequentemente prevenir as doenças cardiovasculares.

Uma das estratégias utilizadas foi o “*empowerment* comunitário”, com vista ao envolvimento e capacitação de dois grupos, o grupo dinamizador e a população-alvo.

Numa tentativa de envolver e motivar a população a participar desenvolveram-se atividades promotoras de estilos de vida saudáveis e de educação para a saúde, adaptadas aos contextos socioeconómicos e aos seus interesses.

A prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares constitui uma das áreas prioritárias do PNS atual e que se revelou muito pertinente no estágio realizado. Como forma de operacionalizar o programa de intervenção comunitária desenvolveram-se intervenções que foram sendo monitorizadas e avaliadas como forma de conhecer o impacto das mesmas.

Contribuiu-se para a vigilância epidemiológica na medida em que foram aplicados instrumentos de colheita de dados, sistematizados indicadores, conhecidos problemas de saúde da população-alvo, analisados os dados recolhidos e utilizados modelos conceituais e estudos científicos para explicar fenómenos de saúde e arranjar soluções inovadoras para os problemas apresentados.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As doenças cardiovasculares são um problema de maior magnitude no Alentejo face ao restante continente, o que é evidenciado pelas, ainda elevadas, taxas de mortalidade e morbilidade (ARS Alentejo, 2010). O inegável progresso verificado na evolução dos diferentes indicadores resulta da conjugação de dois fatores: a eficácia das medidas de prevenção, com ênfase na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção de fatores de risco modificáveis, associada também a um avanço significativo na terapêutica. Como tal é fundamental apostar em ações de prevenção primária junto da comunidade.

Estas doenças têm elevados custos para a sociedade, para as famílias e para os indivíduos porque leva a longos períodos de deficiência, a uma mortalidade prematura e a assistência e os métodos diagnósticos são caros. Em termos profissionais leva a longos períodos de absentismo laboral e à baixa produtividade.

Tentando acompanhar o PNS e as suas orientações, nasceu e cresceu este projeto ambicioso, que permitiu mobilizar e desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária, permitindo integrar conhecimentos para decisões estruturadas e fundamentadas ao nível do planeamento em saúde, para além de contribuir para um maior desenvolvimento a nível pessoal.

Este projeto centrado na comunidade procurou promover estilos de vida saudáveis como forma de prevenir as doenças cardiovasculares e as suas consequências mais incapacitantes. As intervenções ocorreram em duas áreas específicas, na alimentação e no exercício físico, de acordo com a definição de prioridades.

Não é fácil levar a uma mudança de comportamentos e fazer com que essa mudança se perpetue no tempo. Uma das maiores dificuldades encontradas prendeu-se com desmotivação inicial da população-alvo. A perceção que esta população tem da sua saúde cardiovascular, ou seja, o facto de a maioria não apresentar sintomas da doença, trouxe algumas dificuldades à compreensão e aceitação do projeto. Foi necessário motivar o grupo a participar nas intervenções e incentivá-lo a modificar hábitos menos saudáveis.

Apesar dos obstáculos encontrados, a implementação deste projeto de intervenção comunitária foi conseguida e as dificuldades foram sendo ultrapassadas. As parcerias estabelecidas com outras instituições da comunidade foram fundamentais para alcançar os objetivos propostos e garantir a continuidade do projeto.

Terminado o estágio, o projeto segue, a passo lento, o seu percurso. Desde a sua implementação passaram apenas quatro meses e por esta razão e por outras anteriormente referidas, as metas não foram demasiadamente ambiciosas, nem os resultados extraordinários. Pensar que se iriam conseguir grandes mudanças em consequência das intervenções desenvolvidas e que uma grande maioria dos trabalhadores iria começar a fazer uma alimentação saudável e a praticar regularmente exercício físico, era uma utopia. Para se conseguirem mudanças mais significativas, era preciso mais tempo, mais recursos, mas principalmente um maior envolvimento dos responsáveis da CMVA no projeto, para que a adesão dos funcionários fosse maior.

Seria pertinente que novos projetos nesta área avançassem, de forma a aproveitar os avanços conseguidos e que desse continuidade ao trabalho iniciado.

Foi um trabalho difícil e desgastante nuns períodos mas, motivador e reconfortante noutros. Uma das ambições iniciais era que este projeto fosse realmente pertinente e tivesse condições para avançar, mesmo após terminado o estágio. Como tal, foi gratificante saber que algumas atividades se mantiveram, como foi o caso do “Mercado da Vila”.

Poderá parecer que as conquistas foram poucas, mas a verdade é que elas aconteceram e foram conquistas importantes... agora é preciso continuar...

## REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2008). *Unidade de Cuidados na Comunidade* – Departamentos e Unidades. Recuperado em 25 março, 2015 de <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/UCC/tabid/850/language/pt-PT/Default.aspx>
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARS] (2010). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Recuperado em 29 abril, 2015 de <http://arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/DoencasCerebro-Cardiovasculares/Paginas/Doen%C3%A7as-C%C3%A9rebro-Cardiovasculares.aspx>
- Afonso, C. (2009). Actividade Física e Alimentação na Prevenção da Doença Cardiovascular: Recomendações individuais versus populacionais. *Revista Factores de Risco*, 12, janeiro-março, 66-71.
- Afonso, L., Moreira, T. & Oliveira, A. (2014). Índices de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. *Revista Factores de Risco*. 31, janeiro-março, 48-55.
- Albuquerque, G. & Oliveira, A. (2015). Alimentação saudável e dietas específicas na prevenção cardiovascular: realidades e mitos. *Revista Factores de Risco*, 35, janeiro-março, 44-51.
- Associação Portuguesa de Dietistas (n.d.). Dieta Mediterrânea. APD. Recuperado em 23 setembro, 2015 de <http://www.apdietistas.pt/nutricao-saude/alimentacao-na-saude/dieta-mediterranea>

- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2014). *Dieta Mediterrânica – Um padrão de alimentação saudável. E-book n.º 34. APN.*
- Backes, D. S., Backes, M. S., Erdmann, A. L. & Büscher, A. (2012). O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva. 17 (1), 223-230.*
- Barros, V., Carrageta, M., Graça, P., Queiróz, J. & Sarmiento, M. (n.d.). *Dieta Mediterrânica – Um Património Civilizacional Partilhado. Comissão Interministerial da Candidatura Portuguesa da Dieta Mediterrânica a Património Cultural Imaterial da Humanidade/UNESCO.*
- Camolas, J. (2012). Caminhos da Prevenção Cardiovascular – 2011- Destaques do Ano na Prevenção Cardiovascular: Estilos de Vida. *Revista Factores de Risco, 25, abril-junho, 22-23.*
- Candotti, C. T., Silva, M. R., Noll, M., & Lucchese, C.R. (2011). Efeito da Ginástica Laboral sobre a Motivação para a Prática Regular de Atividade Física. *Revista Baiana de Saúde Pública. 35(2), 485-497.*
- Capucho, S. (2013). *Prevenção das Doenças Cardiovasculares na população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade, de Reguengos de Monsaraz. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Universidade de Évora.*
- Carlos, J. S. (2012). Prevenção Cardiovascular em Medicina Geral e Familiar. *Revista Factores de Risco, 24, janeiro-março, 06-07.*
- Carrageta, M. O. (2014). A dieta mediterrânica e as doenças cardiovasculares. *Revista Factores de Risco, 31, janeiro-março, 24-29.*

Circular Normativa n.º 002/2004 DGCG de 31 de março. Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Circular Normativa n.º 002/2011 14 de janeiro. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Circular Normativa n.º 005/2013 de 19 de março atualizada a 21 de janeiro de 2015. Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Direção Geral da Saúde. Lisboa

CONFEF (2007). *Ginástica Laboral- Programas de Exercícios nas empresas garantem saúde e qualidade de vida aos funcionários – 2007* Ano da Ginástica Laboral. Conselhos Federal e Regionais de Educação Física. Brasil

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Diário da República, n.º 1, do Capítulo II, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 104/1998. Diário da República, 1.ª Série N.º 93, 21 de abril. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 298/2007. Diário da República, de 22 de agosto. Ministério da Saúde Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1.ª Série N.º 38, 22 de fevereiro. Ministério da Saúde.

Despacho 10143/2009, Diário da República, 1.ª Série N.º 74, 16 de abril. Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2007). *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012a). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Orientações Programáticas. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012b). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Orientações Programáticas. Ministério da Saúde. Lisboa
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Ministério da Saúde. Lisboa
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Princípios para uma Alimentação Saudável. Ministério da Saúde. Lisboa. Recuperado em 5 junho, 2015 em [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf)
- Ferreira, R. M. C. (2013). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares - Introdução. Direção Geral da Saúde. Lisboa.
- Ferreira, R. (2013). Índice de Massa Corporal como Factor de Risco Cardiovascular. *Revista Factores de Risco*, 29, abril-junho, 60-61.
- Fortin, M (2000). *O Processo de Investigação*. (2.<sup>a</sup>ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundación Dieta Mediterránea (2016). Portal Fundación Dieta Mediterránea. Recuperado em <http://dietamediterranea.com/fundacion/>
- George, M., & Tanner, J. F. (2014). Promotion to Change Lifestyle: Securing Participation and Success. *Health Marketing Quarterly*, 31(4), 293-311.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



- Graça, P. (2014). Breve História do Conceito de Dieta Mediterrânica numa Perspetiva de Saúde. *Revista Factores de Risco*. 31, janeiro-março, 20-22.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologias do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologias do Planeamento da Saúde*. (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Obras avulsas.
- INE (2016). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Recuperado em 12 janeiro, 2016 de <https://www.ine.pt/>
- Júnior, J. E. S. M., Seger, F. C., Teixeira, C. S., Pereira, E. F. & Merino, E. A. D. (2012). Queixas musculoesqueléticas e a prática de ginástica laboral de colaboradores de instituição financeira. *Produção*, 22 (4), 831-838.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros/REPE
- Lima, C. (2007). Avaliação do Risco Cardiovascular no Indivíduo. *Revista Factores de Risco*. 4, janeiro-março., 14-24.
- Macário, T. D. S. (2012). *Risco Cardiovascular em Pessoas Assintomáticas*. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Macedo, A., Santos, A., Rocha, E. & Perdigão, C. (2008). Perceção da Doença Cardíaca e Cerebral e dos Fatores de Risco Cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 27 (5), 569-580.
- Mafra, F. & Oliveira, H. (2008). Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 391-400.

- Manosso, M., Lanferdini, F. J., Dal’Agnol, M. J., Roncada, C. & Dias, C. P. (2014). Comparação dos níveis de estresse e estilo de vida entre praticantes e não praticantes de ginástica laboral. *Revista Brasileira Ciência em Movimento*. 22(2), 65-71.
- Matsudo, V. K. R., Matsudo, S. M. M, Andrade, D. R., Oliveira, L. C. & Araújo, T. L. (2007). Promovendo atividade física no ambiente do trabalho. *Diagnóstico e Tratamento*. 12 (2), 97-102.
- Murray, J., Honey, S., Hill, K., Craigs, C., & House, A. (2012). Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: a qualitative literature review. *British Journal Of General Practice*, 62 (599), 403-410.
- Nicolau, I. (2001). *O conceito de estratégia*. Lisboa: ISCTE. Recuperado em 21 novembro, 2015 de <http://fit2.fit.br/sitedoprofessor/professor/link/20090820175441conceito%20estrategia.pdf>
- Oliveira, A. (2011). Novas estratégias na implementação dos estilos de vida saudáveis. *Revista Factores de Risco*, 22, julho-setembro, 06-08.
- Organização Mundial de Saúde (2009). Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários – Uma Perspetiva Global. Recuperado em 15 maio 2015 em [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010. Recuperado em 12 Março, 2015 de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Ordem dos Nutricionistas (2015). Dieta Mediterrânica: Um estilo de vida para todos. Recuperado em 12 setembro, 2015 de <http://www.ordemosnutricionistas.pt/pesquisa.php>

Ornelas, J. H. & Moniz, M. J. V. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica 1* (25): 153-158.

Oviedo, S. I. O. & Rosero, E. V. (2014). Grau de aderência a tratamentos em pessoas com risco cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 32(1), enero-junio, 25-32.

Perdigão, C. (2010). Risco Cardiovascular Global. *Revista Factores de Risco*, 20, janeiro-março, 58-61.

Perdigão, C. (2013). Estilos de vida de baixo risco. A propósito dos resultados do Estudo Multi-Étnico da Aterosclerose (MESA). *Revista Factores de Risco*, 30, julho-setembro, 42-44.

Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Direção Geral da Saúde

Pordata (n.d.). *Estatísticas, gráficos e indicadores de municípios – Viana do Alentejo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado em 27 fevereiro, 2016 de <http://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-117-498> e [http://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](http://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)

Portal do Consumidor (n.d.). Alegações nutricionais na rotulagem de alimentos. Direção Geral do Consumidor. Ministério da Economia.

Portal da Segurança Alimentar (n.d.). Rotulagem de Alimentos. Hazard Analysis Critical Control Points. Recuperado a 10 outubro, 2015 de <http://www.segurancalimentar.com/conteudos.php?id=27>

Queiroz, J. (2014). Dieta Mediterrânica: um modelo cultural. *Revista Factores de Risco*, 31, janeiro-março, 8-18.

Raínho, C. (2010). Os determinantes do processo saúde/doença cardiovascular. *Revista Factores de Risco*, 20, janeiro-março, 56-57.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República n.º 35 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República n.º 35 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Reis, R. (2014). Medidas comportamentais para o controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC8. *Revista Factores de Risco*, 32, abril-junho, 09-12.

- Ribeiro, A., Cotta, R. & Ribeiro, S. (2012). A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1), 07-17.
- Rocha, E. (2010). Esperança de vida em relação a factores de risco cardiovascular – Uma análise do estudo Whitehall. *Revista Factores de Risco*, 20, janeiro-março, 12-16.
- Rocha, E. (2012). Atividade física: Educação para a Saúde e Saúde Pública. *Revista Factores de Risco*, 24, janeiro-março, 06-07.
- Sanctis, F., Uemura, C. A. & Viebig, R. F. (2008). Atividade física corporativa: colaborações para a saúde do trabalhador. *Revista Digital Buenos Aires*, 13 (125). Recuperado em 25 novembro, 2015 de <http://www.efdeportes.com/efd125/atividade-fisica-corporativa-colaboracoes-para-a-saude-do-trabalhador.htm>
- Santos, A. (2012). Ingestão de sal e a doença cardiovascular. *Revista Factores de Risco*, 29, abril-junho, 20-25.
- Silva, M. N. (2012). Investigação e Acção na promoção de Estilos de Vida Activos. *Revista Factores de Risco*, 25, abril-junho, 28-33.
- Silva, R. S. B., Martins, C. O., Rosenstiel, L., Ferreira, C. N. F. & Silva, A. S. (2014). Influência de Informações de Saúde no Estilo de Vida de Participantes de Ginástica Laboral. *Revista Brasileira Promoção de Saúde*. 27(3), 406-412.
- Soares, R., Assunção, A. A, & Lima, F. P. A. (2006). A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 31(114), 149-160.

- Soares, S. & Mendes, C. (2008). Conhecer os doentes hipertensos de uma lista de utentes- Que risco Cardiovascular? *Revista Factores de Risco*, 10, julho-setembro, 36-41.
- Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costa, L. E. D. & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A Educação em Saúde com Grupos na Comunidade: Uma Estratégia Facilitadora da Promoção da Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26 (2), 147-153.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem em Saúde Pública*. (7.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusodidacta.
- Svenson, G. (2001). Os Jovens e a Prevenção da SIDA - Guia Europeu de Educação pelos Pares, recuperado em 06 dezembro 2015 de <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/HIV%20AIDS%20102por.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Timóteo, A. (2015). Modificação do estilo de vida: dificuldades no controlo dos fatores de risco. *Revista Factores de Risco*, 35, janeiro-março, 64-68.
- UCC Terras do Sul (2013). Plano de Ação 2013. Administração Regional de Saúde do Alentejo.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora**



Documento 15017



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de  
Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Jorge Fernandes, Professora Doutora Felismina Mendes e Professor Doutor Luís Sebastião deliberaram dar, na reunião do dia 23 de Outubro de 2015, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "TRABALHE COM O CORAÇÃO – Redução do Risco Cardiovascular nos funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo" dos investigadores Iolanda Rosado Mendes da Silva, Isaura da Conceição Cascalho Serra Barreiros e Celeste Patinhas.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Amândio Manuel de Mendonça Raimundo)

## **ANEXO B - Pedido de Autorização à CMVA**



Exmo Sr. Presidente da  
Câmara Municipal de Viana do Alentejo

Eu, Iolanda Rosado Mendes da Silva, enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora, no serviço de Cirurgia tira 2, atualmente a frequentar o Curso de Especialização /Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, no âmbito do qual tem que realizar um Projeto de Intervenção Comunitária, vem solicitar a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> autorização para desenvolver o referido projeto com a população dos funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo.

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em Portugal e o Alentejo surge destacado, com as taxas mais altas a nível nacional. O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) são responsáveis por elevadas taxas de morbilidade na população em idade ativa, levando, entre outras coisas, ao absentismo laboral e a um elevado dispêndio de recursos.

Este projeto surge no seguimento de uma atividade realizada o ano passado pela UCC de Viana do Alentejo, em que 58 funcionários foram alvo de um rastreio que avaliava o risco cardiovascular e onde foram detetados 18 funcionários em situação de pré-diabetes e 2 com diabetes, 20 com hipertensão e 23 com valores elevados de colesterol. Para além destes valores preocupantes, existem ainda 3 funcionários com baixo peso, 23 com excesso de peso e 7 numa situação de obesidade (tabela em anexo).

Conclui-se com isto, que esta população tem um elevado risco de desenvolver uma doença cardiovascular e de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde e da DGS é de suma importância investir em medidas de prevenção e correção dos fatores de risco, nesta área. Numa primeira fase pretende-se aplicar um questionário para avaliar os estilos de vida, alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e fatores de risco de doenças cardiovasculares e fazer a avaliação da tensão arterial, glicémia capilar, colesterol, peso, altura e perímetro abdominal a cada funcionário que pretenda participar. Posteriormente, pretende-se desenvolver com os funcionários algumas atividades na área da alimentação saudável e do exercício físico, com o objetivo de reduzir o seu risco cardiovascular. No final será feita a avaliação do impacto do projeto, com nova aplicação do questionário e nova avaliação física.

Este será um trabalho de âmbito académico e como tal será garantida a confidencialidade dos dados, bem como a obtenção do consentimento informado junto de cada funcionário.

Com os melhores cumprimentos,  
Viana do Alentejo, 3 de Maio de 2015  
Enf<sup>a</sup> Iolanda Silva

---

Nome	Data Nascimento	Morada	Altura	Peso	IMC	Tensão Arterial	Glicémia	Colesterol
I1	20.03.1955	Viana do Alentejo	149	47	19	125/80	133	220
I2	18.03.1978	Viana do Alentejo	149	52	22	105/65	116	227
I3	18.01.1992	Viana do Alentejo	171	65	22	120/60	100	196
I4	04.06.1956	Viana do Alentejo	168,5	69	24	140/60	201	232
I5	14.02.1956	Viana do Alentejo	172	75	25	130/75	122	188
I6	24.12.1980	Viana do Alentejo	159,5	60	23	100/65	151	215
I7	09.04.1968	Viana do Alentejo	152,5	47	20	110/65	108	243
I8	07.10.1954	Viana do Alentejo	152,5	55	23	140/85	123	218
I9	11.03.1963	Viana do Alentejo	167,5	80	29	160/100	135	223
I10	27.09.1976	Alcáçovas	162	50	18	120/70	114	221
I11	04.07.1990	Alcáçovas	159	65	25	110/65	129	213
I12	24.02.1978	Viana do Alentejo	165	60	21	115/75	108	<130
I13	22.05.1979	Viana do Alentejo	182	76	22	130/80	105	221
I14	02.12.1980	Évora	165	60	21	125/70	186	166
I15	21.04.1966	Viana do Alentejo	164,5	75	27	130/70	142	237
I16	14.01.1970	Viana do Alentejo	164	51	18	120/70	139	303
I17	21.01.1955	Alcáçovas	164,5	90	33	130/85	128	210
I18	17.01.1969	Viana do Alentejo	171,5	78	27	130/80	112	191
I19	24.07.1972	Viana do Alentejo	164	65	24	140/70	187	224
I20	02.12.1961	Viana do Alentejo	161,5	55	21	130/80	125	224
I21	23.11.1977	Viana do Alentejo	166,5	74	27	110/75	123	223
I22	01.05.1990	Viana do Alentejo	156,5	65	26	120/80	83	164
I23	18.11.1966	Viana do Alentejo	159	51	19	140/90	150	222
I24	06.01.1965	Viana do Alentejo	155	65	27	120/70	111	157
I25	09.05.1972	Évora	166	80	29	110/65	126	189
I26	04.03.1983	Viana do Alentejo	168	60	21	90/60	124	163
I27	30.09.1985	Viana do Alentejo	171,5	55	18	110/70	100	213
I28	23.01.1972	Viana do Alentejo	150	65	28	125/75	153	222
I29	21.11.1975	Viana do Alentejo	162	75	28	150/90	114	199
I30	19.04.1983	Viana do Alentejo	151	57	24	100/60	118	216
I31	12.12.1951	Évora	176	95	31	140/90	127	140
I32	04.05.1978	Estremoz	155,5	55	22	120/70	113	198
I33	18.10.1981	Viana do Alentejo	186,5	75	21	125/65	110	141
I34	25.05.1992	Viana do Alentejo	180	75	23	130/75	114	219
I35	25.04.1960	Viana do Alentejo	159,5	72	28	110/65	101	220
I36	20.03.1970	Viana do Alentejo	172,5	85	28	110/70	133	213
I37	07.07.1973	Brás do Regedour	184,5	100	29	140/80	118	257
I38	12.11.1991	Viana do Alentejo	177,5	75	23	110/70	114	145
I39	18.05.1974	Évora	166	73	25	150/85	132	163
I40	18.07.1977	Viana do Alentejo	168	65	23	120/60	125	187
I41	04.10.1967	Viana do Alentejo	153,5	66	28	135/80	143	163
I42	19.11.1966	Alvito	168,5	61	21	140/70	122	231
I43	19.05.1958	Viana do Alentejo	154,5	52,5	21	135/70	168	255
I44	10.05.1967	Aguiar	155	67	28	140/70	127	226
I45	11.05.1964	Alcáçovas	156	77	31	150/80	137	139
I46	10.12.1975	Alcáçovas	174	83	28	130/90	139	239
I47	NS	S. Bart. do Outeiro	168	79	21	130/70	170	179
I48	23.10.1962	Viana do Alentejo	178	90	28	140/70	186	224
I49	29.9.1972	Viana do Alentejo	154,5	79	33	140/70	154	209
I50	10.08.1959	Viana do Alentejo	157	70	28	95/60	150	216
I51	30.6.1972	Viana do Alentejo	180	84	25	140/80	152	228
I52	22.09.1957	Viana do Alentejo	160	81	32	150/75	163	178
I53	19.01.1974	Viana do Alentejo	176	91	29	150/90	148	198
I54	23.06.1964	Viana do Alentejo	164	72	26	140/85	95	> 130
I55	19.10.1978	Viana do Alentejo	170	85	29	110/70	135	179
I56	10.09.1954	Viana do Alentejo	170,5	92	32	110/70	177	234
I57	7.03.1956	Viana do Alentejo	167	63	22	180/100	153	> 130
I58	24.03.1973	Viana do Alentejo	174	106	35	140/80	144	220

## **ANEXO C – Autorização da Autora do Questionário**

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Iolanda Rosado Mendes da Silva

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Universidade de Évora

**Assunto:** Autorização para utilização do Questionário de Avaliação de Estilos de Vida e de Fatores de Risco de Doenças Cardiovasculares

Eu, Susana Capucho, Enfermeira Especialista a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg, venho por este meio conceder autorização à estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, no âmbito do seu projeto de intervenção comunitária “Trabalhe com o Coração – Redução do Risco Cardiovascular nos funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo”, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Alentejo, orientada pela Professora Isaura Serra, para a utilização do questionário supra citado, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional ou eventual colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Reguengos de Monsaraz, 20 de Abril de 2015

Susana Capucho

## **ANEXO D – Consentimento Informado**



Nº	COD.
----	------

## QUESTIONÁRIO

Caro funcionário da CMVA:

O meu nome é Iolanda Silva e sou enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

O presente questionário destina-se à recolha de informação sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e fatores de risco de doenças cardiovasculares na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer funções na Câmara Municipal de Viana do Alentejo.

Os dados recolhidos serão posteriormente tratados e analisados e como tal, é importante que as respostas dadas sejam espontâneas e as mais próximas da realidade possíveis, para que o resultado da aplicação deste questionário seja útil.

Este questionário é confidencial e apenas se destina a este propósito.

Peço a identificação para cálculo do risco cardiovascular e posterior encaminhamento se for o caso.

Para formalizar o seu consentimento livre e informado, solicito que assinale com uma cruz a seguinte informação:

**Fui informado(a) dos objetivos e âmbito do estudo e aceito participar no**  **mesmo.**

Para responder leia atentamente cada pergunta e coloque uma cruz (X) na opção que mais concordar.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Iolanda Silva



## **ANEXO E – Questionário para Avaliação de Conhecimentos e Estilos de Vida**

### A – Caracterização do inquirido

1 - Idade \_\_\_\_\_

2 - Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

3 - Nível Educacional (Assinale uma resposta)

a) - Não sabe ler nem escrever \_\_\_\_\_

b) - Só sabe ler e escrever \_\_\_\_\_

c) - 1º ciclo (1º - 4º ano) \_\_\_\_\_

d) - 2º ciclo (5º - 6º ano) \_\_\_\_\_

e) - 3º ciclo (7º - 9º ano) \_\_\_\_\_

f) - Ensino Secundário (10º - 12º ano) \_\_\_\_\_

g) - Ensino Superior \_\_\_\_\_

4- Estado Civil (Assinale uma resposta):

a) - Solteiro (a) \_\_\_\_\_

b) - Casado (a)/ União de facto \_\_\_\_\_

c) - Separado (a)/ Divorciado (a) \_\_\_\_\_

d) - Viúvo \_\_\_\_\_

5 - Qual é a sua profissão?

---

6 - Qual a sua altura (cm)? \_\_\_\_\_

7 - E o seu peso (kg)? \_\_\_\_\_

8 – Perímetro abdominal (meça à volta da cintura ao nível do umbigo) (cm)? \_\_\_\_\_

## B - Caracterização de Estilos de Vida

### - Hábitos Alimentares

9 - Com que regularidade come os seguintes alimentos

	2 a 3 vezes dia	1 vez dia	4 a 5 vezes por semana	2 a 3 vezes por semana	1 vez por semana	Nunca
Fruta						
Vegetais						
Carne						
Peixe						
Queijo, leite e iogurtes						
Pão e cereais						
Gordura e fritos						
Doces e bolachas						

10 – Que quantidade de água ingere diariamente? (Assinale uma resposta)

Menos de meio litro	Meio litro	Um litro	Um litro e meio	Mais de um litro e meio

11 – Com que frequência ingere bebidas alcoólicas? (Assinale apenas uma resposta)

Nunca	Raramente	1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	1 vez por semana	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana

11.1 - Se respondeu **Sim** qual a quantidade de álcool que ingere?

---

12 – Quais as refeições que faz diariamente?

Pequeno almoço	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia

13 – Considera que tem uma alimentação saudável? (Assinale uma resposta)

Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

**- Exercício Físico**

14 – Com que frequência pratica exercício físico (pelo menos 30 minutos)? (Assinale uma resposta)

Diariamente	3 a 4 vezes por semana	4 a 5 vezes por mês	Raramente	Nunca

15 - No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala na deslocação para o emprego? (Assinale uma resposta)

Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

**- Tabaco**

16 - Alguma vez fumou? (Assinale apenas uma resposta)

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ (Se respondeu **Não** passe para a pergunta 20)

17 - Fuma atualmente? (Assinale apenas uma resposta)

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ (Se respondeu **Não** passe para a pergunta 20)

18 - Com que frequência fuma? (Assinale apenas uma resposta)

Diariamente	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	2-4 vezes por mês

19 - Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média?  
(Assinale apenas uma resposta)

1-2	3-5	6-9	10-20	Mais de 20

### Utilização dos cuidados de saúde

20 - No último ano, procurou ou utilizou os serviços de saúde (Assinale apenas uma resposta)

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

20.1 – Se respondeu **Sim** diga se foi para consulta de:

Rotina \_\_\_\_\_ Urgência \_\_\_\_\_

20.2 – Se respondeu **Não** à pergunta 20 qual foi a razão para não ter usado os cuidados de saúde?

---

### - Fatores de risco para doenças cardiovasculares

21- Já teve alguma doença cardiovascular? (Assinale uma resposta) Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

21.1 - Se respondeu **Sim** qual ou quais doenças já teve? (Assinale uma ou mais respostas)

a) - Enfarte Agudo do Miocárdio (Ataque Cardíacos) \_\_\_\_\_

b) - Acidente Vascular Cerebral ( Trombose) \_\_\_\_\_

c) - Insuficiência cardíaca \_\_\_\_\_

22 - Indique os sintomas de Enfarte Agudo Miocárdio (Ataque Cardíacos) que conhece:

\_\_\_\_\_

23 - Indique os sintomas de Acidente Vascular Cerebral (Trombose) que conhece:

\_\_\_\_\_

24 - Tem diagnosticado pelo seu médico algum dos seguintes fatores de risco para as doenças cardiovasculares? (Assinale uma ou mais respostas)

Hipertensão Arterial \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Colesterol Elevado \_\_\_\_\_ Obesidade \_\_\_\_\_

25 - Qual o valor habitual da sua tensão? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ mmhg

(Para a pergunta 26 e 27 se não souber o valor pode consultar os valores nas suas análises se tiver oportunidade)

26 - Qual o valor habitual do seu colesterol? \_\_\_\_\_ mg/dl

27 - Qual o seu valor habitual de glicémia? \_\_\_\_\_ mg/dl~

28 - Tem algum familiar próximo a quem foi diagnosticado algum fator de risco para doenças cardiovasculares ou alguma doença cardiovascular? (Hipertensão Arterial, Diabetes, Colesterol Elevado, Obesidade, Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral ou Insuficiência Cardíaca)

Não \_\_\_\_\_

Sim: avós, tias, tios ou primos de 1º grau (qual o fator de risco ou a doença)

\_\_\_\_\_

Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos (qual o fator de risco ou a doença)

\_\_\_\_\_

29 – Para ter uma *Vida Saudável* considera necessário a intervenção dos profissionais de saúde? (Assinale uma resposta) Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

30 – Se respondeu que **Sim**, qual o tema que gostaria de ver tratado? (Assinale uma ou mais respostas)

Alimentação \_\_\_\_ Exercício físico \_\_\_\_ Tabagismo \_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_ Hipertensão  
\_\_\_\_ Colesterol elevado \_\_\_\_ Sintomas das doenças Cardiovasculares \_\_\_\_ Outro (qual)

\_\_\_\_\_

31 – Como gostaria de ver o tema tratado? (Assinale uma ou mais respostas)

Sessão de esclarecimento \_\_\_\_ Rastreios \_\_\_\_ Caminhadas \_\_\_\_ Folhetos

\_\_\_\_\_

Outros (Quais) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

**Obrigado pela colaboração!**

## **ANEXO F – Resultados do Rastreio Cardiovascular**



TRABALHE COM O CORAÇÃO  
 Redução do Risco Cardiovascular nos Funcionários da Câmara Municipal de Viana do Alentejo

Nome	Data Nascimento	Morada	Altura	Peso	IMC	Tensão A	Glicémia	Colesterol	P. Abdom.
I1	25/03/1960	Viana do Alentejo	1,6	76	29,6875	110/60	160	214	101
I2	18/02/1978	Viana do Alentejo	1,53	52	22,2137	120/70	97	188	90
I3	21/05/1976	Viana do Alentejo	1,89	92	25,7552	140/70	131	248	98
I4	14/06/1983	Viana do Alentejo	1,55	48	19,9792	120/60	-	-	77
I5	14/02/1956	Viana do Alentejo	1,72	79	26,7036	130/75	103	226	94
I6	19/11/1966	Alvito	1,68	65	23,03	110/65	113	221	86
I7	24/07/1972	Viana do Alentejo	1,65	65	23,8751	130/75	92	246	78
I8	03/12/1964	Viana do Alentejo	1,54	86	36,2624	160/95	140	189	105
I9	06/01/1965	Viana do Alentejo	1,52	64	27,7008	120/70	92	139	90
I10	18/11/1966	Viana do Alentejo	1,58	51	20,4294	150/80	110	206	71
I11	07/09/1981	Alcáçovas	1,8	88	27,1605	125/70	144	214	98
I12	09/04/1968	Viana do Alentejo	1,5	45	20	110/70	95	240	74
I13	15/08/1982	Viana do Alentejo	1,7	57	19,7232	120/70	94	240	79
I14	22/05/1979	Aguiar	1,81	76	23,1983	110/70	84	143	88
I15	28/05/1978	Aguiar	1,79	90	28,089	130/80	93	241	96
I16	26/01/1979	Aguiar	1,73	69	23,0546	130/70	115	242	88
I17	02/12/1980	Aguiar	1,67	60	21,5139	110/65	96	201	79
I18	30/05/1981	Viana do Alentejo	1,72	70	23,6614	120/65	120	201	
I19	27/09/1976	Alcáçovas	1,64	53	19,7055	100/60	97	223	75
I20	18/01/1992	Viana do Alentejo	1,74	68	22,46	110/70	91	204	82
I21	30/09/1988	Alcáçovas	1,69	63	22,0581	120/70	80	168	77
I22	23/01/1968	Viana do Alentejo	1,69	65	22,7583	130/70	93	180	89
I23	20/03/1970	Viana do Alentejo	1,72	82	27,7177	100/65	97	195	93
I24	04/03/1983	Viana do Alentejo	1,67	62	22,231	100/60	130	180	76
I25	18/10/1981	Viana do Alentejo	1,75	80	26,1224	140/70	88	222	83
I26	05/11/1984	Évora	1,68	74	26,2188	120/70	94	161	85
I27	15/02/1970	Vidigueira	1,72	84	28,3937	120/70	104	223	97
I28	23/12/1988	Viana do Alentejo	1,81	70	21,3669	120/70	87	134	78,5
I29	23/12/1971	Viana do Alentejo	1,49	56	25,2241	145/80	110	185	81
I30	14/06/1954	Viana do Alentejo	1,81	80	24,4193	160/100	95	249	89
I31	14/12/1976	Beja	1,65	65	23,8751	120/80	153	225	90
I32	21/04/1966	Viana do Alentejo	1,63	76	28,6048	110/65	144	130	104
I33	11/03/1963	Viana do Alentejo	1,68	83	29,4076	150/100	124	229	108
I34	14/01/1962	Évora	1,6	86	33,5938	160/90	136	186	102
I35	14/01/1970	Viana do Alentejo	1,65	55	20,202	120/60	150	134	69
I36	19/04/1983	Portel	1,58	59	23,634	120/70	72	226	85
I37	23/10/1962	Viana do Alentejo	1,8	80	24,6914	150/90	144	173	106
I38	20/06/1962	Alcáçovas	1,77	90	28,7274	150/80	153	197	112
I39	28/03/1957	Viana do Alentejo	1,7	78	26,9896	130/80	162	260	98
I40	28/04/1951	Alcáçovas	1,69	75	26,2596	120/70	119	130	99
I41	17/03/1976	Viana do Alentejo	1,8	80	24,6914	140/80	121	245	105
I42	22/09/1953	Alcáçovas	1,7	60	20,7612	120/70	135	144	83
I43	02/02/1950	Alcáçovas	1,68	66	23,3844	120/80	127	130	90
I44	28/12/1956	Alcáçovas	1,6	78	30,4688	130/80	135	179	80
I46	02/10/1958	Alcáçovas	1,7	83	28,7197	150/80	127	130	107
I47	17/17/1957	Alcáçovas	1,7	85	29,4118	140/80	101	177	108
I48	19/10/1978	Viana do Alentejo	1,7	83	28,7197	130/90	98	188	102
I49	20/10/1977	Vila. N. Baronia	1,77	89	28,4082	130/85	144	250	103
I50	07/03/1962	Viana do Alentejo	1,65	55	20,202	130/70	100	234	80
I51	20/03/1954	Viana do Alentejo	1,67	64	22,9481	130/75	227	234	85
I52	19/04/1966	Viana do Alentejo	1,68	63	22,3214	140/90	101	312	85
I53	10/05/1973	Viana do Alentejo	1,76	79	25,5036	110/70	89	247	95
I54	10/09/1954	Alcáçovas	1,73	90	30,0712	140/85	87	187	109
I55	18/11/1962	Alcáçovas	1,7	105	36,3322	180/120	250	167	132
I56	24/03/1973	Viana do Alentejo	1,75	100	32,6531	130/80	128	130	115
I57	10/05/1967	Aguiar	1,6	63	24,6094	135/70	103	230	91
I58	23/12/1976	Aguiar	1,58	64	25,6369	110/70	90	189	85
I59	04/09/1959	Viana do Alentejo	1,67	89	31,9122	130/65	97	180	113
I60	02/02/1954	Aguiar	1,72	80	27,0416	160/90	88	130	104
I61	31/10/1952	Viana do Alentejo	1,72	80	27,0416	135/80	106	191	110,5
I62	16/10/1974	Viana do Alentejo	1,79	79	24,6559	122/75	101	130	101
I63	24/07/1957	Viana do Alentejo	1,7	80	27,6817	160/100	94	236	102
I64	21/03/1955	Aguiar	1,67	88	31,5537	155/90	102	167	115
I65	10/10/1985	Viana do Alentejo	1,71	55	18,8092	120/70	117	147	74

## **ANEXO G - Apresentação dos Resultados do Rastreio e do Questionário ao Grupo do Estaleiro e do Edifício Principal**



# “Trabalhe com o Coração”

Avaliação Cardiovascular dos funcionários da CMVA - Estaleiro Municipal

UCC de Viana do Alentejo

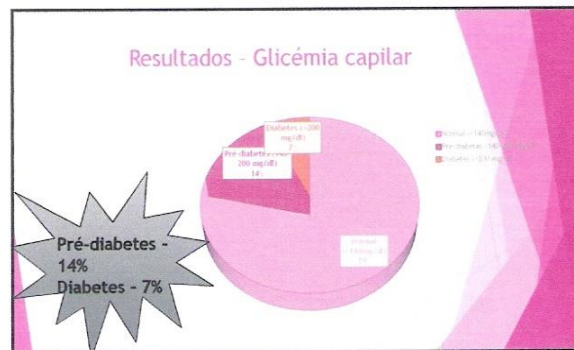
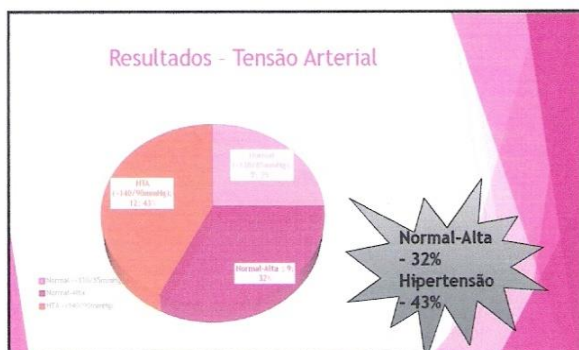
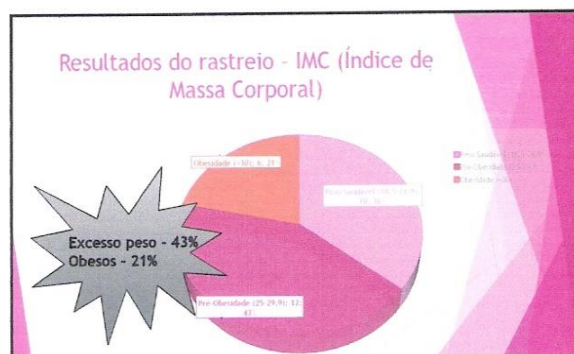


Enf.ª Celeste Patinhas  
 Enf.ª Iolanda Silva

## RESULTADOS - Estaleiro:

- ▶ Questionários : 33
- ▶ Rastreios: 28
- ▶ Média idade: 51 anos
- ▶ Sexo: 90,9% homens
- ▶ Estado civil: 75,8% casados ou em união de facto

## O RASTREIO



### Exercício Físico

- ▶ 57,6% nunca ou raramente pratica exercício físico
- ▶ APENAS 15,2% pratica 3 a 4 x semana
- ▶ Muitos trabalhadores deslocam-se para o local de trabalho a pé, porém neste caso a questão não é muito relevante, dada a curta distância CASA-TRABALHO.
- ▶ Os que residem fora da vila são obrigados a deslocarem-se para o trabalho em veículo próprio, normalmente o automóvel, dada a distância e a inexistência de uma rede de transportes públicos adequada.



### Hábitos Tabágicos

- ▶ 53,5% já fumaram
- ▶ 23,9% fumam e fazem-no diariamente
- ▶ 42,9% fuma entre 10 e 20 cigarros / dia



### Serviços de Saúde:

- ▶ 78,8% fazem consultas médicas de rotina
- ▶ 15,2% têm uma Doença Cardiovascular
  - ▶ Enfarte Agudo do Miocárdio
  - ▶ Acidente Vascular Cerebral
  - ▶ Fibrilhação Auricular



### Serviços de Saúde:

- ▶ Fatores de Risco:
  - ▶ HTA - 30,3%
  - ▶ Diabetes - 12,1%
  - ▶ Colesterol - 27,3%
  - ▶ Obesidade - 3%
- ▶ 30,3% afirmam ter antecedentes familiares de doenças cardiovasculares



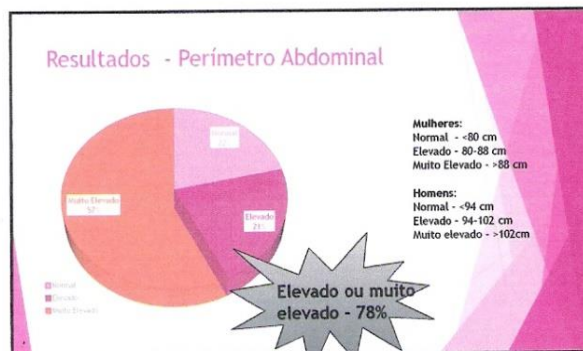
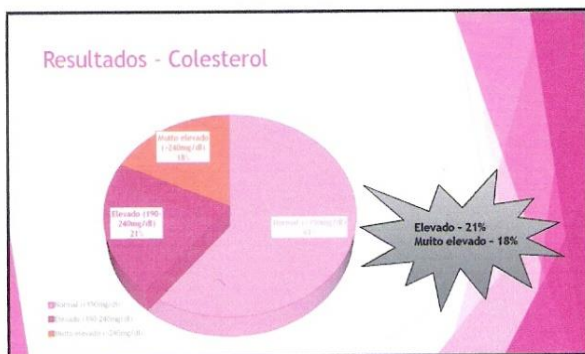
### Serviços de Saúde:

- ▶ 78,8% considera necessária a intervenção dos profissionais de saúde para ter uma Vida Saudável
- ▶ Sessões de Educação para a Saúde (Esclarecimentos - 39,4%):
  - ▶ Alimentação - 31%
  - ▶ Exercício físico - 24,2%
  - ▶ Tabagismo - 18,2%
  - ▶ Diabetes - 27,3%
  - ▶ HTA - 30,3%
  - ▶ Colesterol - 30,3%
  - ▶ Sintomas das doenças cardiovasculares - 12,1%
- ▶ Rastros - 57,6%
- ▶ Caminhadas - 3%
- ▶ Folhetos Informativos - 9,1%



### Áreas Problema:

- ▶ ALIMENTAÇÃO (casos diabetes, obesidade, hipertensão, colesterol elevado)
- ▶ EXERCÍCIO FÍSICO - SEDENTARISMO



## O QUESTIONÁRIO

### Hábitos alimentares:

- ▶ FRUTA: 84% pelo menos 1 x dia
- ▶ VEGETAIS: 30% pelo menos 1 x dia
- ▶ CARNE: +/- 30% 1 x dia ou mais
- ▶ PEIXE: 21,9% pelo menos 1 x dia (25% fá-lo pelo menos 4 x semana)
- ▶ LEITE E DERIVADOS: 53,3% pelo menos 1 x dia
- ▶ PÃO E CEREAIS: 75,8% pelo menos 1 x dia
- ▶ GORDURAS E FRITOS: 27,5% diariamente (Atentos às indicações de saúde, a grande maioria restringe este consumo 1 ou 2 vezes por semana)
- ▶ DOCES E BOLACHAS: 60% 1 x semana.
- ▶ ÁGUA: 78,3% bebe 1l /dia ou menos

### Hábitos alimentares:

- ▶ Apenas 5 das 6 refeições principais.
- ▶ Nenhum dos funcionários tem por hábito cear
- ▶ 24,2% não toma pequeno-almoço
- ▶ Todos almoçam e o jantam
- ▶ O lanche da manhã e da tarde são feitos por cerca de 45% dos funcionários.
- ▶ Existem alguns funcionários que apenas fazem 2 ou 3 refeições por dia, alguns deles diabéticos.
- ▶ 58,6% afirmam ter, na MAIORIA DAS VEZES, uma alimentação saudável.

### Hábitos alcoólicos

- ▶ 25,8% refere nunca ou raramente ingerir bebidas alcoólicas
- ▶ 21,2% bebe mais de 4 x semana
- ▶ Cerca 60% ingerem menos de 1 l / semana
- ▶ 18,6% referem beber mais de 5 l / semana
- ▶ A maioria refere beber às refeições e alguns ainda entre as refeições.
- ▶ A bebida de eleição é o vinho, seguido da cerveja.
- ▶ Muitas respostas em branco ou vagas.
- ▶ O álcool para além de ser um fator de risco para as doenças cardiovasculares, quando ingerido em quantidades superiores às recomendadas, é potenciador de acidentes, nomeadamente de trabalho.





# “Trabalhe com o Coração”

Avaliação Cardiovascular dos funcionários da CMVA - Edifício Principal

UCC de Viana do Alentejo

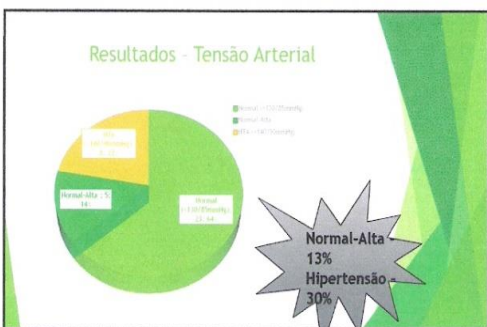


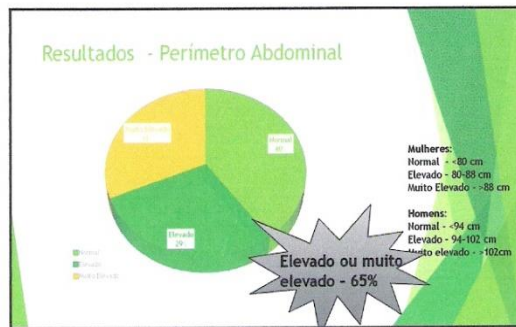
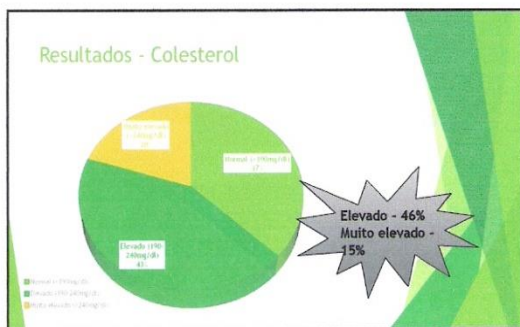
Enf.ª Celeste Patinhas  
 Enf.ª Iolanda Silva

## RESULTADOS - Edifício Principal:

- ▶ Questionários : 36
- ▶ Rastreios: 34
- ▶ Média idade: 41 anos
- ▶ Sexo: 71,1% mulheres
- ▶ Estado civil: 68,4% casados ou em união de facto

## O RASTREIO





## O QUESTIONÁRIO

### Hábitos alimentares:

- ▶ **FRUTA:** 86,1% pelo menos 1 x dia
- ▶ **VEGETAIS:** 59,5% pelo menos 1 x dia
- ▶ **CARNE:** 37,8% 1 ou mais x dia
- ▶ **PEIXE:** 13,5% pelo menos 1 x dia (25% pelo menos 4 x semana)
- ▶ **LEITE E DERIVADOS:** 70,3% pelo menos 1 x dia
- ▶ **PÃO E CEREAIS:** 91,9% pelo menos 1 x dia
- ▶ **GORDURAS E FRITOS:** 8,1% diariamente (Atentos às indicações de saúde, a grande maioria restringe este consumo 1 ou 2 x semana)
- ▶ **DOCES E BOLACHAS:** 18,7% pelo menos 1 x dia
- ▶ **ÁGUA:** 78,4% bebe 1l / dia ou menos

### Hábitos alimentares:

- ▶ 92,1% toma pequeno-almoço
- ▶ 44,7% faz o lanche da manhã
- ▶ 86,8% faz o lanche da tarde
- ▶ Todos tomam almoço e a maioria o jantar (97,4%)
- ▶ Apenas 28,9% fazem uma ceia à noite
- ▶ Existem alguns casos em que "saltam" refeições principalmente nos intervalos das principais refeições
- ▶ 55,3% afirmam que na **MAIORIA DAS VEZES** têm uma alimentação saudável

### Hábitos alcoólicos

- ▶ 38,9% refere nunca ou raramente ingere bebidas alcoólicas
- ▶ 2,8% mais 4 x semana
- ▶ Cerca 61,1% ingerem menos de 1 l/semana
- ▶ 5,6% referem beber mais de 5 l / semana
- ▶ A maioria refere beber às refeições e até entre as refeições.
- ▶ Bebida de eleição é o vinho (tinto)
- ▶ Muitas respostas em branco ou vagas
- ▶ O álcool para além de ser um fator de risco para as doenças cardiovasculares, quando ingerido em quantidades superiores às recomendadas, é potenciador de acidentes, nomeadamente de trabalho.



### Exercício Físico

- ▶ 28,9% nunca ou raramente pratica exercício físico
- ▶ 50% pratica 3 a 4 x semana
- ▶ Muitos trabalhadores deslocam-se para o local de trabalho a pé, porém neste caso a questão não é muito relevante dada a curta distância CASA-TRABALHO.
- ▶ Os que residem fora da vila são obrigados a deslocarem-se para o trabalho em veículo próprio, normalmente no automóvel, dada a distância e a inexistência de uma rede de transportes públicos adequada.



### Hábitos Tabágicos

- ▶ 57,9% já fumaram
- ▶ 24,3% fumam e destes, 75% fazem-no diariamente
- ▶ 66% fuma entre 3 e 20 cigarros / dia



### Serviços de Saúde:

- ▶ 89,5% fazem consultas médicas de rotina
- ▶ 5,3% têm uma Doença Cardiovascular
  - ▶ Acidente Vascular Cerebral



### Serviços de Saúde:

- ▶ Fatores de Risco:
  - ▶ HTA - 18,4%
  - ▶ Diabetes - 0%
  - ▶ Colesterol - 34,2%
  - ▶ Obesidade - 10,5%
- ▶ 71,4% afirmam ter antecedentes familiares de doenças cardiovasculares



### Serviços de Saúde:

- ▶ 78,4% considera necessária a intervenção dos profissionais de saúde para ter uma Vida Saudável
- ▶ Sessões de Educação para a Saúde (Esclarecimentos - 42,1%):
  - ▶ Alimentação - 57,9%
  - ▶ Exercício físico - 34,2%
  - ▶ Tabagismo - 13,2%
  - ▶ Diabetes - 18,4%
  - ▶ HTA - 21,1%
  - ▶ Colesterol - 26,3%
  - ▶ Sintomas das doenças cardiovasculares - 34,2%
- ▶ Rastreios - 55,3%
- ▶ Caminhadas - 23,7%
- ▶ Folhetos informativos - 21,1%



### Áreas Problema:

- ▶ ALIMENTAÇÃO (casos obesidade, hipertensão, colesterol elevado)
- ▶ EXERCÍCIO FÍSICO - SEDENTARISMO



## **ANEXO H – Artigo Informativo para o Boletim Municipal**



## UCC e Câmara Municipal de Viana do Alentejo juntos na prevenção das doenças cardiovasculares

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, na Região Alentejo, uma das prioridades definidas em saúde são as doenças cardíacas e cerebrovasculares, uma vez que estas são um sério problema para a população alentejana, apresentando elevados custos para a sociedade e levando a longos períodos de incapacidade, absentismo e baixa produtividade laboral. Os projetos interventivos têm-se mostrado eficazes na prevenção destas doenças pelo que a UCC desenvolveu o projecto “Trabalhe com o coração” no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária da enfermeira Iolanda Silva, inserido no Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária da Universidade de Évora, e supervisionada pela enfermeira Celeste Gomes.

Este projeto é direccionado aos trabalhadores da Câmara e tem como objetivo prevenir o aparecimento deste tipo de doenças. Entre abril e junho, fez-se o diagnóstico de saúde de uma amostra relevante de funcionários camarários através de um rastreio cardiovascular e da aplicação de um questionário para avaliação dos conhecimentos, dos estilos de vida e da presença de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Os resultados revelaram uma realidade preocupante. No estaleiro, a média de idades dos indivíduos estudados é de 51 anos e a maioria são homens (cerca de 91%). Nesta população 21% dos indivíduos estudados são obesos e 43% têm excesso de peso, 43% têm hipertensão, 21% apresentam valores elevados de glicémia, 39% têm colesterol elevado e 78% apresentam um perímetro abdominal acima dos valores recomendados pela Direção Geral da Saúde. No edifício principal, na amostra estudada, cerca de 71% são mulheres, com uma média de idades a rondar os 41 anos. Nesta amostra 6% dos indivíduos são obesos, 36% têm excesso de peso e 65% apresentam um perímetro abdominal superior ao recomendado. Neste grupo 22% dos funcionários têm hipertensão, 17% valores de açúcar no sangue alterados e 63% têm o colesterol elevado.

Da análise dos questionários pode-se constatar que a origem destes problemas está nos maus hábitos alimentares e na falta de uma prática regular de exercício físico.

Diante destes resultados ficou evidente a necessidade de uma intervenção no âmbito da promoção à adesão de estilos de vida saudáveis. Os resultados foram apresentados aos trabalhadores, planearam-se intervenções e estabeleceram-se parcerias, com vista ao melhoramento do seu estado de saúde nas áreas problemáticas.

Algumas das intervenções já realizadas foram:

17 de outubro - Mercado de produtos alimentares, para assinalar o dia Mundial da Alimentação Saudável, na Praça da República, em Viana do Alentejo. Estiveram diretamente envolvidos os funcionários da Câmara Municipal pertencentes ao grupo dinamizador da instituição. De salientar o facto de que tanto os produtores como a população referiram a importância deste evento, nomeadamente o senhor presidente da Câmara que aceitou o desafio para dar continuidade ao mesmo.

19 de outubro - Sessão de Sensibilização “Dieta Mediterrânica na cozinha Tradicional Alentejana” apresentada por uma nutricionista no salão da Junta de Freguesia.

13 novembro - Showcooking “Doces e Sobremesas - Opções mais saudáveis” como forma de assinalar o dia Mundial da Diabetes, com uma apresentação feita pela Escola Profissional de Alvito, com a colaboração de formadores e alunos, no salão da Casa Pia do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo.

Planeiam-se ainda outras atividades, bem como a elaboração de um pequeno filme publicitário sobre a prevenção das doenças cardiovasculares em parceria com os funcionários e que passará antes da apresentação de filmes no cineteatro.

Apostamos numa estratégia de capacitação comunitária, com a sensibilização para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção dos fatores de risco passíveis de serem modificados.

VIVA MAIS E MELHOR!

UCC de Viana do Alentejo  
Enfª Celeste Gomes e Enfª Iolanda Silva



Unidade de Cuidados na Comunidade | Centro de Saúde de Viana do Alentejo

Tel.: 266 930 050 | Tm: 969 352 804 | e-mail: marilia.rasquinho@alentejocentral2.min-saude.pt

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª das 9h00 às 20h | Sábados, Domingos e Feriados 8h00 às 14h00

## **ANEXO I – Artigos Informativos Enviados para os Funcionários da CMVA**



Fonte : <http://www.food-programme.eu/en/>

### **A obesidade é o maior desafio de saúde pública do século?**

- ✓ 52% dos europeus têm excesso de peso ou obesidade?
- ✓ 10 a 13% das mortes estão relacionadas com a obesidade?
- ✓ Morrem 3 vezes mais pessoas no mundo por problemas relacionados com a obesidade do que por malnutrição?
- ✓ A obesidade aumenta o risco de cancro, hipertensão, colesterol elevado, diabetes, doenças cardiovasculares, asma, artrite e outros problemas músculo-esqueléticos e de problemas psicológicos?
- ✓ A obesidade diminui a produtividade laboral e aumenta o absentismo?



### **A adesão à Dieta Mediterrânica está associada a:**

- ✓ Menor adiposidade total e local, ajudando à perda de peso e à manutenção de um peso saudável?
- ✓ Proteção consistente contra doenças degenerativas crónicas?
- ✓ Redução do risco de défice cognitivo e demência?
- ✓ Melhor saúde mental?
- ✓ Redução efetiva da aterosclerose/trombose e outras doenças cardíacas?
- ✓ Diminuição do risco de cancro de mama e diabetes mellitus devido ao consumo moderado de azeite extra-virgem?
- ✓ Redução da dor e rigidez em doentes com artrite reumatoide?
- ✓ Redução do desenvolvimento de asma e atopia nas crianças, numa fase inicial da vida?
- ✓ Proteção do organismo de pessoas fumadoras passivas e ativas?

### **E ainda:**

- ✓ Redução de custos com a saúde com a prevenção de inúmeros problemas de saúde!
- ✓ Excelente modelo de sustentabilidade para a região mediterrânica devido à aposta nos alimentos tradicionais.



UCC Viana do Alentejo



## SABE LER UM RÓTULO?

- Leia sempre com atenção a lista de ingredientes;
- **ESCOLHA ALIMENTOS O MAIS “NATURAIS” POSSÍVEL** constituídos apenas por um ingrediente (por exemplo: ovos, azeite, aveia, etc.) ou com o menor número de ingredientes possível, pois terão menos aditivos adicionados;
- Os ingredientes estão por ordem decrescente de quantidade;
- A dextrose, xarope, frutose, sacarose, mel e açúcar invertido são **AÇUCARES**;
- Ingredientes como a gordura vegetal hidrogenada ou parcialmente hidrogenada são sinónimo de **GORDURAS a evitar**;
- Escolha sempre os alimentos com o menor valor de **açúcar, gordura e sal**;
- Consulte o valor energético (ou valor calórico) do alimento;
- Compare os valores existentes nos alimentos com as doses de referência;
- E127, E120, etc. – **São aditivos** alimentares e são legalmente estabelecidos pela União Europeia e poderão ser corantes, edulcorante, anti-oxidantes, etc.

### ATENÇÃO:

- Verifique o prazo de validade e o estado das embalagens;
- Respeite as indicações de conservação e modo de utilização dos alimentos;
- Verifique a quantidade de sal (sódio) existente nos alimentos e tenha esse valor em conta quando confeciona as refeições.

(Fonte: Associação Portuguesa dos Nutricionistas)



UCC de Viana  
do Alentejo



Município de  
Viana do Alentejo



## SABE QUAIS SÃO OS MAIORES ERROS ALIMENTARES DOS PORTUGUESES?

(Fonte: [www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/))

- **Consumo excessivo de sal** – Provoca hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e outros acidentes vasculares como os tromboembolismos e enfartes. A quantidade máxima diária não deve ultrapassar os 5 gramas diários. Opte pelo uso de ervas aromáticas.
- **Elevado consumo de álcool** – Com impacto na saúde individual e colectiva (violência, acidentes rodoviários, baixo rendimento intelectual, deterioração das relações interpessoais, etc.). Para além disso são extremamente calóricas.
- **Elevado consumo de gorduras** – Principalmente as de má qualidade como as saturadas, hidrogenadas, etc.
- **Não tomar o pequeno-almoço** – Esta refeição constitui uma importante fonte de nutrientes essenciais para o organismo.
- **Saltar refeições** – Muitas horas sem comer (mais de 3 horas) cria uma maior sensação de fome, levando as pessoas a comer quantidades superiores às devidas. As várias horas sem comer levam a situações de hipoglicémia que levam à quebra do rendimento intelectual no trabalho.
- **Comer demais** – Associado a uma vida mais sedentária, leva a um aumento gradual do peso. Ao comer demais há uma chamada de sangue ao tubo digestivo, diminuindo a oxigenação cerebral, levando a uma sonolência e dificuldade de concentração e na execução de tarefas.
- **Comer depressa** – Leva a que se consuma mais e ajuda ao aumento de peso.
- **Baixo consumo de legumes e produtos hortícolas** – A sopa antecedendo uma refeição principal aumenta a saciedade, controla o apetite, controla os níveis de colesterol e glicémia e melhora o trânsito intestinal. São uma importante fonte de fibras.

- **Consumo reduzido de água** – Não existindo uma hidratação correta do organismo, aumenta-se a fadiga e o cansaço. São recomendadas cerca de 1,5 a 2 litros diários.
- **Baixo consumo de leite e derivados**
- **Elevado consumo de carnes às refeições principais** – O peixe é rico em ácidos gordos ómega 3, importantes na redução do colesterol sanguíneo e na prevenção de outras doenças. Se consumir carne, opte pelas carnes brancas, que são mais magras.
- **Elevado consumo de açúcar** – Leva a um consumo exagerado de calorias e a uma estimulação excessiva do pâncreas, o que contribui a longo prazo, para o aparecimento da diabetes.



UCC de Viana  
do Alentejo



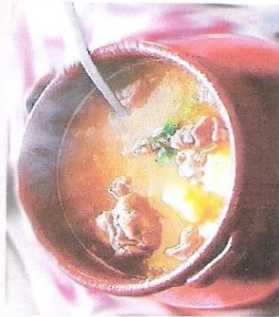
Município de  
Viana do Alentejo





## A COMIDA TRADICIONAL ALENTEJANA É SAUDÁVEL?

### SIM, MAS ATENÇÃO...



O Alentejo é um local cheio de tradições e a cozinha tradicional alentejana é uma arte de muitos séculos, transmitida ao longo de várias gerações. A alimentação de antigamente estava limitada ao que era cultivado e o trabalho exigia, por norma, muito esforço físico, sendo necessárias refeições de elevado valor calórico.

Com o passar do tempo foram surgindo mudanças importantes nos hábitos da sociedade e nas necessidades nutricionais. É importante proceder a algumas adaptações ao nível da confeção dos pratos, frequência das refeições, tentando reduzir o valor calórico destas e aumentando a ingestão de produtos hortofrutícolas.

#### Conselhos úteis:

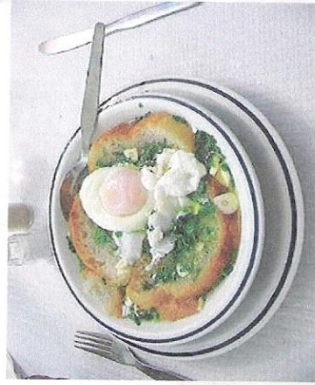
1. Sempre que um prato não tiver produtos hortícolas, adicionar uma salada ou uns legumes cozidos;
2. Evitar os refogados e guisados, optando por colocar todos os alimentos ao mesmo tempo durante a sua confeção;
3. Preferir receitas com grelhados e estufados;
4. Privilegiar as ervas aromáticas e diminuir a quantidade de sal utilizada;
5. Retirar sempre as gorduras visíveis da carne e as peles da carne e do peixe;
6. Optar pelas carnes magras (brancas);
7. Diminuir as quantidades de gordura que se adicionam aos alimentos quando temperados ou cozinhados;
8. Usar o azeite como gordura de eleição;
9. Fazer marinadas com vinho branco, ervas aromáticas, limão, etc, para que os alimentos fiquem mais saborosos;

10. Retirar os caldos concentrados das sopas e dos outros cozinhados (são concentrados de sal e gordura e nada mais),

11. Ingerir fruta diariamente, como sobremesa e nas pequenas refeições e,

12. Beber água e infusões sem açúcar e se consumir álcool, opte pelo vinho tinto mas sempre em pequenas quantidades.

**Bom apetite!!**



(Fonte: Associação Portuguesa de Dietistas)



UCC de Viana  
Do Alentejo



Município de  
Viana do Alentejo



## DIETA MEDITERRÂNICA

A palavra “dieta” deriva do grego *diáita* e significa “estilo de vida equilibrado” por isso é muito mais do que um regime alimentar, é um estilo de vida. Tenta combinar a agricultura local, receitas e formas de cozinhar próprias de cada lugar, refeições partilhadas, celebrações e tradições, juntamente com o exercício físico.

Teve origem nos países banhados pelo Mar Mediterrâneo ou que por ele são influenciados. Nos anos 50 do século XX, Ancel Keys, um investigador americano, verificou que apesar do elevado consumo de gorduras, o número de enfartes do miocárdio era menor nesta zona do globo, concluindo que este facto se devia ao tipo de alimentação praticada. É desde Dezembro de 2013, considerada Património Cultural Imaterial da Humanidade, por ser considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis em todo o mundo.

Consiste numa dieta equilibrada e caracterizada pelo consumo de uma grande variedade de alimentos de elevado valor nutricional, combinados de uma forma harmoniosa, em quantidades adequadas às necessidades individuais e bem distribuídos ao longo do dia e da semana. Privilegia uma culinária simples, saborosa e diversificada com:

- Um consumo elevado de alimentos de origem vegetal (cereais integrais, produtos hortícolas, fruta, leguminosas secas e frescas e frutos secos e oleaginosos);
- Um consumo de produtos frescos, pouco processados e locais, respeitando a sua sazonalidade;

- O uso do azeite como gordura de eleição para cozinhar e temperar alimentos;
- O consumo baixo a moderado de laticínios;
- O consumo frequente de peixe e baixo de carnes vermelhas (por terem mais gordura);
- O consumo de água ao longo do dia (bebida de eleição) e baixo de consumo de vinho tinto a acompanhar as principais refeições;
- A realização de refeições culinárias simples e com ingredientes nas proporções certas;
- A prática de atividade física diária e
- A realização das refeições em família ou entre amigos, promovendo a convivência entre as pessoas à mesa.

**A DIETA MEDITERRÂNICA PRIVILEGIA UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL COM UM CONSUMO DE ALIMENTOS DE DIVERSOS GRUPOS, DANDO ESPECIAL ATENÇÃO ÀS PROPORÇÕES E FREQUÊNCIAS DE INGESTÃO.**

(Fonte: <http://www.alimentaciosaandavel.dgs.pt/biblioteca/dieta-mediterranica/>)



UCC Viana do  
Alentejo



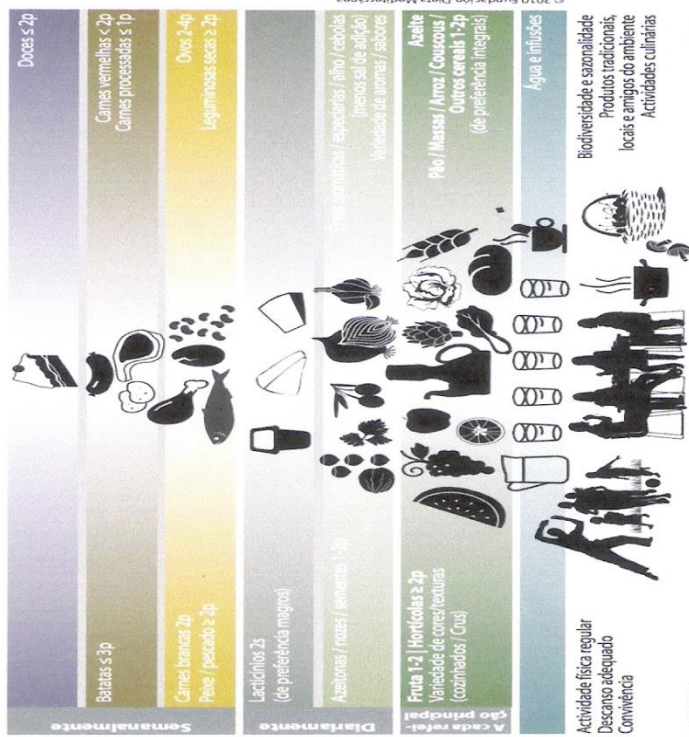
**VAMOS CONHECER A DIETA MEDITERRÂNICA!**

**A Pirâmide da Dieta Mediterrânica: um estilo de vida para os dias de hoje**

Recomendações para a população adulta

Porções de alimentos baseadas na frugalidade e nos hábitos locais

Vinho em moderação e de acordo com as crenças sociais



Esjejo de 2010

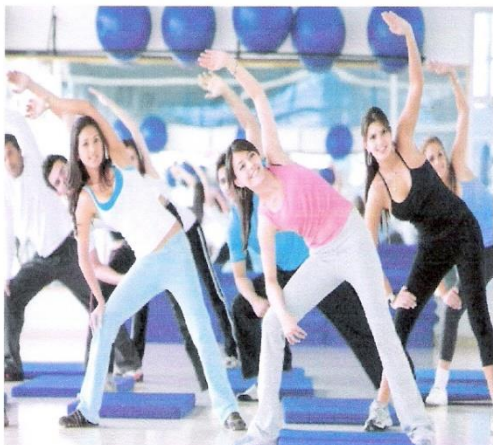
P - Porção

Fonte: Associação Portuguesa de Dietistas

- ✓ Na base da pirâmide encontram-se os alimentos que devem ser consumidos com maior frequência e em maior quantidade, da mesma forma, nos patamares superiores encontram-se os alimentos que devem ser ingeridos em menor quantidade e frequência.
- ✓ Ao longo do dia devem ser privilegiadas as águas, as infusões e os caldos. Devem ser ingeridos cerca de 1,5 a 2 litros de água diariamente. As infusões (camomila, tília, limão, cidreira, etc.) devem ser ingeridas sem adição de açúcar e os caldos sem gordura ou sal. Tanto as infusões como os caldos poderão ser uma forma de complementar a quantidade de água ingerida durante o dia.
- ✓ Ao pequeno-almoço, almoço e jantar deverão existir cereais (integrais preferencialmente) e produtos hortofrutícolas, dando sempre preferência aos produtos da época.
- ✓ O azeite deverá ser a principal fonte de gordura nos cozinhados e nos temperos.
- ✓ Como forma de reduzir a adição de sal nos cozinhados, poderão ser usadas as especiarias, as ervas aromáticas, o alho e a cebola como temperos.
- ✓ Azeitonas, frutos secos e gordos e sementes são um bom complemento entre refeições principais.
- ✓ Deve ser dada preferência os laticínios magros de forma a reduzir o consumo de gordura animal e limitar o seu consumo (máximo 2 vezes no dia).
- ✓ As proteínas animais (carne) não deverão ser ingeridas diariamente (máximo 2 vezes por semana) e as carnes processadas (charcutaria) não mais de uma vez na semana.
- ✓ O peixe deverá ser consumido com maior frequência durante a semana, comparativamente à carne e aos ovos. Dar preferência à carne branca (menos gordura).
- ✓ As leguminosas também deverão complementar as refeições principais.
- ✓ Os doces deverão ser deixados apenas para ocasiões especiais e consumidos em pequenas quantidades.



UCC de Viana  
 Do Alentejo



## EXERCÍCIO FÍSICO... SIM, POR FAVOR!

(Fonte: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt))

### Porquê?

A prática regular de exercício físico associada a uma alimentação saudável, contribuem para o bem-estar e promoção da saúde. Ela traz benefícios para a saúde, nomeadamente, combate à obesidade, diminuição da tensão arterial, aumento do colesterol protetor e melhoria da circulação arterial. Os benefícios da atividade física regular não se resumem à prevenção das doenças cardiovasculares, mas também à prevenção de doenças como a osteoporose, obstipação, combate o stress e ajuda na cessação tabágica. Aumenta a esperança e a qualidade de vida!

### Como?

Quando se fala em atividade física, não tem que ser necessariamente uma atividade desportiva, de lazer ou competitiva, mas também de várias atividades diárias menos intensas como o andar a pé, subir escadas, correr, nadar, dançar, fazer jardinagem, andar de bicicleta, etc.

### Cuidados a ter...

Antes de iniciar qualquer programa regular de exercício físico deverá procurar ajuda do seu **médico assistente** na escolha da modalidade mais adequada.

A prática de exercício físico deverá ser **regular e progressiva**, ou seja, crescente em termos de intensidade.

A prática de exercício físico deverá começar ainda na infância, para que se obtenham os melhores resultados, mas nunca é tarde para começar!

Deverá ser uma prática constante ao longo do tempo, ou seja, o facto de ter realizado uma atividade física intensa no passado não lhe confere proteção no presente e futuro... não é uma vacina!



UCC Viana do  
Alentejo





UCC Viana  
do  
Alentejo

## **CURIOSIDADES...sobre Alimentação!**

(Fonte :<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>)



**1948 – Declaração Universal dos Direitos do Homem – Direito à Alimentação**

**1977 – Criação do Instituto da Qualidade Alimentar em Portugal**

- 1ª Campanha de Educação Alimentar em Portugal  
“Saber comer é saber viver”

- 1ª Publicação portuguesa: “A Roda dos Alimentos”

**1980 – 1º Inquérito alimentar a nível nacional**

**1997 – Publicação do Livro Verde (legislação alimentar)**

**2000/05 – Plano de Ação para a política da alimentação e nutrição da OMS-Europa**

**2000 -Publicação do Livro Branco para a Segurança dos Alimentos**

**2005 – Plano Nacional de Combate à Obesidade (DGS)**

- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE)

**2006 – Conferência Mundial da OMS sobre a luta contra a Obesidade**

**2012 – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) - DGS**


## **ANEXO J – Cartaz e Fotos do Mercado de Produtos Hortofrutícolas**

**17 DE  
OUTUBRO  
2015**


**VIANA DO ALENTEJO**  
PRAÇA DA REPUBLICA


**MERCADO DE  
PRODUTOS  
ALIMENTARES**

PARA ASSINALAR O DIA MUNDIAL DA  
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Organização: UCC de Viana do Alentejo



Apoio:  Município de Viana do Alentejo



**ANEXO L – Cartaz e Fotos da Ação de Sensibilização  
“ Dieta Mediterrânica na Cozinha Tradicional Alentejana”**



**SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO**

**DIETA MEDITERRÂNICA NA COZINHA  
TRADICIONAL ALENTEJANA**

**LOCAL :**

**SALÃO DA JUNTA DE FREGUESIA  
DE VIANA DO ALENTEJO**

**HORÁRIO:** 19 DE OUTUBRO PELAS 19 HORAS

ENTRADA LIVRE

ORGANIZAÇÃO:



**ANEXO M – Cartaz e Fotos do *Showcooking* “Doces e Sobremesas –  
Opções Mais Saudáveis”**

13 DE  
NOVEMBRO  
2015  
15,30 H

## VIANA DO ALENTEJO LAR DA CASA PIA

### SHOWCOOKING “DOCES E SOBREMESAS—OPÇÕES MAIS SAUDÁVEIS”

CURSO DE TÉCNICO DE RESTAURAÇÃO - COZINHA/PASTELARIA, RESTAURANTE/BAR  
ESCOLA PROFISSIONAL DE ALVITO

PARA ASSINALAR O DIA MUNDIAL DA DIABETES  
NO ÂMBITO DO PROJECTO



Organização:  
UCC de Viana do Alentejo  
Escola Profissional de Alvito  
Universidade de Évora



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JIÃO DE DEUS

Apoio:



Município de  
Viana do Alentejo



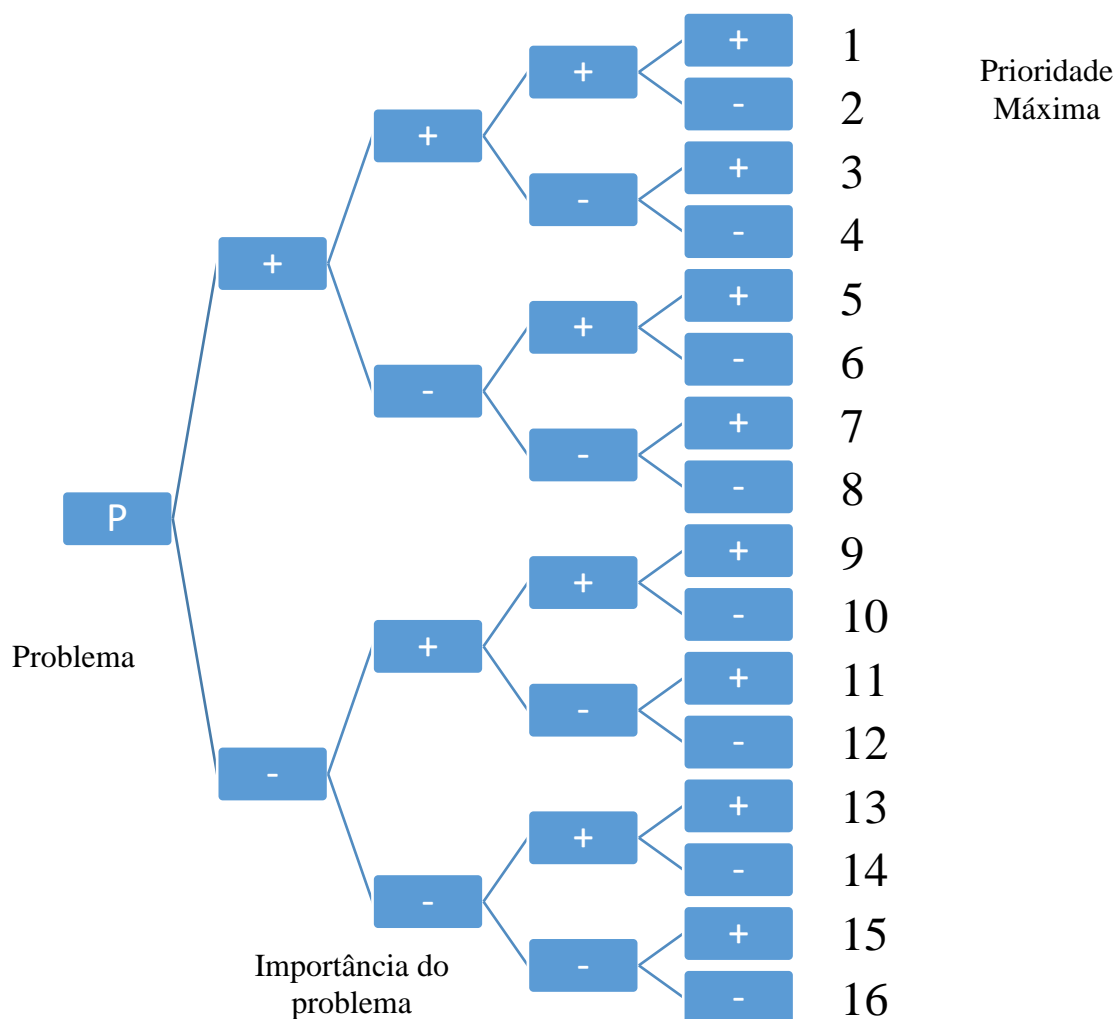
## **ANEXO N – Fotografias da Aula de Ginástica Laboral**



## **ANEXO O – Grelha de Análise**

De acordo com o diagnóstico de situação feito encontraram-se os seguintes problemas:

- A - O indivíduo apresenta maus hábitos alimentares.
- B - O indivíduo apresenta uma prática reduzida de exercício físico.
- C - O indivíduo apresenta um elevado consumo de tabaco.
- D - O indivíduo apresenta um elevado consumo de álcool.
- E - O indivíduo não recorre aos serviços de saúde para realizar a vigilância de saúde.
- F - O indivíduo apresenta antecedentes pessoais de DCV.
- G - O indivíduo apresenta antecedentes familiares de DCV.
- H - O indivíduo desconhece os sinais e sintomas do AVC e do EAM e revela conceitos errados sobre o tema.
- I - O indivíduo apresenta fatores de risco para o aparecimento de DCV.



- Problema A +; +; +; + Prioridade 1
- Problema B +; +; +; - Prioridade 2
- Problema C +; +; -; - Prioridade 4
- Problema D +; -; -; - Prioridade 8
- Problema E +; -; -; - Prioridade 8
- Problema F +; +; -; - Prioridade 4
- Problema G +; -; -; - Prioridade 8
- Problema H +; +; +; - Prioridade 2
- Problema I +; +; +; - Prioridade 2



Seleção entre o problema B, o problema H e o problema I

Problema B +; +; +; + Prioridade 1

Problema H -; +; +; + Prioridade 9

Problema I +; -; +; + Prioridade 5

Seleção entre o problema C e o problema F

Problema C +; +; -; - Prioridade 4

Problema F +; +; +; - Prioridade 2

Seleção entre o problema D, problema E e o problema G

Problema D +; +; -; - Prioridade 4

Problema E +; -; -; - Prioridade 8

Problema G -; +; -; - Prioridade 12

Foram assim definidas as prioridades entre os problemas identificados:

1ª A - Hábitos alimentares inadequados.

2ª B - Prática reduzida de exercício físico.

3ª I – Existência de fatores de risco para o aparecimento de DCV.

4ª H – Desconhecimento dos sinais e sintomas do AVC e do EAM e com conceitos errados sobre o tema.

5ª F - Antecedentes pessoais de DCV.

6ª C - Elevado consumo de tabaco.

7ª D - Elevado consumo de álcool.

8ª E - Fraca vigilância de saúde.

9ª G - Antecedentes familiares de DCV.

## **ANEXO P – Cronograma de Atividades**

Atividades	Setembro 15				Outubro 15				Novembro 15				Dezembro 15				Janeiro 16			
Diagnóstico situação/avaliação Risco Cardiovascular	█													█	█					
E-mails/informações funcionários				█		█		█		█		█		█	█		█		█	
Informações placard/Bar								█		█		█		█	█		█		█	
Formação grupo dinamizador				█										█	█					
Formalização do grupo dinamizador														█	█	█	█	█	█	
Mercado produtos hortícolas				█				█				█		█	█		█			
Sessão sensibilização					█									█	█					
Showcooking								█						█	█					
Filme publicitário								█	█	█	█	█		█	█	█	█	█	█	
Organização Color Run														█	█			█	█	
Ginástica laboral											█	█		█	█					
Reaplicação do questionário														█	█	█	█	█		
Elaboração do relatório											█	█		█	█	█	█	█	█	

**ANEXO Q – Escala SCORE (Cálculo Risco Cardiovascular  
Norma DGS)**



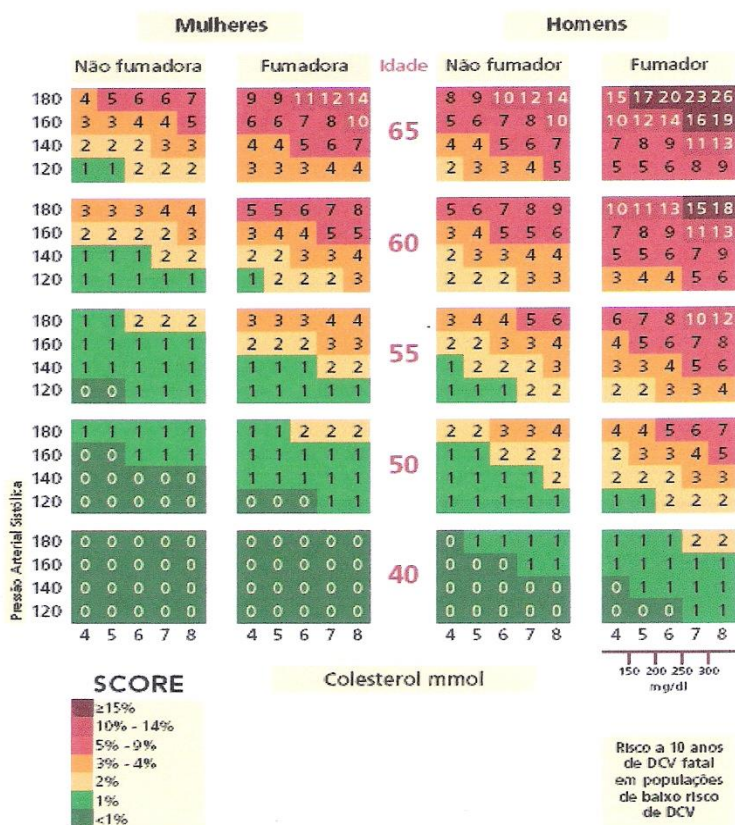
# NORMA

da Direção-Geral da Saúde

## ANEXOS

### Anexo I - Tabelas

Tabela 1 - Risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita)



**Fonte:**

Sociedade Portuguesa de Cardiologia  
 "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.