



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção de Doenças Cardiovasculares na População Ativa

Maria Salomé Fragoso Branquinho

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção de Doenças Cardiovasculares na População Ativa

Maria Salomé Fragoso Branquinho

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

A única maneira de conservar a saúde é comer
o que não se quer, beber o que não se gosta e
fazer aquilo que se preferia não fazer

(Twain, s.d)

AGRADECIMENTOS

Não poderia concluir este trabalho sem agradecer a quem me acompanhou neste caminho,

À Professora Ermelinda Caldeira, pela sua disponibilidade e palavras de apoio prestados

A todos os docentes que leccionaram o Mestrado em Enfermagem

À Enfermeira Vanda Tiago pelo seu contributo, orientação e motivação durante o meu percurso

À equipa da UCSP de Alvito por todo o apoio e carinho demonstrados

À equipa do serviço de Medicina 1 da ULSBA que me apoiou na frequência do Curso

À minha irmã Rita e sobrinhas Carolina e Matilde pela compreensão, apoio e motivação demonstrados

Ao meu namorado, Tiago, pelas palavras, paciência, compreensão nas minhas longas ausências, apoio e carinho

À minha mãe, Mariana, por me ouvir tanto, por estar sempre a meu lado, e por me dar o seu ombro nos momentos mais difíceis

A todos o meu Obrigada

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em todo o mundo, estimando-se que em 2012 morreram 17,5 milhões de pessoas (OMS, 2016). São igualmente responsáveis pela incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos.

As evidências revelam que os fatores de risco comportamentais mais significativos nestas doenças são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e o consumo de tabaco e álcool. Problemática complexa que pode comprometer a saúde atual e futura dos indivíduos.

Neste quadro a prevenção constitui um importante desafio para todos os implicados, cabendo aos enfermeiros, em articulação com outros profissionais de saúde, promover a adoção de estilos de vida saudáveis. Neste âmbito foi desenvolvido o presente projeto.

O desenho do projeto teve por base a metodologia de projeto, percorrendo o diagnóstico da situação, o planeamento da ação, o desenvolvimento das intervenções e o processo de avaliação. A partir da caracterização dos clientes alvo dos cuidados de uma Unidade de Saúde, emergiu a construção e operacionalização do projeto envolvendo-se os esforços necessários ao desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.

A avaliação do projeto, pela perspetiva dos vários intervenientes no processo, atesta a aceitabilidade, a viabilidade e a pertinência do mesmo assim como remete para a identificação de benefícios do investimento na área da prevenção das Doenças Cardiovasculares.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares, fatores de risco, estilo de vida

PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE ACTIVE POPULATION

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide, with an estimated 17.5 million people died in 2012 (WHO, 2016). They are also responsible for the incapacity, suffering and use of economic resources.

Evidence shows that the most significant behavioral risk factors in these diseases are inadequate eating habits, sedentary lifestyle, and smoking and alcohol consumption. Complex problem that can compromise the current and future health of individuals.

In this context, prevention is an important challenge for all those involved, and it is up to nurses, in articulation with other health professionals, to promote the adoption of healthy lifestyles. In this scope the present project was developed.

The design of the project was based on the methodology of health planning, covering the situation diagnosis, action planning, development of the interventions and the evaluation process. Based on the characterization of the target clients of the care of a Health Unit, the construction and operation of the project emerged, involving the necessary efforts to develop healthy life habits.

The evaluation of the project, from the perspective of the various stakeholders in the process, confirms the acceptability, feasibility and relevance of the project, as well as the identification of benefits of investment in the area of cardiovascular disease prevention.

Key words: cardiovascular diseases, risk factors, lifestyle

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	13
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	17
2.1 Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final	17
2.2 Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos	19
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	21
3.1 Caracterização Geral da População	21
3.2 Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo	23
3.3 Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo	31
3.4 Recrutamento da População Alvo	33
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....	35
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	38
5.1 Metodologia.....	38
5.2 Fundamentação das Intervenções	42
5.3 Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas	59
5.4 Recursos Materiais e Humanos envolvidos.....	60
5.5 Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas.....	61
5.6 Análise da Estratégia Orçamental.....	62
5.7 Divulgação.....	63
5.8 Cumprimento do Cronograma	64
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	65
6.1 Avaliação dos Objetivos	65
6.2 Avaliação da Implementação Do Projeto	69
6.3 Descrição dos Momentos de Avaliação e Medidas Corretivas introduzidas.....	70
7. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	71
8. CONCLUSÃO	82
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	89

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Resultados do diagnóstico de saúde.....	90
Anexo II – Questionário	117
Anexo III - Autorização de aplicação de questionário.....	124
Anexo IV - Autorização das Comissões de Ética da Universidade de Évora e Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.....	128
Anexo V - Planeamento e avaliação da sessão de Educação para a Saúde Alimentação Saudável	131
Anexo VI - Folha de presenças.....	135
Anexo VII - Planeamento e avaliação da sessão de Educação para a Saúde sobre prática de exercício físico	137
Anexo VIII - Planeamento e avaliação da sessão de Educação para a Saúde sobre Sinais/Sintomas de Doenças Cardiovasculares.....	145
Anexo IX – Artigo.....	149
Anexo X – Flyers.....	168
Anexo XI – Cronograma	173
Anexo XII - Questionário de Avaliação de Projeto.....	175

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - Concelho de Alvito.....	17
Figura nº2 –Valores referência para valores de Tensão Arterial.....	45
Figura nº3 - Valores referência para valores de Glicémia Capilar.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - Taxa de Natalidade, Taxa de mortalidade e Taxa de crescimento natural.....	18
Gráfico nº2 - População residente no concelho de Alvito por grupo etário.....	22
Gráfico nº 3 - Percentagem de utentes com médico de família na freguesia de Alvito, por sexo.....	23
Gráfico nº4 - Atividade profissional.....	24
Gráfico nº5- IMC da população.....	25
Gráfico nº6 – Prática de Atividade Física.....	28
Gráfico nº7 – Sinais e Sintomas de EAM.....	29
Gráfico nº8 – Sinais e Sintomas de AVC.....	29

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1- População residente e presente por freguesia e concelho de Alvito.....	21
Quadro nº 2- Custos do projeto	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º1 –Valores referência para valores de Colesterol.....	48
Tabela n.º2 –Valores referência para valores de IMC.....	49
Tabela n.º3 –Valores referência para perímetro abdominal.....	49
Tabela n.º4- Cálculo do risco cardiovascular Global	50
Tabela n.º5- Cálculo do risco relativo nos jovens (adultos com idade inferior a 40 anos).....	51
Tabela n.º6- Estratificação do risco Cardiovascular.....	52

SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CSP –Cuidados de Saúde Primários

HTA- Hipertensão arterial

IMC- Índice de massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

SCORE - Systematic Coronary Risk Evaluation

SINUS - Sistema Informático de Unidade de Saúde

TA- Tensão arterial

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, internamentos hospitalares, assim como responsáveis pela incapacidade da população idosa e de meia idade em toda a Europa (Perdigão, Rocha, Duarte, Santos, e Macedo, 2011). De acordo com os autores supracitados a taxa de mortalidade cardiovascular que varia com a idade, sexo, condições socioeconómicas, entre outros fatores, tem diminuído nos últimos anos em Portugal, tendo contribuído para esta diminuição as alterações dos estilos de vida, como é o caso do tabagismo, tensão arterial e colesterol.

Estas doenças são a primeira causa de morte em todo o mundo, estimando-se que em 2012 morreram 17,5 milhões de pessoas portadoras destas doenças, em que 7,4 milhões devido a doença coronária e 6,7 milhões por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2016).

À semelhança global, também em Portugal são a principal causa de morte, tendo sido responsáveis em 2015 por 32.443 óbitos (INE, 2017).

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que incluem doença cardíaca coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congénita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Os fatores de risco comportamentais mais relevantes nestas doenças são os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e o consumo de tabaco e álcool. A prevalência destes fatores de risco é maior em indivíduos hipertensos, diabéticos, com colesterol aumentado e obesos (OMS, 2016). Estes fatores quando presentes são um indicador de risco aumentado do indivíduo vir a desenvolver Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), AVC entre outras complicações.

Entende-se por determinantes de saúde todos os fatores que influenciam ou afetam a saúde das populações, salientando-se os estilos de vida por apresentarem maior facilidade em obter mais ganhos em saúde (George, 2014).

De acordo com a OMS (s.d) a saúde pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidades. O conceito de saúde é subjetivo, pois depende de pessoa para pessoa, do seu projeto de vida, assim como, dos comportamentos e estilos de vida que adota e que dão sentido à sua noção de bem estar.

Assim, torna-se fundamental intervir nos fatores de risco modificáveis, dando ênfase à promoção da saúde. Esta deve ser vista de uma forma ampla e não apenas como a prevenção de doença, ou seja, melhora a condição de saúde, melhora a qualidade de vida e o bem estar dos indivíduos. Os cuidados de saúde primários constituem o primeiro nível de contato dos indivíduos e comunidades com o sistema de saúde, sendo os mesmos fundamentais na obtenção de saúde para todos. A promoção da saúde, a prevenção da doença, a articulação com outros níveis do sistema com o fim de garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os cuidados de saúde primários sejam um elemento chave nos ganhos em saúde.

É essencial identificar os problemas, os fatores determinantes dos mesmos, assim como as necessidades dos indivíduos e comunidades, de forma a dar a melhor resposta possível. Para que isto se concretize é necessário planejar, trabalhar com outros sectores, procurar estabelecer parcerias e claro capacitar os indivíduos através da Educação para a saúde.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1992) a necessidade do planeamento em saúde existe por 6 tipos de razões: escassos recursos; a necessidade de intervir nas causas dos problemas; necessidade de definir prioridades; evitar intervenções isoladas; necessidade de racionalizar as infraestruturas e utilização polivalente de equipamentos. O planeamento em saúde, ainda na opinião dos mesmos autores, é um processo contínuo e dinâmico, sendo constituído pelas seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

Face ao exposto, consideramos pertinente o desenvolvimento de projetos de intervenção para a prevenção das doenças cardiovasculares, pelo que se optou por desenvolver um projeto neste âmbito.

O projeto segue a metodologia do planeamento em saúde tendo iniciado com o diagnóstico de situação. O diagnóstico foi elaborado com base nos dados colhidos junto dos funcionários da câmara Municipal de Alvito.

Este projeto tem como objetivo geral:

- Prevenir as doenças cardiovasculares na população ativa, a exercer a sua atividade profissional na Câmara Municipal de Alvito, até ao ano de 2018.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar os hábitos alimentares e prática de exercício físico dos funcionários da câmara Municipal de Alvito
- Calcular o risco cardiovascular dos funcionários da câmara municipal de Alvito
- Aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável, prática de exercício físico e sinais/sintomas de doenças cardiovasculares aos funcionários da câmara Municipal de Alvito
- Reduzir em 10% o sedentarismo dos funcionários da Câmara Municipal de Alvito
- Promover a acessibilidade a consultas na UCSP dos funcionários da câmara, com médio-alto risco cardiovascular, segundo a tabela SCORE

A enfermagem Comunitária baseia-se na prática centrada na comunidade, onde o enfermeiro tem um papel relevante na capacitação e empowerment das comunidades. De entre as suas várias competências e responsabilidades compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública identificar as necessidades da comunidade, assegurar a continuidade dos cuidados, conceber, planear e implementar projetos de intervenção e articular-se com outros profissionais e parceiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Com este relatório pretende-se apresentar uma análise crítica do projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o período do Estágio Final com início a 19 de setembro de

2017 e término a 27 de janeiro de 2018 descrevendo a respetiva aquisição de competências do enfermeiro especialista e de mestre.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: a primeira parte incide sobre a análise do contexto, ou seja caracterização, enquadramento geográfico e geodemográfico do concelho de Alvito, uma segunda parte que incide na análise da população alvo, em que se faz breve caracterização da mesma, quais as suas necessidades e quais os estudos sobre programas de intervenção com a população alvo. Seguidamente faz-se uma análise reflexiva sobre os objetivos tanto a nível pessoal como os delineados para a população alvo. Posteriormente faremos uma análise reflexiva sobre as intervenções em que será abordado a metodologia usada, quais as estratégias definidas, bem como os recursos materiais e humanos utilizados, as parcerias desenvolvidas, os custos associados ao projeto e o cumprimento do cronograma. Segue-se a análise reflexiva dos objetivos, fazendo referência às medidas corretivas introduzidas. No último capítulo será feita uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas de enfermeiro especialista e de mestre e por último a conclusão.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

O concelho de Alvito situa-se no Baixo Alentejo (figura nº1), no distrito de Beja, é limitado a norte pelo município de Viana do Alentejo, a este por Cuba, a sul e oeste por Ferreira do Alentejo e a oeste por Alcácer do Sal. É um dos concelhos mais pequenos do Baixo Alentejo, sendo sede de município com 264,85Km² de superfície, e constituído por duas freguesias, Alvito e Vila Nova da Baronia (INE, 2015).

Vila Nova da Baronia é uma freguesia do Concelho de Alvito situada no Baixo Alentejo, com 128,33 km² de área e 1 245 habitantes (2011). A sua densidade populacional é de 9,7 hab/km². Situa-se a pouco menos de 150 km a sul da capital do país, Lisboa, e a cerca de 40 km da sede de distrito, Beja.

Figura nº 1 – Concelho de Alvito

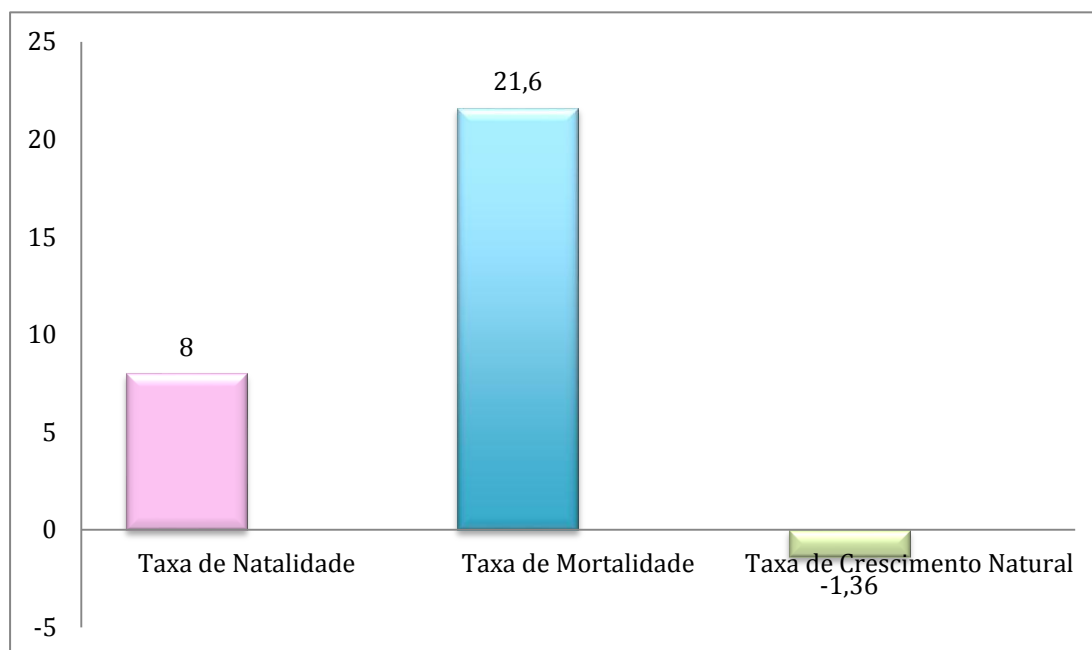


Fonte: <http://portugalhotels.net/net/geo.php?c=250&lg=pt&w=alvito>

De acordo com os censos (2011) a população total do Concelho de Alvito é de 2504 habitantes, sendo 1199 do sexo masculino (correspondendo a 47,88% da população) e 1305 do sexo feminino (correspondendo a 52,12% da população). Relativamente à freguesia de Alvito verifica-se que esta é mais populosa que a freguesia de Vila Nova da Baronia, correspondendo a 1259 e 1245 habitantes respetivamente.

De acordo com o Anuário Estatístico da Região Alentejo (INE, 2015), o Concelho de Alvito possui uma densidade populacional de 9,4Km², uma taxa de natalidade de 8,0% e taxa de mortalidade de 21,6%, significando que se está perante uma taxa de crescimento natural negativa de -1,36% (gráfico nº1).

Gráfico nº 1 – Taxa de Natalidade, Taxa de mortalidade e Taxa de crescimento natural



Fonte: INE, 2015

De acordo com o INE (2017) tem-se verificado um decréscimo na população, razão esta que se prende pela escassez de mão de obra, levando a população a sair do Concelho e a residir nas grandes cidades.

Alvito apesar de ser um dos municípios menos populosos e mais pequeno do Baixo Alentejo, é uma zona com elevado poder turístico associado ao património material e

imaterial que possui. O Património cultural do Concelho é muito diversificado e rico, existindo no mesmo elementos únicos, quer pela sua riqueza, quer pelas suas características e funções em termos patrimoniais e preservação da memória.

Alvito encontra-se numa região predominantemente rural, onde a agricultura ocupava a maioria da população empregada. Este facto tem-se vindo a alterar ao longo dos anos, encontrando-se a população, atualmente, a exercer funções em empresas do sector terciário.

O concelho de Alvito é composto por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma extensão que corresponde à freguesia de Vila Nova da Baronia, tendo o Estágio final decorrido na sede do Concelho.

Relativamente ao número de inscritos por médico de família, a UCSP tem 1198 utentes inscritos, 543 pessoas do sexo masculino (45%) e 655 do sexo feminino (55%).

A UCSP de Alvito pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo, sendo estes constituídos por unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde. De acordo com a Lei n.º28/2008, de 22 de Fevereiro, os ACES para além de terem a missão de assegurar cuidados de saúde primários à população de uma determinada área, garantem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestam cuidados no caso da doença, estabelecendo ainda ligação com outros serviços de forma a darem continuidade aos cuidados. Desenvolvem, de igual forma, atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, contribuindo, também, na formação de vários grupos profissionais. Os ACES compreendem várias unidades funcionais, entre as quais as UCSP, tendo estas o objetivo de prestar cuidados personalizados, garantindo o acesso e continuidade dos mesmos.

2.2 Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos

As novas instalações da UCSP de Alvito foram inauguradas em setembro de 2005. A UCSP dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por 2 médicos de medicina geral e familiar, 3 enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, 4 assistentes administrativos, 2 assistentes operacionais e 6 técnicos superiores. É composta no

piso 0 por 4 salas de trabalho, 4 gabinetes de chefia e administração, 1 sala de sujos, 3 casas de banho, 1 armazém, arquivo. O piso 1 é constituído por gabinetes que não são utilizados atualmente, 1 biblioteca e copa. São realizadas na UCSP consultas de vários âmbitos: consulta de saúde materna (1 vez por semana), saúde infantil (uma vez por semana), planeamento familiar (uma vez por semana), diabetes (quatro dias por semana), hipertensão arterial (HTA) (4 dias por semana) e consulta de adultos (cinco dias por semana). A UCSP dispõe ainda de visitação domiciliária com veículo disponível para o efeito.

O funcionamento da UCSP   das 08h00 às 18h00, de segunda a sexta feira. Os habitantes têm ao seu dispor, diariamente, o serviço de apoio permanente em Cuba das 08h00 às 20h00 e também em Beja. A popula o do concelho é ainda servida do hospital José Joaquim Fernandes, em Beja.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

A participação da população nos programas de saúde é fundamental, na medida em que a mesma deverá ter autonomia na estruturação do seu futuro de saúde. De acordo com o relatório do diretor geral da Organização Mundial de Saúde à Assembleia Mundial de Saúde citado em Imperatori e Giraldes, (1992)

“Os cuidados de saúde devem ser estruturados em função dos hábitos da população e responder às suas necessidades reais (...) a população local deve participar activamente na concepção e administração das actividades, a fim de que elas sejam exatamente adaptadas às necessidades e prioridades do nível local, sendo as decisões o fruto de um diálogo contínuo entre população e serviços” (Imperatori e giraldes, 1992, p.25)

3.1 Caracterização Geral da População

De acordo com os censos (2011) a população total do Concelho de Alvito é de 2504 habitantes, distribuídos por duas freguesias, como se pode verificar no quadro n.º1.

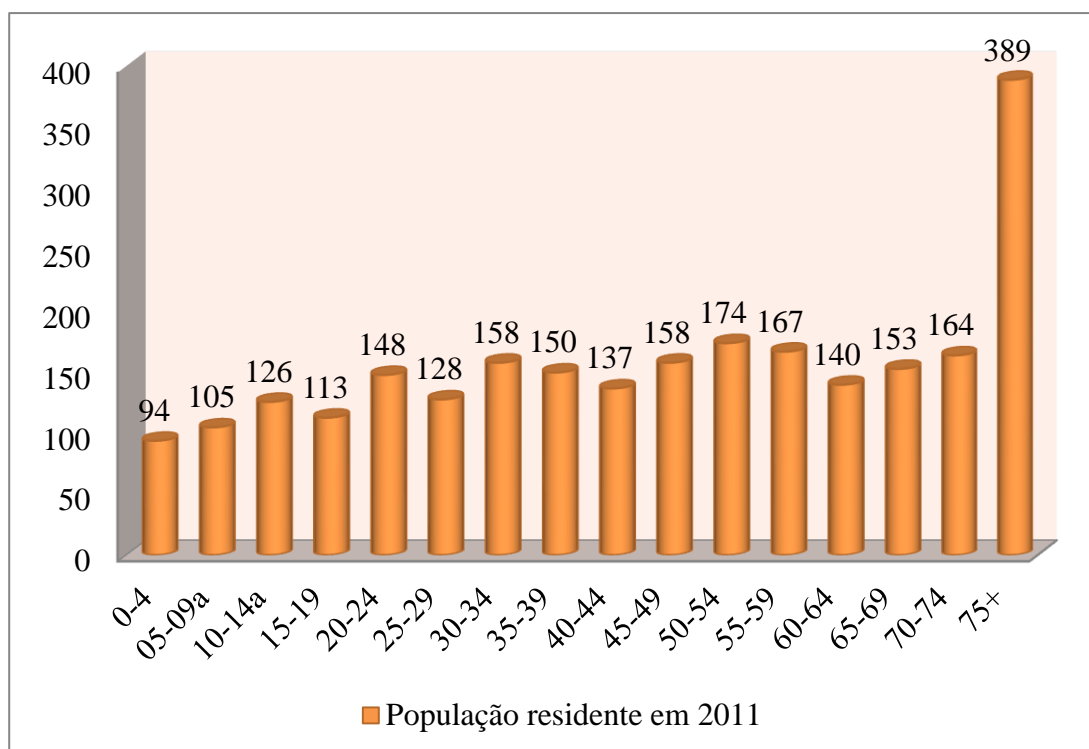
Quadro n° 1- População residente e presente por freguesia e concelho de Alvito

	População residente			População presente		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Alvito	1259	610	649	1234	593	641
Vila Nova da Baronia	1245	589	656	1168	545	623
Concelho de Alvito	2504	1199	1305	2402	1138	1264

Fonte: INE, Censos 2011

Do total de 2504 habitantes, 706 pessoas têm idade igual ou superior a 65 anos, 438 pessoas idades compreendidas entre os 0-19 anos, correspondendo a restante, 1360 pessoas a idades compreendidas entre os 20-64 anos de idade (gráfico n°2).

Gráfico nº2 - População residente no concelho de Alvito por grupo etário

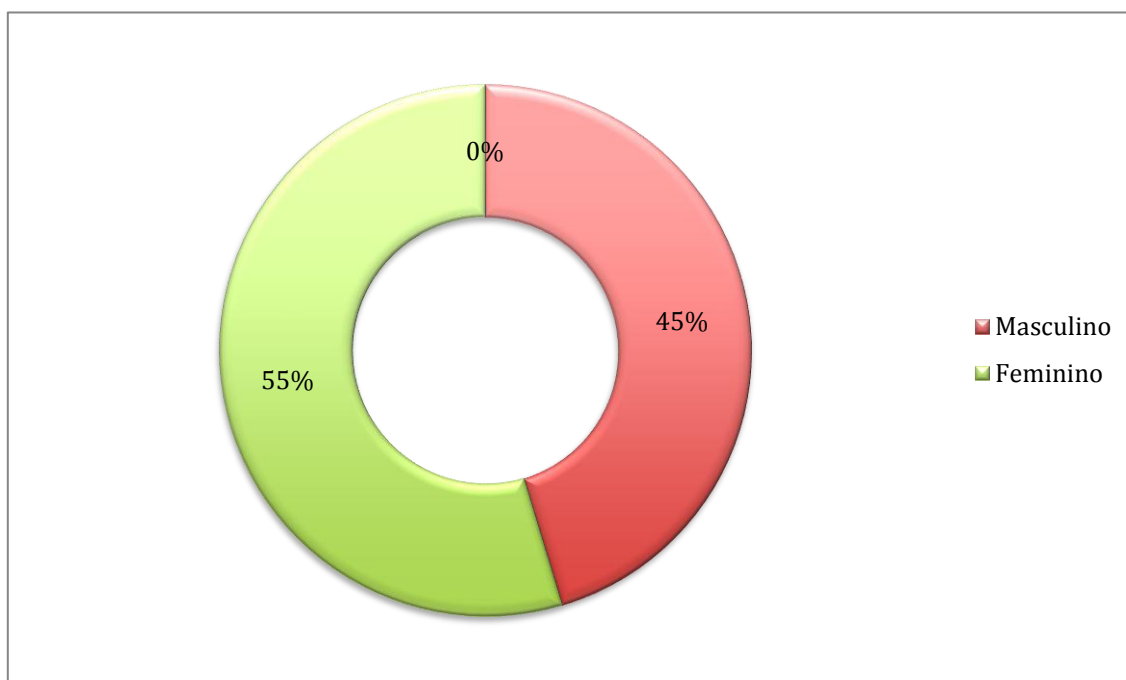


Fonte: INE, Censos 2011

De acordo com o INE (2017) tem-se verificado um decréscimo na população, razão esta que se prende pela escassez de mão de obra, levando a população a sair do Concelho e a residir nas grandes cidades. Como referido anteriormente, estamos perante uma taxa de crescimento natural negativa, em que o Índice de envelhecimento do concelho em 2015 foi de 203,7% (INE, 2015).

Relativamente ao número de inscritos por médico de família, verifica-se que existem em Alvito 543 pessoas do sexo masculino (45%) e 655 do sexo feminino (55%) (gráfico nº3).

Gráfico nº 3 – Percentagem de utentes com médico de família na freguesia de Alvito, por sexo



Fonte: Programa SINUS (Sistema Informático de Unidade de Saúde), (2017)

3.2 Cuidados e necessidades específicas da População Alvo

O diagnóstico constitui o primeiro passo do planeamento em saúde e está diretamente relacionado com a fase seguinte (prioridades) e a fase final (avaliação). O diagnóstico permite identificar os principais problemas de saúde, devendo ser claro e sucinto de modo a ser lido e interpretado de forma correta por todos (Imperatori e Giraldes, 1992). É considerado o ponto de partida, e a sua correta elaboração permite delinear intervenções adequadas.

Para identificar as necessidades específicas da população foi aplicado um questionário de carácter voluntário e com consentimento informado dos participantes, tendo em conta todas as questões éticas do procedimento (ver capítulo 5). Foram aplicados 119 questionários, tendo sido recolhidos 63 questionários. Todos os resultados estão apresentados em tabelas no anexo I.

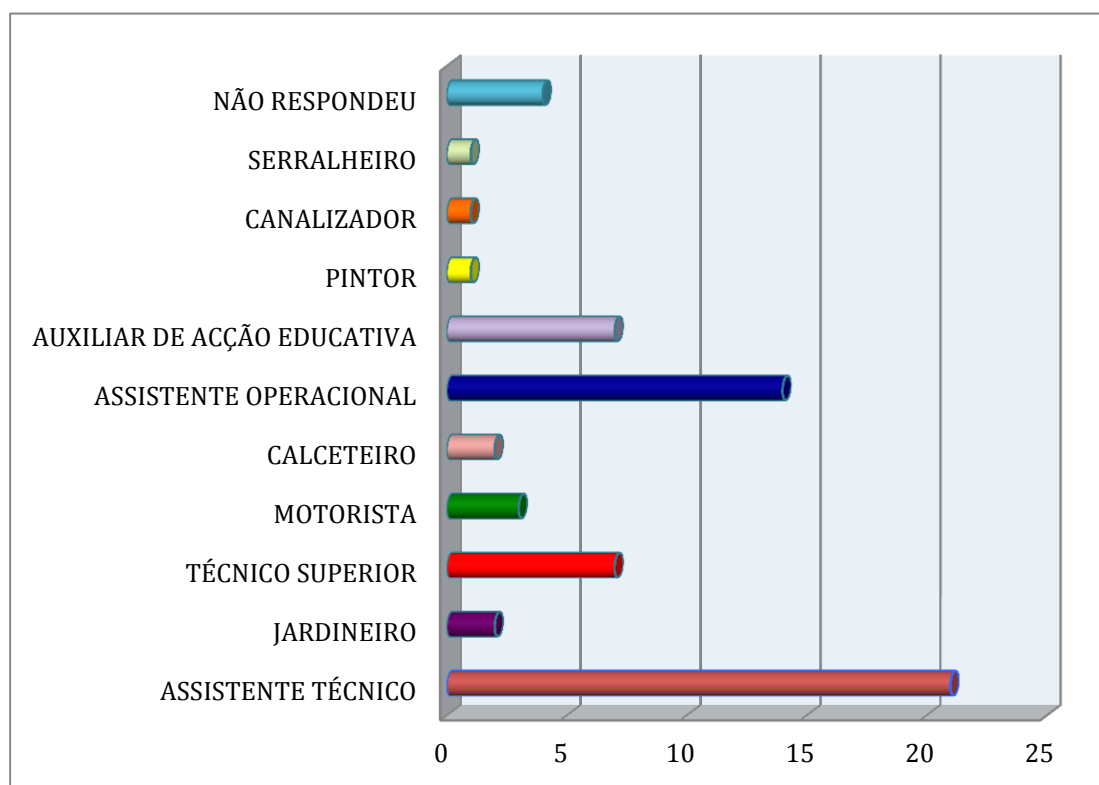
Após a análise dos dados recolhidos, podemos afirmar que se está perante uma população maioritariamente entre os 31-40 anos de idade, o que corresponde a 31,7 %. Por ordem decrescente o grupo etário que se segue situa-se entre 51-60 anos de idade, correspondendo a

30,2%, 41-50 anos o que corresponde a 28,6%, e por último o grupo etário dos 21-30 anos e 61-64 anos de idade, com 4,8 % em ambas. O grupo etário maioritário encontra-se entre 31-40 anos de idade, predominantemente do sexo feminino, 16 mulheres. Relativamente ao sexo dos inquiridos, 27 são do sexo masculino e 36 do sexo feminino.

O nível educacional predominante é o ensino secundário, com 49,2%, seguindo-se o ensino superior com 17,5%, o 3º ciclo com 15,9%, o 2º ciclo com 7,9%, o 1º ciclo com 6,3% e apenas 1,6% só sabe ler e escrever. Apenas um inquirido não respondeu.

No que diz respeito à atividade profissional a maior parte da população inquirida é assistente técnico com 33,3% seguindo-se os assistentes operacionais com 22,2%, os técnicos superiores e auxiliares de ação educativa com 11,1 % ambos, motorista com 4,8%, jardineiro e calceteiro correspondendo a 3,2% respetivamente, pintor, canalizador e serralheiro com 1,6%. Não responderam a esta questão 6,3% da população (gráfico nº4).

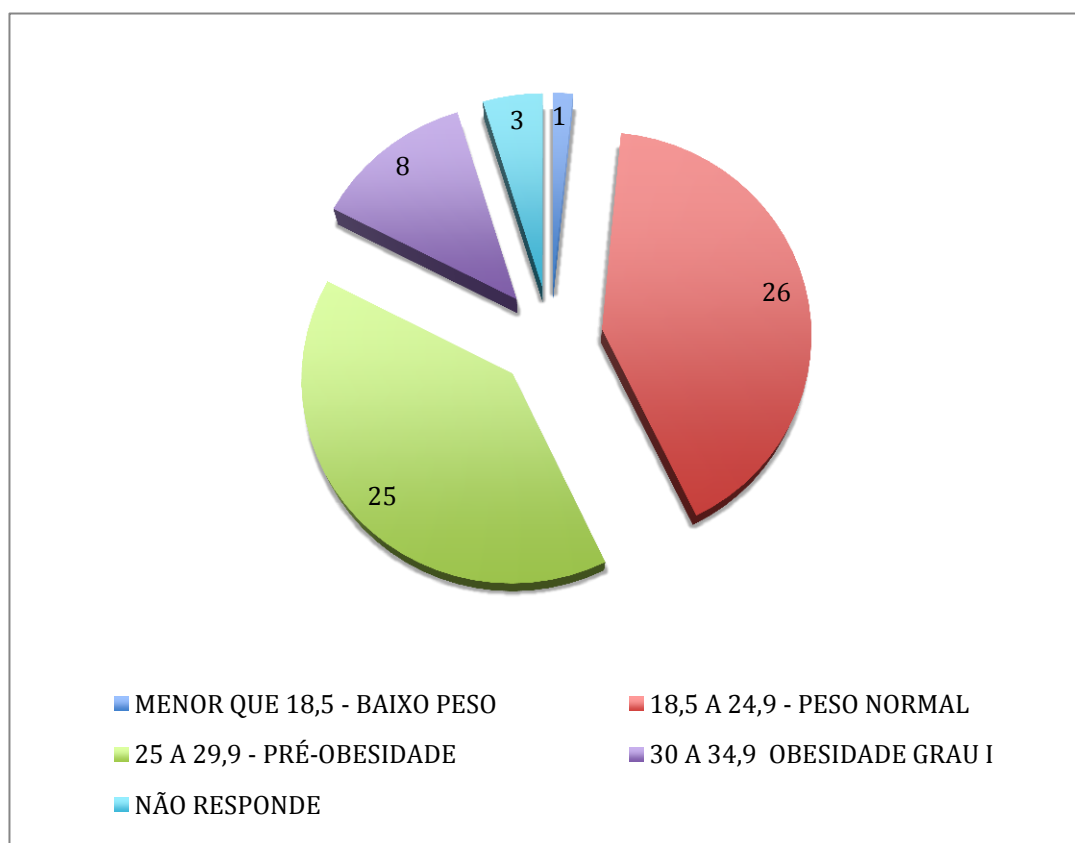
Gráfico nº4 - Atividade profissional



Dos resultados obtidos pode-se verificar que 66,7% da população é casada ou vive em união de facto, 20,6% são solteiros, 7,9% divorciados/separados, 3,2% viúvo e 1,6% não respondeu.

Relativamente aos dados antropométricos, foram avaliados a altura e peso para calcular o Índice de massa corporal (IMC) e o perímetro abdominal. O valor médio destas variáveis foi de 166, 80cm para a altura, 71,41Kg para o peso e 25,52kg/m² de IMC, constatando-se que se está perante uma população com excesso de peso. Dos participantes 41,3% apresenta peso normal, 39,7% pré-obesidade, 12,7% obesidade grau I e 1,6% baixo peso. Dos 63 participantes 3 pessoas não responderam (gráfico nº5).

Gráfico nº5- IMC da população



Relativamente ao perímetro abdominal verifica-se que tanto as mulheres como os homens apresentam um perímetro aumentado, representado por 12,7% e 9,5% respetivamente. Este

fato constitui um fator de risco para doenças cardiovasculares. Ambos os sexos apresentam a mesma percentagem para risco muito aumentado, 6,3%. Nesta questão houve grande percentagem de participantes que não respondeu (46%).

No que concerne a uma alimentação saudável, o padrão alimentar mediterrânico é considerado nos dias de hoje um modelo alimentar de referência a nível mundial para a manutenção da saúde e prevenção da doença (Pinho, Rodrigues, Franchini e Graça, 2015). Verifica-se que a maior parte da população consome fruta 2/3 vezes ao dia, resposta muito próxima ao recomendado pela Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN). Quando questionada sobre a ingestão de vegetais apenas 22,2% da população consome os mesmos de acordo com o recomendado pela APN, 27% apenas 1 vez ao dia e a restante população em quantidades insuficientes. De acordo com APN a ingestão de vegetais deve ser feita a cada refeição principal.

Relativamente à ingestão de carne 41,3% da população consome este alimento nas doses recomendadas pela APN, ingerindo o resto da população inquirida quantidades superiores ou inferiores ao recomendado.

O consumo de peixe deve ser maior comparativamente à carne, e o seu consumo deve ser pelo menos 2 vezes por semana. Na população em estudo, 41,3% ingere este alimento 2-3 vezes por semana, 23,8% 1 vez por semana e 11,1% 4 a 5 vezes por semana, dos inquiridos apenas uma pessoa não ingere peixe.

Quando questionados acerca do consumo de laticínios a maior parte da população consome estes alimentos 1 vez por dia (33,3%), 28,6% ingere 2 a 3 vezes por dia, e a restante população em doses inferiores ao que é recomendado (deve-se ingerir estes alimentos diariamente 2 vezes por dia).

O consumo de pão e cereais deve ser feito diariamente a cada refeição principal (recomendações da APN), podendo-se afirmar que 47,6% da população alvo o faz de acordo com esta recomendação e 31,7% apenas uma vez ao dia. A restante população fá-lo em quantidades insuficientes.

No que diz respeito à ingestão de fritos/gorduras a maioria da população ingere uma vez por semana (50,8%). Uma pequena percentagem consome 1 vez ou mais ao dia (8%). Os bolos, doces e guloseimas devem ser consumidos em ocasiões especiais e em pequenas quantidades, sendo o recomendado semanalmente. Da população estudada 30,2% ingere estes alimentos 1 vez por semana, e 25,3% ingere 1 a 3 vezes ao dia.

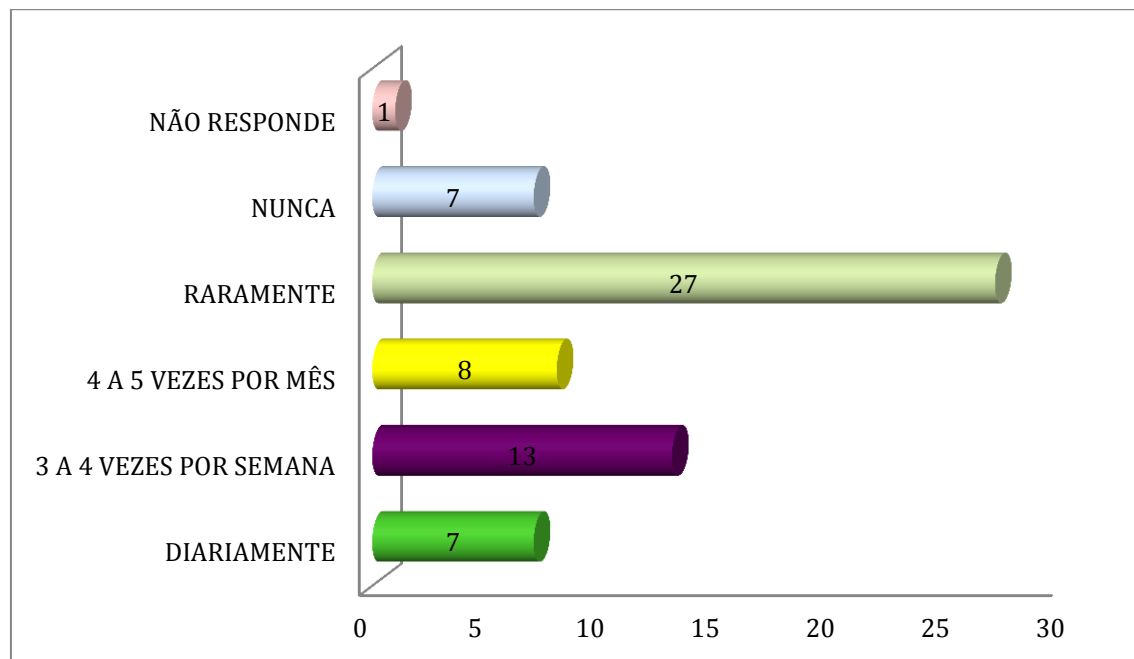
No que diz respeito ao consumo de água diário, a maioria da população não ingere as quantidades necessárias recomendadas e apenas 31,7% ingere 1,5l ou mais por dia, conforme recomendado pela APN.

Relativamente ao consumo de álcool, 39,7% ingere raramente, 19% nunca, e 14,3% ingere diariamente. O recomendado é a ingestão de vinho de forma moderada no momento da refeição (1 copo por dia).

Em relação ao número de refeições 47,6% da população faz entre 5-6 refeições diárias, o que é recomendado pela APN. A restante entre 1 a 4 refeições por dia.

Acerca da questão sobre a percepção que têm da própria alimentação, grande parte da população considera que faz uma alimentação saudável na maioria das vezes (60,3%). Não havendo respostas de nunca ou raramente.

Em relação ao exercício físico pode-se afirmar que se está perante uma população sedentária, pois 42,9% responde que raramente pratica e 11,1% nunca (gráfico nº6). Como meio de deslocação para o trabalho apenas 30,2% o faz sempre a caminhar.

Gráfico nº6 – Prática de Atividade Física

Em relação aos hábitos tabágicos está-se perante uma população não fumadora (73%), no entanto 46% já alguma vez fumou. Dos 22,2% dos inquiridos que responderam que fumam atualmente, 19% fuma diariamente e apenas 2 pessoas 2 a 3 vezes por semana. Relativamente ao número de cigarros por dia 6,3% fuma mais de 20 cigarros por dia e 4,8% 1 a 2 cigarros.

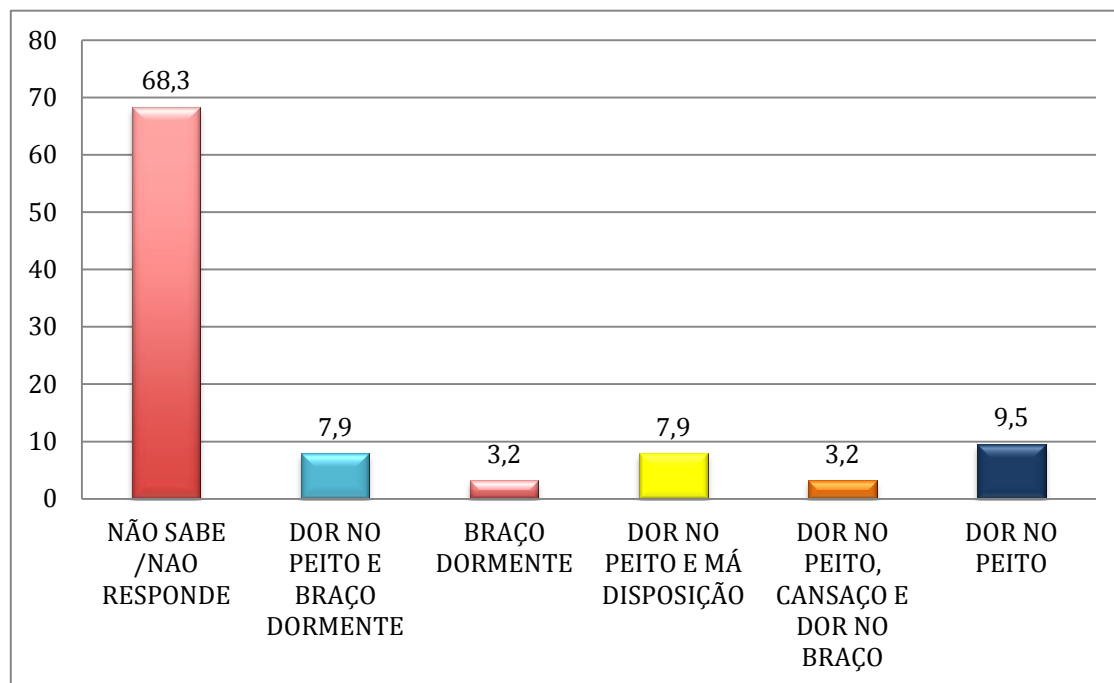
Relativamente à procura de cuidados de saúde no último ano 81% da população recorreu a estes cuidados e 15,9% não. Dos inquiridos que recorreu aos cuidados 82,4% foi em consulta de rotina e 17,6% recorreu por consulta de urgência. A razão pela qual os participantes não utilizaram os serviços de saúde foi por não ter sido necessário (90%) ou por terem recorrido a consultas de especialidade (10%).

No que diz respeito aos antecedentes cardiovasculares 98,4% respondeu nunca ter tido e apenas uma pessoa não respondeu a esta questão (1,6%).

Dos dados colhidos relativamente aos sinais e sintomas do EAM verifica-se que a maioria da população não respondeu a esta questão (68,3%), respondendo 9,5% dor no peito, 7,9%

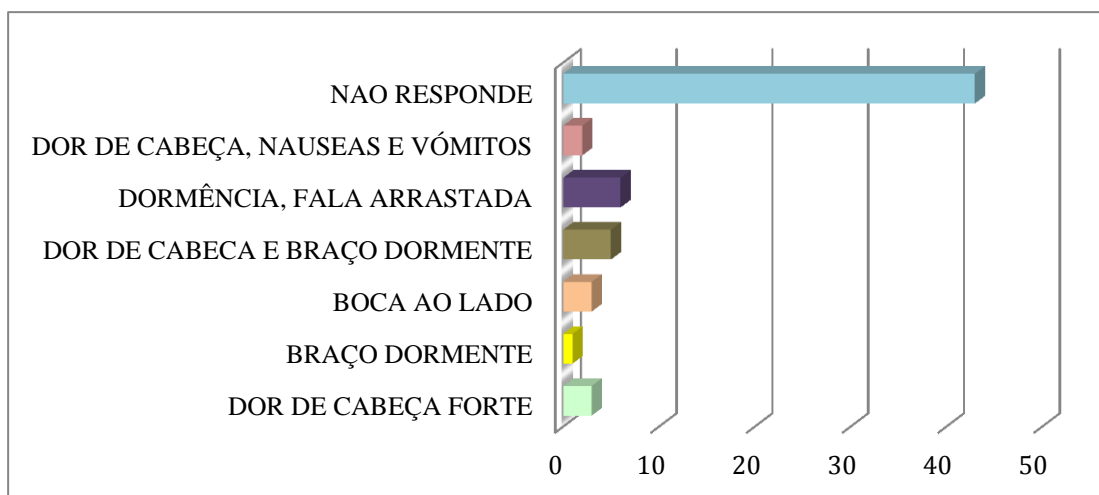
dor no peito e braço dormente, dor no peito e má disposição, 3,2% braço dormente e 3,2% dor no peito, cansaço e dor no braço (gráfico nº7).

Gráfico nº7 – Sinais e Sintomas de EAM



Relativamente aos sintomas de AVC, a maioria da população (68,3%) não respondeu. Dos que responderam, 6 pessoas referem a dormência e fala arrastada como sintomas do AVC, 3 mencionam dor de cabeça e braço dormente, 3 referem dor de cabeça forte, também 3 pessoas indicam a boca ao lado. Dor de cabeça, náuseas e vômitos é referido por 2 pessoas e braço dormente por 1 (gráfico nº8).

Gráfico nº8 – Sinais e Sintomas de AVC



No que se refere aos fatores de risco cardiovascular diagnosticados 12,7% tem HTA, 6,3% tem diabetes mellitus, 23,8% hipercolesterolemia e 3,2% obesidade.

Dos inquiridos, 27% apresenta valores de tensão arterial sistólica dentro dos valores normais, 20,6% uma tensão sistólica ótima, 20,6% tensão arterial (TA) normal alta, 9,5% HTA grau 1 e 3,2% HTA grau 2. 19% não respondeu. Relativamente à TA diastólica a maioria da população apresenta valores ótimos de tensão arterial diastólica (34,9%), 23,8% normal, 6,3% TA normal alta, 14,3% HTA grau 1 e 1,6% HTA grau 2.

O valor médio calculado para o colesterol foi de 150mg/dl, apresentando a mesma percentagem de indivíduos valores considerados normais e elevados.

Relativamente à glicemia capilar pode-se verificar que grande parte da população apresenta valores normais (50,8%), 3,3% valores superiores a 140mg/dl e 3,2% inferior a 70mg/dl.

Na questão sobre se o indivíduo tem familiares com fatores de risco 47,6% responderam que sim, nomeadamente pais, irmãos ou filhos, 9,5% sim mas avós, tios ou primos e 30,2% respondeu que não tem familiares com nenhum fator de risco.

No que diz respeito a ter uma vida saudável com a intervenção dos profissionais, 71,4% responderam afirmativamente, no entanto, 20,6% da população não considera necessária a intervenção dos mesmos, para uma vida com saúde.

Relativamente aos temas que a população considera importantes a serem abordados salientam-se os sintomas das doenças cardiovasculares (31,7%), hipertensão (28,6%), hipercolesterolemia (27%), diabetes (19%), tabagismo (9,5%) e outros (6,3%), nomeadamente arritmias.

No que diz respeito à forma como gostariam de ver o tema tratado 44,4 % da população prefere a sessão de esclarecimento, seguindo-se de rastreios (42,9%), caminhadas (22,2%), e folhetos (9,5%).

Relativamente ao risco cardiovascular aplicando a tabela SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) 25,4% dos inquiridos apresenta risco baixo, 22,2% risco moderado (1%), 6,3% risco moderado (2%), 3,2% risco moderado (3 a 4%), 6,3% risco alto e 3,2% risco muito alto. Não foi possível avaliar 21% da população por dados insuficientes.

No cálculo do risco cardiovascular segundo a tabela de estratificação do risco, 41,3 % da população apresenta risco médio, 25,4% risco baixo acrescido, 7,9% risco moderado acrescido, 4,8% risco alto acrescido e 1,6% risco muito alto acrescido.

Relativamente à faixa etária onde existe maior risco verifica-se que é entre os 51-60 anos de idade e no sexo feminino.

3.3 - Estudos sobre Programas de Intervenção com a População-Alvo

As doenças cérebro-cardiovasculares são, nos dias de hoje, um problema endémico que se estendem a todos os países e não apenas aos desenvolvidos. Estas doenças são responsáveis por cerca 1/3 de todas as mortes que acontecem nos países desenvolvidos, situação semelhante que acontece nos países em vias de desenvolvimento. A nível mundial verifica-se que existe uma diminuição destas doenças relativamente à mortalidade e morbilidade, no entanto continuam a ser das primeiras causas de morte e doença no mundo (Ferreira, Macedo, e Vaz, 2014).

O modernismo apesar de ter trazido uma vasta quantidade de tecnologias que contribuem para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, por outro lado trouxe estilos de vida inadequados, como é o caso do sedentarismo, consumo de gorduras e sal, tabagismo e stress. O aumento de estudos de intervenção para a proteção cardiovascular, conduziu a que as sociedades científicas recomendassem o controlo rígido dos diferentes fatores de risco (Ferreira et al., 2014).

Existem alguns estudos no nosso país relacionados com a temática das doenças cardiovasculares, nomeadamente no cálculo do risco cardiovascular, bem como identificar fatores de risco para as mesmas.

O estudo AMALIA que foi promovido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, teve como objetivo validar a aplicação do questionário no estudo AMALIA relativamente aos dados antropométricos e avaliar o risco de um evento cardiovascular fatal a 10 anos. Este estudo transversal teve por base uma amostra estratificada por região, sexo e idade, com concelhos a participantes selecionados numa base aleatória. Fizeram parte deste estudo 438 indivíduos com idades igual ou superior a 40 anos, de ambos os sexos, residentes nas áreas metropolitanas de Lisboa, Porto e numa zona rural do Centro, mais especificamente em Leiria. O questionário abordava questões sobre dados demográficos, dados clínicos, avaliação de fatores de risco, absentismo laboral e qualidade de vida. No momento do preenchimento do questionário foram avaliados a tensão arterial, peso, altura, perímetro da anca e cintura e colesterol total. De uma forma geral, as respostas obtidas a este questionário apresentaram boa validade, com exceção do método de avaliação da tensão arterial. Relativamente à percepção quem têm da sua saúde o grau de conhecimento dos inquiridos é elevado. No que diz respeito ao cálculo de indivíduos com aumento do risco cardiovascular, o sistema SCORE parece adequado, sendo de grande relevo por ser um contributo importante para os gestores de saúde (Perdigão, Rocha, Duarte, Santos, e Macedo, 2011).

Outro estudo descritivo e transversal foi realizado, em 2012, na região de Viseu com uma amostra de 1148 pessoas, cujos objetivos foram avaliar o IMC, perímetro abdominal, valores de tensão arterial e glicémia capilar; determinar o nível de risco cardiovascular em pessoas assintomáticas, bem como analisar a relação entre as variáveis sócio-demográficas com o nível de risco; analisar se o consumo de tabaco está associado ao risco cardiovascular e por último estratificar o risco. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário com questões sobre dados sociodemográficos e clínicos, nomeadamente tensão arterial, glicémia capilar, peso, altura, IMC e perímetro abdominal. Neste estudo pode-se verificar que mais de metade dos participantes apresentavam excesso de peso, 27,6% eram hipertensos e 20% fumadores. Relativamente ao risco cardiovascular 90,6% apresentou risco, sendo 32,6% revelaram alto risco e 25,3% moderado risco. Comparativamente aos sexos, constatou-se que os homens apresentaram maior risco relativamente às mulheres. Verificou-se também, que o risco cardiovascular aumentou quando os valores de IMC, tensão arterial glicémia capilar e perímetro abdominal aumentavam. Através deste estudo concluiu-se que é fulcral investir na prevenção destas doenças, sendo necessário fazer ligação entre os cuidados primários e diferenciados encontrando estratégias para combater as mesmas. As escalas de estratificação

de risco são um importante apoio no suporte a decisões terapêuticas (Macário 2012).

O estudo VIVA, promovido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia em 2012, avaliou o risco de doenças cardiovasculares na população portuguesa adulta. Este estudo transversal contou com uma amostra de 10 000 participantes, de ambos os sexos, com idades superior a 18 anos, residentes em 44 concelhos do país. Foi aplicado um questionário e avaliou-se o peso, perímetro abdominal, tensão arterial, os níveis de colesterol e glicose no sangue. Na avaliação aos participantes teve-se em conta 8 fatores de risco, idade, sexo, tensão arterial, colesterol, fumador/não fumador, sedentarismo/exercício físico, obesidade abdominal e antecedentes familiares de patologias associadas. De acordo com o mesmo estudo o conjunto destes resultados permite calcular a probabilidade dos indivíduos morrerem por estas doenças nos próximos 10 anos. Concluiu-se que um em cada quatro portugueses apresenta risco elevado de vir a desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos, no entanto apenas 30% da população toma medicação adequada. Constatou-se que 55% das mulheres e 36% dos homens apresentaram obesidade abdominal. Regionalmente o risco elevado cresce de norte para sul do país, apresentando 20% na região Norte, 23,9% na região Centro, 26,2% região de Lisboa e Vale do Tejo, 35,5% região Alentejo e 35,9% no Algarve. Em suma, de acordo com este estudo é necessário mais atenção médica aos indivíduos com risco elevado, reduzir os níveis de colesterol e adotar estilos de vida saudáveis (Aguiar, 2012).

3.4 Recrutamento da População Alvo

Tendo em conta alguns fatores, nomeadamente ser uma instituição com grande empregabilidade, várias faixas etárias, diferentes níveis económicos, e por conveniência optou-se por intervir na população ativa da Câmara Municipal de Alvito. Para além destes fatores, os dinamizadores do projeto, conhecem a população em geral, dado que é um meio pequeno, contribuindo para um melhor conhecimento da mesma. Assim, teve-se como população alvo os indivíduos a exercer a sua atividade na Câmara Municipal de Alvito, com idades compreendidas entre os 18-64 anos de idade.

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças cérebro- cardiovasculares (2017) houve uma redução em 39% de mortes por AVC entre os anos de 2011 e 2015, contudo a taxa de internamentos causados por doenças do coração aumentou em 26% entre o mesmo período

de tempo. Estas doenças acarretam diversas consequências, nomeadamente a dependência e custos humanos e sociais. Assim, torna-se pertinente atuar em camadas mais jovens de modo a prevenir estas doenças e suas implicações na vida futura, pois um adulto que sofre destas patologias, poderá ficar dependente em vários aspetos durante anos.

Para Magalhães (2008) as doenças cardiovasculares são um grave problema de Saúde Pública, causadoras de sofrimento e incapacidades. Acrescenta ainda, que estas doenças conduzem a sérios problemas socioeconómicos pelo elevado número de internamentos a que os indivíduos estão sujeitos, assim como os gastos associados às mesmas.

Em consonância, na opinião de Silva (2008) as doenças cardiovasculares são um grave problema de saúde pública, não só pela dimensão que apresentam, mas também pelas diversas consequências que acarretam consigo para o indivíduo, família e sistema de saúde.

Na região Alentejo, entre 2009-2011 a taxa de mortalidade, em indivíduos com idades inferior a 75 anos, por AVC e doença isquémia do coração foi maior nesta região comparativamente ao continente (Administração Regional de Saúde Do Alentejo, 2011).

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

A fixação de objetivos relaciona-se com a determinação da evolução natural dos problemas, assim como a sua tendência, ou seja, será o resultado desejável do problema. A fixação de objetivos deve ser feita o mais cuidadoso e realista possível, contribuindo para uma correta avaliação dos resultados de um plano (Imperatori e Giraldes, 1992)

De acordo com Imperatori e Giraldes (1992),

“realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas (...) esta 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” (Imperatori e Giraldes, 1992, p.77)

De acordo com o Regulamento nº 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, as alterações a nível demográfico, indicadores de morbilidade e a urgência nas doenças crónicas, conduz a necessidades de saúde, ao desenvolvimento de profissionais especializados, com conhecimento e prática, que permita dar respostas aos problemas de saúde identificados. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, como objetivos de intervenção profissional, tem-se:

- **Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;**

Para alcançar este objetivo foi implementado o projeto “Prevenção de doenças Cardiovasculares na população ativa de Alvito”, tendo-se realizado o diagnóstico de saúde da população alvo, com base na metodologia do planeamento em saúde.

- **Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

Após identificadas as necessidades da população alvo, foram delineadas intervenções no âmbito da educação para a saúde, de forma a dar resposta às necessidades sentidas pela mesma, contribuindo para o seu processo de capacitação.

- **Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

A implementação do projeto anteriormente referido assentou numa área prioritária do Plano Nacional de Saúde- Programa Nacional para as Doenças cérebro-cardiovasculares.

Como objetivos a atingir com a população alvo delineou-se como **objetivo geral**:

- **Prevenir as doenças cardiovasculares na população ativa, a exercer a sua atividade profissional na Câmara Municipal de Alvito, até ao ano de 2018.**

E como **objetivos específicos**:

- **Caracterizar os hábitos alimentares e prática de exercício físico dos funcionários da câmara Municipal de Alvito**

Objetivo importante, na medida em que, caracteriza estilos de vida que quando inadequados conduzem ao aparecimento de doenças cardiovasculares.

- **Calcular o risco cardiovascular dos funcionários da câmara municipal de Alvito**

Objetivo importante, na medida em que, identifica os indivíduos que apresentam risco de vir a desenvolver doença cardiovascular, podendo ter-se uma atitude preventiva na mesma através da mudança de estilos de vida.

- **Aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável, prática de exercício físico e sinais/sintomas de doenças cardiovasculares aos funcionários da câmara Municipal de Alvito**

Objetivo importante, pois permite o aumento de conhecimento sobre adopção de estilos de vida saudáveis, conhecimento este transmitido através de Sessões de Educação para a

Saúde. Para além de informados, é incutido aos indivíduos o dever de se auto responsabilizarem pela sua saúde e mudança de comportamentos.

- **Reduzir em 10% o sedentarismo dos funcionários da Câmara Municipal de Alvito**

Objetivo importante, na medida em que se quer intervir na mudança do hábito de exercício físico, promovendo uma população mais ativa.

- **Promover a acessibilidade a consultas na UCSP dos funcionários da câmara, com médio-alto risco cardiovascular, segundo a tabela SCORE**

Objetivo importante, na medida em que permite encaminhar indivíduos com risco médio-elevado, de modo a intervir na prevenção de doenças cardiovasculares, nomeadamente acesso a consulta de rotina e controlo de fatores de risco não controlados.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1 Metodologia

O presente trabalho teve por base a “metodologia de projeto”, o que pressupôs estruturar a intervenção de uma forma planificada e participada e exigiu a coresponsabilização dos diversos parceiros. Este processo realizou-se com a seguinte sequência de fases:

- 1- Definição dos problemas e diagnóstico da situação
- 2- Estabelecimento de objetivos
- 3- Determinação de estratégias
- 4- Elaboração do plano de ação
- 5- Avaliação

Teve-se assim em conta as fases do planeamento em saúde, considerando este como uma ferramenta fundamental que, de acordo com Tavares (1990, p.37), procura “um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações.”

O planeamento em Saúde é a determinação de uma sequência de ações com a finalidade de atingir um resultado desejado, ou seja, determina o que deve ser feito e como deve ser feito. Pode definir-se o planeamento em saúde “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos” (Imperatori e Giraldes, 1992, p. 23).

O planeamento em saúde, na opinião de (Queirós et al., 2010) consiste no processo de analisar a realidade e organizar os caminhos de modo a atingir um objetivo coletivo. Ainda para os mesmos autores este processo requer um exercício com base na razão e sensibilidade, envolvendo atividades de complexidade que conduzam à construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras.

O planeamento pode ser considerado um conjunto de decisões programadas, sendo o seu resultado uma mudança sócio-cultural, por contacto dirigido de tipo progressivo e induzido. Estas mudanças da população passam por algumas etapas, conhecimento, motivação, apreciação, experimentação e por fim adopção. Contudo, torna-se pertinente saber a razão de planear. Segundo Imperatori e Giraldes (1992) esta razão deve-se: à escassez de recursos, sendo necessário utilizá-los de forma eficaz e eficiente, de modo a resolver grande número de problemas de saúde; à necessidade de intervir nas causas dos problemas e na definição de prioridades, porque há que evitar intervenções isoladas, há infra-estruturas que podem suportar equipamentos e por último porque há equipamentos que podem ser de uso polivalente.

Instrumento de Diagnóstico- Questionário

Tendo em conta a investigação, as questões e objetivos já referidos, optou-se, como instrumento de colheita de dados, pelo questionário.

O instrumento de colheita de dados é um elemento que o investigador seleciona ou constrói com o objetivo de colher informação necessária à população em estudo (Fortin, 2009). O questionário constitui um instrumento de colheita de dados, onde o participante responde (respostas escritas) a um conjunto de questões. Tem como finalidade recolher informação sobre acontecimentos, atitudes, crenças e opiniões (Fortin, 2009).

Foi aplicado o questionário de Capucho (2013) (anexo II), sendo o mesmo constituído por 4 partes, com um total de 31 questões: na primeira parte pretende-se conhecer os dados sócio demográficos da população, na segunda parte pretende-se conhecer os estilos de vida relacionados com hábitos alimentares, exercício físico e tabágicos, na terceira parte pretende-se conhecer a utilização dos serviços de saúde pela população inquirida e por último, na quarta parte, conhecer os fatores de risco cardiovasculares da mesma, assim como as intervenções que esperam dos profissionais de saúde. Mais detalhadamente nos dados sociodemográficos são abordadas questões relativas à idade (Q.1), sexo (Q. 2), nível educacional (Q. 3), estado civil (Q. 4), profissão (Q. 5), altura (Q. 6), peso (Q. 7) e perímetro abdominal (Q. 8). Na caracterização de estilos de vida estão incluídas questões sobre hábitos alimentares (Q. 9), quantidade de água ingerida (Q.10), quantidade e frequência de ingestão de bebidas alcoólicas (Q.11), número de refeições diárias (Q.12), percepção que a pessoa tem sobre a sua própria alimentação (Q.13), frequência da pratica exercício físico (Q. 14),

deslocação a pé ou caminhada para o emprego (Q.15), consumo e frequência de hábitos tabágicos (Q.16,17, 18 e 19). Na utilização dos cuidados de saúde pretende-se saber se a pessoa procurou ou utilizou os serviços de saúde no último ano (Q. 20) e qual a razão, se consulta de rotina ou urgência (Q. 20.1), ou caso não tenha necessitado qual a razão (Q. 20.2). Na quarta e última parte são abordadas questões sobre a existência de doença cardiovascular (Q. 21) e no caso afirmativo qual (Q. 21.1); sintomas de Enfarte Agudo Miocárdio (Q. 22) e AVC (Q. 23); diagnóstico médico de fatores de risco como HTA (hipertensão arterial), diabetes, colesterol elevado e obesidade (Q. 24), valor habitual de TA (Q. 25), valor habitual de colesterol (Q. 26), valor habitual de glicémia capilar (Q. 27); familiares que sejam portadores de fatores de risco ou alguma doença cardiovascular (Q. 28); conhecer se para ter uma vida saudável é necessário a intervenção dos profissionais de saúde (Q. 29), e no caso afirmativo qual a temática a ser tratada e como (Q. 30).

Considerações Éticas

Para aplicação deste questionário, foi realizado um pedido de autorização à autora do mesmo e ao Sr. Presidente da Câmara Municipal (anexo III), e combinado posteriormente com os responsáveis/chefes de cada seção a aplicação e distribuição do mesmo. Na aplicação dos questionários, os valores de tensão arterial, glicémia capilar e perímetro abdominal foram avaliados pela enfermeira. Para recolher o maior número de questionários possíveis foi combinado com os responsáveis de cada secção uma data para a recolha dos mesmos.

Qualquer que seja a investigação realizada junto de seres humanos, as considerações éticas e morais entram em jogo desde o início da investigação. Torna-se fundamental proteger os direitos dos indivíduos que participam em investigações. Este projeto rege-se por cinco princípios éticos, que de acordo com (Fortin, 1999), são os seguintes:

- ✓ O direito à autodeterminação – assenta em que toda a pessoa tem o direito e capacidade de decidir por ela própria, ou seja, tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação. Este princípio é respeitado quando o indivíduo é informado dos aspetos relacionados com a

investigação e dá o seu consentimento.

- ✓ O direito à intimidade – este princípio assenta na capacidade que o indivíduo tem de decidir sobre a informação a dar ao participar numa investigação e determinar até que ponto aceita partilhar informação íntima e privada. O investigador deve assegurar que o estudo será o menos invasivo possível e assegurar a privacidade do participante.
- ✓ O direito ao anonimato e à confidencialidade – este princípio refere-se ao anonimato e confidencialidade do participante, e é respeitado quando a identidade do mesmo não puder ser associado às respostas individuais. Contudo, neste estudo específico, apesar de ter sido garantido a confidencialidade dos dados, foi-lhes pedido que colocassem o nome nos questionários, de modo a identificar os utentes com maior risco cardiovascular.
- ✓ O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – este princípio diz respeito ao princípio da beneficência, em que não se deve provocar danos ou desconforto nos indivíduos e promover o maior bem estar dos mesmos.
- ✓ Direito a um tratamento justo e equitativo – este princípio refere-se ao direito que os participantes têm de ser tratados de forma justa e equitativa antes, durante e após a investigação. O investigador deve informar os participantes sobre a natureza, o fim e duração do estudo, assim como os métodos a utilizar.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foi obtida aprovação da Comissão de Ética da Universidade de Évora e da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) (anexo IV).

O questionário é anónimo, de carácter voluntário e com consentimento informado dos

participantes.

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados procedeu-se à codificação dos questionários através da atribuição de um número. Toda a informação recolhida é confidencial e os dados sujeitos a rigoroso sigilo e anonimato, sendo apenas trabalhados pelo investigador.

Análise dos dados recolhidos

Após a recolha de dados urge a necessidade da sua interpretação e análise. “A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos (a amostra)” (Fortin, 1999. p.269). Permite, também resumir aos dados numéricos de uma forma estruturada, com o objetivo de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. (Fortin, 1999)

Neste estudo, em concreto, foi utilizada a estatística descritiva, que tem como finalidade evidenciar os dados brutos de uma amostra, de forma que seja compreendidos tanto pelo investigador como pelo leitor. Os dados numéricos são apresentados na forma de gráficos e quadros. (Fortin, 2009). De acordo com a mesma autora, qualquer que seja a etiologia do projeto, usa-se a estatística descritiva para descrever as características da amostra de onde foram recolhidos os dados.

Os resultados obtidos foram introduzidos no software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20, de modo a fazer-se uma correta leitura dos dados e análise estatística facilitada.

5.2 Fundamentação das Intervenções

O projeto foi implementado de acordo com as seguintes fases:

1ª - Fase do diagnóstico

2ª - Fase de preparação

3ª- Fase de intervenção

4ª- Fase de avaliação

1ª - Fase do diagnóstico

Esta fase permitiu realizar o diagnóstico da população alvo através da aplicação do questionário anteriormente referido. Foram realizadas algumas reuniões que apoiaram o projeto a progredir:

- Reunião inicial com as enfermeiras da UCSP

Numa primeira fase, e após pesquisa bibliográfica, foi realizada uma reunião com as enfermeiras da UCSP, com o objetivo de se debater o tema das doenças cardiovasculares e se seria pertinente trabalhar o mesmo. Houve troca de ideias e optou-se por este tema. Relativamente à escolha da população, foram avaliadas hipóteses e eventuais limitações, pelo que a opção pelos funcionários da Câmara Municipal deveu-se ao facto de serem pessoas jovens, em idade ativa, que pouco frequentam os serviços de saúde, informação esta proveniente das enfermeiras da UCSP. Considerou-se que seria pertinente sensibilizar a população em idade ativa para fatores de risco das doenças cardiovasculares, uma vez que estas doenças são cada vez mais frequentes em camadas mais jovens. Assim, decidiu-se intervir junto desta população com a finalidade de realizar um diagnóstico de saúde. Para a realização do mesmo, chegou-se à conclusão que era necessário conhecer os estilos de vida da população, assim como o seu perfil de saúde.

- Reunião com o Sr. Presidente da Câmara

Para a concretização do projeto de intervenção comunitária foi necessário reunir com o presidente da Câmara Municipal. Nesta reunião foi pedida autorização para aplicação do questionário aos funcionários da autarquia, assim como explicado os objetivos do projeto e a escolha da população alvo.

- Aplicação do questionário de diagnóstico

Para conhecer o perfil de saúde da população estudada, foi necessário a aplicação de um questionário. Com este, passou-se a conhecer os dados sociodemográficos, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde e fatores de risco da população alvo.

- Aplicação de questionário para cálculo do risco cardiovascular da população alvo

Existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis, dos primeiros fazem parte a diabetes, hipercolesterolemia, HTA, excesso de peso e obesidade, tabagismo, abuso de álcool e sedentarismo. Relativamente aos fatores de risco não modificáveis incluem-se a idade, o sexo e a genética. Neste projeto teve-se em conta alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares nomeadamente a HTA, a diabetes, obesidade e colesterol elevado.

✓ **Hipertensão Arterial**

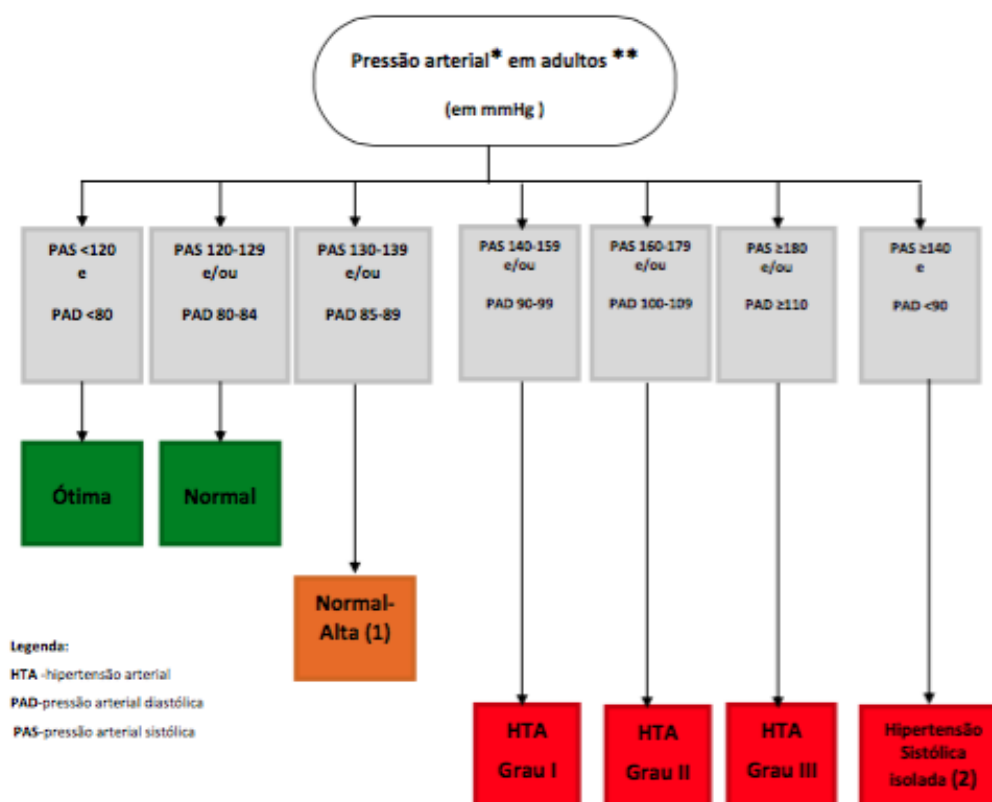
De acordo com a norma n.º 020/2011 de 19 de março de 2013 da Direção Geral de Saúde (DGS) as doenças cardiovasculares continuam a ser no nosso país a principal causa de morte, tendo um impacto de 14% em doença isquémica cardíaca. Segundo a mesma fonte existem no nosso país cerca de 42% hipertensos, sendo considerado o fator de risco mais prevalente na população portuguesa.

A HTA consiste na pressão sanguínea nas paredes das artérias. Quando esta pressão aumenta, está-se perante um quadro de hipertensão. A HTA é uma doença e um fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que no nosso país o consumo de sal é o dobro do que é recomendado pela OMS, sendo urgente reduzir este consumo (Ferreira et al., 2014).

A HTA é considerada uma doença crónica, que necessita de terapêutica e vigilância contínua ao longo do tempo, sendo fulcral que doentes que apresentem fatores de risco sejam monitorizados e avaliados, pois o valor da TA é um dos principais fatores potenciais ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DGS,2013).

Os valores padrão deste projeto relativos à tensão arterial tiveram por base a norma anteriormente referida n.º20/2011 de 19 de março de 2013 da DGS.

Figura nº2 –Valores referência para valores de Tensão Arterial



Fonte: DGS,2013

✓ Diabetes

A diabetes para além de ser uma doença, constitui também um fator de risco para as doenças cardiovasculares, tendo a incidência da mesma vindo a aumentar, associada a fatores genéticos, ambientais e devido a hábitos de vida pouco saudáveis.

De acordo com Programa Nacional para a Diabetes (2017), a prevalência desta doença no nosso país foi de 13,3%, estimando-se que 44% da população não está ainda diagnosticada. Foi também apurado que 9,8% da população portuguesa entre os 25-74 anos de idade é afetada por esta doença, afetando mais os homens que as mulheres.

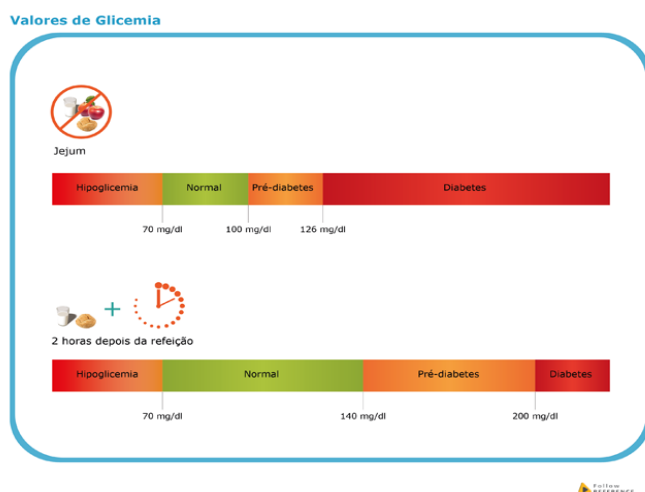
Relativamente a regiões, dados de 2015 comprovam que a região do Alentejo, foi onde se registou o valor mais elevado da prevalência desta doença, com 11,3% e o mais baixo na região do Algarve. De salientar que é também na região Alentejo que se verifica maior prevalência de obesidade (Programa Nacional para a Diabetes, 2017).

A diabetes é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue, designando-se por hiperglicémia. Existem vários tipos de diabetes, sendo as mais comuns a diabetes tipo 1 e 2. A primeira, também conhecida como diabetes insulino-dependente, é mais frequente em jovens, em que as células beta do pâncreas deixam de produzir insulina, pois existe uma destruição destas células. Na segunda, existe um défice e resistência à insulina, sendo necessário uma maior quantidade de insulina para a mesma quantidade de glicose (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) s.d).

A diabetes mellitus aumenta o risco acrescido de doença cardiovascular, como potencia outros fatores de risco entre os quais o colesterol, HTA, tabagismo e obesidade .

Os valores referência deste projeto relativos à glicémia capilar tiveram por base a APDP (Figura n.º3).

Figura n.º3 –Valores referência para valores de Glicémia Capilar



Fonte: APDP

✓ **Colesterol**

O colesterol representa um grande fator de risco cardiovascular na medida em que a gordura acumulada nas paredes das artérias pode conduzir à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo (Fundação Portuguesa de Cardiologia, s.d). De acordo com a mesma fonte, a dislipidémia, considerada um dos fatores de risco da aterosclerose, é responsável pela principal causa de morte dos países desenvolvidos, incluindo o nosso. Qualquer tipo de dislipidémia é um fator de risco cardiovascular, uma vez que a gordura presente nas paredes das artérias conduz à oclusão do fluxo sanguíneo que chega ao coração e ao cérebro.

O colesterol é uma substância produzida pelo fígado, presente em todas as células do corpo. Em quantidades normais é fundamental para o funcionamento do organismo, em excesso leva a problemas como a aterosclerose.

Na opinião de Magalhães (2008) são alterações normalmente “silenciosas”, cujo diagnóstico é feito através de análises de rotina, ou quando ocorre um evento cardiovascular.

As dislipidémias podem-se classificar em vários tipos:

- podem -se manifestar por um aumento dos triglicéridos;
- por um aumento do colesterol ;
- por uma combinação dos dois factores anteriormente referidos (a dislipidemia mista);
- por uma redução dos níveis de HDL

O tratamento das dislipidémias assenta na mudança de estilos de vida, ao nível da alimentação e do exercício físico. Como causas deste fator de risco salienta-se a obesidade e o sedentarismo.

Os valores padrão do colesterol utilizados neste projeto tiveram por base a Fundação Portuguesa de Cardiologia (tabela nº1)

Tabela n.º1 –Valores referência para valores de Colesterol

	Valores recomendados
Colesterol Total	< 190 mg/dl
Triglicéridos	< 150 mg/dl

Fonte: Fundação Portuguesa de Cardiologia

✓ IMC e perímetro abdominal

O excesso de peso afeta a qualidade de vida bem como a longevidade e favorece o aparecimento de doenças como é o caso da DM II, HTA, contribuindo as mesmas para o aumento do risco cardiovascular. De acordo com a OMS considera-se excesso de peso quando o IMC é superior ou igual 25 e obesidade quando o IMC superior ou igual a 30 (Programa Nacional de Combate à obesidade, 2005). Estima-se que a hipertensão seja 2-5 vezes mais frequente em pessoas obesas do que em pessoas com peso normal (Fundação Portuguesa de Cardiologia, s.d).

A prevalência da obesidade na população portuguesa é bastante elevada, existindo no nosso país cerca de 1 milhão de adultos obesos e 3,5 milhões de pré-obesos, sendo os hábitos alimentares inadequados o principal fator responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos em Portugal. No ano de 2010, esta situação foi responsável por 12% do total de anos perdidos nos homens e 15 % nas mulheres (Pinho, Rodrigues, Franchini e Graça, 2015).

As doenças do aparelho circulatório, no ano de 2012, foram responsáveis por 30% das mortes em Portugal, tendo sido as doenças cerebrovasculares as mais prevalentes, seguindo-se o EAM (Pinho, Rodrigues, Franchini e Graça, 2015). Na opinião dos mesmo autores estas doenças assentam em estilos de vida pouco saudáveis, dando ênfase à promoção de um padrão alimentar promotor de saúde, como é o caso da dieta mediterrânica (Pinho, Rodrigues, Franchini e Graça, 2015).

Os valores padrão de IMC (tabela nº2) e perímetro abdominal (tabela nº3) utilizados tiveram por base a orientação da DGS N.017/2013 - Avaliação Antropométrica no adulto

Tabela nº2 –Valores referência para valores de IMC

Designação	IMC (kg/m²)	
		Classe de Baixo Peso
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00–16,99	II
Magreza moderada	17,00–18,49	I
Normal	18,50–24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00–29,99	Pré-obesidade
		Classe de Obesidade
Obesidade	30,00–34,99	I
Obesidade	35,00–39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: DGS

O perímetro abdominal é outro aspeto a ter em conta no risco cardiovascular, pois a acumulação de gordura na região abdominal está associada a doenças como diabetes tipo 2, dislipidémia, HTA, doença coronária e doença vascular cerebral, sendo por iso um fator de risco para as doenças cardiovasculares.

Tabela n.º3 –Valores referência para perímetro abdominal

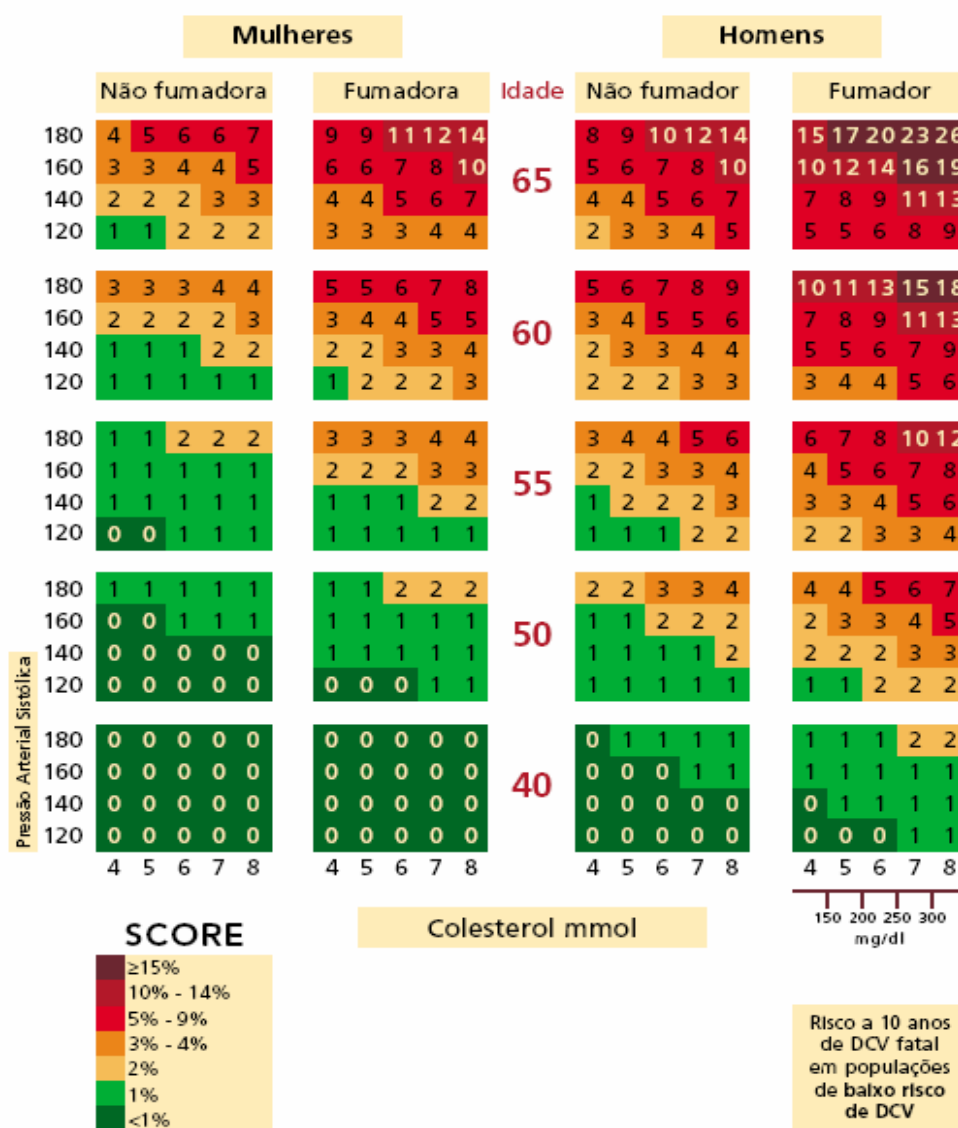
Designação	Cut-off point	Risco de complicações metabólicas
Perímetro da cintura	>94 cm (H) ; >80 cm (M)	Aumentado
Perímetro da cintura	>102 cm (H) ; >88 cm (M)	Muito aumentado
Razão cintura/anca	≥0,90 (H) ; ≥ 0,85 (M)	Muito aumentado

Fonte: DGS

Neste projeto, como foi referido anteriormente pretendeu-se calcular o risco cardiovascular da população tendo por base a tabela SCORE da norma N.º005/2013 Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE da DGS (2013). Esta tabela calcula o risco a 10

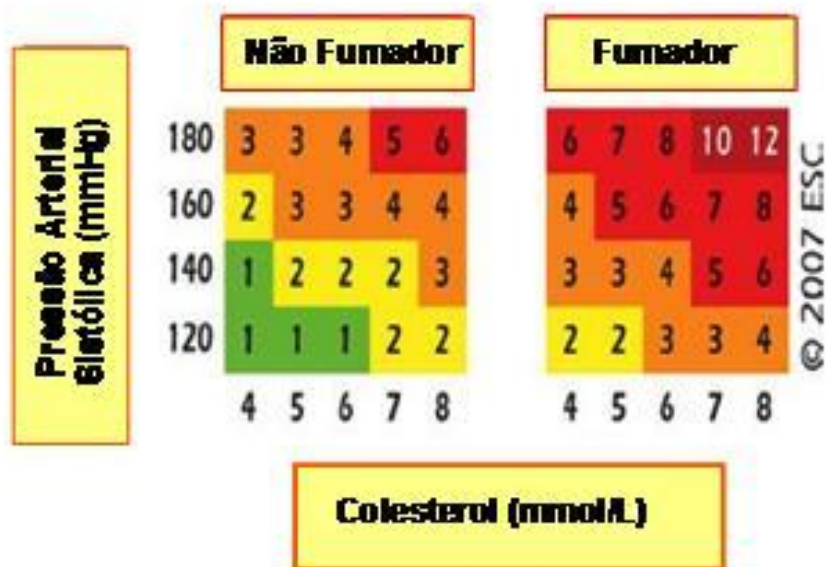
anos de morte cardiovascular. A tabela nº4 calcula o risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos. A tabela nº5 calcula o risco cardiovascular para adultos com idade inferior ou igual a 40.

Tabela n.º4- Cálculo do risco cardiovascular Global



Fonte: – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Tabela n.º5- Cálculo do risco relativo nos jovens (adultos com idade inferior a 40 anos)



Fonte: – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

A estratificação do risco também foi calculada para quantificação prognóstica, tendo por base a norma N.º26/2011 Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial da DGS (2011). Esta tabela tem por base os valores tensionais, , fatores de risco, presença de lesão nos órgãos alvo, diabetes mellitus e doença renal ou cardiovascular (tabela n.º6).

Tabela n.º6- Estratificação do risco Cardiovascular

Outros fatores de risco, lesão subclínica de órgão ou patologia	Pressão Arterial (em mmHg)				
	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS > 180 ou PAD >110
Ausência de outros FR	Risco médio	Risco médio	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto
1 ou 2 FR	Risco acrescido baixo	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido moderado	Risco acrescido muito alto
3 ou mais FR, SM, LO ou DM	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto	Risco acrescido Alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto

Fonte: – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

2ª- Fase de preparação

Permitiu, tendo em conta o diagnóstico realizado, delinear objetivos, definir prioridades, delinear estratégias de intervenção e preparar as intervenções a desenvolver com a população alvo. Nesta fase pretende-se elaborar o plano de atividades a desenvolver, o qual deve ser organizado e pormenorizado com o fim de atingir os objetivos traçados. Esta fase permite evitar sobreposições de atividades, mostrar as relações entre elas, evitar acumulação de tarefas, prever recursos ou seja, permite contribuir para a realização das mesmas (Imperatori e Giraldes, 1992).

Foram realizadas algumas reuniões que orientaram o projeto a progredir:

- Reunião para apresentação do projeto na UCSP e Câmara Municipal de Alvito

Após as reuniões iniciais com os intervenientes do projeto, procedemos à sua apresentação. Este foi considerado de grande importância, com uma temática interessante e viável de se obter ganhos em saúde com a população alvo. Houve muita receptividade da UCSP e presidente da Câmara disponibilizando-se, ambos, para colaborar em todo este processo.

- Reunião com a equipa da UCSP e representante da Câmara Municipal para apresentação e consensualização dos resultados do diagnóstico

No mês de Outubro de 2017 foi realizada uma reunião com a equipa da UCSP e representante da Câmara para divulgar os resultados do diagnóstico de saúde da população. Esta reunião, para além de divulgar os dados recolhidos do questionário, teve como objetivo pedir autorização para realizar as intervenções planeadas para prevenir as doenças cardiovasculares. O projeto desde início foi bem acolhido, despertando interesse nos intervenientes, contudo, os mesmos demonstraram desconhecimento do estado de saúde da população estudada. Mais uma vez, houve disponibilidade em colaborar e acompanhar nas intervenções propostas para intervir na população alvo.

- Apresentação e consensualização dos resultados do diagnóstico com a população alvo

No mês de Outubro, após reunião com a equipa da UCSP e representante da Câmara, realizou-se uma reunião com a população alvo, com a finalidade de apresentar os resultados obtidos no diagnóstico de situação. A população mostrou-se receptiva aos resultados divulgados, demonstrando a mesma desconhecimento sobre o seu estado de saúde atual.

3ª- Fase de Intervenção

Esta fase permitiu a realização das intervenções, que foram sendo avaliadas

permanentemente.

As intervenções implementadas assentaram, essencialmente, na capacitação da população alvo, através de educação para a saúde. Perante o diagnóstico realizado, e as prioridades definidas planearam-se as seguintes intervenções com a população alvo:

- Realização de Sessão de Educação para a Saúde sobre alimentação saudável

De acordo com o Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável (2017), a informação sobre os resultados obtidos sobre o padrão alimentar dos portugueses permitiu identificar quem está em risco nutricional e intervir de forma adequada, para minimizar ou reverter futuros riscos para a saúde. Através da mesma fonte existem disparidades entre os diferentes grupos etários, consumindo as camadas mais jovens grandes quantidades de laticínios e menor quantidade de fruta e produtos hortícolas. Já o consumo de carne, ovos é superior em todas as faixas etárias comparativamente com o peixe. A ingestão de produtos hortícolas e fruta fica aquém do preconizado pela OMS.

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (2017) os hábitos alimentares desajustados da população nacional são o principal fator de risco que maior contributo tem na perda de anos de vida saudável. O consumo exagerado de sal é o principal comportamento com grande contributo na perda de anos de vida saudável, de acordo com a mesma fonte.

O consumo inadequado de fruta e produtos hortícolas, cereais integrais e frutos secos, como a ingestão excessiva de carnes processadas e sal são a principal causa de comportamentos alimentares desajustados. No nosso país mais de 50% da população apresenta excesso de peso, traduzindo-se a obesidade em cerca de 1 milhão e 3,5 milhões de pré-obesos. Um padrão alimentar adequado conduz a uma melhoria do estado nutricional das populações e conseqüentemente a prevenção de doenças, entre elas, as doenças cardiovasculares (Programa Nacional Para A Promoção Da Alimentação Saudável (2017)).

Neste projeto foi realizado uma sessão de Educação para a Saúde sobre alimentação saudável, tendo por base a dieta mediterrânica. Esta dieta caracteriza-se pelo predomínio de

produtos vegetais, pelo consumo de azeite como principal fonte de gordura, pelo consumo regular e moderado de vinho, pelo consumo de peixe e laticínios de forma moderada, pela preferência do consumo de carnes brancas, pelo baixo consumo de carne vermelha e produtos de charcutaria, bem como açucarados. Este padrão alimentar tem benefícios não apenas no estado de saúde dos indivíduos, mas também tem efeitos favoráveis a nível económico e ambiental (Pinho, Rodrigues, Franchini e Graça, 2015). De acordo com os mesmos autores a adesão a esta dieta poderá resultar numa diminuição de mortalidade, associada nomeadamente às doenças cardiovasculares, promove a perda de peso e o controlo do mesmo, é efetiva na redução dos níveis de aterosclerose e do risco de complicações coronárias, entre muitas outras vantagens.

Para a realização desta sessão de educação sobre alimentação saudável foi contactada a nutricionista da UCSP de Alvito, no entanto a mesma não se mostrou disponível para colaborar, tendo nós elaborado e realizado a sessão em causa. Realizámos também um plano de sessão para a mesma (anexo V) e elaborámos uma folha de presenças para contabilização do número de pessoas presentes (anexo VI).

- Realização de Sessão de Educação para a Saúde sobre prática de exercício físico
- Atividade ao ar livre “Caminhada da Saúde”

De acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia o sedentarismo é um dos maiores fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardíacas. Portugal não foge à regra, e está entre os países com maior taxa de inatividade física, ficando os portugueses mais expostos aos riscos associados a estas doenças. Ainda segundo a mesma fonte, praticar exercício físico diminui o risco cardiovascular, mantendo a saúde e bem estar geral, físico e psíquico.

A prática de exercício físico tem inúmeras vantagens, não apenas na prevenção destas doenças, mas também, no controlo de peso e todos os fatores de risco cardiovasculares inerentes às mesmas.

A prática de exercício físico aconselhada em doentes cardiovasculares passam pelos

exercícios aeróbios e treino de força. Os exercício aeróbios, como é o caso de andar rápido, correr, andar de bicicleta, natação, ajudam na melhoria da circulação respiração assim como na redução dos valores tensionais e de colesterol. O treino de força, por sua vez, fortalece os músculos e os ossos, sendo úteis na gestão de peso.

Neste projeto foi pedida a colaboração do técnico de desporto da câmara municipal, que colaborou na sessão de esclarecimento, (anexo VII) bem como na caminhada ao ar livre. No final da sessão de educação para a saúde o técnico fez alguns exercícios físicos com os presentes.

A caminhada realizou-se em Janeiro de 2018, sendo um percurso de 5Km no arredores de Alvito. Apesar do frio e chuva que se fez sentir, esta atividade decorreu sem intercorrências, contando apenas com a participação de 10 pessoas. No entanto, foi motivador, pois apesar do número reduzido de indivíduos, quem participou ficou satisfeito e motivado em passar a palavra sobre estas atividades que só trazem benefícios à saúde.

- Sessão de Educação para a Saúde sobre sinais/sintomas das doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que incluem doença cardíaca coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congénita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OMS, 2016).

De acordo com o Programa Nacional Para a prevenção das doenças cardiovasculares (2017) estas envolvem um leque abrangente de doenças do foro circulatório, entre as quais Enfarte Agudo Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral.

O modernismo apesar de ter trazido uma vasta quantidade de tecnologias que contribuem para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, por outro lado trouxe estilos de vida inadequados, como é o caso do sedentarismo, consumo de gorduras e sal, tabagismo e stress. O aumento de estudos de intervenção para a proteção cardiovascular, conduziu a que as sociedades científicas recomendassem o controlo rígido dos diferentes fatores de risco

(Ferreira et al., 2014).

Estas doenças podem ser prevenidas através da adopção de estilos de vida saudáveis, juntamente com a vigilância médica. A maior parte das doenças cardiovasculares são provocadas por placas de aterosclerose que se depositam no interior das artérias, dificultando a circulação sanguínea nos órgãos.

Esta sessão teve como finalidade sensibilizar a população alvo para os sinais e sintomas destas doenças, aumentando, igualmente, os conhecimentos sobre controlo de fatores de risco (anexo VIII).

O modelo em que este projeto se baseou foi o modelo Precede-Proceed. Este modelo focaliza a planificação e avaliação dos programas de educação para a saúde (Stanhope e Lancaster, 1999). Apresenta-se por ser um esquema linear de causa-efeito em que a Educação para a Saúde e regulamentação adequada das organizações apoiem mudanças de estilos de vida que visem melhorar a qualidade de vida das comunidades. Esquematiza uma série de procedimentos que ajudam na implementação de medidas de apoio ou corretivas de forma a promover o bem estar, saúde e prevenir a doença. Este modelo valoriza um conjunto de fatores que influencia a prática de comportamentos baseados na prevenção (Brito, 2007).

O modelo Precede-Proceed apoia as comunidades para mudarem os seus comportamentos, avaliando primeiramente o ambiente em que se vive, tendo em conta os fatores sociais e internos que influenciam o comportamento relativamente à saúde. O modelo identifica assim os fatores que apoiam na mudança de comportamentos para melhorar a saúde, fixam-se prioridades, desenvolve-se o programa, é implementado e por fim é avaliado. Deve-se orientar segundo uma lista de forma a certificar que todos os passos estão a ser cumpridos nas diferentes fases do processo de resolução de problemas (Edward, 1990; Green e Kreuter, 1992; Padilla e Bulcavage, 1991 cit em Stanhope e Lancaster, 1999).

Um projeto de intervenção comunitária tem como finalidade a resolução de necessidades identificadas e promover as capacidades de uma determinada população, ou seja, é através da participação ativa dos indivíduos e na tomada de decisões que as pessoas obtêm empowerment. O empowerment permite à pessoa ter maior controlo e poder na sua própria

vida, através do ganho de competências e conhecimento, permitindo-lhe uma participação ativa na sua própria saúde.

Os determinantes sociais da saúde são todos os fatores que interferem positiva ou negativamente na saúde das populações. Os estilos de vida ocupam um lugar de relevo destes determinantes pela facilidade que apresentam na obtenção em ganhos em saúde (George, 2014). Os estilos de vida são em parte uma construção social e cultural, na qual toda a população deve estar incluída e ter um papel ativo.

A promoção da saúde é um objetivo da enfermagem comunitária, embora muitas vezes seja difícil diferenciar da prevenção da doença (Stanhope e Lancaster, 1999). De acordo com a mesma fonte, a promoção da saúde incide em medidas positivas, como a educação para a saúde para obter uma vida saudável e na promoção de condições ambientais favoráveis. Perante isto as intervenções realizadas no projeto tiveram por base a promoção da saúde e Educação para a saúde. Segundo a carta de Ottawa a promoção da saúde “é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (DGS, 2003, p.1). Segundo esta carta, para a população obter um estado completo de bem estar físico, mental e social, a mesma deve satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio.

A promoção da saúde defende que os indivíduos devem ter um papel ativo, e controlo sobre a sua condição de saúde. É vista como um conjunto de estratégias de educação para a saúde, com apoio organizativo, legislativo, económico e ambiental que favorece comportamentos saudáveis. É um processo pelo qual os indivíduos têm melhor controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde (Costa e Lopes, 1996).

A educação em saúde pode ser entendida como um aglomerado de saberes e práticas que conduzam à prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa e Lopes, 1996). Pode ser entendida como o impulso para a mudança de comportamentos e atitudes necessários à obtenção de estilos de vida mais saudáveis.

5.3 Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas

A quarta etapa do planeamento em saúde corresponde à seleção de estratégias, à qual deve ser dedicado especial relevo, na medida em que define o processo mais adequado para responder aos problemas e necessidades identificados (Imperatori e Giraldes, 1992). Os mesmos autores defendem a necessidade de ser detalhada com alguma minúcia para permitir uma apreciação cuidada. A elaboração de estratégias sugere novas formas de atuação com a finalidade de atingir os objetivos anteriormente delineados. Pode-se definir estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1992, p.87).

Para se alcançar os objetivos delineados neste projeto foram selecionadas as seguintes estratégias:

- ✓ Envolvimento e discutido o projeto na UCSP com a equipa multidisciplinar, tendo sido posteriormente apresentado e pedido de autorização à Câmara Municipal de Alvito, local onde o projeto se desenvolveu (agendamento de reuniões para apresentação do projeto e diagnóstico de situação de saúde na UCSP Alvito e Presidente da Câmara Municipal de Alvito)
- ✓ Recurso a parcerias, como é o caso da Câmara Municipal de Alvito, Bombeiros Voluntários de Alvito, Junta de Freguesia de Alvito e Biblioteca Municipal Luís de Camões;
- ✓ Pedido de colaboração às parcerias nas atividades a desenvolver para que todos pudessem dar o seu contributo de modo a enriquecer e dar visibilidade às mesmas;
- ✓ Pedido de colaboração da nutricionista da UCSP Alvito e técnico de desporto da câmara municipal, de modo a contribuírem e enriquecerem este projeto, com os seus conhecimentos nas sessões de educação para a saúde bem como na atividade física.

A parceria , de acordo com Stanhope e Lancaster (1999), é definida pela distribuição informada, flexível e negociada de poder entre os intervenientes de um processo, com a finalidade de melhorar a saúde das comunidades. É informada, na medida em que leigos e profissionais devem compreender os seus direitos, responsabilidades e percepções. A parceria é flexível, pois tanto leigos como profissionais devem perceber os contributos que cada um dá

para determinada situação, isto é, os contributos individuais e os semelhantes. Por último é negociada, pois os contributos que leigos e profissionais dão dependem da situação em si, sendo a distribuição do poder negociada, consoante a fase de mudança de um determinado processo.

Todas estas estratégias foram selecionadas com o intuito que todos os envolvidos pudessem contribuir para a resposta aos problemas identificados.

5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos

Para planear são necessários recursos, devendo estes ser utilizados de forma eficaz e eficiente para solucionar problemas em saúde ao mínimo custo e máxima eficácia (Imperatori e Giraldes, 1992).

Para que um projeto possa ser implementado são fundamentais a existência de recursos. Assim, para a operacionalização deste projeto foram necessários os seguintes recursos:

Recursos materiais:

- Folhas de papel A4
- Tonner para impressora
- Lápis
- Canetas
- Computador
- Projetor
- Impressora
- Fotocopiadora
- Esfigmomanómetro
- Estetoscópio
- Caixa de cartão para recolha dos questionários,
- Mesas
- Cadeiras,
- Tiras reagentes para avaliação de glicémia capilar
- Glucómetro

- Lancetas
- Fita métrica
- Algodão
- Compressas
- Saco para lixo contaminado e não contaminado
- Contentor para material corto-perfurante
- Carrinha da UCSP para as deslocações
- Sala para realização das sessões de Educação para a Saúde

Recursos Humanos:

- Aluna do Mestrado em Enfermagem
- Orientadora do local de Estágio
- Equipa da UCSP Alvito
- Presidente da Câmara
- Técnico de desporto

5.5 Contactos desenvolvidos e Entidades envolvidas

Para a execução de um projeto ser bem sucedido é necessário que os intervenientes do mesmo conheçam os seus limites e responsabilidades, bem como as relações entre eles. Para Imperatori e Giraldes (1992) é necessário definir quem está envolvido no projeto, os campos de autoridade/responsabilidade, os responsáveis pelas atividades e dar a conhecer a todos os intervenientes a organização do projeto. Só assim se garante que no futuro o projeto seja alcançado com sucesso.

Para a concretização de um projeto de intervenção comunitária é indispensável a necessidade de envolver parceiros para que o resultado do mesmo seja o sucesso de ações de melhoria da saúde de uma população. O trabalho em equipa permite unir esforços, rentabilizar recursos, assim como unir e complementar conhecimentos e competências dos vários envolventes de forma a se obterem intervenções eficazes. De acordo com Orenstein et al (1992) citado em Stanhope e Lancaster (1999), para que as estratégias de um projeto sejam

realizadas com êxito na melhoria de saúde de uma população, é fundamental a existência de parcerias que sejam a base ou a chave para o melhoramento. Estas parcerias permitem uma gestão eficiente dos meios utilizados e recursos.

Durante a operacionalização deste projeto foram envolvidas algumas entidades, nomeadamente a Câmara Municipal de Alvito, local onde foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária, a qual colaborou na divulgação das atividades, na impressão de cartazes e flyers e no transporte dos funcionários para a frequência das atividades; a Biblioteca Municipal Luís de Camões, que cedeu o espaço para a realização das Sessões de Educação para a Saúde e a Junta de Freguesia que participou no apoio da divulgação das atividades desenvolvidas.

Contactou-se ainda o técnico de desporto da Câmara Municipal de Alvito e nutricionista da UCSP de Alvito para colaboração nas sessões de Educação para a Saúde. No entanto, por falta de disponibilidade, a nutricionista não colaborou no presente projeto.

O contato com as entidades foi sempre realizado pessoalmente, tendo sido formalizado posteriormente por carta/email fazendo referência ao projeto apresentado, seus objetivos, atividades a desenvolver e natureza da colaboração dos intervenientes.

5.6 Análise da Estratégia Orçamental

Os custos associados a um projeto são fundamentais para a sua realização. A estimativa dos custos resulta dos recursos necessários para a realização do projeto (Imperatori e Giraldes, 1992).

Para este projeto foram determinados os recursos materiais e humanos para a execução das atividades, assim como os seus custos (quadro nº2).

Quadro nº 2– Custos do projeto

	Especificação	Valor
Recursos Humanos	-Enfermagem	2350,00
Despesas de transporte	-Deslocação dos profissionais de Saúde	100,00
Material de Apoio	-Tiras de reagente de glicémia , glucómetro, lancetas, algodão, luvas Fita métrica Medidor de tensão arterial Meios audiovisuais Peças de fruta (63) + Garrafas de água (63)	100,00 1,00 40,00 800,00 40,00
<i>Overhead</i>	Eletricidade, Telefone, Internet	100,00
Material de Consumo	- 1 toner para impressora - <i>Flyers</i> - Fotocópias - <i>Pen-Drives</i> - <i>Bloco de notas</i>	60,00 50,00 100,00 10,00 25,00
Preletores	-Formadores	70,00
CUSTO TOTAL		3.846,00

Este projeto teve um custo total de 3.846 euros.

5.7 Divulgação

De entre as várias competências do enfermeiro especialista, uma delas é a elaboração de projetos que vão de encontro às necessidades dos indivíduos, de modo a cooperar na vigilância epidemiológica. Por vezes, os projetos são desenvolvidos ficando apenas pelo

conhecimento do autor que os desenvolve e implementa, bem como daqueles com quem trabalha. Por outro lado, são também os projetos que são iniciados e muitas vezes não lhes é dada continuidade, com o objetivo de avaliar e melhorar, numa perspetiva de evolução dos cuidados a prestar.

É importante a continuidade, replicação e visibilidade deste projeto para melhorar a saúde dos indivíduos. A divulgação deve abranger os parceiros, a população alvo, comunidade e outras instituições.

Como meio de divulgar o presente projeto foram realizadas reuniões com os parceiros, recorreu-se ao site da Câmara Municipal de Alvito, de forma a dar alusão ao projeto e às atividades desenvolvidas, as sessões de educação para a saúde foram divulgadas através de convocatória, foi elaborado um artigo sobre o projeto (anexo IX), mais especificamente sobre o diagnóstico de Saúde e por último realizado o presente relatório de estágio. Relativamente às intervenções todas foram divulgadas também através de flyers construídos por nós (anexo X).

5.8 Cumprimento do Cronograma

A programação detalhada de um plano consiste na preparação pormenorizada das atividades a desenvolver no projeto, saber como cada atividade vai ser realizada, precisar os recursos que irão ser necessários, bem como calendarizar minuciosamente as mesmas ao longo do tempo através de um cronograma (Imperatori e Giraldes, 1992).

Ainda de acordo com os mesmo autores, o cronograma permite visualizar as diferentes tarefas que compõem um projeto, num determinado espaço de tempo, permitindo identificar avanços e atrasos na execução do projeto.

O cronograma com as atividades programadas foi cumprido na íntegra e nas datas definidas (anexo XI).

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde e Imperatori e Giraldes (1992, p.173) referem que a mesma consiste em “comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

6.1 - Avaliação dos Objetivos

Na fixação de objetivos devem-se ter em conta vários aspetos, entre os quais, a seleção de indicadores de problemas prioritários assim como a definição de metas.

Imperatori e Giraldes (1992) defendem que o indicador pode ser definido como a relação entre uma determinada situação e a população em risco, distinguindo dois tipos de indicadores, os indicadores de atividade ou execução e os indicadores de resultado ou impacto. Os primeiros medem as atividades desenvolvidas no projeto, e os segundos medem a alteração de comportamento decorrente da intervenção.

No que diz respeito à meta ou objetivo operacional, esta pode ser considerada como o resultado desejável das atividades, traduzindo-se em indicadores de atividade, ou seja, avalia o resultado obtido das atividades para reduzir ou solucionar o problema identificado.

Para avaliar cada objetivo delineado foram elaborados indicadores de atividade e metas:

Objetivo

Caracterizar os hábitos alimentares e prática de exercício físico dos funcionários da Câmara Municipal de Alvito

Meta: Caracterização dos hábitos alimentares e prática de exercício físico a 50% dos funcionários

Indicador: % de questionários respondidos

Nº questionários respondidos/ Nº total questionários distribuídos X100 = $63/119 \times 100 = 52,9\%$

Avaliação: Como se pode verificar através do indicador estabelecido e meta pré-definida, este objetivo foi atingido.

Objetivo

Calcular o risco cardiovascular dos funcionários da Câmara municipal de Alvito

Meta: Cálculo do risco cardiovascular a 50% dos funcionários

Indicador: % questionários devidamente preenchidos para cálculo do risco cardiovascular

Nº questionários preenchidos com os dados completos/ Nº questionários devolvidos X100 = $42/63 \times 100 = 66,7\%$

Avaliação: Através do indicador estabelecido e meta pré-definida pode-se afirmar que este objetivo foi atingido com sucesso.

Objetivo:

Aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável, prática de exercício físico e sinais/sintomas de doenças cardiovasculares aos funcionários da Câmara Municipal de Alvito

Meta: Até janeiro de 2018 50% dos funcionários da Câmara deverão ter sido submetidos a Sessões de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável.

Indicador: % de funcionários que participaram na sessão de educação para a saúde

% de funcionários que ,após o término das intervenções, na resposta ao questionário indicam realizar 5/6 refeições diárias

% de funcionários que ,após o término das intervenções, na resposta ao questionário indicam fazer uma alimentação equilibrada

Nº funcionários participaram na sessão/ Nº total população alvo X100 = 10/63x100= 15,8%

Meta: Até janeiro de 2018 50% dos funcionários da Câmara deverão ter sido submetidos a Sessões de Educação para a Saúde sobre exercício físico

Indicador: % de funcionários que participaram na sessão de educação para a saúde

% de funcionários que ,após o término das intervenções, na resposta ao questionário indicam a prática regular de exercício físico

Nº funcionários participaram na sessão/ Nº total população alvo X100 = 10/63x100= 15,8%

Meta: Até Janeiro de 2018 50% dos funcionários da Câmara deverão ter submetidos a sessões de Educação para a Saúde sobre sinais e sintomas das doenças cardiovasculares

Indicador: % de funcionários que participaram na sessão de educação para a saúde

% de funcionários que, após o término das intervenções, na resposta ao questionário indicam corretamente os sinais/sintomas das doenças cardiovasculares

Nº funcionários participaram na sessão/ Nº total população alvo X100 = 12/63x100= 19%

Avaliação: Relativamente a este objetivo pretende-se que o mesmo seja alcançado após a realização de todas as intervenções, pois será avaliado em junho de 2018 quando for aplicado novamente o questionário. Dado ao tempo cronológico este objetivo apenas pode ser avaliado pela participação nas sessões de Educação para a Saúde. Participaram na sessão sobre alimentação saudável e exercício físico 15,8% da população, respetivamente, e na sessão

sobre sinais e sintomas de doenças cardiovasculares 19%. As sessões foram realizadas em dia útil durante o horário laboral, o que fez com que a adesão fosse mais baixa.

Objetivo:

Reduzir em 10% o sedentarismo dos funcionários da Câmara Municipal de Alvito

Meta: Que até junho de 2018 pelo menos 41,7% dos indivíduos pratiquem exercício físico de forma regular

Indicador: % de funcionários participantes na atividade física

% de funcionários que ,após o término das intervenções, na resposta ao questionário referem praticar exercício físico de forma regular

Nº funcionários que participaram na atividade física programada/ Nº total população alvo
 $X100 = 10/63 \times 100 = 15,8\%$

Avaliação: Como referido anteriormente, este objetivo apenas pode ser avaliado pela participação na caminhada, em que participaram 15,8% da população alvo, situação esta associada às más condições climatéricas. Em junho de 2018, aplicar-se-à novamente o questionário com o intuito de verificar redução em 10% do sedentarismo da população alvo.

Objetivo:

Promover o acesso a consultas numa UCSP aos funcionários da câmara, com médio-alto risco cardiovascular, segundo a tabela SCORE

Meta: Promover a 50% dos funcionários o acesso a consulta numa UCSP

Indicador : % de funcionários encaminhados que realizaram consulta

Nº funcionários que realizou consulta/ Nº total de funcionários encaminhados X100
 $= 15/26 \times 100 = 57,7\%$

Avaliação: Através do indicador estabelecido e meta pré-definida pode-se afirmar que este objetivo foi atingido com sucesso. Foram confirmadas as consultas dos funcionários reencaminhados, através do programa informático SINUS. Foram reencaminhados 26 utentes, dos quais apenas 15 realizou consulta.

6.2 - Avaliação da Implementação do Projeto

Na opinião de Imperatori e Giraldes (1992) a avaliação usa a experiência para melhorar a atividade a desenvolver e permitir uma melhor planificação. A avaliação deve ser feita de forma cuidada e minuciosa para redefinir estratégias e tomar decisões futuras, ou seja, é fundamental para conduzir a conclusões sensatas. A avaliação tem como objetivo melhorar e orientar os recursos, e não apenas identificar os fracassos de um projeto. Permite fazer uma apreciação da forma como o projeto esta a ser conduzido, de forma a que ainda na fase de execução se possam fazer modificações para obter maiores ganhos em saúde.

No planeamento a forma de avaliação mais comum é através de indicadores, pois permitem conhecer a realidade e avaliar os objetivos traçados. Neste projeto foi realizado um diagnóstico de saúde, obtendo-se informação sobre os dados sociodemográficos e condição de saúde dos funcionários da Câmara Municipal de Alvito, sendo fixados posteriormente objetivos tendo em conta as prioridades estabelecidas. Esta caracterização foi de extrema importância pois permitiu desenvolver estratégias e intervenções indo de encontro às necessidades reais da população alvo. Por outro lado, revestiu-se de outra particularidade, na medida em que os próprios funcionários tomaram conhecimento do seu próprio estado de saúde, responsabilizando-os na tomada de decisões no que diz respeito a adopção de estilos de vida saudáveis.

Este projeto permitiu calcular o risco cardiovascular a 66% da população definida, identificar e encaminhar 57,7% dos indivíduos que apresentaram médio-alto risco de vir a desenvolver doenças cardiovasculares e realizar sessões de educação para a saúde com vista à adopção de estilos de vida saudáveis, comportamentos de prevenção de doença e promoção da saúde. No final de cada sessão de educação para a saúde, apesar da baixa adesão, foi realizado

um debate sobre o tema em causa, partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas, demonstrando os presentes uma participação ativa.

6.3 Descrição dos Momentos de Avaliação e Medidas corretivas introduzidas

Todas as atividades programadas foram concretizadas. Todas atividades desenvolvidas no projeto “Prevenção de Doenças Cardiovasculares na População ativa de Alvito” foram avaliadas tendo em conta indicadores de atividade.

Para a avaliação do projeto aplicou-se um questionário com questões abertas (Anexo XII). Posteriormente procedeu-se à análise das respostas recorrendo a uma análise SWOT. Esta avaliação foi realizada através da aplicação do questionário ao diretor clínico, enfermeiros da UCSP de Alvito e Presidente da Câmara Municipal de Alvito, no sentido de identificar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças deste projeto.

Das respostas obtidas, os inquiridos referiram ser um projeto de extrema importância, sentiram-se motivados e envolvidos na execução do mesmo alertando sempre para a problemática em questão. As fraquezas apontadas, de uma forma geral, estão associadas à baixa adesão da população alvo nas atividades, sendo considerado forças neste projeto a sua pertinência. Como oportunidades e sendo um concelho de pequenas dimensões, facilmente se chega a toda a população, devendo este projeto criar estímulos e condições para a sua continuidade e potenciação.

Certamente, ao longo do tempo, outras sugestões a modificações irão surgindo de forma a responder às necessidades da população.

A avaliação em termos de indicadores de resultado será feita no final das intervenções planeadas, em junho de 2018, através da aplicação do questionário utilizado no diagnóstico de situação.

7. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O aumento da esperança média de vida juntamente com as alterações de estilos de vida das pessoas conduzem, mais frequentemente, ao aparecimento de algumas doenças crónicas, nomeadamente diabetes, obesidade, levando estas ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo a primeira linha de contacto com os indivíduos e comunidades, têm uma importante função na promoção, protecção da saúde e prevenção da doença. São os serviços de saúde mais próximos das populações, assumindo um papel de resposta às necessidades das mesmas.

Os cuidados primários, são considerados um conjunto de cuidados personalizados que oferecem cuidados contínuos gerais e coordenados, ou seja, proporcionam cuidados elementares em termos de prevenção, curativos e de reabilitação aos utentes das comunidades, favorecendo a sua saúde e bem estar (Stanhope e Lancaster, 1999).

A gestão do risco cardiovascular, ou seja os fatores de risco que as pessoas possuem, para além de ser responsabilidade prioritariamente individual, é também responsabilidade dos CSP, pois contribuem para a corresponsabilização dos indivíduos no seu processo saúde/doença, como estabelecem a articulação com cuidados diferenciados.

O Sistema Nacional de Saúde promove a existência de Enfermeiros Especialistas, possuindo estes um conhecimento aprofundado e específico em determinada área da Enfermagem, isto é, são dotados de um conjunto de competências clínicas especializadas, que lhes permitem atuar ao nível dos cuidados primários, secundários e terciários (Ordem dos Enfermeiros, 2011). De acordo com a mesma fonte, Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns,

“São as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos enfermeiros, 2011, p.8649)

Nos quatro domínios das competências do Enfermeiro especialista temos:

- **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Esta competência refere-se á prestação de cuidados aos indivíduos, tendo em conta a responsabilidade profissional e o respeito pelos direitos humanos, assentando numa prática promotora de segurança e privacidade do individuo. Neste projeto teve-se em consideração todas as questões éticas, conforme declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, bem como a aprovação das comissões de ética da Universidade de Évora e da ULSBA.

Enquanto enfermeiros especialistas, compete-nos adequar os cuidados aos indivíduos, baseando-nos nas suas necessidades, cultura, hábitos e costumes de forma a prestar cuidados de enfermagem competentes. Para Leininger (1995), a cultura baseia-se em conhecimentos que orientam o pensamento num conjunto de indivíduos, conhecimentos esses que são valores, crenças, costumes e regras de comportamentos. Assim, é necessário os enfermeiros estarem capacitados de habilidades multiculturais.

- **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Esta competência diz respeito à realização de projetos na área da qualidade e respetiva disseminação, bem como à concepção e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Durante o Estágio final houve vários momentos de observação da prática de Enfermagem, tendo em conta a segurança dos indivíduos e comunidades. A melhoria da qualidade, durante o Estágio, envolveu a revisão das práticas relativamente aos resultados, desenvolvendo competências para projetos futuros a implementar na UCSP de Alvito, com vista à melhoria contínua da qualidade.

- **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Esta competência refere-se á gestão dos cuidados com a garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas. O enfermeiro nesta competência deve otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades e orientar e supervisionar as tarefas delegadas (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste projeto criou-se uma matriz de responsabilidades delegando tarefas aos intervenientes, garantindo sempre a qualidade e segurança dos indivíduos.

▪ **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

Esta competência diz respeito à praxis clínica que assenta em conhecimentos sólidos (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Durante o Estágio Final prestámos cuidados de enfermagem assentes em conhecimentos já existentes e adquirimos novos. Procurou-se, de igual forma, fundamentar o projeto realizado com conhecimentos sólidos, científicos e atuais. Por último, houve partilha sobre os conhecimentos adquiridos ao longo do Estágio, incluindo a pertinência da aplicabilidade do projeto “Prevenção de doenças Cardiovasculares na população ativa de Alvito”.

A Saúde Comunitária, sendo uma área de especialização, implica que o enfermeiro tenha uma visão holística da pessoa permitindo-lhe adequar os melhores cuidados perante os problemas identificados.

A enfermagem Comunitária assume um papel fulcral nos CSP, uma vez que os enfermeiros desta área de especialidade são detentores de conhecimento e competências específicas que lhes permite atuar de forma adequada às necessidades sentidas pela população, partindo da multicausalidade dos problemas de saúde. Centra-se na comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, prevenindo a doença e reduzindo as consequências que advêm destas. Assume um papel relevante no que diz respeito ao contexto em que se insere a comunidade, assim como ao desenvolvimento de novos saberes sobre os determinantes de saúde na comunidade. Assim, o enfermeiro deve estar em constante atualização de conhecimentos, procurar o saber mais atual para dar resposta às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades. A prática do enfermeiro de saúde comunitária assenta essencialmente nas atividades de educação para a saúde, prevenção da doença e promoção da saúde.

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é o enfermeiro com capacidade de decisão e julgamento clínico na identificação das necessidades da população, tendo sempre em conta as respostas desta, de acordo com os processos de vida. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública,

“Cada comunidade deverá ter um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública que realize a avaliação do seu estado de saúde, a elaboração de projetos adequados às necessidades detectadas, a implementação de intervenções e a consequente monitorização e avaliação visando a sua capacitação, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4)

Os cuidados de enfermagem comunitária não se devem restringir apenas à prevenção ou resolução da doença, e sim deve-se dar ênfase à promoção da saúde dos indivíduos, sendo fundamental o enfermeiro adquirir competências que contribuam para a construção dos projetos de saúde das comunidades.

Com este Projeto de Intervenção Comunitária foram mobilizadas as seguintes competências específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro de 2011)

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

Para alcançar esta competência tem de se ter em conta alguns critérios:

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

O diagnóstico da situação deve identificar os principais problemas de saúde e suas condicionantes, deve ser claro e sucinto de forma a explicar as causas desses problemas e ser facilmente lido (Imperator e Giraldes, 1992). Após a análise profunda sobre a população em estudo e os seus determinantes de saúde, foi possível identificar os problemas e necessidades da mesma.

- Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade

Na definição de prioridades, selecionam-se os problemas de saúde identificados no diagnóstico a serem resolvidos, através de critérios de diversa ordem (Imperatori e Giraldes, 1992). Em resultado do diagnóstico de saúde e através dos resultados obtidos do perfil de saúde da população alvo utilizou-se critérios para definir as principais prioridades em saúde.

- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas

A fixação de objetivos relaciona-se com a determinação da evolução natural dos problemas, assim como a sua tendência, ou seja, será o resultado desejável do problema. A fixação de objetivos deve ser feita o mais cuidadoso e realista possível, contribuindo para uma correta avaliação dos resultados de um plano. A seleção de estratégias consiste num conjunto de técnicas organizadas com a finalidade de atingir um objetivo (Imperatori e Giraldes, 1992). Neste projeto foram definidos objetivos claros e estratégias coerentes e exequíveis de forma a responder aos objetivos traçados, com a participação de alguns intervenientes. Na escolha das estratégias teve-se em conta alguns aspetos da população alvo, nomeadamente aspetos socioculturais e recursos disponíveis.

- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

A elaboração de programas e projetos tem como finalidade o estudo das atividades necessárias à execução de estratégias para atingir determinados objetivos. Nesta etapa do planeamento deve ter-se em conta as características dos programas, os objetivos operacionais ou metas, e o cálculo de custos e financiamento. Devemos ter presente a responsabilidade dos envolvidos, a definição de cronogramas e calendarização que constituem o projeto. Esta fase é fulcral para o êxito do projeto (Imperatori e Giraldes, 1992). Foi possível planear e implementar intervenções de acordo com os problemas de saúde identificados no diagnóstico de saúde, otimizando recursos de acordo com as diferentes atividades programadas para o presente projeto.

- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde e Imperatori e Giraldes (1992, p.173) referem que a mesma consiste em “comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. Neste projeto foi possível monitorizar as intervenções desenvolvidas através de indicadores de atividade.

- **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania

A população alvo deste projeto é uma população com características próprias e para responder às necessidades identificadas da mesma foi necessário estabelecer parcerias com outras instituições, mobilizar parceiros, com o objetivo de responder aos problemas identificados. O processo de capacitação de grupos e comunidades refere-se ao empoderamento ou empowerment das populações, que tem como finalidade dar ao indivíduo a capacidade de se auto-responsabilizar no controlo da sua própria saúde.

- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.

De acordo com o diagnóstico definido foi elaborado um plano de intervenção para a população alvo do projeto, sendo este plano anual e atuando na prevenção de doenças cardiovasculares e promoção de estilos de vida saudáveis. Para que o projeto seja executado com maior riqueza é necessário a envolvimento de várias disciplinas, ou seja, quanto mais rico for o conhecimento do enfermeiro melhor a sua atuação junto da população. Assim, é necessário o conhecimento de várias disciplinas para que todas as atividades adequadas à população se possam traduzir em ganhos em saúde.

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

- Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde.

O presente projeto teve por base o Programa Nacional Para As Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DGS, 2017) que defende que se deve promover uma atuação organizada que não só evite estas doenças como diminua os graves problemas a elas associados e prolongue a vida. Este programa tem como missão reduzir o risco cardiovascular, controlando os fatores de risco modificáveis, garantindo terapêutica adequada e melhorar o desempenho na emergência hospitalar.

De acordo com o Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto de 2013, do Ministério da Educação, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre pode ser conferido numa determinada especialidade a quem souber aplicar conhecimentos de compreensão e resolução de problemas em vários contextos; a quem tiver capacidade para integrar conhecimentos, deparar-se com questões complexas e desenvolver soluções; a quem seja capaz de transmitir as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios; a quem possuir competências que lhe permita aprender ao longo da vida, de forma orientada ou autónoma.

Durante o Estágio Final, todas as atividades e estratégias desenvolvidas contribuíram para aquisição de competências de mestre, considerando-se as mesmas atingidas, sendo elas (Ministério da Educação e Ciência,2013):

- **Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;**

O Estágio final foi desenvolvido com base no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, como referido ao longo do relatório, participando o enfermeiro na avaliação multicausal e tomada de decisão nos principais problemas de saúde pública enfatizando o empowerment das populações. A aquisição de competências clínicas de conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem na área especializada de enfermagem comunitária e saúde pública permitiu atingir a primeira competência de mestre.

- **Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;**

A implementação deste projeto conduziu à aquisição da segunda competência de mestre, na medida em que contribuiu para o desenvolvimento da investigação de um tema específico e particular que são a prevenção de doenças cardiovasculares, e que afeta milhares de pessoas, permitindo prestar cuidados de saúde eficazes a uma população específica com determinadas necessidades. Para disseminar o conhecimento tendo por base a evidência científica, foi elaborado um artigo para ser submetido a publicação, sobre esta problemática, de forma a contribuir para a divulgação do projeto. Os resultados obtidos poderiam ter sido melhores se a taxa de adesão da população alvo fosse maior, no entanto, espera-se que este projeto seja motivador para que outros profissionais lhe dêem continuidade.

- **Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;**

Na nossa prática procuramos otimizar da melhor forma os recursos e materiais disponíveis, mobilizar a nossa energia e conhecimento para promover cuidados com qualidade. Contudo, dada a complexidade das situações, e neste caso, o facto de se trabalhar com uma população difícil de aderir às atividades que foram desenvolvidas, tomaram-se decisões de quais as melhores estratégias a utilizar para reverter esta situação, tendo por base o respeito, interesse, valores e crenças da mesma. Mudar estilos de vida é extremamente complexo, levando este projeto a uma reflexão profunda sobre as implicações e responsabilidades éticas, profissionais e sociais inerentes ao enfermeiro especialista.

- **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;**

Durante o nosso percurso pessoal procuramos saber mais, atualizamo-nos, e a busca constante de adquirir novos conhecimentos é imensa. A formação é um pilar importante na construção do saber para os enfermeiros, com o objetivo de desenvolver autonomamente os conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Esta competência tem vindo a ser desenvolvida desde o início do exercício profissional e durante o curso de Mestrado intensificou-se pela procura de conhecimento e evidência científica recente. O título de mestre acarreta por si só aumento de responsabilidades profissionais e a busca incessante pela excelência de cuidados será um objetivo sempre presente no nosso exercício profissional.

- **Participa de forma proativa em equipas e em projetos em contextos multidisciplinares e intersectoriais;**

A elaboração e implementação do projeto “Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa de Alvito” demonstra como esta competência foi alcançada, pela participação proactiva que se teve no mesmo. Este projeto é reflexo de uma atitude de participação, vontade e disponibilidade em contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem em diferentes contextos multidisciplinares, visando a promoção da saúde das populações.

- **Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;**

A aquisição desta competência foi alcançada pelas competências adquiridas na área da enfermagem comunitária e de saúde pública e pelos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

- **Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.**

Por fim, na última competência de mestre, o processo de desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e das competências comuns do enfermeiro especialista contribuíram para atingir esta competência.

O decorrer do tempo e as alterações da sociedade em que vivemos conduzem ao aumento de complexidade de atuação dos profissionais de saúde. Perante esta situação, os enfermeiros são obrigados a desenvolver um conhecimento contínuo, com qualificações que

lhes permitam atuar de forma eficaz e segura, dando resposta às necessidades de saúde das populações.

De acordo com Regulamento n.º128 publicado em Diário da República em 18 de Fevereiro de 2011, a enfermagem comunitária e de saúde pública centra-se na comunidade, tendo os cuidados de saúde primários um papel fulcral na resolução de problemas, favorecendo uma sociedade saudável. O enfermeiro especialista, por sua vez, atua no desenvolvimento de programas e projetos de forma a capacitar e fortalecer o empowerment da população, promovendo e assegurando cuidados de saúde eficazes a toda a população, tendo em conta as condições socioeconómicas, diferenças étnicas e linguísticas da mesma. Colabora e participa também em atividades de educação para a saúde, coordena, gere e avalia os cuidados prestados, assim como as necessidades da população, articulando-se com outros profissionais de saúde e parcerias.

Durante o Estágio Final foram mobilizadas e adquiridas competências inerentes ao enfermeiro especialista (OE, 2010), ao enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011) ao grau de mestre.

A implementação do projeto “Prevenção de Doenças Cardiovasculares na população ativa de Alvito permitiu avaliar o estado de saúde de uma comunidade, elaborando o diagnóstico de saúde, permitindo este um conhecimento mais aprofundado sobre as reais necessidades da população alvo relativamente às doenças cardiovasculares. Foram estabelecidas prioridades, objetivos e estratégias de acordo com o diagnóstico realizado. Foram reunidos, igualmente, todos os recursos possíveis necessários à concretização das intervenções para ir de encontro às necessidades da população alvo. A avaliação é de extrema importância durante o decorrer do projeto como no final, pois permite introduzir medidas corretivas de forma a compreender melhor a realidade e a potenciar os ganhos em saúde.

Este projeto está inserido no Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020) que tem como visão maximizar os ganhos em saúde da população através de esforços de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso a qualidade, políticas saudáveis e cidadania (Plano Nacional de Saúde, 2015).

Terminamos com grande satisfação a análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas, pelo trabalho desenvolvido e pelo desenvolvimento de cuidados especializados, projetando a nossa profissão ao mais alto nível de excelência, quer nos cuidados prestados, quer nas relações interpessoais e de ajuda, quer no pensamento crítico.

Consideram-se todas as competências adquiridas, tendo-se conseguido alcançar as mesmas através dos conhecimentos da formação académica, profissional e obviamente da prática clínica.

8. CONCLUSÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade da sociedade atual. São igualmente responsáveis por situações de incapacidade, perda de qualidade de vida, tendo grande expressão no consumo de serviços de saúde, medicação e dias de internamento. Estas doenças estão diretamente relacionadas com estilos de vida, constituindo as mesmas uma questão fundamental na génese da saúde individual e coletiva.

São consideradas um grave problema de saúde pública não só pela sua natureza multidimensional mas também pelas graves consequências para o cidadão, sociedade e sistema de saúde. Assim, deve-se promover uma atuação planeada que evite ou previna estas doenças, bem como reduza as incapacidades e prolongue a vida. Estas doenças são uma área de intervenção prioritária, devendo-se monitorizar os indicadores corretos que avaliem o seu impacto, usar adequadamente os recursos associados às mesmas e desenvolver programas de prevenção, tratamento e reabilitação (Programa Nacional Para As Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2017).

A realização deste projeto foi de extrema importância, pois permitiu um contacto próximo com a comunidade, avaliando as reais necessidades da mesma. Para além deste contato próximo, pôde-se adquirir conhecimentos, consolidar e refletir sobre a importância do enfermeiro na comunidade.

O presente projeto incidiu sobre o risco cardiovascular da população da Câmara Municipal de Alvito, tendo em consideração o facto das doenças cardiovasculares representarem um problema de grande dimensão a todos os níveis.

Dos resultados obtidos, constatou-se que esta população para além de não apresentar hábitos alimentares saudáveis, é uma população sedentária, com défice de conhecimentos relativamente aos sinais e sintomas de AVC e EAM.

Com a realização deste projeto foi possível calcular o risco cardiovascular presente na população estudada e encaminhar para consulta aqueles que apresentaram médio-alto risco

cardiovascular. Todas as intervenções realizadas tiveram por base a prevenção de doenças cardiovasculares e controlo de fatores de risco, conduzindo a uma melhor saúde da população.

De salientar a importância do trabalho em equipa, de estabelecer parcerias, pois o saber das várias partes envolvidas é uma mais valia para a execução com êxito de um projeto.

A realização do mesmo permitiu mobilizar conhecimentos teóricos e práticos, tendo em conta a metodologia do Planeamento em Saúde. Elaborou-se um plano, definindo as prioridades, objetivos, seleção de estratégias e por último a preparação da execução, com base nas necessidades identificadas na população alvo, ao qual se deu resposta.

Existem evidências internacionais que comprovam a importância do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública na saúde da população. De acordo com a American Public Health Association (1981) citada em Stanhope e Lancaster (1999) a enfermagem de saúde pública resume o conhecimento das ciências da saúde pública e das teorias de enfermagem, tendo como principal objetivo melhorar a saúde da comunidade.

Apesar da saúde ser um conceito subjetivo, prevê-se nos dias de hoje que a população tenha à sua disposição recursos que lhe permita desenvolver um percurso de vida pessoal e coletivo em direção ao bem estar físico, psíquico e social (Simões, Nogueira, Lopes, Santos, e Peres, 2011).

A promoção da saúde surge como elemento fulcral na mudança de estilos de vida, assentando a mesma em duas vertentes, a primeira referente aos comportamentos do dia a dia e o outro às circunstâncias em que se vive. Permite olhar para a pessoa de forma holística, não devendo a mesma ser vista apenas como a prevenção de doenças. A mudança de estilos de vida não é fácil, contudo cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública capacitar os indivíduos a se auto-responsabilizarem nos seus projetos de saúde, promovendo a autonomia e empowerment dos mesmos.

Pensamos ter adquirido as competências de enfermeiro especialista e grau de mestre com sucesso. Tendo sido este estágio exigente e ambicioso pensamos ter alcançado os objetivos propostos, contornando as dificuldades da melhor maneira possível.

Por último, e não menos importante do que foi referido atrás, fica o desejo deste projeto ser implementado noutras populações.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2014). *Dieta Mediterrânica*. E-book N.º34 ISBN: 978-989-8631-15-2. Disponível em

http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo (2011). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Évora

Aguiar, C. (2012). VIVA – Estudo epidemiológico de Avaliação de risco Cardiovascular em Portugal. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/SPCARDIOLOGIA.pdf>

Brito, I. (2007). Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endémica.(Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Porto

Capucho, S. (2013). Prevenção das doenças cardiovasculares na população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. (Relatório de Estágio não publicado). Universidade de Évora. Relatório de estágio. Évora.

Costa, M.; Lopez, E. (1996). *Educacion para La salud*. Madrid: Pirámide, p.25-86.

Decreto-Lei n.º 115/13 de 7 de Agosto do Ministério da Educação e Ciência. Diário da República: I série, n.º 151 (2013), acedido a 10 de Fevereiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

DGS (2003). Documentos e Publicações. Carta de Ottawa. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/publicacoes/documentos-dgs.aspx?cachecontrol=1521922674195>

Ferreira, R. (2015). *Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares Em Números – 2015*. DGS.

Ferreira, R., Macedo, M., & Vaz, C. (2014). *Processo Assistencial Integrado Do Risco Vascular No Adulto*. Lisboa.

- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de Investigação- da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*1, 1–3. Disponível em www.dgs.pt
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1992). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.) (3ª edição). Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Anuário Estatístico da Região Alentejo 2015, 389.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Causas de morte - 2015, 8.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research e Pratices*. New Work: McGraw-Hill, Inc., 2ª ed
- Macário, T. D. S. (2012). Risco Cardiovascular em Pessoas Assintomáticas. Relatório de Estágio. Instituto Politécnico de Viseu.
- Magalhães, S.C.P. (2008). *Avaliação do efeito dum Programa de Reabilitação Cardíaca nos Principais Fatores de Risco Cardiovascular*. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7164/2/AvaliaoEfeitoPRCFRCVSONIA.pdf>
- Ministério da Saúde (2005). *Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa
- Ministério da Saúde (2017). *Direção Geral da Saúde. Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa
- Ministério da Saúde (2011). *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa. Direção Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2013). Direção Geral de Saúde. *Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)* . Lisboa.
- Ministério da Saúde (2013). *Direção Geral da Saúde. Avaliação Antropométrica no Adulto* . Lisboa

Ministério da Saúde (2017). *Direção Geral da Saúde. Programa Nacional Para a Diabetes.*

Lisboa

Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020.* Lisboa.

OMS (2016). Novo Relatório Sobre Doenças Cardiovasculares. *JORNAL SAÚDE GLOBAL.*

Disponível em: <https://jsaudeglobal.wordpress.com/2016/06/07/oms-novo-relatorio-sobre-doencas-cardiovasculares-dcvs/>

Ordem dos enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem, 1-16. Consultado em:

www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pgceecomunitsaudepublica.pdf

Perdigão, C., Rocha, E., Duarte, J., Santos, A., & Macedo, A. (2011). Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA[33]. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30 Abril.

Disponível em <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>

Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2015). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde.* Direção Geral de Saúde.

Queirós, P. de S., Costa, D. de M. ;, Silva e Souza, Adénia Custódia; Chaveiro, L. G., Silva, A. L. A. ;, Silva, D. A., & Silva, Carolina Dias de Araújo; Calpiñeiro, N. E. N. (2010).

Planejamento Unidade Saúde Da Família - Região Leste De Goiânia. *Revista de Salud Pública*, XIV, 15–23. Disponível em http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_05_art2_pp15_23.pdf

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª Série, N.º 35 (2011). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.a Série, N.º 35 (2011). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Silva, A.O. (2008). *Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal*. Estudo PAP., *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26: 21-39.

Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N., & Peres, S. (2011). Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeducaçãoparaaSaude.aspx>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *ENFERMAGEM COMUNITÁRIA Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (Lusociência, Ed.) (4ª edição).

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde

Sites consultados:

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (s.d) Disponível em <http://www.spc.pt/spc/>

APDP. (s.d) Disponível em www.apdp.pt/

Fundação Portuguesa de Cardiologia (s.d) Disponível em www.fpcardiologia.pt/

Sociedade Portuguesa de hipertensão (s.d) Disponível em www.sphta.org.pt/

Instituto Nacional de Estatística (s.d) Disponível em <https://www.ine.pt>

ANEXOS

ANEXO I

Resultados do diagnóstico de saúde

GRUPO ETÁRIO	Frequência	%
21-30 ANOS	3	4,8
31-40 ANOS	20	31,7
41-50 ANOS	18	28,6
51-60 ANOS	19	30,2
61-64 ANOS	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 1- Distribuição da população por grupo etário

SEXO	Frequência	%
MASCULINO	27	42,9
FEMININO	36	57,1
Total	63	100,0

Tabela 2- Distribuição da população por sexo

GRUPO ETÁRIO	SEXO		Total
	MASCULINO	FEMININO	
21-30 ANOS	1	2	3
31-40 ANOS	4	16	20
41-50 ANOS	11	7	18
51-60 ANOS	9	10	19
61-64 ANOS	2	1	3
Total	27	36	63

Tabela 3- Distribuição da população por sexo e grupo etário

NÍVEL EDUCACIONAL	Frequência	%
SÓ SABE LER E ESCREVER	1	1,6
1º CICLO	4	6,3
2º CICLO	5	7,9
3º CICLO	10	15,9
ENSINO SECUNDÁRIO	31	49,2
ENSINO SUPERIOR	11	17,5
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 4- Distribuição da população por nível educacional

PROFISSÃO	Frequência	%
ASSISTENTE TÉCNICO	21	33,3
JARDINEIRO	2	3,2
TÉCNICO SUPERIOR	7	11,1
MOTORISTA	3	4,8
CALCETEIRO	2	3,2
ASSISTENTE OPERACIONAL	14	22,2
AUXILIAR DE ACÇÃO EDUCATIVA	7	11,1
PINTOR	1	1,6
CANALIZADOR	1	1,6
SERRALHEIRO	1	1,6
NÃO RESPONDEU	4	6,3
Total	63	100,0

Tabela 5- Distribuição da população por profissão

ESTADO CIVIL	Frequência	%
SOLTEIRO	13	20,6
CASADO/UNIÃO DE FACTO	42	66,7
SEPARADO/DIVORCIADO	5	7,9
VIÚVO	2	3,2
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 6- Distribuição da população por estado civil

IMC PADRÃO	Frequência	%
MENOR QUE 18,5 - BAIXO PESO	1	1,6
18,5 A 24,9 - PESO NORMAL	26	41,3
25 A 29,9 - PRÉ-OBESIDADE	25	39,7
30 A 34,9 OBESIDADE GRAU I	8	12,7
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 7- Distribuição da população por IMC Padrão

PERIMETRO ABDOMINAL PADRÃO	Frequência	%
NORMAL - MENOR QUE 94 H	7	11,1
NORMAL - MENOR QUE 80 M	5	7,9
RISCO AUMENTADO > 94 H	6	9,5
RISCO AUMENTADO >80 M	8	12,7
RISCO MUITO AUMENTADO > 102 H	4	6,3
RISCO MUITO AUMENTADO > 88 M	4	6,3
NÃO RESPONDE	29	46,0
Total	63	100,0

Tabela 8- Distribuição da população por perímetro abdominal padrão

M- Mulher

H- Homem

INGESTÃO DE FRUTA	Frequência	%
2 A 3 VEZES DIA	32	50,8
1 VEZ DIA	20	31,7
4 A 5 VEZES SEMANA	5	7,9
2 A 3 VEZES POR SEMANA	4	6,3
NÃO RESPONDE	2	3,2
Total	63	100,0

Tabela 9- Distribuição da população por ingestão de fruta

INGESTÃO DE VEGETAIS	Frequência	%
2 A 3 VEZES POR DIA	14	22,2
1 VEZ POR DIA	17	27,0
4 A 5 VEZES POR SEMANA	9	14,3
2 A 3 VEZES POR SEMANA	18	28,6
1 VEZ POR SEMANA	2	3,2
NUNCA	1	1,6
NÃO RESPONDE	2	3,2
Total	63	100,0

Tabela 10- Distribuição da população por ingestão de vegetais

INGESTÃO DE CARNE	Frequência	%
1 VEZ POR DIA	9	14,3
2 A 3 VEZES POR DIA	7	11,1
4 A 5 VEZES POR SEMANA	12	19,0
2 A 3 VEZES POR SEMANA	26	41,3
1 VEZ POR SEMANA	7	11,1
NÃO RESPONDE	2	3,2
Total	63	100,0

Tabela 11- Distribuição da população por ingestão de carne

INGESTÃO DE PEIXE	Frequência	%
1 VEZ POR DIA	6	9,5
2 A 3 VEZES POR DIA	5	7,9
4 A 5 VEZES POR SEMANA	7	11,1
2 A 3 VEZES POR SEMANA	26	41,3
1 VEZ POR SEMANA	15	23,8
NUNCA	1	1,6
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 12- Distribuição da população por ingestão de peixe

INGESTÃO QUEIJO/LEITE/IOGURTE	Frequência	%
1 VEZ POR DIA	21	33,3
2 A 3 VEZES POR DIA	18	28,6
4 A 5 VEZES POR SEMANA	13	20,6
2 A 3 VEZES POR SEMANA	5	7,9
1 VEZ POR SEMANA	3	4,8
NUNCA	2	3,2
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 13- Distribuição da população por ingestão de queijo/leite/iogurtes

INGESTÃO PÃO/CEREAIS	Frequência	%
1 VEZ POR DIA	20	31,7
2 A 3 VEZES POR DIA	30	47,6
4 A 5 VEZES POR SEMANA	8	12,7
2 A 3 VEZES POR SEMANA	3	4,8
NÃO RESPONDE	2	3,2
Total	63	100,0

Tabela 14- Distribuição da população por ingestão de pão/cereais

INGESTÃO GORDURAS/FRITOS	Frequência	%
1 VEZ POR DIA	3	4,8
2 A 3 VEZES POR DIA	2	3,2
4 A 5 VEZES POR SEMANA	2	3,2
2 A 3 VEZES POR SEMANA	12	19,0
1 VEZ POR SEMANA	32	50,8
NUNCA	9	14,3
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 15- Distribuição da população por ingestão de gorduras/fritos

INGESTÃO DOCES/BOLACHAS	Frequência	%
1 VEZ POR DIA	12	19,0
2 A 3 VEZES POR DIA	4	6,3
4 A 5 VEZES POR SEMANA	4	6,3
2 A 3 VEZES POR SEMANA	17	27,0
1 VEZ POR SEMANA	19	30,2
NUNCA	3	4,8
NÃO RESPONDE	4	6,3
Total	63	100,0

Tabela 16- Distribuição da população por ingestão de doces/bolachas

ÁGUA INGERIDA	Frequência	%
MENOS DE MEIO LITRO	5	7,9
MEIO LITRO	9	14,3
UM LITRO	29	46,0
LITRO E MEIO	13	20,6
MAIS DE UM LITRO E MEIO	7	11,1
Total	63	100,0

Tabela 17- Quantidade de água ingerida

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	Frequência	%
NUNCA	12	19,0
RARAMENTE	25	39,7
UMA VEZ POR MÊS OU MENOS	1	1,6
2 A 4 VEZES POR MÊS	4	6,3
1 VEZ POR SEMANA	6	9,5
2 A 3 VEZES POR SEMANA	6	9,5
4 OU MAIS VEZES POR SEMANA	8	12,7
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 18- Frequência do consumo de bebidas alcoólicas pela população

QUANTIDADE DE ÁLCOOL INGERIDO	Frequência	%
1 COPO/dia	9	14,3
2 COPOS/dia	3	4,8
3 OU MAIS COPOS/dia	9	14,3
NÃO RESPONDE	42	66,7
Total	63	100,0

Tabela 19- Quantidade de álcool ingerida pela população

REFEIÇÕES DIARIAS	Frequência	%
PEQUENO ALMOÇO, ALMOÇO E JANTAR	18	28,6
PEQUENO ALMOÇO, ALMOÇO, LANCHE E JANTAR	13	20,6
ALMOÇO	1	1,6
PEQUENO ALMOÇO, LANCHE, ALMOÇO, LANCHE E JANTAR	21	33,3
PEQUENO ALMOÇO, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR E CEIA	2	3,2
PEQUENO ALMOÇO, LANCHE, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR E CEIA	7	11,1
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 20- Refeições diárias da população

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	Frequência	%
SEMPRE	8	12,7
NA MAIORIA DAS VEZES	38	60,3
ÀS VEZES	16	25,4
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 21- Alimentação saudável da população

FREQUÊNCIA DE EXERCÍCIO FÍSICO	Frequência	%
DIARIAMENTE	7	11,1
3 A 4 VEZES POR SEMANA	13	20,6
4 A 5 VEZES POR MÊS	8	12,7
RARAMENTE	27	42,9
NUNCA	7	11,1
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 22- Prática de exercício físico da população

CAMINHA OU PEDALA DIARIAMENTE	Frequência	%
SEMPRE	19	30,2
NA MAIORIA DAS VEZES	7	11,1
ÀS VEZES	7	11,1
RARAMENTE	13	20,6
NUNCA	14	22,2
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 23- Prática de caminhada ou pedalada diariamente da população

ALGUMA VEZ FUMOU	Frequência	%
SIM	29	46,0
NÃO	31	49,2
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 24- Hábitos tabágicos da população (se o indivíduo alguma vez fumou)

FUMA ATUALMENTE	Frequência	%
SIM	14	22,2
NÃO	46	73,0
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 25- Hábitos tabágicos da população (se o indivíduo fuma atualmente)

FREQUÊNCIA COM QUE FUMA	Frequência	%
DIARIAMENTE	12	19,0
2 A 3 VEZES POR SEMANA	2	3,2
NÃO RESPONDE	49	77,8
Total	63	100,0

Tabela 26- Frequência dos hábitos tabágicos da população

QUANTIDADE DE CIGARROS POR DIA	Frequência	%
1 A 2 CIGARROS	3	4,8
3 A 5 CIGARROS	3	4,8
6 A 9 CIGARROS	1	1,6
10 A 20 CIGARROS	3	4,8
MAIS DE 20 CIGARROS	4	6,3
NÃO RESPONDE	49	77,8
Total	63	100,0

Tabela 27- Quantidade de cigarros que fuma diariamente

PROCURA CUIDADOS DE SAÚDE NO ULTIMO ANO	Frequência	%
SIM	51	81,0
NÃO	10	15,9
NÃO RESPONDE	2	3,2
Total	63	100,0

Tabela 28- Procura dos cuidados de saúde da população

TIPO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	FREQUÊNCIA	%
ROTINA	42	82,4
URGÊNCIA	9	17,6
TOTAL	51	100

Tabela 29- Tipo de procura dos cuidados de saúde

RAZÃO PELA NÃO UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	FREQUÊNCIA	%
NÃO FOI NECESSÁRIO	9	90
RECORRI A CONSULTAS DE ESPECIALIDADE	1	10
TOTAL	10	100,0

Tabela 30- Motivo da não utilização dos cuidados de saúde pela população

JÁ TEVE DOENÇAS CARDIOVASCULARES	Frequência	%
NÃO	62	98,4
NÃO RESPONDE	1	1,6
Total	63	100,0

Tabela 31- Frequência de doenças cardiovasculares na população

SINTOMAS DO EAM	FREQUÊNCIA	%
NAO RESPONDE	43	68,3
DOR NO PEITO E BRAÇO DORMENTE	5	7,9
BRAÇO DORMENTE	2	3,2
DOR NO PEITO E MÁ DISPOSIÇÃO	5	7,9
DOR NO PEITO, CANSAÇO E DOR NO BRAÇO	2	3,2
DOR NO PEITO	6	9,5
TOTAL	63	100,0

Tabela 32- Sintomas do EAM descritos pela população

SINTOMAS DO AVC	Frequência	%
DOR DE CABEÇA FORTE	3	4,8
BRAÇO DORMENTE	1	1,6
BOCA AO LADO	3	4,8
DOR DE CABECA E BRAÇO DORMENTE	5	7,9
DORMÊNCIA, FALA ARRASTADA	6	9,5
DOR DE CABEÇA, NAUSEAS E VÔMITOS	2	3,2
NAO RESPONDE	43	68,3
Total	63	100,0

Tabela 33- Sintomas do AVC descritos pela população

TEM DIAGNOSTICADO HTA	Frequência	%
SIM	8	12,7
NÃO	48	76,2
NÃO RESPONDE	7	11,1
Total	63	100,0

Tabela 34- Diagnóstico de HTA na população

TEM DIAGNOSTICADO DIABETES	Frequência	%
SIM	4	6,3
NÃO	53	84,1
NÃO RESPONDE	6	9,5
Total	63	100,0

Tabela 35- Diagnóstico de diabetes na população

TEM DIAGNOSTICADO HIPERCOLESTEROLÉMIA	Frequência	%
SIM	15	23,8
NÃO	42	66,7
NÃO RESPONDE	6	9,5
Total	63	100,0

Tabela 36- Diagnóstico de hipercolesterolemia na população

TEM DIAGNOSTICADO OBESIDADE	Frequência	%
SIM	2	3,2
NÃO	55	87,3
NÃO RESPONDE	6	9,5
Total	63	100,0

Tabela 37- Diagnóstico de obesidade na população

PADRÃO TA SISTÓLICA	Frequência	%
ÓTIMA <120	13	20,6
T.A. Normal 120 - 129	17	27,0
T.A. NORMAL ALTA 130 - 139	13	20,6
HIPERTENSÃO GRAU 1 140 – 159	6	9,5
HIPERTENSÃO GRAU 2 160 - 179	2	3,2
NÃO RESPONDE	12	19,0
Total	63	100,0

Tabela 38- Valor padrão da TA sistólica apresentado pela população

mmHg- milímetro de mercúrio

	Frequência	%
ÓTIMA <80	22	34,9
T.A. NORMAL 80-84	15	23,8
T.A. NORMAL ALTA 85 - 89	4	6,3
HIPERTENSÃO GRAU 1 90 – 99	9	14,3
HIPERTENSÃO GRAU 2 100 – 109	1	1,6
NÃO RESPONDE	12	19,0
Total	63	100,0

Tabela 39- Valor padrão da TA diastólica apresentado pela população

PADRÃO COLESTEROL	Frequência	%
MENOR OU IGUAL A 190 mg/dl (NORMAL)	19	30,2
MAIOR QUE 191 mg/dl (ELEVADO)	19	30,2
NÃO RESPONDE	25	39,7
Total	63	100,0

Tabela 40- Valor padrão do colesterol apresentado pela população

mg/dl- miligramas por decilitro

VALOR PADRÃO GLICÊMIA	Frequência	%
NORMAL EM JEJUM, 70-100 mg/dl	1	1,6
NORMAL PÓS PRANDIAL, 70-140 mg/dl	32	50,8
SUPERIOR OU IGUAL A 140 mg/dl	2	3,2
INFERIOR A 70 mg/dl	2	3,2
NÃO RESPONDE	26	41,3
Total	63	100,0

Tabela 41- Valor padrão da glicémia apresentado pela população

mg/dl- miligramas por decilitro de sangue

FAMILIARES COM FATORES DE RISCOS CARDIOVASCULARES	Frequência	%
NÃO	19	30,2
SIM- AVÓS, TIOS OU PRIMOS	6	9,5
SIM - PAIS, IRMÃOS OU FILHOS	30	47,6
NÃO RESPONDE	8	12,7
Total	63	100,0

Tabela 42- Antecedentes familiares da população

VIDA SAUDAVEL COM INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Frequência	%
SIM	45	71,4
NÃO	13	20,6
NÃO RESPONDE	5	7,9
Total	63	100,0

Tabela 43- Necessidade de intervenção dos profissionais de saúde junto da população

TABAGISMO	Frequência	%
SIM	6	9,5
NÃO	44	69,8
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 44- Tema tabagismo

DIABETES	Frequência	%
SIM	12	19,0
NÃO	38	60,3
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 45- Tema diabetes

HIPERTENSÃO	Frequência	%
SIM	18	28,6
NÃO	32	50,8
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 46- Tema hipertensão

HIPERCOLESTEROLEMIA	Frequência	%
SIM	17	27,0
NÃO	33	52,4
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 47- Tema hipercolesterolemia

SINTOMAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	Frequência	%
SIM	20	31,7
NÃO	29	46,0
NÃO RESPONDE	14	22,2
Total	63	100,0

Tabela 48- Tema sintomas das doenças cardiovasculares

OUTRO	Frequência	%
ARRITMIAS	4	6,3
NÃO	46	73,0
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 49- Outros temas a tratar

SESSÃO DE ESCLARECIMENTO	Frequência	%
SIM	28	44,4
NÃO	21	33,3
NÃO RESPONDE	14	22,2
Total	63	100,0

Tabela 50- Intervenção através de sessão de esclarecimento

RASTREIOS	Frequência	%
SIM	27	42,9
NÃO	23	36,5
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 51- Intervenção através de rastreios

CAMINHADAS	Frequência	%
SIM	14	22,2
NÃO	36	57,1
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 52- Intervenção através de caminhadas

FOLHETOS	Frequência	%
SIM	6	9,5
NÃO	44	69,8
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 53- Intervenção através de folhetos

OUTROS	Frequência	%
SIM	1	1,6
NÃO	49	77,8
NÃO RESPONDE	13	20,6
Total	63	100,0

Tabela 54- Outras intervenções

RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
< 1% (RISCO BAIXO)	16	25,4
1% (RISCO MODERADO)	14	22,2
2% (RISCO MODERADO)	4	6,3
3 A 4% (RISCO MODERADO)	2	3,2
5 A 9% (RISCO ALTO)	4	6,3
10 A 14% (RISCO MUITO ALTO)	2	3,2
NÃO RESPONDE	21	33,3
Total	63	100,0

Tabela 55- Percentagem do risco cardiovascular da população segundo a tabela SCORE

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
RISCO MÉDIO	26	41,3
RISCO BAIXO ACRESCIDO	16	25,4
RISCO MODERADO ACRESCIDO	5	7,9
RISCO ALTO ACRESCIDO	3	4,8
RISCO MUITO ALTO ACRESCIDO	1	1,6
NÃO RESPONDE	12	19,0
Total	63	100,0

Tabela 56- Cálculo do risco cardiovascular segundo a tabela de estratificação do risco

								Total
GRUPO ETÁRIO		< 1% (RISCO BAIXO)	1% (RISCO MODERADO)	2% (RISCO MODERADO)	3 A 4% (RISCO MODERADO)	5 A 9% (RISCO ALTO)	10 A 14% (RISCO MUITO ALTO)	
	21-30 ANOS	0	1	0	0	0	0	1
	31-40 ANOS	4	5	1	0	0	0	10
	41-50 ANOS	10	0	0	1	2	0	13
	51-60 ANOS	2	7	2	1	2	2	16
	61-64 ANOS	0	1	1	0	0	0	2
Total		16	14	4	2	4	2	42

Tabela 57 – Distribuição do risco cardiovascular por grupo etário

		< 1% RISCO BAIXO	1% -RISCO MODERADO	2% RISCO MODERADO	3 A 4% RISCO MODERADO	5 A 9% RISCO ALTO	10 A 14% RISCO MUITO ALTO	
SEXO	MASCULINO	4	2	3	2	3	2	16
	FEMININO	12	12	1	0	1	0	26
Total		16	14	4	2	4	2	42

Tabela 58 – Distribuição do risco cardiovascular da população por sexo

ANEXO II
Questionário

Questionário

Sr. Utente

Nº

O meu nome é Maria Salomé Fragoso Branquinho, sou enfermeira na ULSBA, Hospital José Joaquim Fernandes, Serviço de Medicina 1 e estou a desenvolver um projeto no curso de Mestrado em Enfermagem.

Este questionário tem como finalidade a recolha de informação sobre os estilos de vida, hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos, para diagnóstico de situação, da população ativa de Alvito.

Venho por este meio pedir a sua colaboração para responder a este questionário, de forma clara e objetiva, sendo os dados dos mesmo tratados e analisados posteriormente. O presente questionário é confidencial. Peço a identificação para calculo do risco cardiovascular e encaminhamento, se necessário.

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

Fui informado (a) da finalidade e âmbito do estudo e aceito participar no mesmo

Leia atentamente e coloque um X na resposta que mais concordar

Obrigada pela colaboração
Salomé Branquinho

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 III

Autorização de aplicação de questionário

Excelentíssimo Sr. Presidente

da Câmara Municipal de Alvito

O meu nome é Maria Salomé Fragoso Branquinho, sou enfermeira e encontro-me a desempenhar funções na ULSBA- Hospital José Joaquim Fernandes, serviço de Medicina 1 e estou a desenvolver um projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com a finalidade de avaliar o risco para as doenças cardiovasculares na população ativa de Alvito.

Peço o consentimento de vossa excelência para aplicar um questionário aos funcionários desta entidade, para recolher informação sobre os estilos de vida, hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no nosso país. Estas, estão associadas a estilos de vida inapropriados e a fatores de risco modificáveis. O controlo de fatores de risco é a melhor forma de prevenção destas doenças.

Agradeço a sua resposta com brevidade

Alvito, 10 de maio de 2017

Atenciosamente

Salomé Branquinho

RE: Pedido de autorização de inquérito

Exma. Senhora Maria Salomé,

Encarrega-me o senhor Presidente da Câmara, Dr. António Valério para informar V. Exa. que o seu pedido foi autorizado.

Sempre ao dispor.

Com os melhores cumprimentos,

Lucília Piteira
Secretária do Gabinete de Apoio ao Presidente
e-mail: lucilia.piteira@cm-alvito.pt



Pedido de autorização de questionário

Susana Castor <susanacastor@hotmail.com>

seg 15-05-2017, 22:37

Reencaminhou esta mensagem a 29-05-2017 16:24

Boa noite enfermeira Salomé é com todo o gosto que autorizo a utilização do questionário que envio em anexo. Se necessitar de mais alguma coisa é só dizer. Cumprimentos.

Susana Capucho

De: Salomé <salomebranquinho@live.com.pt> **Enviado:** segunda-feira, 15 de maio de 2017 12:55 **Para:** susanacastor@hotmail.com **Assunto:** Pedido de autorização de questionario

Bom dia Enf. Susana

O meu nome é Maria Salomé Fragoso Branquinho, sou aluna do mestrado em associação em Enfermagem e no âmbito do mesmo estou a desenvolver um projeto na área do risco cardiovascular, na população ativa de Alvito. Venho por este meio, pedir autorização a vossa excelência o uso do seu questionário, para aplicar na minha população alvo.

Obrigada

Salome Branquinho

ANEXO IV

Autorização das Comissões de Ética da Universidade de Évora e Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo



**EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO n.º 08/2017 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 08.11.2017 (Ata n.º57, Ponto 4.1)**

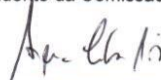
“Aos seis dias do mês de novembro de dois mil e dezassete, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Ana Luísa Bacelar, Juíza Desembargadora, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Maria Margarida Carvalho de Brito Rosa, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção, Garantia da Qualidade, Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente Francisco António Revés Barrocas, Assessor de Psicologia Clínica, que justificou a sua ausência. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

«« PONTO OITO – Pedido de autorização para a aplicação de questionário «Risco para as doenças cardiovasculares na população ativa de Alvito» a ser realizado pela Enf.ª Maria Salomé Branquinho. - Mostrando-se junto documento onde se encontra consentimento e estando garantido anonimato e a confidencialidade dos dados a Comissão de Ética emite parecer positivo. ----- (...)”

Beja, 10 de novembro de 2017

A Presidente da Comissão de Ética



Ana Matos Pires



Documento 1 8 0 7 4

E

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

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Prevenção De Doenças Cardiovasculares Na População Ativa de Alvito*" da investigadora **Maria Salomé Fragoso Branquinho** (mestranda) e Prof.^a Doutora Ermelinda Caldeira (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO V

Planeamento e avaliação da sessão de Educação para a Saúde Alimentação Saudável

Plano de sessão:

Duração: 30 minutos

Sessão: 1

Tema: Alimentação Saudável

Formadora: Salomé Branquinho

Público alvo: Funcionários da Câmara Municipal de Alvito

Local: Biblioteca Municipal Luís de Camões de Alvito

Objetivo Geral: Adquirir conhecimentos sobre Alimentação Saudável

Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos e técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo
Identificar 4 princípios de alimentação saudável	Abordagem da roda dos alimentos; Alimentação mediterrânica	Expositivo Interrogativo Ativo	Computador (Powerpoint) Datashow	Questionário	15 minutos
Enunciar 4 dicas alimentares	Princípios alimentação mediterrânica; Dicas alimentares	Expositivo Interrogativo Ativo	Computador (Powerpoint) Datashow	Questionário	15 minutos



QUESTIONÁRIO

Identifique 4 princípios de alimentação saudável

Enuncie 4 dicas alimentares

Considera esta ação de formação útil? Porquê?

Que sugestões considera pertinentes para melhorar esta ação de formação?

ANEXO VI

Folha de presenças

ANEXO VII

Planeamento e avaliação da sessão de Educação para a Saúde sobre prática de exercício físico

Plano de sessão:

Tema: Prática de Exercício Físico

Formadora: Salomé Branquinho/ Jorge Bagão

Público alvo: Funcionários da Câmara Municipal de Alvito

Local: Biblioteca Municipal Luís de Camões de Alvito

Objetivo Geral: Adquirir conhecimentos sobre as DCV

Duração: 30 minutos

Sessão: 1

Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos e técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo
Identificar 3 vantagens da prática de exercício físico	Prática de exercício físico: vantagens	Expositivo Interrogativo Ativo	Computador (Powerpoint) Datashow	Questionário	15 minutos
Identificar 3 exercícios que contribuam para a prevenção de DCV	Exercícios mais comuns na prevenção do sedentarismo	Expositivo Interrogativo Ativo Demonstrativo	Computador (Powerpoint) Datashow	Questionário	15 minutos

TREINOS EM CASA...com o peso do corpo e...pouco mais...SEM DESCULPAS



Treino 1

Treino	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
Datas:									
PE:									

NOTAS: - Deves registar a data dos treinos e no final a **Perceção/Sensação do Esforço** com que ficaste após a realização do treino;

- Quando estiveres a chegar ao 10º treino diz-me que passo-te outra sequência de exercícios mais exigentes: desporto@cm-alvito.pt.

- Entretanto, deves ir comunicando comigo, por exemplo, como te tens adaptado ao treino, ou a determinado exercício, e aos que nem por isso; os exercícios em que te sentes mais à vontade a realizar e os que tens mais dificuldades...

- Agradecia que me informasses se tens algum material desportivo para realizar os treinos, por exemplo, pesos, step, corda de saltar, elástico, etc.

PE – Explicação: Eu costumo utilizar com os meus alunos/as a **Escala de Borg** relativamente à perceção do esforço que, não é mais do que, uma forma simples de determinar a intensidade que devemos utilizar em cada exercício, ou, como nos sentimos após o mesmo.

Assim, a **Escala de Borg Modificada** é a seguinte

<i>Como nos devemos sentir após o esforço/exercício</i>	Intensidade	
<i>Mais descomprimido do que após numa caminhada em passo lento</i>	0,5	Muito, muito leve
	1	Muito leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Pouco intensa
<i>Respiração ofegante mas sem ficar 'vermelho que nem um tomate'</i>	5	Intensa
	6	-
	7	Muito intensa
<i>Respiração ofegante e vermelho que nem um tomate</i>	8	-
	9	Muito, muito intensa
<i>Completamente esgotado, super vermelho e a 'arfar'</i>	10	Máxima

Aquecimento (**Perceção de Esforço**, na escala de Borg, com intensidade entre **6 e 7** – *Cansado mas não esgotado => PE 6/7*)

Realizar cada uma das seguintes **4 estações** duas vezes.
 A primeira, exercício durante 40 segundos (40''), intervalados com 20'' de recuperação (/20'') => 40''/20'';

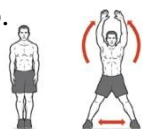
A segunda, 30'' de exercício com 15'' de recuperação => 30''/15''.

1ª – *Sprint* no lugar;

2ª – Agachamento com salto (agachar *com o 'rabo espichado para trás' e o joelhos não ultrapassam as pontas dos pés*, seguido de salto juntando *palmas das mãos em cima*)

3ª – Deitar no chão/colchão + levantar + sprint (4 tempos = *contar 1, 2, 3, 4*);

4ª – Polichinelo.



PAUSA (*beber água e limpar suor*)...

Parte principal (***PE 7/8***)

Realizar cada uma das seguintes **8 estações** quatro vezes nas seguintes cadências:

- 40''/20''; - 30''/15''; - 20''/10''; - 10''/5''.

Estação 1: Flexões de braço



Estação 2: Saltos laterais (*imagina-se uma barreira baixinha e temos que a saltar, de um lado para o outro lateralmente, por cima da barreira*);

Estação 3: Prancha de braços com afastamento e aproximação dos pés em simultâneo;



Estação 4: Cadeirinha (manter posição de sentado na cadeira, mas ser



Estação 5: Tríceps numa cadeira/degr



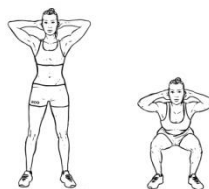
Estação 6: Subir/descer duma cadeira/ban



Estação 7: Escala de Homem-aranha ou subir a montanha (*em posição de flexão de braços, puxar os joelhos ao peito, alternadamente*).



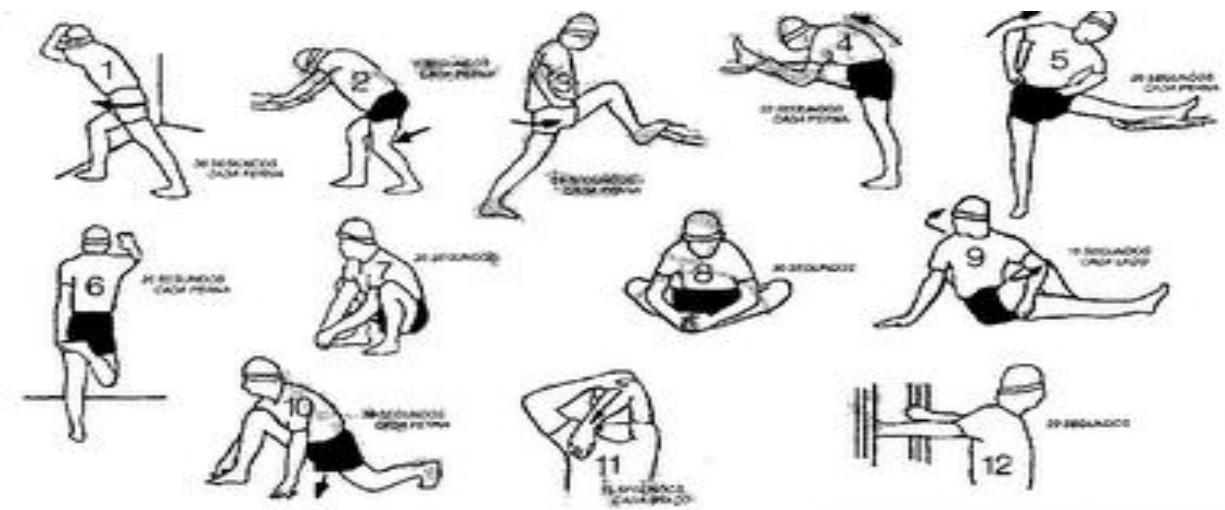
Estação 8: Agachamento à reclusa
PAUSA (*beber água e limpar suor*)...



Flexibilidade

Ficam algumas imagens duma progressão que podem executar. No entanto, ressalvo que os exercícios que executem para um lado (direto/esquerdo), têm que fazer para o outro igual.

BONS TREINOS. Aguardo *feedbacks*





QUESTIONÁRIO

Identifique 3 vantagens da prática de exercício físico

Identifique 3 exercícios que contribuam para a prevenção de DCV

Considera esta ação de formação útil? Porquê?

Que sugestões considera pertinentes para melhorar esta ação de formação?

ANEXO VIII

Planeamento e avaliação da sessão de Educação para a Saúde sobre Sinais/Sintomas de Doenças Cardiovasculares

Plano de sessão:

Tema: Doenças Cardiovasculares (DCV)

Formadora: Salomé Branquinho

Público alvo: Funcionários da Câmara Municipal de Alvito

Local: Biblioteca Municipal Luís de Camões de Alvito

Objetivo Geral: Adquirir conhecimentos sobre as DCV

Duração: 30 minutos

Sessão: 1

Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos e técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo
Identificar 2 sinais e sintomas do EAM e AVC	Etiologia das DCV	Expositivo Interrogativo	Computador (Powerpoint)	Questionário	10 minutos
Identificar 4 fatores de risco das DCV	Conhecimento das principais DCV, bem como os seus sinais e sintomas de manifestação	Ativo	Datashow		
	Fatores de risco modificáveis e não modificáveis presentes nas DCV	Expositivo Interrogativo	Computador (Powerpoint)	Questionário	10 minutos
	Cuidados a ter na prevenção das DCV:	Ativo	Datashow		
Enunciar 4 medidas preventivas das DCV	Alimentação, stress, álcool, tabagismo, atividade física, controlo de peso, controlo de TA e controlo de colesterol	Expositivo Interrogativo	Computador (Powerpoint)	Questionário	10 minutos
		Ativo	Datashow		



QUESTIONÁRIO

Identifique 2 sinais e sintomas do EAM e AVC

Identifique 4 fatores de risco das DCV

Identifique 4 medidas preventivas das DCV

Considera esta ação de formação útil? Porquê?

Que sugestões considera pertinentes para melhorar esta ação de formação?

ANEXO IX

Artigo

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA
POPULAÇÃO ATIVA**

**PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES EN LA
POBLACIÓN ACTIVA**

**PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE ACTIVE
POPULATION**

Maria Salomé Branquinho - Enfermeira na ULSBA, Aluna de Mestrado em Enfermagem, ESESJD, Universidade de Évora

Ermelinda Caldeira – Professora, Mestrado em Ecologia Humana, Universidade de Évora, Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa

Maria Salomé Branquinho - Nurse at ULSBA, Master's Degree in Nursing, ESESJD, University of Évora

Ermelinda Caldeira - Coordinating Professor, Master's Degree in Human Ecology, University of Évora, PhD in Nursing, University of Lisbon

Maria Salomé Fragoso Branquinho: salomebranquinho@live.com.pt

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade da sociedade atual. São responsáveis por situações de incapacidade, perda de qualidade de vida, tendo grande expressão no consumo de serviços de saúde, medicação e dias de internamento.

Objetivo: Determinar a existência de fatores de risco cardiovascular na população ativa de uma vila da região Alentejo.

Métodos: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa visando conhecer os estilos de vida relacionados com hábitos alimentares, prática de exercício físico, hábitos tabágicos e fatores de risco cardiovasculares.

A amostra é constituída por 63 indivíduos em idade ativa.

Resultados: Os resultados permitiram constatar que 39,7% dos participantes apresentam pré-obesidade e 12,7% obesidade grau I; 30,2 % hipercolesterolemia; 3,2% hiperglicemia capilar e 12,7 % hipertensão arterial. Relativamente ao risco cardiovascular 31,7% apresenta risco moderado, 6,3% risco alto e 3,2% risco muito alto.

Conclusão: As evidências encontradas requerem preocupação e investimento na área da prevenção das DCV. A promoção da saúde é um elemento fulcral na mudança de estilos de vida, assentando na mudança de comportamentos do dia a dia. É fundamental favorecer condutas promotoras de saúde que permitam o desenvolvimento das populações. A utilização de escalas de avaliação do risco cardiovascular é essencial para identificar indivíduos em risco.

Descritores: Doenças cardiovasculares; fatores de risco; promoção da saúde; estilo de vida saudável.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality and morbidity in today's society. They are responsible for situations of incapacity, loss of quality of life, having great expression in the consumption of health services, medication and days of hospitalization.

Objective: To determine the existence of cardiovascular risk factors in the active population of a village in the Alentejo region.

Methods: An exploratory, descriptive, quantitative approach aiming at knowing lifestyles related to eating habits, physical exercise practice, smoking habits and cardiovascular risk factors. The sample consisted of 63 subjects of active age.

Results: The results showed that 39.7% of the participants had pre-obesity and 12.7% had obesity grade I; 30.2% hypercholesterolemia; 3.2% capillary hyperglycemia and 12.7% hypertension. Regarding cardiovascular risk, 31.7% presented moderate risk, 6.3% high risk and 3.2% very high risk.

Conclusion: The evidence found requires concern and investment in the area of CVD prevention. Health promotion is a key element in changing lifestyles, based on changing everyday behaviors. It is fundamental to promote health promotion conduits that allow the development of populations. The use of cardiovascular risk assessment scales is essential to identify individuals at risk.

Keywords: Cardiovascular diseases; risk factors; health promotion; healthy lifestyle.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad y morbilidad de la sociedad actual. Son responsables por situaciones de incapacidad, pérdida de calidad de vida, teniendo gran expresión en el consumo de servicios de salud, medicación y días de internamiento.

Objetivo: Determinar la existencia de factores de riesgo cardiovascular en la población activa de una villa de la región Alentejo.

Métodos: Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cuantitativo para conocer los estilos de vida relacionados con hábitos alimentarios, práctica de ejercicio físico, hábitos tabáquicos y factores de riesgo cardiovasculares. La muestra está constituida por 63 individuos en edad activa.

Resultados: Los resultados permitieron constatar que el 39,7% de los participantes presentan pre-obesidad y el 12,7% obesidad grado I; 30,2% hipercolesterolemia; 3,2% hiperglucemia capilar y 12,7% hipertensión arterial. En cuanto al riesgo cardiovascular, el 31,7% presenta un riesgo moderado, un riesgo de riesgo elevado de riesgo y un riesgo de alto riesgo.

Conclusión: Las evidencias encontradas requieren preocupación e inversión en el área de la prevención de las ECV, La promoción de la salud es un elemento clave en el cambio de estilos de vida, asentándose en el cambio de comportamientos del día a día. Es fundamental favorecer conductas promotoras de salud que permitan el desarrollo de las poblaciones. La utilización de escalas de evaluación del riesgo cardiovascular es esencial para identificar a los individuos en riesgo.

Descriptor: Enfermedades cardiovasculares; factores de riesgo; promoción de la salud; estilo de vida saludable.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, internamentos hospitalares, assim como responsáveis pela incapacidade da população idosa e de meia idade em toda a Europa¹. A taxa de mortalidade cardiovascular que varia com a idade, sexo, condições socioeconómicas, entre outros fatores, tem diminuído nos últimos anos em Portugal, tendo contribuído para esta diminuição as alterações dos estilos de vida, como é o caso do tabagismo, tensão arterial e colesterol¹

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em todo o mundo, estimando-se que em 2012 morreram 17,5 milhões de pessoas portadoras destas doenças, em que 7,4 milhões devido a doença coronária e 6,7 milhões por acidente vascular cerebral (AVC).²

Á semelhança global, em Portugal a principal causa de morte são as doenças cardiovasculares, tendo estas sido responsáveis no ano de 2015 por 32.275 óbitos.³

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que incluem doença cardíaca coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congénita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Os fatores de risco comportamentais mais relevantes nestas doenças são os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e o consumo de tabaco e álcool. A prevalência destes fatores de risco é maior em indivíduos hipertensos, diabéticos, com colesterol aumentado e obesos². Estes fatores quando presentes são um indicador de risco aumentado do individuo vir a desenvolver enfarte agudo do miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) entre outras complicações.

É fundamental intervir nos fatores de risco modificáveis, dando ênfase à promoção da saúde, devendo esta ser vista de uma forma ampla e não apenas como a prevenção de doença, ou seja, melhora a condição de saúde, melhora a qualidade de vida e o bem estar dos indivíduos.

Este estudo incide sobre o a avaliação do risco cardiovascular da população ativa de uma Vila da Região Alentejo, tendo por finalidade conhecer as reais necessidades e/ou problemas de saúde existentes na mesma. O objetivo da avaliação dos riscos consiste na deteção e prevenção de doenças na sua fase inicial, tendo como base a evidência científica. O cálculo dos riscos de saúde é usado para determinar o risco de saúde da população, para incentivar a mudanças de estilos de vida, assim como para instituir o tratamento o mais cedo possível.⁴

MÉTODOS

A investigação aqui apresentada, foi orientada de acordo com um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa visando conhecer os estilos de vida relacionados com hábitos alimentares, prática de exercício físico, hábitos tabágicos e fatores de risco cardiovasculares da população em idade ativa.

A amostra é constituída por 63 indivíduos em idade ativa de uma vila da Região Alentejo.

Tendo em conta a investigação, as questões e objetivos já referidos, optámos, como instrumentos de colheita de dados, pelo questionário. Foi aplicado o questionário de Capucho⁵, sendo o mesmo constituído por 4 partes, com um total de 31 questões: na primeira parte pretende-se conhecer os dados sócio demográficos da população, na segunda parte pretende-se conhecer os estilos de vida relacionados com hábitos alimentares, exercício físico e tabágicos, na terceira parte pretende-se conhecer a utilização dos serviços de saúde pela população inquirida e por último, na quarta parte, conhecer os fatores de risco cardiovasculares da mesma, assim como as intervenções que esperam dos profissionais de saúde.

Mais detalhadamente nos dados sociodemográficos são abordadas questões relativas à idade (Q.1), sexo (Q. 2), nível educacional (Q. 3), estado civil (Q. 4), profissão (Q. 5), altura (Q. 6), peso (Q. 7) e perímetro abdominal (Q. 8). Na caracterização de estilos de vida estão incluídas questões sobre hábitos alimentares (Q. 9), quantidade de água ingerida (Q.10), quantidade e

frequência de ingestão de bebidas alcoólicas (Q.11), número de refeições diárias (Q.12), percepção que a pessoa tem sobre a sua própria alimentação (Q.13), frequência da prática exercício físico (Q. 14), deslocação a pé ou caminhada para o emprego (Q.15), consumo e frequência de hábitos tabágicos (Q.16,17, 18 e 19). Na utilização dos cuidados de saúde pretende-se saber se a pessoa procurou ou utilizou os serviços de saúde no último ano (Q. 20) e qual a razão, se consulta de rotina ou urgência (Q. 20.1), ou caso não tenha necessitado qual a razão (Q. 20.2). Na quarta e última parte são abordadas questões sobre a existência de doença cardiovascular (Q. 21) e no caso afirmativo qual (Q. 21.1); sintomas de Enfarte Agudo Miocárdio (Q. 22) e AVC (Q. 23); diagnóstico médico de fatores de risco como HTA (hipertensão arterial), diabetes, colesterol elevado e obesidade (Q. 24), valor habitual de TA (Q. 25), valor habitual de colesterol (Q. 26), valor habitual de glicémia capilar (Q. 27); familiares que sejam portadores de fatores de risco ou alguma doença cardiovascular (Q. 28); conhecer se para ter uma vida saudável é necessário a intervenção dos profissionais de saúde (Q. 29), e no caso afirmativo qual a temática a ser tratada e como (Q. 30).

Para utilização do questionário foi feito pedido de autorização à autora.

O tratamento estatístico, dos dados resultantes dos questionários, foi processado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, tendo sido utilizada a estatística descritiva.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foi obtida aprovação da Comissão de Ética da Universidade de Évora e da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

RESULTADOS

Deste estudo fizeram parte 63 participantes, sendo 36 do sexo feminino e 27 do sexo masculino, correspondendo a 57,1% e 42,9% respetivamente. O grupo etário maioritário

encontra-se entre 31-40 anos de idade, seguindo-se 30,2% da população entre 51-60 anos, 28,6% entre 41-50 anos, e 3 pessoas entre 21-30 anos e 61-64 anos respetivamente.

A maioria (49,2%) possuía o ensino secundário, seguindo-se o ensino superior com 17,5%, o 3º ciclo com 15,9%, o 2º ciclo com 7,9%, o 1º ciclo com 6,3% e ainda 1 indivíduo sem qualquer nível de ensino com referência a saber ler e escrever.

No que diz respeito à atividade profissional a maior parte da população inquirida é assistente técnico (33,3%), seguindo-se os assistentes operacionais (22,2%), os técnicos superiores (11,1%) e auxiliares de ação educativa (11,1%), motoristas (4,8%), jardineiros (3,2%), calceteiros (3,2%), pintor (1,6%), canalizador (1,6%) e serralheiro (1,6%).

Relativamente aos *Dados Antropométricos* foram avaliados a altura, peso, Índice de massa corporal (IMC) e o perímetro abdominal. O valor médio destas variáveis foi de 166,80cm para a altura, 71,41Kg para o peso e 25,52 Kg/m² de IMC. Dos participantes 41,3% apresenta peso normal, 39,7% pré-obesidade, 12,7% obesidade grau I e apenas 1,6% com baixo peso. 4,8% não respondeu (tabela 1)

IMC PADRÃO	Frequência	%
MENOR QUE 18,5 - BAIXO PESO	1	1,6
18,5 A 24,9 - PESO NORMAL	26	41,3
25 A 29,9 - PRÉ-OBESIDADE	25	39,7
30 A 34,9 OBESIDADE GRAU I	8	12,7
NÃO RESPONDE	3	4,8
Total	63	100,0

Tabela 1 – Distribuição da população por IMC Padrão

Relativamente ao *perímetro abdominal* verifica-se que tanto as mulheres como os homens apresentam um perímetro aumentado, representado por 12,7% e 9,5%, respetivamente. Ambos os sexos apresentam a mesma percentagem para risco muito aumentado, 6,3%.

No que concerne aos *Hábitos alimentares* 50,8% da população ingere fruta 2-3 vezes ao dia, 31,7% 1 vez ao dia, 7,9% 4 a 5 vezes por semana e 6,3% a 3 vezes por semana. Apenas 22,2% dos inquiridos ingere vegetais. No que diz respeito à ingestão de carne 41,3% ingere este alimento 2 a 3 vezes por semana, 19% ingere 4 a 5 vezes por semana, 14,3% 1 vez por dia e 11,1% 2 a 3 vezes por dia e uma vez por semana, respetivamente. Relativamente ao peixe 41,3% da população ingere este alimento 2 a 3 vezes por semana, 23,8% 1 vez por semana, 11,1% 4 a 5 vezes por semana, 9,5% 1 vez por dia, 7,9% 2 a 3 vezes por dia e 1,6% nunca ingere este alimento. No consumo de laticínios 33,3% da população ingere estes alimentos 1 vez por dia. No consumo de pão e cereais 47,6% ingere estes alimentos 2 a 3 vezes por dia, 31,7% 1 vez por dia, 12,7% 4 a 5 vezes por semana, 4,8% 2 a 3 vezes por semana. A maior parte da população ingere uma vez por semana fritos/gorduras, correspondendo a 50,8% e apenas 3 participantes ingerem uma vez por dia. Na ingestão de doces e bolachas 30,2% dos indivíduos ingere 1 vez por semana e 25,3% ingere estes alimentos diariamente. Verificámos que 46% da população ingere 1 litro de água por dia, 20,6% 1,5l por dia, 14,3% ½ litro por dia e apenas 11,1% mais de 1,5l/dia. Da população inquirida 39,7% raramente consome álcool e 19% nunca ingere.

Quanto à *Prática de atividade física* 42,9% raramente pratica exercício físico, 11,1% nunca pratica e apenas 7 dos inquiridos respondeu que pratica diariamente (11,1%).

Relativamente a *Hábitos tabágicos* 73% da população não fuma e apenas 22,2% fuma regularmente.

Quanto a Antecedentes doenças cardiovasculares 94,8% da população menciona que nunca teve qualquer doença desta etiologia.

No que se refere aos *fatores de risco cardiovascular diagnosticados* 12,7% tem hipertensão arterial, 6,3% tem diabetes mellitus, 23,8% hipercolesterolemia e 3,2% obesidade.

Foram ainda avaliados a tensão arterial, glicémia capilar e colesterol. Dos participantes 47,6% apresenta valores tensionais normais, 20,6% tensão arterial normal a alta, 9,5% hipertensão arterial grau 1 e 3,2% hipertensão arterial grau 2. 19% da população não respondeu a esta questão. Quanto aos valores de glicémia capilar 50,8% apresenta valores considerados normais, 3,2% hiperglicémia capilar, 3,2% hipoglicémia, contudo 40,3% da população não respondeu a esta questão. No que diz respeito ao valores de colesterol 30,2% da população apresenta valores considerados normais e 30,2 % acima dos valores recomendados. De referir que 39,7% não respondeu a esta questão.

Relativamente ao risco cardiovascular aplicando a tabela SCORE⁷, 25,4% dos inquiridos apresenta risco baixo, 22,2% risco moderado (1%), 6,3% risco moderado (2%), 3,2% risco moderado (3 a 4%), 6,3% risco alto e 3,2% risco muito alto. 21% não foi possível calcular por insuficiência de dados. (tabela 2)

RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
< 1% (RISCO BAIXO)	16	25,4
1% (RISCO MODERADO)	14	22,2
2% (RISCO MODERADO)	4	6,3
3 A 4% (RISCO MODERADO)	2	3,2
5 A 9% (RISCO ALTO)	4	6,3
10 A 14% (RISCO MUITO ALTO)	2	3,2
NÃO RESPONDE	21	33,3
Total	63	100,0

Tabela 2- Percentagem do risco cardiovascular da população segundo a tabela SCORE

Relativamente à faixa etária onde existe maior risco verifica-se que é entre os 51-60 anos de idade (tabela 3) e no sexo feminino (tabela 4).

		< 1%	1% (RISCO MODERADO)	2% (RISCO MODERADO)	3 A 4% (RISCO MODERADO)	5 A 9% (RISCO ALTO)	10 A 14% (RISCO MUITO ALTO)	Total
GRUPO ETÁRIO	21-30 ANOS	0	1	0	0	0	0	1
	31-40 ANOS	4	5	1	0	0	0	10
	41-50 ANOS	10	0	0	1	2	0	13
	51-60 ANOS	2	7	2	1	2	2	16
	61-64 ANOS	0	1	1	0	0	0	2
Total		16	14	4	2	4	2	42

Tabela 3 – Distribuição do risco cardiovascular por grupo etário

		< 1% RISCO BAIXO	1% - RISCO MODERADO	2% RISCO MODERADO	3 A 4% RISCO MODERADO	5 A 9% RISCO ALTO	10 A 14% RISCO MUITO ALTO	
SEXO	MASCULINO	4	2	3	2	3	2	16
	FEMININO	12	12	1	0	1	0	26
Total		16	14	4	2	4	2	42

Tabela 4 – Distribuição do risco cardiovascular por sexo

DISCUSSÃO

Neste estudo podemos constatar que estamos perante uma população com excesso de peso, apresentando a mesma um valor médio de IMC de 25,52 Kg/m², situação esta semelhante a um estudo sobre prevenção de doenças cardiovasculares, realizado também na região Alentejo, cuja população alvo era constituída por 542 indivíduos, dos quais metade apresentou excesso de peso ou obesidade.⁵ Face aos resultados apresentados e , de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, a prevalência da obesidade na população portuguesa adulta é maior na região do Alentejo e Setúbal, sendo maior a pré-obesidade em regiões do centro e Norte.⁸

Relativamente ao perímetro da cintura, confirmámos que as mulheres têm um valor médio de 87 cm considerado de risco comparativamente ao dos homens. Estes resultados vão de encontro a um estudo realizado no distrito de Viseu sobre risco cardiovascular em pessoas assintomáticas, com 1148 participantes, com idades compreendidas entre os 18-97 anos, em

que se verificou também o aumento do perímetro abdominal das mulheres comparativamente com os homens.⁹ De acordo com um estudo da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, nomeadamente o estudo VIVA com a participação de 10000 indivíduos de 44 concelhos do país, em que teve como objetivo caracterizar o risco cardiovascular desta população, um dos fatores mais preocupantes pelo mesmo foi o facto da prevalência da obesidade abdominal atingir 55% das mulheres e 36% dos homens, concluindo que se está perante uma população com excesso de gordura a nível abdominal.¹⁰

No que concerne a uma alimentação saudável, o padrão alimentar mediterrânico é considerado nos dias de hoje um modelo alimentar de referência a nível mundial para a manutenção da saúde e prevenção da doença.¹¹ Relativamente à ingestão de vegetais, fruta e carne, a maior parte dos indivíduos do nosso estudo ingere estes alimentos muito próximo do recomendado pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.¹¹ Estes dados são contraditórios ao estudo VIVA em que aponta o aumento do consumo de sal e gorduras saturadas na região do Alentejo.¹⁰

Em relação ao exercício físico pode afirmar-se que se está perante uma população maioritariamente sedentária. Estes dados estão em consonância com os apurados estudo AMALIA, que foi promovido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, cujo objetivo foi avaliar a prevalência dos principais fatores de risco de 38893 participantes com idades superior a 40 anos no nosso país. De acordo com este estudo, 65,3% dos indivíduos nunca praticaram exercício físico, 24% praticava e 10,6% deixaram de o fazer.¹

No que respeita aos hábitos tabágicos estamos perante uma população não fumadora (73%). Dos fumadores, 19% fuma diariamente e 3,2% 2 a 3 vezes por semana. Face aos resultados apresentados, há concordância dos mesmos com o estudo de Capucho, segundo o qual 57,1% da população estudada era não fumadora e apenas 22,3% mantinha os hábitos tabágicos.⁵ De acrescentar que o estudo AMÁLIA vem concordar com os dados referidos, em que dos 38893 participantes apenas 16,3% referiu ser fumadora.¹ Para além destes dados, o relatório da Direção Geral da Saúde sobre a Prevenção e Controlo do Tabagismo confirma que o número de fumadores em Portugal tem vindo a diminuir ao longo dos anos, verificando-se uma

diminuição da prevalência do consumo diário de 2014 para 2016, em cerca de 2%.¹²

Averiguamos neste estudo que a maior parte da população apresenta valores tensionais normais (47,6%) 20,6% tensão arterial normal a alta, 9,5% hipertensão arterial grau 1 e 3,2% hipertensão arterial grau 2. Em concordância com estes dados, o estudo de Macário apura que a maioria dos participantes apresentou pressão arterial normal (72.4%), 23.6% pressão arterial normal limítrofe e, apenas, 4% hipertensão arterial, sendo estes valores mais acentuados nos homens do que nas mulheres (4.3% vs 1.7%).⁹ No estudo de Capucho 61% da população alvo apresentou valores considerados normais de tensão arterial, 3,5% normal a elevada, 11% HTA grau 1, 0,7% HTA grau 2 e 2,1% HTA grau 3.⁵ O estudo AMALIA confirma que a Região Alentejo (23%), Centro (23,7%) e Madeira (25,7%) caracteriza-se por valores intermédios de pressão arterial enquanto que a região do Norte do país (19,3%) e Algarve (18,3%) apresentam prevalências mais baixas, sendo os valores mais elevados na Região autónoma dos Açores (35,6%) e Região de Lisboa e Vale do Tejo (28,4%).¹ A HTA é considerada um dos fatores de risco com maior relevância, que juntamente com outros fatores de risco aumenta, consideravelmente, o risco cardiovascular global.⁹

O valor médio do colesterol calculado foi de 150mg/dl. Como a média foi de 150mg/dl, significa que os valores elevados não foram muito superiores ao recomendado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia¹³. Contrariamente ao apurado no presente estudo, o estudo AMALIA verificou que a prevalência de hipercolesterolemia foi mais elevada na região Autónoma dos Açores, com 25,6%, e na região de Lisboa e Vale do Tejo, com 24,2%, mais baixa e de com o mesmo valor nas regiões do Algarve, com 15,6%, da Madeira, com 15,8%, e do Norte, com 15,9%, apresentando valores intermédios nas regiões do Centro e Alentejo, respetivamente 21,4% e 17%.¹

Neste estudo a maior parte da população apresenta valores de glicémia capilar considerados normais de acordo com a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal¹⁴, situação este idêntica ao estudo de Capucho em que 34,8% dos indivíduos apresentou valores ≤ 102 mg/dl e apenas 6,7% > 102 mg/dl.⁵

A avaliação do risco cardiovascular foi feita através da tabela SCORE e verificou-se que 25,4% da população apresenta risco baixo, 31,7% risco moderado, 6,3% risco alto e 3,2% risco muito alto de vir a desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos. Verificase que existe maior risco entre 51-60 anos de idade e no sexo feminino. . Contrariamente a estes dados o estudo de Macário demonstrou que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um valor de risco cardiovascular superior ao sexo feminino.⁹ Ainda no estudo de Capucho a maior parte da população estudada apresentou baixo risco de ocorrências de doença cardiovascular (23%), 19,2% risco moderado e 5,7% alto risco.⁵ A nível nacional de acordo com o estudo VIVA existe alto risco do individuo vir a desenvolver doença cardiovascular, correspondendo a 24,4%. Regionalmente, o risco vai aumentando do norte para o sul do país 20% na região Norte, 23,9% no Centro, 26,2% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 35,5% no Alentejo e 35,9% no Algarve.¹⁰

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no nosso estudo, permitiram reconhecer a complexidade do fenómeno. A população estudada para além de não apresentar hábitos alimentares saudáveis é uma população sedentária, sendo estes fatores considerados de risco para as doenças cardiovasculares.

O conhecimento dos fatores de risco presentes nos indivíduos permite o desenvolvimento de estratégias preventivas com a finalidade de reduzir a morbi mortalidade cardiovascular em toda a população.

As doenças cardiovasculares estão diretamente relacionadas com estilos de vida, constituindo as mesmos uma questão fundamental na génese da saúde individual e coletiva. O modernismo apesar de ter trazido uma vasta quantidade de tecnologias que contribuem para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, por outro lado trouxe estilos de vida inadequados, como é o caso do sedentarismo, consumo de gorduras e sal, tabagismo e stress. Esta situação pode ser alterada, uma vez que estas doenças podem ser prevenidas através da adopção de estilos de vida saudáveis, juntamente com a vigilância médica.

O excesso de peso afeta a qualidade de vida bem como a longevidade e favorece o aparecimento de doenças como é o caso da DM II, HTA, contribuindo as mesmas para o aumento do risco cardiovascular. As doenças cardiovasculares são um grave problema de saúde pública não só pela sua natureza multidimensional mas também pelas graves consequências para o cidadão, sociedade e sistema de saúde. Assim, deve-se promover uma atuação planeada que evite ou previna estas doenças, bem como reduza as incapacidades e prolongue a vida.

Estas doenças são assim uma área de intervenção prioritária, devendo-se monitorizar os indicadores corretos que avaliem o seu impacto, usar adequadamente os recursos associados às mesmas e desenvolver programas de prevenção, tratamento e reabilitação.¹⁵

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Perdigão, C.; Rocha, E.; Duarte, J.; Santos, A., & Macedo, A. Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2011. 30 (4): 393-432: Disponível em <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>
- 2- Organização Mundial da Saúde. Novo Relatório Sobre Doenças Cardiovasculares: JORNAL SAÚDE GLOBAL 2016. 7 (6): Disponível em: <https://jsaudeglobal.wordpress.com/2016/06/07/oms-novo-relatorio-sobre-doencas-cardiovasculares-dcvs/>
- 3- Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico da Região Alentejo 2015. 2016. 20(12): 389: disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277102331&PUBLICACOESmodo=2
- 4- Stanhope, M. & Lancaster, J. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos. : 4ª ed. Lisboa: Lusociência, Ed; 1999
- 5- Capucho, S. Prevenção das doenças cardiovasculares na população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. (Relatório de Estágio não publicado).

Universidade de Évora. 2013

- 6- Direção Geral de Saúde. Orientação. (www.dgs.pt) Avaliação Antropométrica No adulto. Lisboa: DGS; 2013 (consultado em 2017 20 Maio; Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>)
- 7- Direção Geral da Saúde. Norma. (www.dgs.pt) Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE. Lisboa: DGS; 2013 (atualizado em 2015; Consultado em: 20 Maio; Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013.aspx>)
- 8- Direção Geral da Saúde. Programas. (www.dgs.pt) Programa Nacional de Combate à Obesidade. Direção Geral da Saúde. Lisboa:DGS; 2005 (consultado em 2017 12 Dezembro; Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>)
- 9- Macário, T. D. S. Risco Cardiovascular em Pessoas Assintomáticas. (Relatório de Estágio). Instituto Politécnico de Viseu. 2012
- 10-
- 11- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Um em cada quatro adultos corre risco de morrer de enfarte. 2012. 23(04): Disponível em : <https://www.publico.pt/2012/04/23/sociedade/noticia/um-em-cada-quatro-adultos-corre-risco-de-morrer-de-enfarte-1543207>
- 12- Direção Geral da Saúde. Programas. (www.dgs.pt) Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde. Direção Geral de Saúde. Lisboa: DGS; 2015 (consultado em 2017 21 Maio; Disponível em : https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1455296179PadrãoAlimentarMediterrânico_Promotordesaúde.pdf)
- 13- Direção Geral da Saúde. Programas. (www.dgs.pt). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015. Lisboa:DGS; 2016. (Consultado em 21 Maio 2017); Disponível em: <https://www.dgs.pt/respire-bem1/documentos-e-publicacoes/prevencao-e-controlo-do->

[tabagismo-em-numeros-2015.aspx](#)

- 14- Fundação Portuguesa de Cardiologia . Fatores de Risco. Lisboa; s.d; Disponível em www.fpcardiologia.pt/
- 15- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Valores de Referência. Lisboa; s.d: Disponível em: www.apdp.pt/
- 16- Direção Geral da Saúde. Programas de Saúde Prioritários (www.dgs.pt) Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: DGS; 2017 (Consultado em: 20 Maio 2017); Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/relatorios-e-publicacoes.aspx>

ANEXO X

Flyers



PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Sessão de Esclarecimento



*Aprenda
a ter Saúde Na Mesa*

e claro Me[a-se](#) pela Vida

ALVITO | 28 NOV. 2017

Biblioteca Municipal Luís de Camões | 11H30





**PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES
SESSÃO DE ESCLARECIMENTO**



Biblioteca Municipal Luis de Camões

5/12/2017 10H





DOENÇAS CARDIOVASCULARES

SINAIS E SINTOMAS

**CUIDE-SE
O SEU CORAÇÃO AGRADECE**

CONTAMOS CONSIGO



Biblioteca Municipal Luis de Camões

11H30

12/12/2017



VAMOS CAMINHAR ?

Caminhada pela Saúde

Se não começar a fazer exercício físico hoje... amanhã pode ser tarde para o seu



Transporte de Vila Nova da Baronia junto á Igreja, pelas 9h45m

PRAÇA DA REPÚBLICA ALVITO

10h

13-01-2018

ANEXO XI

Cronograma

ANEXO XII

Questionário de Avaliação de Projeto

QUESTIONÁRIO

(Avaliação do projeto)

Este questionário tem por finalidade conhecer a opinião de Enf. Vanda Tiago, Enf. Fátima Morgado, Sr. Presidente António Valério e Dr. Garrido Caetano que integraram o projeto de Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa, relativamente à avaliação do mesmo.

É garantida a confidencialidade das informações obtidas.

Obrigada pela participação.

1. Motivação / participação

Relativamente à sua participação no projeto de Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa, sentiu-se motivado? Em que fase ou fases?

a) Reconhece benefícios no desenvolvimento do projeto?

Sim _____ Não _____

Se respondeu sim, quais?

2. Forças e fraquezas do projeto Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa

a) Encontra forças no projeto de Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa? Qual ou quais?

b) Reconhece fraquezas no projeto? Qual ou quais?

3. Oportunidades e ameaças

- a) Na sua opinião, que aspetos da envolvente externa podem ser aproveitados e potenciados em prol do projeto?
- b) Que aspetos considera que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos do projeto

4. Sugestões

Que sugestões pode apresentar para a melhoria do projeto de Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa?