



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO - “GANHAR SAÚDE”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Por Rosane da Fonte Ferreira

Porto, Junho de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO – “GANHAR SAÚDE”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Comunitária

Por Rosane da Fonte Ferreira

Sob Orientação de Professora Norminda Vale de Magalhães

Porto, Junho de 2011

RESUMO

Este relatório, tem como principal finalidade, descrever as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas, como enfermeira especialista, interessada em desenvolver um nível de mestria na Enfermagem Comunitária.

O estágio, teve como objectivo desenvolver um Projecto de Intervenção, como forma de dar resposta aos problemas de saúde identificados e definidos como prioritários na população do Concelho de Santa Maria da Feira.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal (responsável por cerca de 36% das mortes ocorridas no triénio 2003-2005), e são também uma das principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população Portuguesa. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade, apresentando no triénio 2003-2005, 34% de mortes por Doenças Cardiovasculares. Para dar resposta positiva a esta realidade, surge o projecto “Ganhar Saúde”. Este projecto de intervenção comunitária teve como objectivo, dotar a população alvo de conhecimentos e competências e torná-los agentes activos na prevenção das Doenças Cardiovasculares, através da diminuição dos factores de risco modificáveis. Foi utilizada como principal estratégia a educação e promoção da saúde, de forma a aumentar os ganhos em saúde em particular nas Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

This report, whose main purpose is to describe the activities and skills acquired as a nurse specialist, interested in developing a level of mastery in Community Nursing.

This stage aims to develop an Intervention Project as a way of addressing health problems and identified as priorities in the population of the Municipality of Santa Maria Feira.

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Portugal (responsible for about 36% of deaths in the triennium 2003-2005), and are also a major cause of morbidity, disability and potential years of life lost in the Portuguese population. According to the National Statistics Institute (INE), the Municipality of Santa Maria da Feira no exception to this reality, presenting in 2003-2005, 34% of deaths from cardiovascular diseases. To give a positive response to this reality, there is the project "Health Gain". This community intervention project aimed at, the target population will provide knowledge and skills and make them active agents in the prevention of cardiovascular disease by decreasing the modifiable risk factors. It was used as the main strategy to education and health promotion, in order to increase health gains particularly in Cardiovascular Diseases.

AGRADECIMENTOS

Qualquer trabalho não nasce do esforço do seu autor. A consecução deste trabalho só foi possível, com o contributo precioso de um vasto número de pessoas:

- A orientadora deste relatório, Professora Norminda Magalhães, que contribuiu para a orientação do meu saber;
- Aos meus Pais, irmãs e cunhados, pelo apoio incondicional;
- Às minhas colegas e amigas, Dr.^a Maria da Luz Esteves e Enf.^a Helena Bento, pela disponibilidade e compreensão demonstrada;
- Aos Utentes que participaram no projecto “Ganhar Saúde”;
- Aos meus filhos Rafael e Maria Francisca, e aos meus sobrinhos Miguel e Afonso, pelo apoio, paciência e, sobretudo, pelo que têm esperado.

A todos o meu reconhecido AGRADECIMENTO.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamento dos Centro de Saúde

ARS – Administração de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSSMF – Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

DGS – Direcção Geral de Saúde

Dr.^a – Doutora

Ed. – Edição

EPS – Educação Para Saúde

HDL – Lipoproteína de alta densidade

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

P. – Página

PNV – Plano Nacional de Vacinação

Prof. – Professor

SAPE – Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem

Td – Tétano e difteria

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

% - Percentagem

Índice	pág.
0 – INTRODUÇÃO.....	10
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	12
1.2 – Caracterização do Centro de Saúde.....	13
2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO.....	17
3 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	20
3.1 - Diagnóstico de Saúde.....	20
3.1.1 – População/Amostra.....	21
3.1.2 - Instrumento de Colheita de Dados.....	21
3.1.3 - Tratamento de dados.....	23
3.1.4 – Apresentação e Análise dos dados.....	24
3.2 - Projecto de Intervenção “Ganhar Saúde”.....	26
3.2.1 – Execução e avaliação das actividades de intervenção.....	28
3.2.2 – Avaliação.....	42
3.3- Actividades relevantes desenvolvidas.....	43
4 - ANALISE CRITICA.....	45
5- CONCLUSÃO.....	49
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

ANEXOS

ANEXO I – Formulário

ANEXO II - Convocatória para aplicação do formulário

ANEXO III – Consentimento informado

ANEXO IV – Circular Normativa Nº 06/DSPCS de 18/04/2007

ANEXO V – Projecto “GANHAR SAÚDE”

ANEXO VI – Planeamento e avaliação da sessão de divulgação do projecto

ANEXO VII – Tratamento, apresentação e análise de dados dos formulários aplicados

ANEXO VIII - Planejamento e avaliação da sessão de Educação Para à Saúde

ANEXO IX – Planejamento e avaliação da sessão de Sensibilização sobre Doenças Cardiovasculares

ANEXO X - Planejamento e avaliação da Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração

ANEXO XI - Planejamento e avaliação do Rastreio

ANEXO XII - Panfletos elaborados e distribuídos

ANEXO XIII - Convocatória para vacinação

ANEXO XIV - Panfleto sobre a vacinação anti-tetânica

Índice de Figuras

pág.

Figura 1 – Mapa da Área de Intervenção do ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca 17

Figura 2 – Mapa das Freguesias do Concelho de Santa Maria da Feira 18

Figura 3 – Organograma do ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca 19

0 - INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio, integrado no plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa/Porto (UCP), que se encontra dividido em três módulos, sendo que o Módulo I e o Módulo II nos foram creditados pelo reconhecimento de competência ao abrigo do Artigo 45º do Decreto-Lei nº107/2008. O Módulo III, decorreu entre 4 de Abril a 28 de Maio de 2011, no Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, com um total de 250 horas (sendo 180 presenciais).

O estágio, serve para o profissional de saúde desenvolver competências a nível do saber ser/estar/fazer e colocar na prática os conhecimentos adquiridos, no sentido da optimização dos cuidados.

A metodologia para realização deste relatório foi a observação, consulta bibliográfica, orientação da docente e a consulta do regulamento geral do presente Mestrado.

A escolha do campo de estágio prendeu-se com o facto, de que o exercício das nossas funções nos Cuidados de Saúde Primários, ocorre neste Centro de Saúde.

A elaboração do presente relatório, que se destina à avaliação do percurso praticado no âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária, tem como objectivos:

- Realizar a contextualização do Estágio de Enfermagem Comunitária;
- Proceder à identificação da Instituição (recursos e funcionalidades);
- Identificar os objectivos e competências atingidos na execução do estágio;
- Descrever de forma clara e concisa as actividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Descrever o planeamento das etapas de um projecto;
- Descrever a execução das etapas de um projecto (definir as diferentes estratégias de intervenção);
- Explanar de forma objectiva e fidedigna o trabalho desenvolvido durante o Estágio;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da Saúde Comunitária;

- Facilitar a auto-avaliação de acordo com as actividades executadas;
- Desenvolver competências crítico-reflexivas.

A sistematização do presente relatório, inicia-se em primeiro lugar com a contextualização do Estágio de Intervenção Comunitária, seguindo-se as competências adquiridas durante o mesmo. De seguida apresentam-se as actividades realizadas, e por último, uma síntese conclusiva e a bibliografia.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O Estágio de Intervenção Comunitária, decorreu entre 4 de Abril à 28 de Maio de 2011, no Centro de Saúde de Santa Maria da Feira (ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca), com a duração de 180 horas presenciais.

Este relatório tem como principal finalidade relatar as actividades desenvolvidas e competências adquiridas, como enfermeira especialista interessada em desenvolver um nível de Mestria.

Tendo subjacentes as actividades que já vínhamos desenvolvendo como enfermeira em Cuidados de Saúde Primários, na tentativa de dar cumprimento ao Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares, e porque, esta patologia estava identificada como necessidade de saúde do Concelho de Santa Maria da Feira, encontramos motivação nesta temática para desenvolver o projecto de Intervenção de estágio.

O presente estágio, visa o desenvolvimento de competências que facilitem o assumir de funções consideradas no perfil de enfermeira com Mestria em Enfermagem Comunitária, nomeadamente:

- Gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada;
- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto à Enfermeiros quanto ao público em geral;
- Demonstrar capacidade fundamentada tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde;
- Apresentar conhecimentos científicos na área de Enfermagem Comunitária;
- Demonstrar pensamento crítico na problemática actual, relacionado com o indivíduo inserido na comunidade;
- Ter capacidade de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, centrado no indivíduo na comunidade;
- Reflectir na e sobre a prática na comunidade;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz no contexto da comunidade;

- Ser capaz de tomar decisões fundamentadas no conhecimento científico não descurando as responsabilidades sociais e éticas;
- Ter capacidade de comunicação e de relação terapêutica respeitando crenças e culturas,
- Ser capaz de promover a participação em projectos de investigação.

1.2 – Caracterização do Centro de Saúde

O Centro de Saúde de Santa Maria da Feira pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde de Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca (Diário da República, 1.ª Série – nº 54 – 18 de Março de 2009). O ACES engloba o Concelho de Santa Maria da Feira, constituído por trinta e uma freguesias e pelo Concelho de Arouca formado por vinte freguesias.

Figura 1 - Mapa da Área de Intervenção do ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca



FONTE: ARS Norte

A sede do ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca é no Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, localizado na rua Prof. Egas Moniz nº7 em Santa Maria da Feira. O Centro de Saúde de Santa Maria da Feira é constituído por 22 extensões de Saúde.

Figura 2 - Mapa das Freguesias do Concelho de Santa Maria da Feira

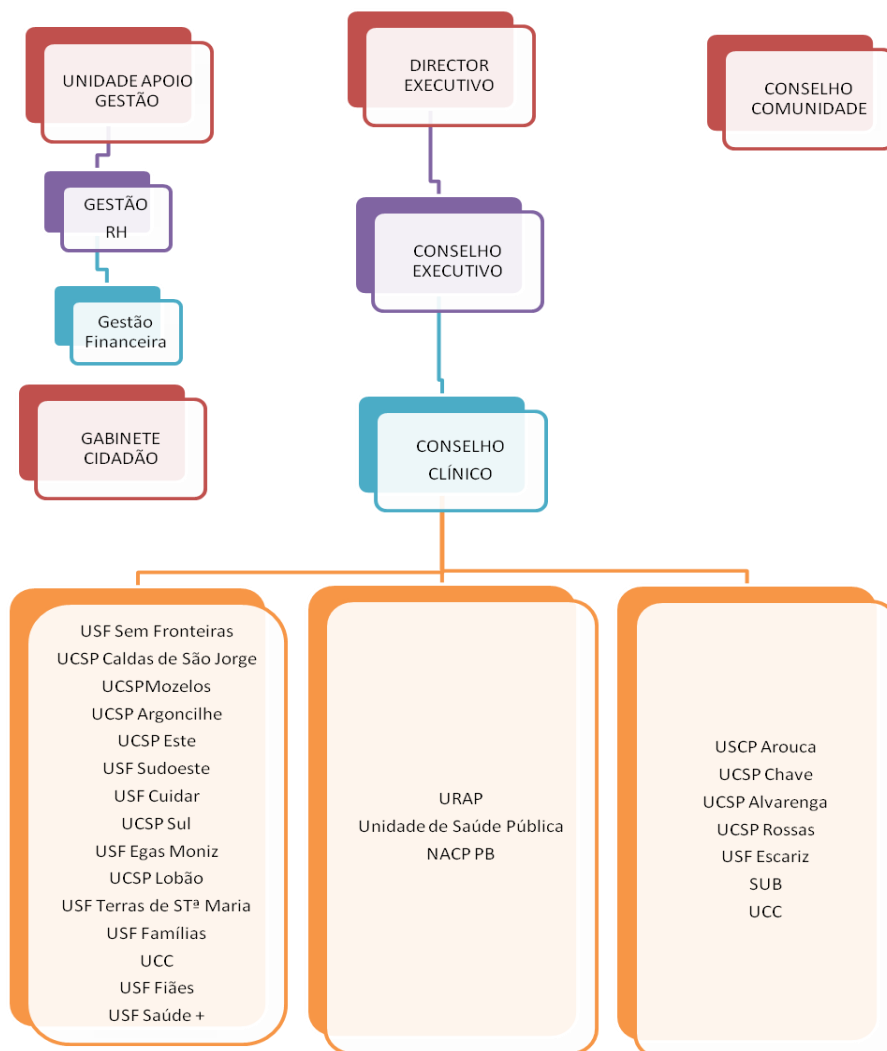


FONTE: Câmara Municipal de Santa Maria da Feira

Considerando que a promoção e garantia dos cuidados de saúde dirigidos tanto aos indivíduos e famílias como aos grupos e à comunidade são atribuições dos Centros de Saúde, verifica-se que o Centro de Saúde da Feira é constituído por oito Unidades de Saúde Familiar, sete Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e partilha recursos com o Centro de Saúde de Arouca relativamente a algumas Unidades Funcionais, como é o caso da Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Gabinete do Cidadão. O respectivo Centro de Saúde é responsável pela prestação de cuidados a uma população de 135 964 habitantes (à data dos censos de 2001, INE).

O ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca é constituído pelas seguintes unidades de prestação de cuidados, apresentadas no seguinte organograma.

Figura 3 - Organograma do ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca



FONTE: ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca

Do ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca, ainda fazem parte:

- Cuidados continuados integrados;
- Centro de diagnóstico pneumológico;
- Núcleo de paralisia cerebral de Paços de Brandão;

- Núcleo de formação e investigação;
- Consulta de ostomizados;
- Curso de preparação para o parto;
- Rastreio da retinopatia diabética;
- Rastreio do cancro da mama;
- Consulta de alcoologia;
- Consulta de desabitação tabágica;
- Serviço de psicologia;
- Saúde oral;
- Inforunidas (revista periódica).
- Formação médica e de enfermagem pré e pós-graduada.

2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO

Sendo a Enfermagem uma Profissão e Ciência, os profissionais de Enfermagem tem a preocupação e a necessidade de adquirir competências, para promover e melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados de forma contínua, assumindo responsabilidade pela sua prática. Caminhar na direcção da excelência é um caminho infundável na busca do desenvolvimento de competências, com a finalidade da sua aplicação na comunidade envolvente.

De acordo com o referido, foi possível trabalhar neste sentido e desenvolver as seguintes competências:

- Aplicar todos os conhecimentos e capacidades no âmbito da Saúde Comunitária, no cuidado ao doente hipertenso (dependente ou não);
- Aplicar conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da formação académica e ao longo do percurso profissional e de vida, no cuidado ao Utente hipertenso e na relação interpessoal Enfermeiro/Utente/Comunidade.
- Desenvolver capacidades de compreensão apropriada, no desempenho da actividade profissional, na relação com a Comunidade envolvente, na resolução de problemas abrangentes e complexos, numa perspectiva profissional avançada;
- Compreender a dinâmica familiar, identificando problemas complexos e situações novas com urgência na sua dissipação;
- Demonstrar capacidade de resolução de problemas Comunitários, abrangentes, que influenciam a população, através de uma atitude responsável, autónoma e eficaz, com cuidados de qualidade e com a colaboração de parceiros sociais e da equipa multidisciplinar;
- Aplicar na prática evidências científicas, tendo por base uma tomada de decisão responsável e fundamentada;
- Promover a articulação com a equipa multidisciplinar e intersectorial e com parceiros sociais no sentido da resolução de problemas e concretização de objectivos terapêuticos do Utente hipertenso, para a obtenção da mais elevada qualidade de vida possível,

- Auto reflexão crítica sobre a prática desenvolvida, com o intuito de a melhorar continuamente, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população;
- Aperfeiçoar continuamente a capacidade de lidar com questões éticas e sociais complexas, que requerem uma atitude responsável e maturidade para a sua resolução e tratamento, tendo em conta o melhor para o Utente;
- Desenvolver e demonstrar competências aprofundadas, no relacionamento terapêutico pelo respeito das crenças e cultura do Utente;
- Aperfeiçoar capacidades na identificação e comunicação de situações de risco, de forma a prevenir suas consequências e complicações que poderão surgir, transmitindo essa informação aos parceiros de equipa e/ou sociais que possam cooperar positivamente na sua resolução;
- Adquirir habilidades para comunicar resultados, conclusões, informações, conhecimentos, raciocínios e reflexões de forma clara e concisa, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida da pessoa, inserida no contexto familiar e numa comunidade;
- Promover mudanças comportamentais sempre que estes constituam um risco para a saúde do Utente;
- Incentivar a colaboração dos profissionais de saúde e envolver a população em geral na adopção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, através de rastreios e educação para a saúde;
- Desenvolver competências na área da gestão e liderança, junto da equipa de Enfermagem e outras, essencialmente no âmbito da Saúde Comunitária;
- Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais, através da participação e colaboração na implementação de projectos, elaboração de documentos de apoio sobre os cuidados de qualidade a prestar aos Utentes, realização de formação em serviço (como formadora), supervisão e integração de novos profissionais, com a finalidade de melhorar/zelar pela qualidade dos cuidados, particularmente na área da Saúde Comunitária;
- Desenvolver competências que permita a utilização de evidências e resultados de estudos de investigação na prática, tendo por objectivos a sua melhoria contínua;
- Aperfeiçoamento contínuo das capacidades de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho em todo o acto de cuidar e na relação com os outros.

Pretendemos ainda, que todas as competências adquiridas sejam gradualmente melhoradas, pois consideramos ser uma construção inacabada, em evolução ao longo de toda a vida e em crescimento contínuo na relação com os outros.

3 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

No decorrer do Estágio, fomos desenvolvendo diversas actividades inerentes à nossa actividade profissional e referentes ao Projecto de Estágio.

Todas as actividades desenvolvidas foram acompanhadas por uma análise e reflexão, precedidas diariamente na busca da excelência do exercício.

Logo, consideramos que as intervenções efectuadas no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária, foram pertinentes e contextualizadas, uma vez que tiveram como pilar basilar os dados obtidos nas várias instituições relacionadas com esta problemática e a opinião dos peritos na área.

3.1 - Diagnóstico de Saúde

O Diagnóstico de Saúde é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, relacionando-se directamente com a seguinte. Assim, de forma a avaliar o estado de saúde da população, obter um instrumento para executar a Política de Saúde, estabelecer prioridades, projectar, organizar e avaliar actividades, procedemos a elaboração de um Diagnóstico de Saúde do Concelho de Santa Maria da Feira.

Entre os vários problemas identificados, e após uma reunião com os Peritos do Centro de Saúde, definimos prioridades, no sentido de tomar uma decisão sobre os problemas de saúde identificados e que poderíamos eleger como prioritários.

Portanto, a ordem de prioridades estabelecida, foi a seguinte:

- 1) Sedentarismo;
- 2) Obesidade;
- 3) Hipertensão Arterial.

3.1.1 – População/Amostra

Ao elaborar um Projecto de Intervenção, é fundamental definir os indivíduos que irão participar neste projecto. Assim, e face à amplitude do problema e ao tempo reduzido para a concretização do projecto, optamos por determinar uma amostra.

A população/amostra deste projecto é constituída pelos Utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, da lista da Médica Dr.^a Maria da Luz Esteves.

Na definição da amostra os critérios de inclusão e exclusão tornam-se um aspecto importante para evitar situações ambíguas.

Assim, os critérios fixados neste projecto foram:

→ Critérios de **inclusão**:

- Utentes hipertensos - incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Utentes frequentadores da consulta do médico de família em consultas de hipertensão pelo menos 1 vez por ano;
- Utentes com idade maior ou igual a 21 anos.

→ Critérios de **exclusão**:

- Utentes não utilizadores ou sem consulta presencial no último ano;
- Utentes com idade menor que 21 anos;
- Grávidas;
- Falecimento durante o período de avaliação.

3.1.2 - Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados é a base de sustentação de qualquer trabalho.

Considerando os objectivos descritos, e tendo em conta, o factor tempo, a influência nas respostas e a problemática a abordar, optou-se por um instrumento de colheita de dados

considerado pertinente e adequado ao estudo, ao mesmo tempo, que permite o registo sistemático de informações pertinentes.

A sua elaboração, foi baseada na Circular Normativa Nº 09 de 12 de Janeiro de 2006 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.

Assim, tendo em consideração as características da população alvo e as informações desejadas, optou-se pela aplicação de um formulário (ANEXO I), que permitiu obter informações adequadas aos objectivos do estudo.

Segundo Nogueira (1999), citado por Marcon e Lakatos em Técnicas de Pesquisa, um formulário é *“uma lista formal, catálogo ou inventário destinado à colheita de dados resultantes quer da observação, quer de interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio entrevistador à medida que faz as observações ou recebe as respostas...”*¹

O formulário estruturado, é constituído por 31 questões onde se caracteriza cada participante com o propósito de determinar o Risco Global Cardiovascular:

- Identificação do género;
- Idade;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Actividade profissional;
- Peso;
- Altura;
- Índice de Massa Corporal;
- Perímetro Abdominal;
- Tensão Arterial;
- Frequência cardíaca;
- Glicose;
- Colesterol TOTAL e HDL;
- Triglicérideos;
- Anos de diagnóstico de HTA;
- Diagnóstico de diabetes;
- História familiar de Doença Cardiovascular;
- Número de refeições diárias;
- Características da alimentação (consumo de sopa, legumes, fruta);
- Prática de actividade física;
- Frequência da actividade física;

¹ LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – Técnicas de pesquisa. 4ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, S.A. 1999, p.114.

- Hábitos tabágicos;
- Hábitos alcoólicos;
- Adesão a vacinação.

Ao concluirmos a fase de planeamento, e após obtenção das autorizações necessárias, para que a aplicação do formulário fosse possível, foram efectuadas as seguintes estratégias:

- Convocatória por carta personalizada para a aplicação do formulário e com prévio agendamento; (ANEXO II);
- De forma oportunista, aos Utentes com consulta marcada ou que por algum motivo se deslocarem ao Centro de Saúde durante o período destinado a aplicação do formulário.

No primeiro contacto com o Utente, este foi informado sobre o projecto. Após o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes (ANEXO III), iniciamos a recolha de dados.

A aplicação do formulário e consulta do processo clínico individual, decorreu de 2 à 14 de Maio, tendo o seu preenchimento demorado em média 10 minutos. Responderam ao formulário 156 participantes.

A colheita de dados foi efectuada pela própria, nas instalações do Centro de Saúde. O formulário foi aplicado com rigor de registos.

Os Utentes que manifestarem vontade de não participar, foram eliminados da amostra.

De uma forma em geral, a população foi receptiva e disponível.

3.1.3 - Tratamento de dados

Para a compreensão dos dados através do formulário, é necessário que os dados sejam tratados de forma organizada. Para isso, segundo Fortin (2000), “*é indispensável realizar um tratamento estatístico, onde se estrutura, classifica, apresenta e analisa a informação numérica medida na amostra*”.² Segundo a mesma autora, “*o tipo de estudo a realizar, o tipo de quantidade de variável e as hipóteses, condicionam a escolha dos métodos, técnicas e medidas estatísticas*”.³

² FORTIN; Marie Fabienne – O Processo de Investigação: da concepção à realização. 2ª Edição. Loures: Lusociência, Edições Técnicas de Ciências, 2000, p.402

³ Ibidem

O tratamento de dados foi efectuado informaticamente através do programa Microsoft Office Excel 2003.

3.1.4 – Apresentação e Análise dos dados

A apresentação dos dados procura mostrar de forma clara e sistemática as informações obtidas ao longo do estudo.

Os dados são o resultado dos questionários aplicados aos 156 participantes, e são os seguintes:

- No que diz respeito ao género, 60% da população alvo é do sexo feminino e 40% do sexo masculino;
- Em relação ao grupo etário, 59% dos elementos da amostra tem idade situada no intervalo dos 61 – 80 anos;
- Cerca de 54% apresenta valores de Índice de Massa Corporal superior ao preconizado pela DGS (Pré-obesidade)⁴. A média do IMC da população alvo é de 28.26, o que vem justificar uma intervenção na redução de peso, sendo este um dos factores modificáveis que poderá contribuir para a diminuição do risco de desenvolver uma Doença Cardiovascular;
- No que diz respeito ao Perímetro Abdominal, 48,5% dos elementos da amostra possuem risco muito aumentado em relação as complicações metabólicas associadas à obesidade, 28,5% possui risco aumentado e 23% apresenta valores “normais”;
- Apesar da totalidade da população alvo, se encontrar medicada, a sua maioria (35%), apresenta valores de tensão arterial elevada (Hipertensão Arterial em Grau I);
- Em relação a Diabetes Mellitus, verifica-se que 33% dos elementos da amostra referem este diagnóstico;
- No que diz respeito aos valores analíticos de colesterol, 53% da população alvo, apresenta valores analíticos de colesterol dentro dos valores recomendados pela DGS

⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral da Saúde - Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa nº 03/DGCG. Março de 2005, p.11

(< ou = 190 mg/dl). A média dos valores analíticos do colesterol total na população alvo, é de 198 mg/dl;

- No que diz respeito ao valor analítico de colesterol HDL, verificou-se que a maioria da população de ambos os sexos, possuem valores considerados recomendáveis pela DGS de colesterol HDL (homens < 40 mg/dl e mulheres > que 50 mg/dl), 55% no sexo feminino e 53% no sexo masculino, respectivamente;
- Em relação ao valor analítico de triglicéridos, verificou-se que 83% da população alvo, apresenta valores de triglicéridos recomendados pela DGS (< 150 mg/dl);
- 60% da população alvo, possui antecedentes familiares de Doença Cardiovascular;
- No que diz respeito aos hábitos alimentares, constatou-se que 51% da população alvo realiza quatro refeições diárias, 26% realiza cinco ou mais refeições, 20% realiza três e apenas 3% realiza apenas duas refeições diárias. Verificou-se que 88% tomam diariamente o pequeno-almoço. No que diz respeito à frequência com que a população alvo consome sopa, verificou-se que 55% consome diariamente sopa, 38% só consome sopa às vezes e 7% nunca consome sopa. No que concerne à frequência com que a população consome saladas e legumes, verificou-se que 82% consome diariamente, 17% só consome às vezes e 1% nunca consome saladas e legumes. No que diz respeito à frequência com que a população alvo consome fruta, verificou-se que 57% consome diariamente fruta, 42% só consome fruta às vezes e 1% nunca consome fruta;
- No que respeita à prática de exercício físico, constatou-se que a maioria da população alvo (60%), não pratica exercício físico. E que dos 40% que refere praticar exercício físico, somente 44% o pratica diariamente. Da descrição realizada anteriormente, pode-se constatar que numa avaliação global a prática de actividade física diária fica aquém do que é preconizado nas recomendações da DGS;
- Constata-se ainda, que 56% dos elementos da amostra, refere consumir álcool. Dos que referem consumir, 25% possui um consumo moderado (3 à 6 copos/dia) desta substância.

Para obtenção do Risco Global Cardiovascular, optou-se pelas orientações da Circular Normativa Nº 06/DSPCS de 18/04/2007 (Anexo IV), calculando-se assim, o Risco Global Cardiovascular, através da tabela derivada do projecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Desta forma, verificou-se que, dos 156 Utentes inquiridos, apenas 5% (7), apresentam um alto risco cardiovascular, 40% (63) apresentam um médio risco e 55% (86), apresentam um baixo risco de vir a desenvolver uma Doença Cardiovascular no período de 10 anos.

3.2 - Projecto de Intervenção “Ganhar Saúde”

Com a intenção de intervir no problema prioritário identificado (Doenças Cardiovasculares), foi efectuada pesquisa bibliográfica, consultados peritos na área de estudo e analisados estudos anteriores nesta área, com a finalidade de elaborar um projecto de intervenção para responder de forma eficaz e eficiente neste problema, e minimizar os efeitos que eles representam na população em estudo.

A definição deste problema como prioritário fundamenta-se no facto de que as Doenças Cardiovasculares serem a principal causa de morte em Portugal (responsáveis por cerca de 36% das mortes ocorridas no triénio 2003-2005), estando igualmente presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos, na população Portuguesa.

Estas doenças são também responsáveis por cerca de um terço das mortes em todo o mundo (5,5 milhões), e são vistas como uma problemática fulcral do âmbito da Saúde Pública. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade, apresentando no triénio 2003-2005, 34% de mortes por Doenças Cardiovasculares.

Paralelamente a isto, não podemos esquecer que cerca de *“...17% da população Portuguesa diz ser hipertensa (30% em rastreios realizados), 19% da população com idade igual ou superior a 10 anos diz ser fumadora de mais de 20 cigarros por dia e que 50% da população Portuguesa apresenta excesso de peso”*.⁵

A elevada predominância dos factores de risco das Doenças Cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção e correcção, de forma a produzir declínio não só das Doenças Cardiovasculares, como também, de outras doenças crónicas, e influenciar fortemente o estilo de vida da nossa população.

Através da bibliografia efectuada, verificou-se que cerca de 75% das Doenças Cardiovasculares podem ser atribuídas aos factores de risco, sendo a maior parte destes, factores de risco modificáveis. Desta forma, a promoção de estilos de vida saudáveis, é sem dúvida o ponto major da nossa intervenção, no sentido de dar resposta às necessidades de saúde da população.

De forma a dar resposta a esta problemática, a Direcção Geral de Saúde, na Circular Normativa Nº 03/DSPCS de 6 de Fevereiro de 2006, apresenta uma actualização ao já

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral da Saúde - Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa nº 03/DSPCS. Fevereiro de 2006, p.3

existente Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares. A supracitada Circular Normativa, obriga a uma abordagem mais abrangente e integrada, sendo o seu grande enfoque na actuação preventiva, enfatizando quer a educação para a saúde, quer a educação terapêutica, contribuindo para que a população em geral, seja capaz de gerir a própria saúde de modo mais informado e autónomo.

Neste sentido, surge o projecto “Ganhar Saúde” (Anexo V), na tentativa de dar resposta a este problema de saúde da população do Concelho de Santa Maria da Feira, com a colaboração e envolvimento de todos os profissionais de saúde do respectivo Centro de Saúde e dos vários parceiros sociais.

Conhecendo então, o âmbito do Projecto a implementar, surge a fixação dos objectivos que é a terceira etapa do Planeamento de Saúde. Tentamos definir os objectivos de forma que estes fossem pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

Os **objectivos gerais** deste projecto são:

- Avaliar a prevalência e a incidência de HTA, no grupo alvo do projecto;
- Caracterizar o grupo alvo do projecto;
- Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de Doença Cardiovascular (através do cálculo do Risco Global Cardiovascular);
- Fornecer informação à população alvo sobre a importância de uma alimentação saudável e da prática regular de actividade física moderada, como factores de protecção para as Doenças Cardiovasculares;
- Estabelecer protocolo de cooperação com o Município de Santa Maria da Feira, para o desenvolvimento de actividades na área da actividade física.

Como **objectivos específicos** propusemos os seguintes:

- Caracterizar a população alvo do projecto;
- Determinar a prevalência de HTA, na população alvo do projecto;
- Determinar a incidência de HTA, na população alvo do projecto;
- Avaliar o Risco Global Cardiovascular na população alvo do projecto;
- Realizar reunião formal com a equipa de Enfermagem e responsáveis do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, para dar conhecimento do projecto à implementar;

- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que adoptem estilos de vida saudáveis, através da realização de uma caminhada – “Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração”;
- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que adoptem estilos de vida saudáveis, através da realização de uma sessão de esclarecimento sobre Doenças Cardiovasculares;
- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que adoptem estilos de vida saudáveis, através de educação para a saúde individual, aquando da realização do rastreio;
- Realizar sessão de educação para a saúde, à população alvo do projecto, sobre factores de risco cardiovasculares;
- Realizar visita domiciliária aos Utentes pertencentes à população alvo do projecto, em situação de dependência, para promoção da saúde e prevenção da doença;
- Elaborar folhetos informativos como forma de complemento da informação;
- Respeitar os aspectos éticos e deontológicos inerentes a qualquer intervenção de relação inter-pessoal;
- Reflectir sobre a actuação da equipa de Enfermagem/equipa Multiprofissional;
- Permitir uma melhoria contínua da prática;
- Reflectir sobre a realidade da população alvo do projecto;
- Reflectir sobre os contributos da nossa intervenção para a melhoria da saúde da população alvo;
- Avaliar os resultados obtidos na execução do projecto de intervenção;
- Comunicar os resultados obtidos na implementação do projecto pretendido.

3.2.1 – Execução e avaliação das actividades de intervenção

Tendo como finalidade a realização dos objectivos anteriormente mencionados, recorreu-se a um vasto número de estratégias de forma a planear estilos de actuação, através de um conjunto coerente de técnicas singulares, organizadas com o desígnio de serem alcançados os objectivos delineados, inlectindo a tendência de evolução natural dos problemas.

Desta forma, passa-se a enunciar cada estratégia, meta, indicadores de actividades ou execução (medem a prestação de cuidados de saúde) e os respectivos indicadores de resultado ou de impacto (medem o estado de saúde da população), que permitiram a operacionalização deste projecto.

ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

Estratégia 1 – Sessão de divulgação do projecto à equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

Foi realizada uma reunião formal, para dar a conhecer o projecto, no sentido de promover a participação e colaboração da equipa de Enfermagem. Assim, pretendeu-se apresentar o projecto, facultando toda a informação necessária para a compreensão do mesmo.

Pretendíamos ainda, que a equipa de Enfermagem incentivasse a Comunidade de Santa Maria da Feira a constituírem-se agentes promotores de saúde, contribuindo para a qualidade de vida desta comunidade e em particular do Utente hipertenso.

No final da sessão, foi pedido o preenchimento de um questionário para avaliação da sessão de divulgação do Projecto de Intervenção Comunitária em implementação, assim como, as várias actividades e estratégias inseridas no mesmo.

Devemos referir que neste indicador, apenas contabilizamos os Enfermeiros que preencheram e entregaram o questionário de avaliação da sessão e do projecto.

Em anexo está apresentado o planeamento, a avaliação e a execução da sessão, com a respectiva análise estatística dos resultados dos questionários aplicados e a apreciação da sessão e do projecto implementado (Anexo VI).

META

Participação de 70% dos Enfermeiros na sessão de divulgação do projecto, a realizar no Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, de acordo com a disponibilidade, promovendo a sua colaboração e envolvimento no mesmo.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Enfermeiros presentes na sessão de divulgação do Projecto de Intervenção Comunitária.

Número de Enfermeiros presentes na sessão de divulgação do Projecto	25	
<hr/>		
Número total de Enfermeiros convocados	30	X 100 = 83,3%

Pela análise do indicador de actividade incluído nesta estratégia e tendo em conta as metas pré definidas, concluímos que esta foi atingida com sucesso, superando as nossas ambições iniciais.

Estratégia 2 – Caracterização e determinação do Risco Global Cardiovascular à população alvo do projecto

Foi nossa intenção recolher dados que nos permitissem obter um registo mais completo e um conhecimento mais apropriado da população em estudo. Aplicamos a 156 Utentes, o formulário para caracterização e respectiva avaliação do Risco Global Cardiovascular. O resultado dos formulários e a sua respectiva análise estatística, estão apresentados em anexo (Anexo VII).

Através desta estratégia foi possível a identificação de Utentes em risco moderado/elevado de desenvolver uma Doença Cardiovascular e intervir adequadamente.

META

Aplicação do formulário para caracterização e determinação do risco cardiovascular 30% da população alvo.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo, com aplicação do formulário para caracterização e determinação do Risco Global Cardiovascular.

Número total de Utentes pertencentes à população alvo, com formulário aplicado	156	
<hr/>		
Número total de Utentes pertencentes á população alvo	354	X 100 = 44,1%

Verificamos com a observação do indicador superior, que o formulário para caracterização e determinação do risco global cardiovascular foi aplicado à 44,1% dos Utentes pertencentes à

população alvo. Assim, foi possível identificar os Utentes com risco elevado de desenvolver uma Doença Cardiovascular no período de 10 anos, e intervir de forma preventiva.

Estratégia 3 – Promoção da actualização do Plano Nacional de Vacinação (PNV) à população alvo

A promoção da saúde através de EPS e vigilância, constitui um aspecto fundamental e a vacinação está implicada nesta promoção da saúde/prevenção da doença e suas complicações. Os Utentes incluídos, foram alvo da intervenção de Enfermagem ao longo do período de tempo de implementação do projecto.

A todos os Utentes, que não possuíam o esquema vacinal actualizado, foi enviada convocatória para programação da sua vacinação.

META

Que 90% dos Utentes pertencentes à população alvo, possuam o PNV actualizado.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo, com o PNV actualizado.

Número de Utentes pertencentes à população alvo, com o PNV actualizado	331	
<hr/>	<hr/>	
Total de Utentes pertencentes à população alvo	354	X 100 = 93,6%

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo, à quem foi administrada a vacina do tétano.

Número de Utentes pertencentes à população alvo, que foram vacinados	16	
<hr/>	<hr/>	
Total de Utentes pertencentes à população alvo	354	X 100 = 4,5%

No início da implementação do projecto a percentagem de Utentes com o Plano Nacional de Vacinação actualizado era de 88,9% (315), enquanto, que no término do projecto, com a vacinação de 16 Utentes (4,5%), esta aumentou significativamente para 93,6% (331). Logo foi promovida a saúde e a qualidade de vida desta população, que possibilitou atingir esta meta.

Indicadores de resultado ou de impacto

- Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo do projecto, com a vacina anti-tetânica (Td) actualizada, no final da implementação do projecto.

Número de Utentes pertencentes à população alvo do projecto,
com a vacina anti-tetânica actualizada, no final da
implementação do projecto

351

Número total de Utentes, pertencentes à população alvo do
projecto

354

X 100 = **99,1%**

Verificamos com a análise deste indicador de resultado, que apenas 3 Utentes, que não possuíam o PNV actualizado não foram vacinados, uma vez que, os contactos realizados para proceder à vacinação, não tiveram êxito.

Apesar deste facto, o objectivo traçado inicialmente foi concretizado e o resultado alcançado ultrapassou as nossas expectativas.

Estratégia 4 – Sessão de educação para à saúde sobre Doenças Cardiovasculares à população alvo do projecto

A realização desta sessão de educação para à saúde, teve como objectivo diminuir a prevalência de factores de risco e aumentar a prevalência de factores de protecção: a actividade física, a opção por uma alimentação saudável.

Em anexo encontra-se apresentado o planeamento, a avaliação e a execução da sessão, com a respectiva análise estatística dos resultados dos questionários aplicados e a apreciação da sessão e do projecto implementado (Anexo VIII).

META

Que 50% dos Utentes pertencentes à população alvo do projecto, convocados, participem na sessão de EPS.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de EPS.

Número de Utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de EPS	26	X 100 = 57,8%
<hr/>		
Número de Utentes pertencentes à população alvo, convocados para a sessão de EPS	45	

Indicadores de resultado ou de impacto

- Ganhos em conhecimentos sobre prevenção das Doenças Cardiovasculares, com a Sessão de EPS.

Média do N° de respostas correctas aquando da aplicação do primeiro questionário sobre Doenças Cardiovasculares	220	X 100 = 88%
<hr/>		
N° total de perguntas do questionário	25	

Média do N° de respostas correctas aquando da aplicação do segundo questionário sobre Doenças Cardiovasculares	242	X 100 = 96,8%
<hr/>		
N° total de perguntas do questionário	25	

A nível dos conhecimentos demonstrados, através dos dados obtidos com a aplicação do questionário, podemos afirmar que aquando da aplicação do primeiro questionário (antes da sessão), à média de respostas correctas foi de 88%. Após a sessão, foi aplicado um segundo questionário (igual ao primeiro), em que, à média de respostas correctas foi de 96,8%. Logo, podemos afirmar que houve ganhos em conhecimentos/ganhos em saúde com à realização da sessão.

- Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de EPS sobre as Doenças Cardiovasculares.

Nº de Utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de EPS sobre as Doenças Cardiovasculares	25	X 100 = 83,3%
Nº total de Utentes pertencentes a população avo do projecto, convocados para a sessão de EPS sobre as Doenças Cardiovasculares	30	

Pela análise dos resultados obtidos na sessão de EPS, verificamos que 83,3% dos Utentes pertencentes à população alvo do projecto convocados, participaram na sessão. O que confirma à disponibilidade dos Utente para à participação nestas acções.

Estratégia 5 – Promoção e EPS ao Utente dependente pertencente à população alvo

A EPS faz parte dos cuidados de Enfermagem e é definida como um processo que visa o desenvolvimento harmónico e holístico do Homem, exigindo assim, recorrer à arte do ensino, a fim de conseguir das pessoas uma mudança dos seus comportamentos para a manutenção da saúde.

METAS

Realizar visita domiciliária a 70% dos Utentes dependentes pertencentes à população alvo;
Realizar EPS, à 60% dos Utentes dependentes pertencentes à população alvo, através da visita domiciliária.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes dependentes pertencentes à população alvo, visitados no período de implementação do projecto.

$$\frac{\text{Números Utentes dependentes pertencentes à população alvo, visitados no período de implementação do projecto}}{\text{Número total de Utentes dependentes pertencentes à população alvo}} \times 100 = 100\%$$

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes dependentes pertencentes à população alvo, que receberam EPS, durante a implementação do projecto.

$$\frac{\text{Número de Utentes dependentes pertencentes à população alvo, que receberam EPS}}{\text{Número total de Utentes dependentes pertencentes à população alvo}} \times 100 = 100\%$$

Analisando os resultados dos indicadores superiores, verificamos que foi realizada visita domiciliária de Enfermagem, assim como, realizada EPS à totalidade dos Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto.

Indicadores de resultado ou de impacto

- Percentagem de Utentes dependentes, pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de Enfermagem, durante a implementação do projecto

$$\frac{\text{Número de Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de Enfermagem, durante a implementação do projecto}}{\text{Nº de Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto}} \times 100 = 100\%$$

Pretendíamos atingir nesta fase da implementação do projecto, 70% dos Utentes dependentes. O indicador de resultado demonstra que foram realizadas visitas domiciliárias à totalidade dos utentes dependentes, o que demonstra o alcance de 100% dos Utentes. Ultrapassando assim, as metas inicialmente ambicionadas.

- Ganhos em conhecimentos dos Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de Enfermagem, durante a implementação do projecto e a quem foi realizada EPS.

Número de Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de Enfermagem, e a quem foi realizada EPS	<u>9</u>	X 100 =	100%
Nº de Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de Enfermagem	9		

Pela análise dos resultados obtidos, verificamos que à todos os Utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, foi realizada EPS, com vista a obtenção de ganhos em conhecimentos, logo, ganhos em saúde.

Estratégia 6 – Sessão de sensibilização sobre Doenças Cardiovasculares, dirigida aos Utentes pertencentes à população alvo e a população em geral de Santa Maria da Feira

Na actualidade, é bem conhecido por todos, que a melhoria do nível de saúde da população se deve, em grande parte, à intervenção nos estilos de vida. A EPS, constitui-se uma via privilegiada, para intervir nesta situação, uma vez que permite o intercâmbio de intenções destinadas a melhorar a saúde individual e colectiva da população.

Assim, esta estratégia visava a sensibilização em massa da Comunidade de Santa Maria da Feira, para a necessidade da prevenção dos factores de risco das Doenças Cardiovasculares.

Em anexo está apresentada o planeamento, a avaliação e a execução da sessão, com a respectiva análise estatística dos resultados dos questionários aplicados e a apreciação da sessão (Anexo IX).

META

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na sessão de sensibilização; Que 40% dos Utentes incluídos no estudo, participem na sessão de sensibilização.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização.

$$\frac{\text{Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização}}{\text{População residente em Santa Maria da Feira}} \times 100 = 0,1\%$$

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização	153	X 100 =	0,1%
População residente em Santa Maria da Feira	145 247		

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes convocados, incluídos no estudo que participaram na sessão de sensibilização.

$$\frac{\text{Número de Utentes convocados, incluídos no estudo que participaram na sessão de sensibilização}}{\text{Número total de Utentes pertencentes à população alvo}} \times 100 = 23,7\%$$

Número de Utentes convocados, incluídos no estudo que participaram na sessão de sensibilização	84	X 100 =	23,7%
Número total de Utentes pertencentes à população alvo	354		

Relativamente à esta meta, pretendíamos atingir uma participação de 0,1% (145) da população de Santa Maria da Feira, o que foi alcançado com sucesso, uma vez que conseguimos uma participação ligeiramente acima dos 0,1% (153 pessoas).

Em relação à participação dos Utentes incluídos no estudo, na sessão de sensibilização para as Doenças Cardiovasculares, conseguimos que 23,7% (84) dos Utentes participassem, excedemos assim, a meta definida, o que reflecte o êxito da mesma.

Indicadores de resultado ou de impacto

- Ganhos em conhecimentos sobre prevenção das Doenças Cardiovasculares, através da realização de uma sessão de sensibilização para as Doenças Cardiovasculares

Nº de participantes que apresentaram ganhos em conhecimentos, com a sessão de sensibilização para as Doenças Cardiovasculares	84	X 100 = 54,9%
Nº total de participantes na sessão de sensibilização	153	

A nível dos conhecimentos demonstrados pelos participantes na sessão de sensibilização, constatamos através dos dados obtidos com a aplicação do questionário antes da sessão, que a média de respostas correctas foi de 90,9%. Após a sessão de sensibilização, a média de respostas correctas foi de 97,2%. Logo, podemos afirmar que houve ganhos em conhecimentos/ganhos em saúde com à realização desta sessão.

Estratégia 7 – Caminhada de sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis e alerta para o problema das Doenças Cardiovasculares aos Utentes pertencentes à população alvo e à população em geral de Santa Maria da Feira

No dia 17 de Maio de 2011, foi realizada uma caminhada com o tema “Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo Coração”, com a finalidade de promover à prática de exercício físico. Esta actividade, teve a colaboração de várias entidades públicas e privadas, para além do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, possibilitando desta forma, atingir o objectivo da mesma.

Em anexo está apresentada o planeamento, a avaliação e a execução da caminhada, com a respectiva análise estatística e a apreciação da sessão do projecto implementado (Anexo X).

META

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na caminhada de sensibilização; Que 20% dos Utentes incluídos no estudo, participem na caminhada.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na caminhada.

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na caminhada	156	
<hr/>		
População residente em Santa Maria da Feira	145 247	X 100 = 0,1%

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de Utentes, incluídos no estudo que participaram na Caminhada.

Número de Utentes, incluídos no estudo que participaram na caminhada	87	
<hr/>		
Número de Utentes pertencentes à População alvo	354	X 100 = 24,6%

Analisando o indicador superior, podemos afirmar que esta estratégia foi concretizada com êxito e as metas pré definidas atingidas. A caminhada surtiu o efeito pretendido, pela percentagem de população que participou na mesma, tendo ultrapassado os 0,1% (143) da população do Concelho de Santa Maria da Feira. A participação dos Utentes pertencentes à população alvo do projecto também superou o esperado, levando-nos a concluir que os objectivos foram concretizados e as metas atingidas.

Indicadores de resultado ou de impacto

- Ganhos em saúde através da pratica de exercício físico, como factor de protecção para as Doenças Cardiovasculares.

Nº de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira, que aderiram à caminhada pela saúde de mãos pelo coração	156	
<hr/>		
Nº total da população residente em Santa Maria da Feira	145 247	X 100 = 0,1%

A nível da prática de exercício físico, alcançamos os objectivos pretendidos (0,1%), estimulando assim, a prática de exercício físico como factor de protecção para as Doenças Cardiovasculares. Concluímos que houve ganhos em saúde para à população Feirense.

Estratégia 8 – Rastreio das Doenças Cardiovasculares, dirigida à população em geral de Santa Maria da Feira.

Como estratégia para atingir os objectivos delineados e como complemento das acções delineadas, foi realizado um rastreio aos factores de risco das Doenças Cardiovasculares, onde se avaliou a Tensão Arterial, o Peso, o IMC, a Glicemia Capilar, Colesterol, além de outros factores de risco presentes. Este rastreio foi dirigido à população em geral de Santa Maria da Feira que desejou participar.

A escolha emergiu da necessidade detectada, aquando da caracterização da comunidade e confirmação da incidência elevada das Doenças Cardiovasculares e dos factores de risco associados às mesmas. O rastreio reforçou a oportunidade de realizar EPS de modo individual, tendo em conta a situação particular de cada Utente rastreado.

Durante à realização do rastreio, foi aplicado um questionário a cada rastreado, a análise e conclusão dos mesmos, estão apresentados em anexo. (Anexo XI)

META

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, no rastreio das Doenças Cardiovasculares.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram no rastreio das Doenças Cardiovasculares.

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram no rastreio das Doenças Cardiovasculares	153	
<hr/>	<hr/>	X 100 = 0,1 %
População residente em Santa Maria da Feira	145 247	

Analisando os resultados dos questionários aplicados aquando da realização do rastreio, com a respectiva avaliação e observando os indicadores superiores, podemos afirmar que esta estratégia foi concretizada com êxito e as metas pré definidas atingidas.

Indicadores de resultado ou de impacto

- Percentagem de pessoas da Comunidade de Santa Maria da Feira que realizaram o rastreio das Doenças Cardiovasculares.

Nº de pessoas da Comunidade de Santa Maria da Feira que realizaram o rastreio de Doenças Cardiovasculares	153	
		X 100 = 0,1%
Nº total da população residente em Santa Maria da Feira	145 247	

Após análise deste indicador de resultado, verificamos que 153 pessoas da Comunidade Feirense aderiram ao rastreio das Doenças Cardiovasculares, o que permitiu um despiste os factores de risco e respectiva intervenção precoce, para promoção da saúde, com o intuito de prevenir as Doenças Cardiovasculares.

Estratégia 9 – Distribuição de vários documentos em suporte de papel (panfletos), como complemento de informação.

Como forma de complementar a informação dada, nas diversas actividades desenvolvidas, foi fornecida informação em suporte de papel (panfletos), de forma a permitir uma melhor assimilação do que foi transmitido.

Estes panfletos, foram distribuídos ao longo da implementação do projecto, com o propósito de promoção da saúde. (Anexo XII)

META

Que 80% dos documentos impressos para complemento de informação sejam distribuídos.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de documentos impressos para complemento de informação que foram distribuídos.

Número de documentos impressos para complemento de informação que foram distribuídos	1100	X 100 = 96,5%
Número total de documentos impressos	1140	

No que concerne à estratégia de distribuição de panfletos como complemento de informação, a sua distribuição ultrapassou a meta preconizada (distribuição de 80%) em 16,5%, com uma distribuição de 96,5% dos panfletos impressos. Além disso abrangemos pelo menos 0.8% da Comunidade Feirense.

3.2.2 – Avaliação

No Planeamento de Saúde, assim como, em qualquer actividade, não poderia deixar de existir a etapa da avaliação. A avaliação consiste na utilização de dados e informação no sentido de identificar se os meios, estratégias e actividades delineadas e implementadas foram eficazes na resolução dos problemas. Destina-se também a determinar se os objectivos foram atingidos ou se as actividades planeadas foram executadas.

A execução das intervenções planeadas exigiu e necessitou de empenho, dedicação, dinamismo e uma relação eficaz intra e intersectorial, no sentido de otimizar os recursos existentes na comunidade estudada. Partindo deste princípio e da definição das estratégias do projecto de intervenção elaborado previamente, foram assim desenvolvidas várias actividades, como consta no cronograma de actividades. (Anexo XIII)

Tendo em conta os resultados obtidos e os objectivos concretizados com a realização deste projecto, como já referido e demonstrado, estes foram de encontro com o delineado inicialmente.

Podemos então concluir que a implementação deste Projecto de Intervenção foi positivo, para a população (pelos contributos que lhes forneceu), para nós profissionais de saúde (pelo enriquecimento de conhecimentos e aplicação de competências desenvolvidas) e para a Instituição (pelo contributo a nível da comunidade). Contribuiu desta forma, para prevenir complicações, promover a saúde e para elevar a qualidade de vida da população

A avaliação possibilitou detectar dificuldades e ganhos em conhecimento e em saúde. Permitiu ainda, uma auto reflexão sobre a prática, no sentido do aperfeiçoamento contínuo e do desenvolvimento e aplicação de competências, direccionadas para a comunidade envolvente.

3.3- Actividades relevantes desenvolvidas

Uma das actividades desenvolvidas está relacionada com a **vacinação antitetânica**. Sendo a vacinação a forma mais segura de prevenir a propagação de certas doenças, a sensibilização da população assume um papel crucial, uma vez que no caso do tétano a protecção é individual, ou seja, apenas uma cobertura vacinal de 100% evita o aparecimento da doença. Assim, deve-se dar ênfase á verificação do estado vacinal e vacinação de indivíduos que nunca foram vacinados ou que necessitam de reforços. A informação e o esclarecimento sobre os procedimentos e a periodicidade da vacinação é por estes motivos, um objectivo constante de todos os profissionais de saúde.

Neste sentido, foi verificado o estado vacinal de todos os Utentes pertencentes a população alvo do projecto e realizada a respectiva sensibilização para a importância da vacinação (Anexo XIV). Foi também agendada uma data para actualização das vacinas, onde foi também fornecido um panfleto relativo à vacinação anti-tetânica (Anexo XV).

Sendo Interlocutora do Programa Nacional de Vacinação do CSSMF, desenvolvemos diversas actividades ligadas à vacinação, tais como:

- Gestão de stock de vacinas no CS;
- Promoção e supervisão da operacionalização do PNV;
- Monitorização mensal das coberturas vacina das coortes de nascimento em estudo no ano civil e posterior análise;
- Realização de auditorias à cadeia de frio da vacinação, bem como aos mapas de registos de temperatura;
- Realização de auditoria trimestral ao cumprimento dos procedimentos técnicos inerentes á vacinação.

Durante o período de estágio, pudemos desempenhar as nossas actividades no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, pela metodologia de trabalho de **Enfermeiro de Família**, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e pela política de saúde XXI da Declaração de Munique.

Conforme citado "A família deve ser o enfoque dos cuidados... e é por ela e com ela que ... desenvolver novas competências científicas e relacionais. O papel do Enfermeiro não pode cingir-se ao mero executar de cuidados de saúde. Tem que assumir outras dimensões: Promotor de saúde junto da comunidade; interventor na prevenção da doença; agente clínico

junto dos membros da família onde dará formação...na continuação de cuidados...máxima autonomia...dirige a sua intervenção".⁶

Ao longo deste estágio, actuamos sob os seguintes parâmetros:

- Prestação de cuidados de Enfermagem de forma sistematizada e globalizada, tendo por base metodologia científica visando a personalização dos mesmos;
- Elaboração de registos, adoptando uma terminologia científica e utilizando uma linguagem clara e concisa (CIPE/SAPE), privilegiando as intervenções autónomas;
- Colaboração na gestão da unidade e utilização racional de materiais, visando a sua rentabilização;
- Promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem através da elaboração de estudos e formação em serviço;
- Desenvolvimento de boas relações na equipa de trabalho, visando um clima organizacional, adoptando comportamentos educacionais.

No âmbito da **formação**, durante a realização do estágio, tivemos a oportunidade de desenvolver as seguintes actividades:

- Participação como formadora numa acção de formação sobre Violência no Local de Trabalho - Procedimentos, no dia 20 de Maio de 2001, dirigida aos profissionais do Centro de Saúde;
- Participação no grupo de trabalho que elaborou o Manual de Procedimentos – Violência no Local de Trabalho;
- Colaborado na orientação, supervisão e avaliação de um Aluno de Enfermagem do 4º ano, da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis;

⁶ ORDEM DOS ENFERMEIROS, A cada família, o seu Enfermeiro, p.21

4 - ANALISE CRITICA

O decorrer do estágio de Enfermagem Comunitária, enquadrado no plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem, possibilitou-me a aplicação prática das etapas do Planeamento em Saúde. Sendo uma forma de intervir sobre a realidade socioeconómica, fazendo o diagnóstico de situação/saúde, inventariando os recursos disponíveis e os necessários e fixando os objectivos e as suas prioridades. Desta forma, um plano procura caracterizar onde estamos, para onde queremos ir e de que meios dispomos e necessitamos. Indica-nos a direcção, reduz o impacto da mudança, motiva e converge vontades e permite avaliar o nível de execução para além de ser um excelente suporte ao processo de tomada de decisão.

O percurso de estágio foi direccionado para uma intervenção, onde preconizamos uma resposta de proximidade com o cidadão, orientada para a obtenção de ganhos em saúde, melhoria da acessibilidade e equidade. Foi nossa missão, o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa (Utente Hipertenso), respectiva família e Comunidade em que se insere (Santa Maria da Feira). As actividades incrementadas procuram a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Assim, o projecto Ganhar Saúde (prevenção das Doenças Cardiovasculares), surge da importância que estas doenças representam no nosso País. Prevenir o aparecimento de uma Doença Cardiovascular, através de um programa de educação para a saúde e acompanhamento especializado de doentes, de qualidade, proporciona o aperfeiçoamento constante de conhecimentos no domínio da saúde dos profissionais envolvidos, no sentido da garantia de dar resposta às elevadas taxas de prevalência que têm aumentado de forma significativa.

Ao longo deste estágio foi possível verificar na análise dos dados a incidência destes índices, e confirmação, que os hábitos de vida que estão subjacentes, e que são adoptados pela população (sedentarismo, uma alimentação desequilibrada, tabagismo, ..) são factores de risco a precatar.

Prevenir estes factores de risco, ou tentar diminuir a sua prevalência é sem dúvida uma tarefa complicada, que constituiu a principal preocupação e prioridades deste projecto.

O projecto tinha várias estratégias definidas, para a sua efectiva realização, designadamente uma sessão de sensibilização aos profissionais de Enfermagem, através de uma sessão formativa, uma campanha de sensibilização à Comunidade de Santa Maria da Feira, através de uma sessão de sensibilização para as Doenças Cardiovasculares, fixação de cartazes, distribuição de panfletos, promoção da prática de exercício físico (com a realização da Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração), realização de um rastreio dos factores

de risco das Doenças Cardiovasculares, com ensino individualizado, realização de visitas domiciliárias, com ensinamentos individualizados, uma sessão de educação para a saúde, bem como o encaminhamento de situações para consultas de especialidade Nutrição e Cessação Tabágica.

Da organização e respectiva realização da formação aos Enfermeiros, adquirimos habilidades na promoção e desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos, uma vez que no âmbito da Formação em serviço, foi apresentado o Projecto de Intervenção. Além disso, queremos salientar que será realizada uma segunda formação para comunicarmos conclusões, informações, conhecimentos, raciocínios e reflexões de forma clara e sucinta dos resultados obtidos no Projecto de Intervenção e que contribuíram peremptoriamente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assim como a aquisição de ganhos em saúde.

Uma das actividades largamente desenvolvida, no âmbito do projecto foi a Educação Para a Saúde. Podemos afirmar que a Educação Para a Saúde é indispensável no processo de aquisição de competências individuais e colectivas necessárias à aquisição de modos de vida saudáveis. Nesta perspectiva a EPS pretende dar ao indivíduo poder de decisão, consciente, nos aspectos que se relaciona com a sua saúde (*empowerment*).

Nas Educações Para a Saúde realizadas, no rastreio e nas várias visitas domiciliárias aos Utentes dependentes, tivemos sempre como propósito a obtenção de ganhos em saúde individuais e para a Comunidade, procurando responsabilizar cada indivíduo pela sua saúde.

Podemos assim afirmar que os objectivos que esperávamos alcançar com as sessões de EPS, foram totalmente alcançados.

O rastreio aos factores de risco das Doenças Cardiovasculares, pretendeu ser um meio para detectar alguns dos factores de risco das DCV, otimizando esforços para prevenir os mesmos através da adopção de estilos de vida compatíveis com uma vida saudável.

A intervenção nos estilos de vida é um aspecto primordial, este facto encontra-se reforçado no Plano Nacional de saúde onde se faz referência que o combate as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é uma prioridade para a acção.⁷

Na organização, dinamização e operacionalização do rastreio pudemos desenvolver capacidades na área da gestão e liderança, junto de equipas multiprofissionais, principalmente no âmbito da Saúde Comunitária, no sentido da excelência do exercício, zelando pela qualidade dos cuidados e promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal da equipa multiprofissional.

⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004/2010 Mais Saúde para Todos. Despacho Ministerial. Direcção Geral de Saúde, Lisboa, p.4.

Não podemos deixar de referir que na organização do rastreio deparamo-nos com algumas adversidades, nomeadamente na obtenção da máquina e tiras para avaliação do colesterol capilar, pois devido à actual situação económica do País, os Laboratórios que comercializam este material, numa primeira abordagem não se mostraram disponíveis. Após muita insistência, conseguimos o material desejado.

Destacamos ainda, que foram identificados/encaminhados algumas situações com risco global cardiovascular elevado.

Na realização das visitas domiciliárias aos Utentes dependentes, foi necessário um intenso trabalho, com vista à equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde. No âmbito das visitas domiciliárias pudemos aperfeiçoar capacidades na identificação e comunicação de situações de risco, de modo a prevenir as suas consequências e complicações, assim como, o desenvolvimento de capacidades que promoveram mudanças comportamentais, face a situações de risco.

A actualização do esquema vacinal, de acordo com o PNV, foi uma das actividades que também obtivemos ganhos. Os Utentes com o PNV desactualizado foram convocados para procederem a sua actualização, os Utentes que se encontravam em situação de dependência foram vacinados no domicílio.

Em todos os momentos, em que procedemos à vacinação, foram utilizados para a realização de EPS, de acordo com as necessidades do Utente.

Destaco ainda, alguns pontos positivos, e outros mais frágeis, evidentes neste relatório de actividades. Como pontos positivos, saliento:

- A possibilidade de aplicação prática dos conteúdos leccionados nos momentos teóricos do Curso de Mestrado em Enfermagem;
- A implementação do projecto de intervenção, permitiu aumentar o conhecimento da realidade em estudo “Diagnóstico de Situação”;
- Participação/aproximação da comunidade;
- Desenvolvimento de relações de afecto;
- Desenvolvimento e criação de novas parcerias de entidades políticas (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira), privadas (Fundação Portuguesa de Cardiologia);
- Disponibilização dos recursos da comunidade para satisfazer as necessidades identificadas;
- Maturidade profissional;

- Enriquecimento a nível dos conhecimentos gerais da Enfermagem Comunitária;
- Aperfeiçoamento de competências de gestão e liderança;
- Elevação da qualidade de vida, da população de Santa Maria da Feira.

Dos pontos fracos, saliento:

- Curto período de tempo, para realização/avaliação das actividades desenvolvidas no projecto de intervenção comunitária;
- Bloqueios organizacionais e limitações impostas pelo próprio sistema de saúde;
- A evolução profissional, que suscitou movimentações difíceis de gerir no seio da equipa de Enfermagem.

Ao efectuar a avaliação do trabalho realizado, fico com a percepção de que tenha atingido os objectivos inicialmente propostos e desta forma possa contribuir para uma melhor prestação de serviço na Comunidade.

Fica, contudo ao terminar este relatório, a sensação de que ainda ficou muito por dizer, pois as palavras nem sempre conseguem transmitir os sentimentos e emoções, experimentados ao longo deste estágio.

5- CONCLUSÃO

Com a redacção deste relatório espera-se ter transmitido toda a informação necessária para uma correcta avaliação do trabalho desenvolvido, desde a contextualização do estágio, o planeamento, a execução, a avaliação e por último a análise crítica, também espera-se ter transmitido e valorizado os resultados do trabalho realizado.

Tendo partido de uma pesquisa bibliográfica sobre a problemática em estudo, que forneceu um suporte teórico justificativo, iniciou-se a elaboração do projecto no sentido de contribuir para a criação e implementação de medidas respondendo assim às necessidades detectadas. Com o trabalho desenvolvido no estágio de intervenção iniciou-se a implementação de intervenções tendo em vista a prevenção, promoção da saúde ao doente hipertenso, através da implementação do projecto elaborado.

O campo de estágio (Centro de Saúde de Santa Maria da Feira) possuía excelentes condições para a prestação de cuidados de elevada qualidade. A implementação deste projecto foi revestiu-se de grande pertinência, indo de encontro à realidade local.

De realçar que a Enfermeira Chefe, bem como os restantes profissionais de Saúde estabeleceram connosco uma relação de inter-ajuda, apoio e partilha, o que enriqueceu e favoreceu o desenvolvimento do percurso de estágio, com êxito.

O estágio proporcionou o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como das organizações, coadjuvado na adaptação às inovações que advém do mundo em constante mutação e na prossecução da elevação da qualidade nos cuidados prestados aos Utentes/Famílias/Comunidades. Consideramos, que cuidamos integralmente com empenhamento, perícia e competências os utentes alvo dos cuidados, estabelecendo uma relação terapêutica, demonstrando disponibilidade, carinho e delicadeza sempre que podemos e nos sentíamos à vontade, em locais e momentos que consideramos serem os mais apropriados.

O desenvolvimento das actividades, que havíamos projectado facultou-nos momentos de engrandecimento pessoal, como aprendizagem efectiva, que permitiram o desenvolvimento de determinadas competências, designadamente iniciativa, criatividade, dinamismo, autonomia, e aperfeiçoamento das diferentes etapas do Planeamento em Saúde.

De um modo em geral, podemos afirmar que nos foi possibilitada a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, contemplados no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária, o que possibilitou alcançar os objectivos preconizados, para este momento formativo/avaliativo. Por outro lado esperamos ir de encontro às expectativas da Orientadora

Pedagógica e que o nosso desempenho tenha ido de encontro aos objectivos e as competências exigidas para o estágio.

Agradecemos a colaboração e disponibilidade da Orientadora de Estágio e a Equipa de Enfermagem, pela partilha propiciada em todos os momentos de reflexão conseguidos, com os elementos citados.

Muitas foram as interrogações e dificuldades com que iniciamos esta “viagem”. No entanto, tentamos elaborar o relatório de uma forma sistemática, sintética e objectiva, com o desejo de que a sua leitura seja capaz de transparecer uma imagem positiva do trajecto desta “viagem”. No entanto, permanece o sentimento de que possa ter ficado algo por dizer.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria do Rosário – A Participação dos Enfermeiros na Promoção da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 10 (2003), p.48.

AZEVEDO, Carlos; GONÇALVES, Ana – Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos. 8ª ed. Lisboa: Universidade Católica, 2006.

CASIMIRO, Fernando S. – Os Conceitos de Família e Núcleo Familiar nos Recenseamentos da População em Portugal. Revista de Estudos Demográficos. INE, 33 (2003), p. 5-21.

CRAVEIRO, Isabel; FERRINHO, Paulo - Planear Estrategicamente: a Prática no Sistema Nacional de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.19, nº 2 (2001), p. 27-30.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 6 (Março 2002), p. 40

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Rede de Cuidados de Saúde Primários: Modelos de Gestão dos Centros de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 12 (Maio 2004), p.11.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), Versão Beta 2. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.

FORTIN, Marie Fabienne – O Processo de Investigação: da Concepção à realização. Edições Técnicas e Científicas: Lusociência, 1999.

GOUVEIA, António – Prevenção Cardiovascular. Fundação Portuguesa de Cardiologia, Lisboa.

IMPERATORI, Emílio – Diagnóstico de Situação. In IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário – Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para Uso nos Serviços Centrais, Regionais e Locais. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

LAKATOS, Eva Marie; Marconi, Maria de Andrade -Metodologia Científica. 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1992, p. 37-243.

MEIRA, Leanderson - Factores de risco para as Doenças Cardiovasculares, 2004, p.133.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral da Saúde - Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa nº 03/DGCG. Março de 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral da Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral da Saúde - Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa nº 03/DSPCS. Fevereiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direcção Geral da Saúde – Risco Global Cardiovascular. Circular Normativa nº 06/DSPCS. Abril de 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - A Cada Família o Seu Enfermeiro. Edição da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p.107-120. 2000.

Pereira, A., Barroso, T. Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde, Coimbra: Formasau, 2005.

POLÓNIA, Jorge; CARMONA, José; SEAVEDRA, João. Hipertensão Arterial na Prática Clínica, 1ª Edição. CórteX. 2006.

REDMAN, Barbar Klug – A prática da Educação Para a Saúde. 9ª edição. Lusociência, Loures.

REVUELTA, Concha C. e tal. – Promoción de la salud y cambio social. Masson. Barcelona, 2001.

RUSSEL, Nancy – Manual de Educação para a Saúde. Lisboa, 1996.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública. 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta. 2008.

WRIGT, Lorraine M. e tal. - Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 3ª Edição. São Paulo, Roca, 2002.

ANEXOS

ANEXO I

- Formulário -



DOENÇAS CARDIOVASCULARES

SEXO:

Feminino

Masculino

IDADE

ESTADO CIVIL:

Solteiro (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

ESCOLARIDADE:

Analfabeto

1º Ciclo do Ensino Básico

2º Ciclo do Ensino Básico

3º Ciclo do Ensino Básico

Secundário

Licenciatura

ACTIVO

Desempregado

Empregado

Trabalhador estudante

NÃO ACTIVO

Doméstica

Estudante

Reformado por idade

Reformado por invalidez

ALTURA

PESO

IMC

P.A.

T.A.

F.C.

GLICOSE

COLESTEROL Total

COLESTEROL HDL

TRIGLICERÍDEOS

DIAGNÓSTICO H.T.A.:

< 1 ano

1 – 10 anos

11 – 20 anos

21 – 30 anos

> 30 anos

É DIABÉTICO/A ?

Sim

Não

HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES:

Sim

Não

QUANTAS REFEIÇÕES FAZ POR DIA?

Uma

Duas

Três

Quatro

Cinco ou mais

HABITUALMENTE TOMA O PEQUENO ALMOÇO?

Sim

Não

FREQUÊNCIA COM QUE COME SEMANALMENTE SOPA:

Nunca

Às vezes

Todos os dias

FREQUÊNCIA COM QUE COME SEMANALMENTE SALADAS OU LEGUMES:

Nunca

Às vezes

Todos os dias

FREQUÊNCIA COM QUE COME SEMANALMENTE FRUTA:

Nunca

Às vezes

Todos os dias

PRATICA EXERCÍCIO FÍSICO?

Sim

Não

FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA SEMANALMENTE EXERCÍCIO FÍSICO:

1 - 2 vezes

3 - 4 vezes

5 - 6 vezes

Diariamente

ENTRA EM STRESS FACILMENTE:

Sim

Não

HÁBITOS TABÁGICOS:

Sim

Não

QUANTOS CIGARROS FUMA POR DIA?

0 - 10 Cigarros

11 - 20 Cigarros

21 - 30 Cigarros

> ou = 31 Cigarros

HÁBITOS ALCOÓLICOS:

Sim

Não

QUANTOS COPOS BEBE POR DIA?

1 - 2 Copos/dia

3 - 6 Copos/dia

7 - 10 Copos/dia

> ou = 10 Copos/dia

ADESÃO A VACINAÇÃO

Sim

Não

ANEXO II

- Convocatória para aplicação do Formulário -



Exm^o (ª) Senhor (a)

Assunto: Aplicação de questionário para avaliar factores de risco das Doenças Cardiovasculares

No âmbito do projecto “GANHAR SAÚDE” – Doenças Cardiovasculares, os profissionais de saúde irão realizar a aplicação de um questionário aos utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Egas Moniz, cujo objectivo é avaliar o risco do utente vir a desenvolver Doenças Cardiovasculares e informar como pode prevenir esta doença.

Para este efeito, deverá manifestar a sua vontade em fazer parte deste projecto, dirigindo-se à Unidade de Saúde Familiar Egas Moniz no dia _____ às _____.

Solicita-se que, à chegada à Unidade de saúde se dirija a Secretaria do Módulo I, que o encaminhará ao profissional de saúde que se encontra a aplicar o referido questionário.

Para qualquer esclarecimento ou impossibilidade de comparecer, por favor contactar para o número 256303103 das 8:30 às 19 horas.

Com os melhores cumprimentos

Santa Maria da Feira, 18 de Abril de 2011.

Enf.^a Rosane Ferreira

Dr.^a Maria da Luz Esteves

ANEXO III

- Consentimento Informado –



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____
declaro que compreendi a informação que me foi fornecida acerca do estudo sobre Doenças Cardiovasculares. Foi-me dada a oportunidade de colocar as perguntas que entendi ser necessárias, tendo obtido resposta satisfatória. Fui também informado(a) de que todos os dados recolhidos no decorrer do estudo são totalmente confidenciais e serão apenas usados para fins de análise estatística, de acordo com as Leis de Protecção de Dados de Portugal (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro).

Por tudo isto, aceito participar no estudo sobre Doenças Cardiovasculares de Rosane da Fonte Ferreira, estudante de Mestrado Integrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, que consiste na resposta a um questionário.

Santa Maria da Feira, ___ de _____ de 2011

Assinatura do Participante:

Assinatura do Entrevistador

ANEXO IV

- Circular Normativa N° 06/DSPCS de 18/04/2007 –

**Assunto:** Risco Global Cardiovascular**Nº:** 06/D8PCS
DATA: 18/04/07**Para:** Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde do Serviço Nacional de Saúde**Contacto na DGS:** Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde/Divisão da Qualidade

De forma a dar enquadramento à estratégia de intervenção de identificação dos portadores de factores de risco cardiovascular, através da realização do exame periódico de saúde, prevista no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e sob proposta da Coordenação Nacional do mencionado Programa, sediada no Alto Comissariado da Saúde, a Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, emite a presente Norma de melhoria das práticas profissionais.

I – NORMA

A Direcção-Geral da Saúde determina que:

- a. Seja calculado o risco global cardiovascular, em função do perfil de factores de risco presentes, em todos os indivíduos em risco cardiovascular, sem antecedentes conhecidos de doença clínica evidente.
- b. Seja considerada como prioritária a avaliação do risco global cardiovascular em todos os indivíduos assintomáticos com um risco cardiovascular elevado, como resultado da presença de múltiplos factores de risco (ou de níveis extremamente elevados de um único factor de risco) ou de antecedentes familiares de 1º grau com história precoce de doença cardiovascular aterosclerótica (ou com factores de risco individuais elevados).
- c. Na determinação do risco global cardiovascular seja utilizada a tabela¹ derivada do projecto SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*).

II- OPERACIONALIZAÇÃO DA NORMA

Para a determinação do risco global cardiovascular deve ser utilizada a tabela derivada do projecto SCORE, desenvolvida por um conjunto de Sociedades Científicas congéneres

¹ Adaptação para versão Portuguesa elaborada por peritos da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, Sociedade Portuguesa de Hipertensão, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Europeias, que se anexa à presente Circular e cuja versão electrónica também se encontra disponível em www.escardio.org/knowledge/decision_tools.

Para o cálculo do risco global cardiovascular deve ser considerado que:

- a. A estimativa de risco baseia-se no sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica, colesterol total ou rácio colesterol total/HDL-colesterol.
- b. Este risco é classificado em sete categorias diferentes de risco (desde < 1% a = 15%), cada uma com uma cor correspondente. Com base no risco de morte cardiovascular aos 10 anos, considera-se como categoria de alto risco, susceptível de medidas eficazes de prevenção farmacológica, um risco absoluto maior ou igual a 5%.
- c. Existem situações potenciadoras de um risco global cardiovascular superior ao indicado na tabela, quando o indivíduo:
 - i. Se aproxima da categoria etária seguinte;
 - ii. Apresenta um grau significativo de disfunção renal;
 - iii. Assintomático, evidencia aterosclerose subclínica, frequentemente após o recurso a imagiologia diagnóstica;
 - iv. Tem antecedentes familiares de doença cardiovascular prematura, geralmente definida como a que surge antes dos 55 anos no sexo masculino e dos 65 anos no sexo feminino;
 - v. É obeso e sedentário, especialmente quando é evidente a presença de síndrome cardiometabólico;
 - vi. Tem baixos níveis de colesterol-HDL, hipertiglicidemia, tolerância diminuída à glicose, com elevados níveis de proteína C-reativa, fibrinogénio, homocisteína, apolipoproteína B e Lp(a);
 - vii. Tem diabetes
 - nestes casos devem-se aplicar coeficientes correctores ao valor calculado no SCORE, multiplicando por 2 o risco calculado, nos homens e por 4 nas mulheres;
 - viii. Tem doença cerebrovascular
 - nestes casos deve-se aplicar coeficiente corrector ao valor calculado no SCORE, multiplicando por 1.5 o risco calculado.

- d. Para ultrapassar as dificuldades derivadas da variação temporal do risco (a longo prazo) e reconhecer o peso peculiar da idade no risco absoluto cardiovascular² pode-se recorrer ao cálculo do risco projectado aos 60 anos, na estratificação do risco em adultos jovens e confirmar o *risco atribuível* ou *excesso de risco*, relacionado com o risco relativo respectivo, de modo a sentir o peso de determinado factor de risco num indivíduo de idade mais avançada.
- e. Há necessidade de se diferenciar o *risco absoluto* determinado, habitualmente, na prática clínica, como elemento útil na decisão terapêutica do *baixo risco* (logicamente dependente do ponto de corte definido para cada uma das variáveis) e do *risco relativo*, particularmente nos indivíduos de grupos populacionais ou étnicos diversos e nas pessoas idosas.

III – FUNDAMENTAÇÃO

A doença aterosclerótica tem uma natureza multifactorial. Como resultado da multiplicidade de factores intervenientes (ambientais, dietéticos, metabólicos, hemodinâmicos, inflamatórios e genéticos) e do longo processo evolutivo, as possíveis relações causais entre os diversos elementos patogénicos e a doença aterosclerótica encerram, em si mesmo, um certo grau de incerteza que, por definição, são de tipo probabilístico (*risco*). Assim, entende esta Direcção-Geral como:

- *risco absoluto* a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular num determinado período de tempo;
- *risco relativo* o quociente entre o risco absoluto de um indivíduo determinado e os indivíduos de baixo risco;
- *risco atribuível* ou *excesso de risco* a diferença entre os riscos absolutos de um indivíduo e o do grupo de baixo risco, do mesmo sexo e idade;
- *baixo risco* o grupo de indivíduos, de sexo e idade determinada, que têm um perfil de risco mais favorável.

A possibilidade de complicações cardiovasculares não depende de um qualquer elemento em particular, mas sim da presença concomitante de características individuais capazes de incrementar esta eventualidade (*factores de risco*) e/ou da afectação – sintomática ou não – dos órgãos alvo e das complicações clínicas associadas. O efeito dos diferentes factores de risco é sinérgico e multiplicativo, amplificando, de forma considerável, o risco cardiovascular.

O cálculo do risco global cardiovascular, como estimativa do sinergismo derivado da presença simultânea dos diversos factores de risco individuais, permite não só identificar os doentes com um risco elevado assim como modelar a intensidade de intervenção terapêutica no controlo

² A idade pode, de alguma forma, condicionar a deslocação das intervenções terapêuticas para os indivíduos de idade mais avançada, em prejuízo das populações mais jovens ou das mulheres.

efectivo dos factores de risco, motivar os doentes numa estratégia de intervenção com o pleno cumprimento das medidas modificadoras de estilos de vida e farmacológicas, realçando o grau de risco e os ganhos potenciais das intervenções propostas e valorizar devidamente a necessidade e a efectividade de alguns tratamentos.

As habituais tabelas de estimativa do risco global cardiovascular só são ajustáveis a doentes sem manifestações clínicas evidentes de doença aterosclerótica. De facto, todos os doentes com antecedentes conhecidos de doença cardiovascular têm um risco cardiovascular elevado e devem ser tratados de acordo com as estratégias enunciadas.

Os métodos utilizados para estimar o risco cardiovascular baseiam-se em estudos epidemiológicos de *coortes*, onde a presença dos factores de risco foi relacionada com a incidência posterior de eventos cardio-cerebrovasculares. Desta forma, foi possível calcular a probabilidade de ocorrência de um episódio em função do número e da intensidade dos factores de risco presentes num indivíduo. Esta probabilidade é, normalmente, expressa numa percentagem, que indica a proporção de doentes, com as mesmas características, em que é esperada a ocorrência de um evento, num determinado período de tempo.

O DIRECTOR-GERAL DA SAÚDE



Francisco George

Tabela de Alto Risco Cardiometabólico¹

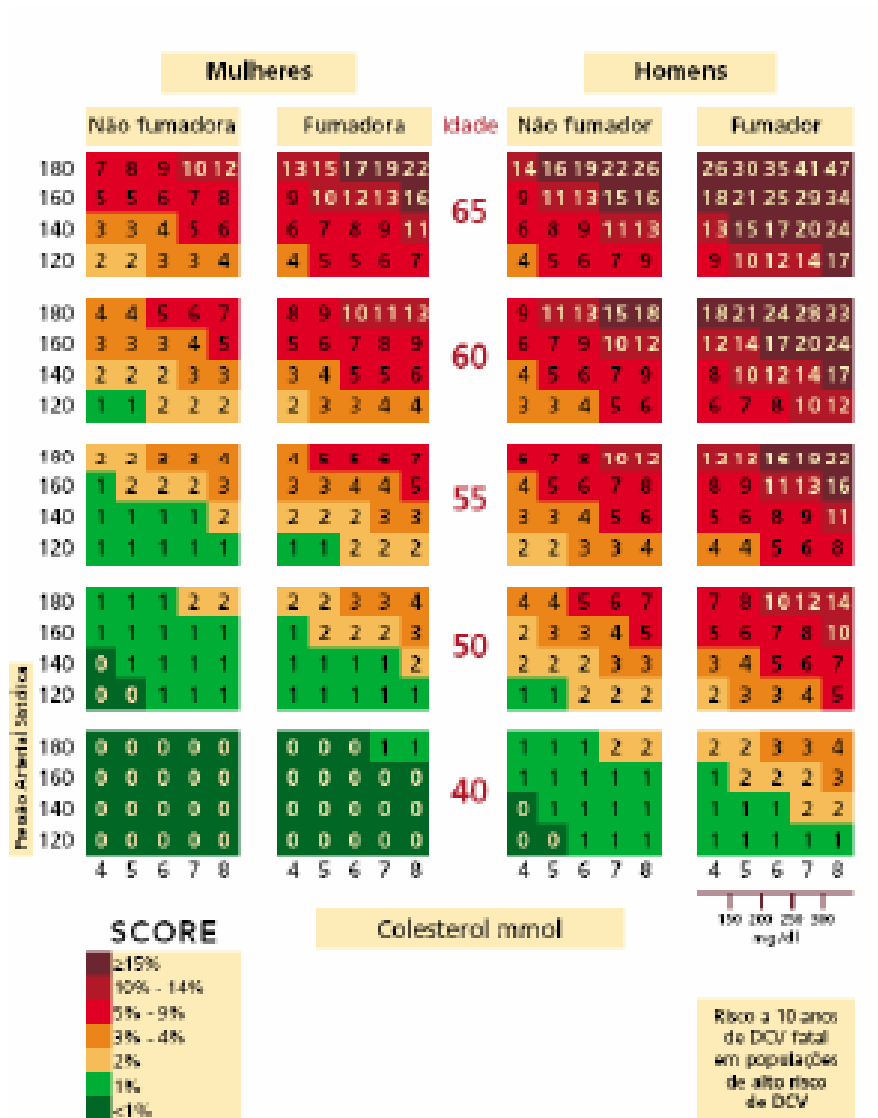
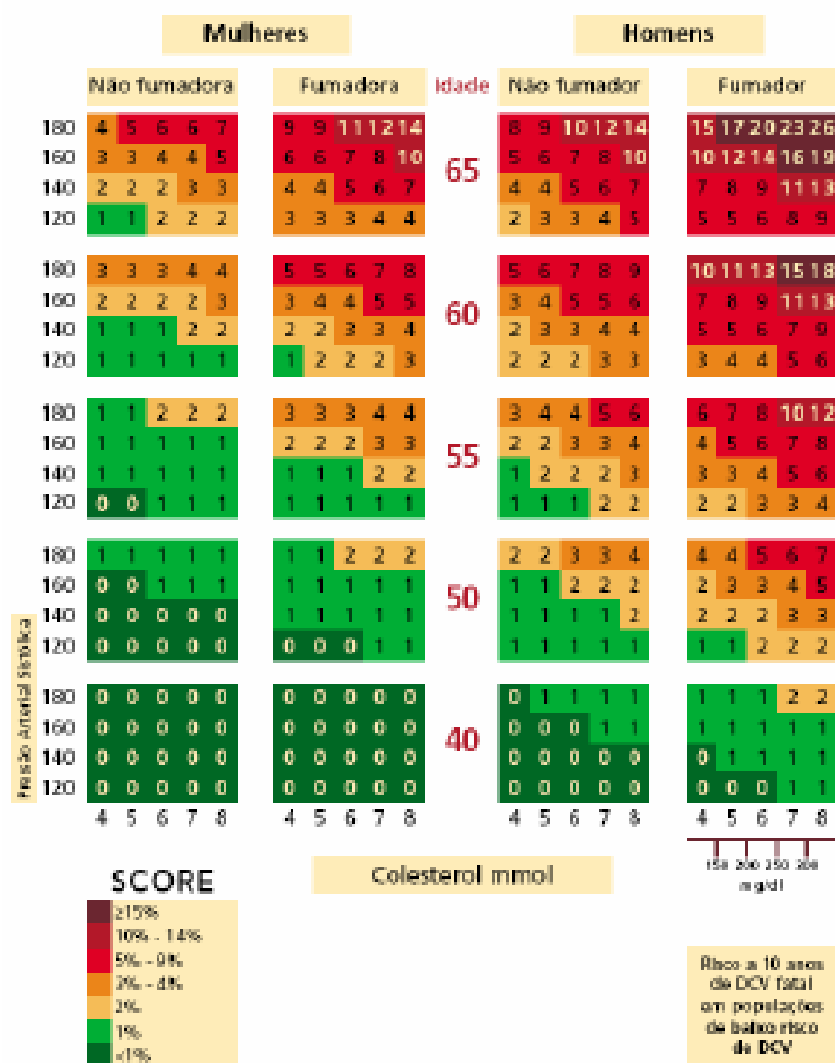


Tabela de Baixo Risco Cardiovascular^a



^a Tercim Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na

ANEXO V

- Projecto "GANHAR SAÚDE" –



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

MÓDULO III

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Rosane da Fonte Ferreira

Porto, Maio de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – Ganhar Saúde

MÓDULO III

Por Rosane da Fonte Ferreira

Sob orientação da Professora Norminda Magalhães

Porto, Maio de 2011

*Se alguém procura a saúde,
pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença;
em caso contrário, abstém-te de o ajudar.*

Sócrates

Índice

0 - NOTA INTRODUTÓRIA.....	75
1 – LOCAL DE ESTÁGIO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO.....	77
2 - FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	79
2.1 - Título do projecto.....	82
2.2 – População e amostra.....	82
2.3 – Horizonte temporal.....	84
2.4 – Previsão de recursos.....	84
2.5 – OBJECTIVOS.....	85
2.5.1 – Fixação de objectivos operacionais ou metas.....	89
2.6 – Indicadores de avaliação.....	91
2.6 – Selecção de metas/estratégias e respectivos indicadores de actividade	94
3 - COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER.....	105
4 – CRONOGRAMA.....	108
5 - NOTA CONCLUSIVA.....	109
6 – BIBLIOGRAFIA.....	111

ANEXOS

ANEXO I – CRONOGRAMA

0 - NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projecto de Intervenção Comunitária insere-se no âmbito do estágio de Enfermagem Comunitária – Módulo III, integrado no plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa/Porto (UCP).

A escolha da temática deste projecto (doenças cardiovasculares), foi precedida da detecção de um problema, através de uma abordagem de pesquisa por consenso, com a aplicação da técnica de aproximação por peritos em enfermagem comunitária, e terá por base linhas orientadoras e protocolos desenvolvidos na evidência científica/empírica, resultados e opinião destes mesmos peritos.

A metodologia utilizada será a descritiva e de reflexão crítica sobre a nossa prática diária, na prestação de cuidados ao utente, família, grupos e comunidade.

O presente trabalho pretende dar cumprimento aos seguintes objectivos:

- Desenvolver competências no âmbito de algumas etapas do planeamento em saúde;
- Responder a uma exigência do estágio;
- Compreender a importância da elaboração de um projecto de estágio, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados e aumentar o nível de saúde da comunidade;
 - ⊗ Definir o projecto e o problema a estudar;
 - ⊗ Justificar a opção do tema e a sua importância;

- ⊗ Definir cada uma das diferentes fases do projecto;
- ⊗ Identificar os objectivos ético-legais e deontológicos na elaboração do projecto aos utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA;
- Responder a uma exigência do serviço;
- Desenvolver competências crítico – reflexivas e de sistematização de conteúdos.

De forma a dar resposta aos objectivos deste projecto, este trabalho será iniciado pela disposta introdução. Posteriormente, parto para a apresentação do local de estágio e implementação do projecto de intervenção. No terceiro capítulo identifico e faço uma pequena descrição do projecto. No capítulo seguinte será apresentada a fixação de objectivos e indicadores de resultado; a definição de objectivos operacionais ou metas; a selecção de métodos/estratégias e respectivos indicadores de actividade. De seguida apresento as questões éticas e as competências a desenvolver. Para finalizar apresentaremos a conclusão e a bibliografia referenciada ao longo do corpo do trabalho, que o procurou enriquecer.

Estão previstas algumas dificuldades, por se tratar de uma actividade complexa e com recursos escassos, no entanto, como empenho, pesquisa bibliográfica, orientação e reflexão, pretendemos atingir os objectivos propostos.

1 – LOCAL DE ESTÁGIO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

O estágio (Módulo III) decorrerá no CS Feira, que encontra-se actualmente integrado no ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca.

O ACES Feira-Arouca é constituído por:

- Edifício sede (Av. Prof. Egas Moniz nº7, Santa Maria da Feira)
- 2 Centros de Saúde (CS Feira e CS Arouca)

O CS Feira é constituído:

- 8 Unidades de Saúde Familiares
- 14 Extensões de Saúde
- Total de utentes inscritos no CS Feira = 141941

A USF Egas Moniz, em Santa Maria da Feira, foi inaugurada no dia 16 de Abril de 2007. Encontra-se instalada nas antigas casas dos Magistrados e foi a terceira USF a entrar em funcionamento no Concelho. É uma Unidade modelo tipo B.

A escolha do local de estágio recair sobre o CS Feira, prende-se com o facto de este ser um ponto de referência e de proximidade com a comunidade, permitindo deste modo, intervir assertivamente nos problemas identificados na mesma. Sendo que a opção pela USF Egas Moniz, foi essencialmente motivada pela razão de me encontrar à exercer funções nesta Instituição.

LOCALIZAÇÃO

Av. Prof Egas Moniz, 7, 4524-909 Santa Maria da Feira

POPULAÇÃO ALVO

Nº total de utentes inscritos: 10680 em Março 2011

2 - FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

As doenças cardiovasculares, são a principal causa de mortalidade em Portugal, sendo considerada, das mais elevadas da Europa e do Mundo. Estas doenças são as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.⁸ Uma das razões para a expansão das doenças cardiovasculares em todo o mundo é o aumento da população idosa e, por outro lado, a exposição a actores de risco comportamentais.

Por serem responsáveis por cerca de um terço do total de mortes em todo o mundo (5,5 milhões), as doenças cardiovasculares, são vistas como uma problemática fulcral do âmbito de Saúde Pública, o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade apresentando no ano de 2000, 34%.

Se tivermos em consideração que cerca de *"17% da população Portuguesa diz ser hipertensa (30% em rastreios realizados), 19% da população com idade igual ou superior a 10 anos diz ser fumadora de mais de 20 cigarros por dia e que 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso"*.⁹ Portugal, é ainda, o País da União Europeia onde mais calorias se consomem e, onde menos actividade física se pratica, pode-se afirmar que apresenta todos os potenciais factores de risco das Doenças Cardiovasculares com índices bastante alarmantes.

Esta elevada prevalência dos factores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção e correcção, tendo em atenção que o conceito subjacente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde mas, também, todos os

⁸ Circular Normativa. Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Direcção-Geral da saúde, Circular Normativa Nº 03/DSPCS, Fevereiro de 2006, pág. 4

⁹ Circular Normativa. Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Direcção-Geral da saúde, Circular Normativa Nº 03/DSPCS, Fevereiro de 2006, pág. 3

cuidados que promovem a sua recuperação. Obriga, ainda, à adopção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência.¹⁰

Cada vez mais, este problema de Saúde pública afecta as populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Isto é o reflexo das grandes mudanças a nível dos estilos de vida, sobretudo dos hábitos alimentares, sedentarismo e hábitos tabágicos.

Assim sendo, a nossa intervenção, não deve apenas ter como objectivo diminuir a prevalência de determinados factores de risco, como também, aumentar a prevalência de factores de protecção. Contudo, esta mudança não é fácil, envolve crenças/costumes enraizados ao longo de gerações.

Esta sensibilização impõe estratégias de mobilização geral da sociedade para a promoção e preservação da saúde, através da educação, informação e formação.

Na tentativa de dar resposta a esta problemática, a DGS, na Circular normativa nº 03/DSPCS data de 6 de Janeiro de 2006, apresenta uma actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, que visa a redução dos riscos cardiovasculares, através de medidas preventivas, intervindo nos factores de risco e de promoção, com vigilâncias e EPS.

¹⁰ Circular Normativa. Actualização do programa Nacional de Prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares – Ministério da saúde. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa Nº 03/DSPCS, Fevereiro de 2006, pág.

O referido Programa foi aprovado por despacho do Ministério da saúde Nº. 16415/2003, publicado no Diário da República nº 193, II série, de 22 de Agosto de 2003 e em cumprimento do despacho supracitado, transcrito em anexo á Circular Normativa da DGS, nº 15/DGCS de 5 de Setembro de 2003.

O despacho nº 766/2006 do Alto Comissário da saúde, publicado no Diário da República, II Série, nº 9 de 12 de Janeiro de 2006, aprova algumas alterações ao conteúdo do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. O referido despacho define como aspectos prioritários e tendo em conta o tempo decorrido, a sua consagração e o esforço de fundo na requalificação das urgências, na reorganização dos serviços de saúde e, nomeadamente, a premência de alargar os objectivos, definir populações alvo e conferir destaque a algumas áreas de inovação¹¹. Com o presente programa pretende-se para além de prolongar apenas a vida, promover a saúde, prolongando a vida activa, comprimindo a mortalidade para o fim da vida e, ainda melhor a qualidade de vida em todas as fases do ciclo natural da vida e da evolução da doença.

Apoiando-se no referido até ao momento e nos dados obtidos da população em estudo, será nossa pretensão no decorrer do estágio, implementar um projecto de intervenção, envolvendo os profissionais do ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca, USF Egas Moniz e os utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA.

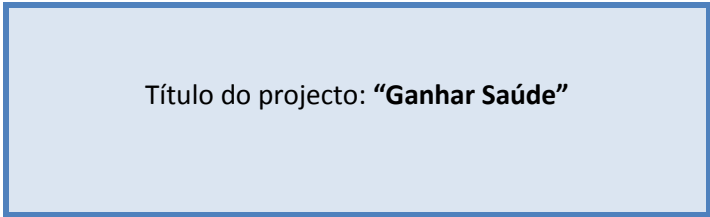
¹¹ Circular Normativa. Actualização do programa Nacional de Prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares – Ministério da saúde. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa Nº 03/DSPCS, Fevereiro de 2006, pág.

2.1 - Título do projecto

O Concelho de Santa Maria da Feira é constituído por 31 freguesias, com uma área de 213,4 Km² e com um total de 145 247 habitantes.

Analisando os resultados das taxas de mortalidade específica por causa de morte em 2007, no Concelho de Santa Maria da Feira, verificamos que as doenças cardiovasculares encontram-se em 1º lugar.

Cabe assim, aos promotores de saúde, esclarecer a população da forma como cada pessoa pode escolher, adaptar e assumir as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida, o que daí decorre uma necessidade de intervenção ao nível das doenças cardiovasculares.



Título do projecto: **“Ganhar Saúde”**

2.2 – População e amostra

Ao desenhar um projecto de intervenção na comunidade, é fundamental definir a população alvo e a população acessível que irá participar neste projecto, assim como, definir os critérios de inclusão e exclusão.

A população alvo, será constituída pelos elementos que satisfaçam os critérios de selecção. A população acessível será constituída pela proporção da população alvo que é acessível ao profissional que realiza o estudo, pois a população alvo raramente é acessível na sua totalidade, a quem a estuda.

As população acessível que iremos estudar (intervir) são os utentes com idade maior ou igual a 21 anos, residentes concelho de Santa Maria da Feira, incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, inscritos na USF Egas Moniz, pertencentes a lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves, da qual sou enfermeira de família.

A amostra será por conveniência uma vez que será estudada a população identificada que reúna as características referidas, no momento da realização do estágio/projecto.

No presente estudo, foram definidos os seguintes critérios para selecção da população-alvo:

→ Critérios de **inclusão**:

- Uteses hipertensos - incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves.
- Frequentadores da consulta do médico de família em consultas de hipertensão pelo menos 1 vez por ano;
- Uteses com idade maior ou igual a 21 anos.

→ Critérios de **exclusão**:

- Uteses não utilizadores ou sem consultas presenciais pelo menos 1 vez por ano;
- Uteses com idade menor que 21 anos;
- Grávidas;
- Falecimento durante o período de avaliação.

2.3 – Horizonte temporal

O presente projecto de intervenção será implementado de 4 de Abril à de 29 de Maio de 2011, no decorrer do estágio de Intervenção Comunitária (Opção III) e com continuidade futura.

2.4 – Previsão de recursos

Para a elaboração deste projecto, será necessário recorrer aos seguintes recursos:

→ Recursos humanos

- Enfermeira em estágio de mestrado;
- Enfermeiros do ACES entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca;
- Parceiros sociais;
- Palestrantes convidados;
- Outros profissionais (médico, assistente social, professor de educação física).

→ Recursos materiais

- Auditório da Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira;
- Ajudas técnicas e equipamento adaptativo variado;
- Retroprojector;
- Tela de Projecção de imagem;
- Computador;

- Impressora;
- Panfletos de informação e material informático variado;
- Material necessário para o rastreio;
- Programa informático SPSS

→ **Recursos financeiros**

- Realização de panfletos;
- Fotocópias.

2.5 - OBJECTIVOS

Os objectivos de um estudo indicam o porquê do mesmo. Estes são enunciados declarativos que precisam a orientação do estudo, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos do domínio em questão (Fortin, 2003).¹²

Os objectivos especificam as variáveis chave, a população alvo, o contexto do estudo e indicam ainda o que pretendemos obter com a realização do mesmo. Estes devem ser mensuráveis a médio prazo, realistas, precisos.

Assim, e na sequência da definição dos problemas prioritários surge a necessidade de proceder-se à formulação de objectivos a alcançar em relação a cada um desses problemas, num determinado período de tempo (IMPERATORI, 1986)¹³.

¹² FORTIN, Marie Fabienne – O processo de investigação: da Concepção à realização. Edições Técnicas e Científicas: Lusociência, 2003. Pág.100.

¹³ IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. 1986. Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa, p.43.

A formulação desses objectivos deve atender algumas características, ou seja, serem pertinentes, precisos, realizáveis, mensuráveis. Além disso devem conter a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população-alvo do projecto; a zona de aplicação do projecto e o tempo em que deverá ser atingido.¹⁴

Segundo Imperatori e Giraldes o objectivo é *"...o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto."*¹⁵

Desta forma, e no âmbito do problema de saúde – doenças cardiovasculares, para a qual estamos a estabelecer este projecto, temos como **objectivos gerais:**

- Avaliar a prevalência e a incidência de HTA, nos utentes pertencentes à lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Caracterizar os utentes com HTA, pertencentes à lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de doença cardiovascular (Rico Global cardiovascular);
- Fornecer informação à população alvo sobre a importância de uma alimentação saudável e da prática regular de actividade física moderada, como factores de protecção para as doenças cardiovasculares;
- Estabelecer protocolo de cooperação com o Município de Santa Maria da feira, para o desenvolvimento de actividades na área da actividade física.

¹⁴ TAVARES, A. 1990. Métodos e Técnicas de Planeamento em saúde. Ministério da Saúde, Lisboa, p. 117.

¹⁵ IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. 1986. Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa, p.45.

Como **objectivos específicos** propomos os seguintes:

- Caracterizar os utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, da lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Determinar a prevalência de HTA, nos utentes pertencentes a lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Determinar a incidência de HTA, nos utentes pertencentes a lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Avaliar o risco cardiovascular nos utentes com mais de 21 anos, inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista de utentes da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Realizar reunião formal com a equipa de enfermagem e responsáveis do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, para dar a conhecer o projecto à implementar e obter a sua colaboração;
- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que estes adoptem estilos de vida saudáveis, através da realização de uma caminhada – “Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração”;
- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que estes adoptem estilos de vida saudáveis, através da realização de uma sessão de esclarecimento sobre doenças cardiovasculares;
- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que estes adoptem estilos de vida saudáveis, através de educação para a saúde individual, aquando da realização do rastreio;

- Realizar sessão de educação para a saúde, aos utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista de utentes da Médica Dr.^a Maria da Luz, sobre factores de risco cardiovasculares;
- Realizar visitas domiciliárias a utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista de utentes da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves, em situação de dependência, para promoção da saúde e prevenção da doença;
- Elaborar folhetos informativos como forma de complemento da informação;
- Motivar os utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista de utentes da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves, para a actualização da vacina anti-tetânica, através da informação, com o intuito que estes compreendam a sua importância;
- Respeitar os aspectos éticos e deontológicos inerentes a qualquer intervenção de relação inter-pessoal;
- Reflectir sobre a actuação da equipa de enfermagem e equipa multiprofissional, permitindo a melhoria contínua da prática;
- Reflectir sobre a realidade dos utentes inscritos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, pertencentes a lista de utentes da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves;
- Reflectir sobre os contributos da nossa intervenção para a melhoria;
- Avaliar os resultados obtidos na execução do projecto de intervenção;
- Comunicar os resultados obtidos na implementação do projecto pretendido.

2.5.1 – Fixação de objectivos operacionais ou metas

Para atingir os objectivos definidos foram delineadas metas, pois seria um dispendido insensato de recursos realizar uma actividade, que não contribua para a concretização dos mesmos. Segundo Imperatori e Giraldes uma meta “..é um resultado que se deseja e tecnicamente exequível das actividade do serviço, traduzindo em termos de indicadores de actividade”.¹⁶

As metas estabelecidas são:

- Participação de 70% dos enfermeiros na sessão/reunião de sensibilização/informação, sobre o projecto, a realizar na USF Egas Moniz, de acordo com a disponibilidade, promovendo a sua colaboração e envolvimento no mesmo;
- Aplicar o formulário para determinação do risco cardiovascular a 30% dos utentes inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial;
- Que 90% dos utentes inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial, possuam o PNV actualizado;
- Que 60% dos utentes inseridos no Programa de Saúde: Grupos de risco Hipertensão Arterial, convocados, participem na sessão de educação para a saúde;
- Que 40% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde demonstre, no final da mesma, aquisição de conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares;

¹⁶ IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. 1986. Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa, p.48.

- Realizar visita domiciliária a 70% dos utentes dependentes inserido no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial;
- Aplicar o formulário a 70% dos Utes dependes inserido no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial;
- Realizar educação para a saúde a 60% dos utentes dependente inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial, através da visita domiciliária;
- Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na sessão de sensibilização;
- Que 40% dos utentes residentes em Santa Maria da Feira, incluídos no estudo participem na sessão de sensibilização;
- Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na caminhada de sensibilização;
- Que 40% dos utentes residentes em Santa Maria da Feira, incluídos no estudo participem na caminhada.
- Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, no rastreio das doenças cardiovasculares;
- Que 80% dos documentos impressos para complemento de informação sejam distribuídos.

2.6 – Indicadores de avaliação

Indicadores de resultado ou de impacto

- Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, durante a implementação do projecto

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, durante a implementação do projecto

Nº de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto

X 100

- Ganhos em conhecimentos dos utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, durante a implementação do projecto e a quem foi feita educação para a saúde.

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, e a quem foi feito EPS

Nº de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem

X 100

- Percentagem de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário para avaliação do risco cardiovascular aplicado.

$$\frac{\text{Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário para avaliação do risco cardiovascular aplicado}}{\text{Nº de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto}} \times 100$$

- Ganhos em saúde através da prática de exercício físico, como factor de protecção para as doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{Nº de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira, que aderiram à caminhada pela saúde de mãos pelo coração}}{\text{Nº total da população residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

- Ganhos em conhecimentos sobre prevenção das doenças cardiovasculares, através da realização de uma sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{Nº de participantes que apresentaram ganhos em conhecimentos, sobre prevenção das doenças cardiovasculares, entre a aplicação de um questionário antes e após a sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares}}{\text{Nº total de participantes na sessão de sensibilização}} \times 100$$

- Percentagem de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira que realizaram o rastreio das doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira que realizaram o rastreio de} \\ \text{doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total da população residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

- Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na} \\ \text{sessão de educação para à saúde sobre as doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes pertencentes a população avo do projecto, convocados para a} \\ \text{sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares}} \times 100$$

- Ganhos em conhecimentos sobre prevenção das doenças cardiovasculares, com a Sessão de Educação para à Saúde

$$\frac{\text{Média do N}^\circ \text{ de respostas correctas aquando da aplicação do primeiro questionário} \\ \text{sobre doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total de perguntas do questionário}} \times 100$$

$$\frac{\text{Média do N}^\circ \text{ de respostas correctas aquando da aplicação do segundo questionário} \\ \text{sobre doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total de perguntas do questionário}} \times 100$$

2.6 – Selecção de metas/estratégias e respectivos indicadores de actividade

Sendo a metodologia a forma de percorrer um caminho, de o delinear para atingir da melhor forma possível os objectivos desejados, iremos fazer uma breve descrição das actividades que pretendemos desenvolver de modo a concretizar os objectivos do projecto descrito, assim como, quais as metas e estratégias a utilizar.

Este conjunto de actividades, terá como imperativo melhorar os hábitos de vida da população com mudanças reais de comportamentos, através da educação para a saúde. Para Tones e Telford, a EPS é “(...) *toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença*”, originando mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar (Cit im Carvalho & Carvalho, 2005)¹⁷. Ainda segundo aqueles autores, a EPS pode influenciar ou clarificar valores, propiciar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Estratégia 1 – Sessão de sensibilização à equipa de enfermagem da USF Egas Moniz.

As acções de natureza informativa, formativa e normalizadora, dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a prática na área do Programa cardiovascular, deverão ser uma prática constante na área da saúde comunitária, declarado pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Cardiovasculares.

¹⁷ CARVALHO, A.A.S.; C.S.Graça. Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures, Lusociência. 2005. P.25.

Assim, pretendemos através de reunião formal, dar a conhecer o projecto, com o intuito de promover a participação efectiva da equipa, bem como garantir a sua continuidade/implementação. A reunião será efectuada na sala de reuniões da USF, em dia e hora a combinar, durante o mês de Maio.

META

Participação de 70% dos enfermeiros na sessão/reunião de sensibilização/informação, sobre o projecto, a realizar na USF Egas Moniz, de acordo com a disponibilidade, promovendo a sua colaboração e envolvimento no mesmo.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de enfermeiros presentes na sessão de sensibilização e apresentação do Projecto de Intervenção Comunitária

Número de enfermeiros presentes na sessão de sensibilização e apresentação do
Projecto

X 100

Número total de enfermeiros convocados

Estratégia 2 – Caracterização e determinação do risco cardiovascular aos utentes pertencentes à população alvo do projecto

É nossa intenção recolher dados que permitam obter um registo mais completo e um conhecimento mais aprofundado dos utentes hipertensos, assim como determinar o risco cardiovascular. Para a realização desta estratégia faremos um levantamento dos utentes inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco

Hipertensão Arterial pertencente a lista da Médica Dr.^a Maria da Luz Esteves.
Após esta sinalização, iniciaremos o processo de aplicação do formulário.

META

Aplicação do formulário para caracterização e determinação do risco cardiovascular 30% dos utentes pertencentes à população alvo do projecto.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, com aplicação do formulário para caracterização e determinação do Risco Global Cardiovascular.

$$\frac{\text{Número total de utentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário aplicado}}{\text{Número total de utentes pertencentes à população alvo do projecto}} \times 100$$

Estratégia 3 – Promoção da actualização do Plano Nacional de Vacinação (PNV) aos utentes, pertencentes à população alvo do projecto

A promoção da saúde através da EPS e vigilância, constitui um aspecto fundamental e a vacinação está implicada nesta promoção e prevenção das doenças e complicações. Os utentes hipertensos serão convocados para vacinação e serão vacinados no momento da aplicação do formulário.

Esta actividade será desenvolvida durante a implementação do projecto.

META

Que 90% dos utentes pertencentes à população alvo do projecto, possuam o PNV actualizado.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, com o Plano Nacional de Vacinação actualizado.

$$\frac{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, com o PNV actualizado}}{\text{Total de utentes inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão}} \times 100$$

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, a quem foi administrada a vacina do tétano.

$$\frac{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que foram vacinados}}{\text{Total de utentes pertencentes à população alvo}} \times 100$$

Estratégia 4 – Sessão de EPS sobre doenças cardiovasculares aos utentes pertencentes à população alvo do projecto

A promoção da saúde através da EPS, constitui um aspecto fundamental para a sensibilização sobre doenças cardiovasculares. Esta é uma estratégia com

abrangência limitada no tempo, que visa, sobretudo a sensibilização em massa de uma determinada população.

META

Que 60% dos utentes pertencentes à população alvo do projecto, que forma convocados, participem na sessão de educação para a saúde; Que 40% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde demonstre, no final da mesma, conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de EPS

Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na
sessão de EPS X 100

Número de utentes pertencentes à população alvo, convocados para a sessão de EPS

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de educação para a saúde e demonstraram a aquisição de conhecimentos.

Número de utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de EPS e que demonstraram no final da sessão a aquisição de conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares X 100

Número de utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de EPS

Estratégia 5 – Promoção e educação para a saúde aos utentes dependente pertencentes à população alvo do projecto

Recorrendo aos dados obtidos através do registos de enfermagem (SAPE) sobre a identificação dos utentes dependentes inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial, é nosso propósito programar, a visita domiciliária a estes utentes. Segundo Nancy¹⁸ a visita domiciliária aplicando os métodos individuais (educação e aconselhamento), é eficaz e eficiente. Nestas visitas Domiciliárias será utilizado o Modelo de Crenças de Saúde que se adapta inteiramente ao ensino individual.

Através de ensinamentos individuais ao utente, será nosso propósito incentivar a adesão ao regime terapêutico e promover a auto vigilância adequada, através da utilização do Modelo de Crenças de Saúde, pela percepção dos benefícios, por parte do utente que irá influenciar fortemente a adesão ou não.

METAS

Realizar visita domiciliária a 70% dos utentes dependentes pertencentes à população alvo; Aplicar o formulário a 70% dos Utentes dependes pertencentes à população alvo; Realizar educação para a saúde a 60% dos utentes dependente pertencentes à população alvo, através da visita domiciliária.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes dependentes pertencentes à população alvo, visitados no período de implementação do projecto

¹⁸ RUSSEL, Nancy – Manual de educação para a saúde. Lisboa, 1996. P.40.

Números utentes dependentes pertencentes à população alvo, visitados no período de
implementação do projecto X 100

Número total de utentes dependentes pertencentes à população alvo

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes dependentes pertencentes à população alvo do
projecto, com formulário aplicado

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, com
formulário aplicado X 100

Número total de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de utentes dependentes pertencentes à população alvo do
projecto, que receberam EPS, durante a implementação do projecto

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo, que receberam EPS
X 100

Número total de utentes dependentes pertencentes à população alvo

Estratégia 6 – Sessão de sensibilização sobre doenças cardiovasculares, dirigida aos utentes pertencentes à população alvo e a população em geral de Santa Maria da Feira

META

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na sessão de sensibilização; Que 40% dos utentes residentes em Santa Maria da Feira pertencentes à população alvo, participem na sessão de sensibilização.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização

$$\frac{\text{Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização}}{\text{População residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, incluídas na população alvo do projecto participaram na sessão de sensibilização

$$\frac{\text{Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, incluídas na população alvo do projecto, que participaram na sessão de sensibilização}}{\text{População residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

Estratégia 7 – Caminhada de sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis e alerta para o problema das doenças cardiovasculares aos utentes pertencentes à população alvo do projecto e à população em geral de Santa Maria da Feira

Aspiramos realizar uma “caminhada pela saúde de mãos dadas com o coração”, com a finalidade de sensibilizar a população sobre os factores de risco das doenças cardiovasculares. Esta actividade terá o objectivo de incutir a prática do exercício físico na vida da população, assim como, incentivar para a adopção de estilos de vida saudáveis.

META

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na caminhada de sensibilização; Que 40% dos utentes residentes em Santa Maria da Feira, pertencentes à população alvo do projecto, participem na caminhada.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na caminhada

$$\frac{\text{Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na caminhada}}{\text{População residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, pertencentes à população alvo do projecto que participaram na caminhada

$$\frac{\text{Número de utentes, residentes em Santa Maria da Feira pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na caminhada}}{\text{Número de utentes inseridos no Programa: grupo de risco Hipertensão Arterial}} \times 100$$

Estratégia 8 – Rastreio das doenças cardiovasculares, dirigida à população em geral de Santa Maria da Feira.

Pretendemos realizar rastreio dos factores de risco das doenças cardiovasculares (HTA, obesidade, hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus, tabagismo), a população em geral, que desejem participar. O rastreio será realizado na Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira. No momento do rastreio será realizada EPS individual, de acordo com cada situação específica.

META

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, no rastreio das doenças cardiovasculares.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram no rastreio das doenças cardiovasculares.

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram no rastreio
das doenças cardiovasculares X 100

População residente em Santa Maria da Feira

Estratégia 9 – Distribuição de vários documentos em suporte de papel (panfletos e manual de orientação), como complemento de informação.

META

Que 80% dos documentos impressos para complemento de informação sejam distribuídos.

Indicador de actividade ou execução

Percentagem de documentos impressos para complemento de informação que foram distribuídos.

$$\frac{\text{Número de documentos impressos para complemento de informação que foram distribuídos}}{\text{Número total de documentos impressos}} \times 100$$

3 - COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

A enfermagem como profissão e ciência tem a preocupação e a necessidade de adquirir competências, para promover e melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados de forma contínua, assumindo responsabilidade pela sua prática. Caminhar na direcção da excelência é um caminho infindável na busca do desenvolvimento de competências, com a finalidade da sua aplicação na comunidade envolvente.

De acordo com o referido, pretendemos trabalhar no sentido de desenvolver as seguintes competências:

- Aplicar conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da formação académica e ao longo do percurso profissional e de vida, no cuidado ao utente hipertenso e na relação interpessoal enfermeiro/utente/comunidade.
- Desenvolver capacidades de compreensão apropriada, no desempenho da nossa actividade profissional, na relação com a comunidade envolvente, na resolução de problemas abrangentes e complexos, numa perspectiva profissional avançada;
- Percepcionar a dinâmica familiar, identificando problemas complexos e situações novas com urgência na sua dissipação;
- Demonstrar capacidade de resolução de problemas comunitários, abrangentes, que influenciam a população, através de uma atitude responsável, autónoma eficaz, com cuidados de qualidade e com a colaboração de parceiros sociais e da equipa multidisciplinar;

- Aplicar na prática evidências científicas, tendo por base uma tomada de decisão responsável e fundamentada;
- Promover a articulação com a equipa multidisciplinar e intersectorial e com parceiros sociais no sentido da resolução de problemas e concretização de objectivos terapêuticos do utente hipertenso, para a obtenção da mais elevada qualidade de vida possível,
- Auto reflexão crítica sobre a prática desenvolvida, com o intuito de a melhorar continuamente, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população;
- Aperfeiçoar continuamente a capacidade de lidar com questões éticas e sociais complexas, que requerem uma atitude responsável e maturidade para a sua resolução e tratamento, tendo em conta o melhor para o utente;
- Desenvolver e demonstrar competências aprofundadas, no relacionamento terapêutico pelo respeito das crenças e cultura do utente;
- Aperfeiçoar capacidades na identificação e comunicação de situações de risco, de forma a prevenir suas consequências e complicações que poderão surgir, transmitindo essa informação aos parceiros de equipa e/ou sociais que possam cooperar positivamente na sua resolução;
- Adquirir habilidades para comunicar resultados, conclusões, informações, conhecimentos, raciocínios e reflexões de forma clara e concisa, que contribuam para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida da pessoa, inserida no contexto familiar e numa comunidade;

- Promover mudanças comportamentais sempre que estes constituam um risco para a saúde do utente;
- Incentivar a colaboração dos profissionais de saúde e envolver a população em geral na adopção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, através de rastreios e educação para a saúde;
- Desenvolver competências na área da gestão e liderança, junto da equipa de enfermagem e outras, essencialmente no âmbito da saúde comunitária;
- Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais, através da participação e colaboração na implementação de projectos, elaboração de documentos de apoio sobre os cuidados de qualidade a prestar aos utentes, realização de formação em serviço (como formadora), supervisão e integração de novos profissionais com a finalidade de melhorar/zelar pela qualidade dos cuidados, particularmente na área da saúde comunitária;
- Desenvolver competências que permita a utilização de evidências e resultados de estudos de investigação na prática, tendo por objectivos a sua melhoria contínua;
- Aperfeiçoamento contínuo das capacidades de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho em todo o acto de cuidar e na relação com os outros;

Pretendemos ainda, que todas as competências adquiridas sejam gradualmente melhoradas, pois consideramos ser uma construção inacabada, em evolução ao longo de toda a vida e em crescimento contínuo na relação com os outros.

4 - CRONOGRAMA

O cronograma de actividades surge como um meio de organizar o tempo disponível para a concretização de uma actividade. Desta forma, apresentamos o cronograma do projecto – Ganhar Saúde, no Concelho de Santa Maria da Feira. (ANEXO I)

5 - NOTA CONCLUSIVA

Sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte no nosso país e uma importante causa de incapacidade, surge na iminência um projecto de intervenção comunitário, no sentido de dar resposta às elevadas taxas de prevalência que têm aumentado de forma significativa.

E sabendo que os hábitos de vida que estão subjacentes a esta patologia e que são adoptados pela população (sedentarismo, falta de actividade física, uma alimentação desequilibrada, tabagismo, alcoolismo, ...), são factores de risco a evitar.

Surge assim, este projecto em que a principal preocupação e prioridade é a prevenção destes factores de risco, e a diminuição da sua prevalência.

Desenvolver-se-ão actividades de sensibilização do tema através de sessões de educação, cartazes, panfletos, rastreios, bem como o encaminhamento de situações para consultas de especialidade de nutrição e cessação tabágica.

Pretendemos que a implementação deste projecto permita a redução do risco global cardiovascular, através da adopção de estilos de vida e comportamentos mais saudáveis.

Ao longo da elaboração deste trabalho foram descritas as várias etapas do projecto que se pretende implementar. Assim a elaboração deste trabalho permitiu aprofundar conhecimentos no âmbito do tema do projecto, assim como, aplicar todos os conhecimentos e competências desenvolvidas.

De acordo com o projecto apresentado, esperamos que a sua implementação e execução seja uma mais-valia para a instituição e para os utentes abrangidos.

Reforço novamente o facto de que poderão surgir alterações pontuais nomeadamente ao nível da calendarização e realização de outras actividades produtivas à aprendizagem. Tais alterações serão descritas detalhadamente na elaboração do portfólio diário das actividades.

Este projecto, surge da importância que as doenças cardiovasculares incumbiram no nosso dia-a-dia. Os altos índices de mortalidade e morbilidade, apresentados pela OMS, falam por si.

Só se torna possível a realização de um projecto, quando existe um trabalho conjunto, com pessoas motivadas e envolvidas em torno do mesmo objectivo.

6 - BIBLIOGRAFIA

BARDIN, L. (2008). Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70, Lda.

CARVALHO, A.A.S.; C.S.Graça. (2005). Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures, Lusociência.

Circular Normativa. Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Direcção-Geral da saúde, Circular Normativa Nº 03/DSPCS, Fevereiro de 2006.

FLICK, U. (2005). Métodos qualitativos na Investigação Científica. Lisboa, Monitor.

FORTIN, Marie Fabienne (2003) – O processo de investigação: da Concepção à realização. Edições Técnicas e Científicas: Lusociência.

FREIXO, M.J.V. (2009). Metodologia Científica: fundamentos, Métodos e Técnicas. Lisboa, Instituto Piaget.

GEORGE, J.B. e colaboradores. (2000). Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional. 4ª Edição. Porto Alegre. ARTMED.

IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade (1999) – Técnicas de pesquisa. 4ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, S.A.

OMS. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção na Saúde. Ottawa, Novembro de 1986.

OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata. URSS, 6 – 12 de Setembro de 1998.

RUSSEL, Nancy (1996) – Manual de educação para a saúde. Direcção Geral de Saúde.

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

VALADAS, M.A.B. (2005). Reflexões sobre a prática do cuidar em Enfermagem. Sinais Vitais, nº 59/Março. P.62-64.

ANEXOS

ANEXO I

- Cronograma -

ANEXO VI

- Planeamento e avaliação da sessão de divulgação do projecto –



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “GANHAR SAÚDE”

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em
Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de
Intervenção Comunitária Módulo III

ROSANE FERREIRA

Porto, Maio de 2011

Índice

I	–
PLANEAMENTO.....	119
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO.....	120
1.1 - Local.....	120
1.2 - Data e hora.....	120
1.3 - Duração.....	121
1.4 - Recursos físicos.....	121
1.5 - Recursos materiais.....	121
1.6 - Recursos económicos.....	121
1.7 - Recursos humanos.....	121
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	122
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS.....	123
4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	124
5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM.....	125
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	126
7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	127
8 – PLANO.....	128
II - EXECUÇÃO	
.....	131
III – AVALIAÇÃO.....	
.....	132
BIBLIOGRAFIA.....	134

ANEXOS

Anexo I – Diapositivos referentes à Sessão Divulgação

Anexo II – Questionário para avaliação da Sessão Divulgação

Anexo III – Análise dos dados obtidos com aplicação dos questionários

I - PLANEAMENTO

O Planeamento em Saúde consiste na *"... racionalização, na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos 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, 1986).¹⁹

Assim, este é um processo que surge como meio eficaz e eficiente, para organizar o cuidar com qualidade nos serviços de Saúde. Possibilita também conhecer melhor a realidade social e em saúde, com a apresentação de dados concretos e oportunidade rápida de tomada de decisões (a nível Local, regional e Central).

Tendo em conta os objectivos do planeamento em saúde e sabendo que este é um processo contínuo e permanente que resulta da transformação da realidade e do facto deste ser sistemático, incessável e cíclico. Iremos tentar cumprir esses objectivos, utilizando os recursos escassos de forma eficiente e eficaz; intervir nas causas que dão origem aos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas; utilizar materiais e equipamentos com utilidade polivalente, no sentido de concretizar os nossos objectivos.

A sessão de divulgação do projecto “Ganhar Saúde” aos profissionais de enfermagem do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, é uma das actividades que propomos realizar, e que requer um planeamento eficaz e integrado.

¹⁹ IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

Apesar da mortalidade por doenças cardiovasculares ter tido um decréscimo nos últimos anos, continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, estando também presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa e o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade apresentando no ano de 2005, 34%.

Assim sendo, é necessário haver uma especial atenção sob a efectiva prevenção, detecção e correcção de todos estes potenciais factores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde, mas também todos os cuidados que promovam a sua prevenção.

Emergiu assim, a necessidade de efectuar uma sessão Divulgação para dar a conhecer o projecto delineado e para obter colaboração da equipa de enfermagem, procurando desta forma, assegurar a continuidade futura e servir igualmente como incentivo para alargar este projecto.

1.1 - Local

A sessão de divulgação será efectuada na sala de reuniões do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira.

1.2 - Data e hora

A sessão de divulgação será efectuada no dia 27 de Abril de 2011 das 14h00 às 15h30.

1.3 - Duração

A sessão de divulgação terá a duração de 90 minutos

1.4 - Recursos físicos

Relativamente aos recursos físicos, o local onde possui dimensões adequadas ao número de profissionais, sem ruídos e pontos de distração.

1.5 - Recursos materiais

No que diz aos recursos materiais, o local seleccionado possui mesas e cadeiras em número suficiente para todos, projector multimédia (datashow), computador, ou seja, possui o material necessário para a sua execução.

1.6 - Recursos económicos

Os recursos económicos que existem são os necessários, visto os custos da sessão de divulgação serem suportadas pelo ACES e por nós, estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

1.7 - Recursos humanos

A sessão de formação será realizada por nós, estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

2 - ESCOLHA DO TEMA

A escolha da temática a difundir emergiu da necessidade de dar a conhecer o Projecto de Intervenção Comunitária, à equipa de enfermagem, com intuito de obter a sua colaboração e assegurar a continuidade do mesmo.

3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Com a realização desta sessão Divulgação, pretende-se:

- Dar à conhecer o projecto de Intervenção Comunitária à equipa de enfermagem;
- Motivar à equipa de enfermagem para obtenção da sua cooperação na concretização do projecto e suas intervenções;
- Assegurar a continuidade do projecto por parte da equipa de enfermagem;
- Sensibilizar à equipa de enfermagem para a importância do projecto delineado.

4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com as características do grupo, iremos abordar os seguintes conteúdos:

- Título do projecto;
- Fundamentação do projecto que se pretende implementar;
- Recursos existentes/necessários;
- Horizonte temporal;
- População alvo;
- Colheita de dados;
- Objectivos gerais e específicos;
- Estratégias/metas e indicadores;
- Indicadores de resultado ou de impacto;
- Questões éticas.

5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Para a realização da sessão de divulgação dirigida à equipa de enfermagem, iremos utilizar o método expositivo, participativo e persuasivo-motivacional, como estratégia de ensino aprendizagem, mais precisamente como método de motivação e adesão à participação no projecto. Como meio auxiliar para a execução da mesma, usaremos o projector multimédia (*datashow*), por considerarmos adaptado aos profissionais de enfermagem e aos objectivos que pretendemos atingir. A discussão no final da apresentação, para troca de opiniões e possíveis alterações nas estratégias delineadas, como forma de facilitar a participação dos vários profissionais é algo que se pretende fomentar para o sucesso da mesma.

6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO

A organização das actividades, é fulcral e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis, consiste em determinar o percurso de todas as acções a realizar com a finalidade de atingir os objectivos preconizados. Promover a motivação dos profissionais de enfermagem, assim como, aumentar os ganhos em saúde na comunidade, são os nossos principais objectivos. Pretendemos ainda, que a equipa de enfermagem dê continuidade ao projecto apresentado.

Antes da sessão, pretendemos realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da sessão Divulgação;
- Pesquisa bibliográfica;
- Discussão com a equipa orientadora sobre a planificação da sessão;
- Organização e compilação da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo e os objectivos pretendidos;
- Reunião com a enfermeira chefe, para definir local e hora da sessão, assim como, obter apoio na divulgação da mesma;
- Selecção de estratégias de apresentação;
- Designar meios de avaliação da sessão.

7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A estratégia é um meio científico de elaborar o plano de actividades, nesta situação, para uma avaliação efectiva e eficaz da sessão Divulgação para apresentação do Projecto de Intervenção “Ganhar Saúde”, à equipa de enfermagem.

As estratégias de avaliação possibilitam que a avaliação da sessão Divulgação, se constitua um processo sistemático e contínuo, permitindo verificar se os objectivos definidos a priori formam alcançados.

- A sessão a realizar será avaliada no final da sessão, através de uma auto-avaliação, com base nos objectivos propostos aquando da sua elaboração;
- A avaliação dos objectivos da sessão Divulgação, será através da análise das respostas obtidas a um questionário aplicado, no final da sessão;
- Reflexão crítica da equipa de enfermagem, sua participação e motivação aquando da sessão Divulgação;
- Reflexão e avaliação do resultado da discussão no final da sessão.

8 – PLANO

O plano da sessão consiste em determinar e orientar o percurso de todas as actividades desenvolvidas e pertinentes para a concretização da mesma.

A finalidade desta sessão é promover e motivar a participação dos enfermeiros, no sentido de promover a saúde da comunidade, através da promoção de estilos de vida compatíveis com a vida saudável, ou seja, promover a mudança de comportamentos.

No entanto para que a sua concretização seja possível e produza o efeito desejável, é fundamental a elaboração de um plano, adaptado à população em causa, aos objectivos pretendidos, de forma eficaz e eficiente.

Formador: Rosane Ferreira				
Tema: Apresentação do projecto de Intervenção – “Ganhar Saúde”				
Tempo: 90 minutos				
Grupo Destinatário: Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira				
Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira		Data: 27/04/2011		Hora: das 14:00 às 15:30 horas
OBJECTIVOS: Pretende-se que seja capaz de: <ul style="list-style-type: none">• Compreender a importância do projecto de intervenção comunitária, para a promoção da qualidade de vida da população de Santa Maria da Feira;• Dar continuidade ao projecto apresentado;• Motivar a equipa de enfermagem, para que se envolva no projecto.				
FASES	TEMPO	CONTEÚDO	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	5 min	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora;• Introdução ao	Método Expositivo/ Participativo	Avaliação inicial <ul style="list-style-type: none">• Testar a motivação dos participantes, através da sua

		tema; <ul style="list-style-type: none"> • Motivação; • Objectivos; • Metodologia. 		receptividade e sua participação activa.
Desenvolvimento	45 min	Abordagem ao tema no que diz respeito: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das prioridades; • Fundamentação do problema prioritário e do projecto; • Título do projecto; • Recursos; • Horizonte temporal; • População alvo; • Fixação de objectivos operacionais ou metas; • Selecção de métodos/estratégias e respectivos indicadores de actividade; • Avaliação; • Questões éticas. 	Método Expositivo/ Persuasivo/ Motivacional	Avaliação Formativa Avaliar as possíveis dificuldades de compreensão da informação que pretendemos transmitir, para que seja possível atingir os objectivos delineados.
		<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais • Esclarecimento 	Método expositivo persuasivo/ Motivacional.	Avaliação sumária: Esclarecimento de dúvidas e síntese das

Conclusão	10 min	de dúvidas <ul style="list-style-type: none">• Obter informação dos enfermeiros em relação ao projecto apresentado.	Preenchimento de um questionário no final da sessão para avaliação da sessão	ideias principais. Análise dos resultados obtidos nos questionários e participação e motivação apresentada pelos enfermeiros.
------------------	--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II - EXECUÇÃO

A execução consiste em aplicar na prática o projectado, tendo em conta os objectivos traçados.

A sessão de divulgação do projecto, decorreu como o delineado nos pontos anteriores, ou seja, foram utilizadas as estratégias definidas, assim como, as actividades previstas. Ou seja, procedeu-se à apresentação do grupo de trabalho, assim como o motivo da sessão, procurando utilizar uma linguagem adequada aos formandos.

Os diapositivos apresentados (Anexo I), correspondem à temática que se apresentou e com a sua apresentação, permitiram atingir os objectivos preconizados no planeamento. Como forma de complementar a informação dada, foram fornecidas fotocópias destes diapositivos aos formandos.

III – AVALIAÇÃO

A avaliação pretende acompanhar a sessão divulgação, possibilitando a formadora detectar dificuldades e ganhos em conhecimentos nos formandos, através da motivação e participação dos mesmos. Esta etapa permite também averiguar se as estratégias utilizadas foram adaptadas à população alvo. Relativamente aos formadores, a avaliação é fundamental para procurar e encontrar novas estratégias para futuras intervenções, no sentido de promover um aumento de qualidade de vida nas comunidades.

A avaliação, permite o preenchimento de lacunas, clarificar, classificar e reformular a formação, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

A avaliação foi realizada de acordo com o programado nas estratégias de avaliação supracitadas, ou seja, ao longo da sessão testamos o envolvimento da equipa de enfermagem, sua motivação, interesse e disponibilidade, relativamente ao tema apresentado. Procurou-se esclarecer dúvidas e sintetizar as ideias principais.

Os recursos físicos e materiais mostraram-se adequados à população alvo, permitindo assim, a concretização de uma difusão com resultados a curto e a longo prazo.

Relativamente aos recursos financeiros e humanos, estes revelaram-se suficientes e adaptados à situação.

A organização que antecedeu a sessão foi fundamental para que a mesma se pudesse realizar com sucesso.

O plano delineado possibilitou a sistematização da apresentação, facilitando a realização da sessão, promovendo a participação da equipa de enfermagem, através da motivação/persuasão e garantindo que futuramente hajam reflexos na qualidade de

vida da população, assim como, melhoria no desempenho profissional da equipa de enfermagem na área da Saúde Comunitária.

No final da sessão foi pedido aos formandos que respondessem a um questionário para avaliação da sessão informativa e do projecto apresentado (Anexo II). O questionário foi respondido por 25 enfermeiros à exercer funções no Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, e que estiveram presentes na sessão.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários, podem ser consultados no Anexo III.

BIBLIOGRAFIA

- 📖 IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I

- Diapositivos referentes à Sessão de Divulgação –



Projecto de Intervenção Comunitária **GANHAR SAÚDE**

Sumário

0 – INTRODUÇÃO

1 – PROJECTO

- 1.1 – Título do projecto
- 1.2 – Fundamentação do projecto
- 1.3 – Recursos existentes/necessários
- 1.4 – Horizonte temporal
- 1.5 – População alvo
- 1.6 – Colheita de dados
- 1.7 – Fixação de objectivos – Gerias e Específicos
- 1.8 – Estratégias /metas e respectivos indicadores de actividade
- 1.9 – Indicadores de resultado/impacto
- 1.10 – Questões éticas



Projecto – **GANHAR SAÚDE**

FUNDAMENTAÇÃO

As doenças cardiovasculares, são a principal causa de mortalidade em Portugal, sendo considerada, das mais elevadas da Europa e do Mundo.



RECURSOS

Humanos

- Enfermeira em estágio de Mestrado;
- Enfermeiros do ACES entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca;
- Parceiros sociais;
- Palestrante convidado;
- Outros profissionais (médico, assistente social, professor de educação física).



RECURSOS (cont.)

Materiais

- Auditório da Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira;
- Ajudas técnicas e equipamento adaptativo variado;
- Retroprojector;
- Tela de Projecção de imagem;



RECURSOS (cont.)



Materiais

- Computador;
- Impressora;
- Panfletos de informação e material informático variado;
- Material necessário para o rastreio;
- Programa informático SPSS.

RECURSOS (cont.)



Financeiros

- Realização de panfletos;
- Fotocópias.

HORIZONTE TEMPORAL



O presente projecto de intervenção será implementado de 4 de Abril à de 29 de Maio de 2011, no decorrer do estágio de Intervenção Comunitária (Opção III) e com continuidade futura.

POPULAÇÃO ALVO



As população acessível que iremos estudar (intervir) são os **utentes com idade maior ou igual a 21 anos**, residentes concelho de Santa Maria da Feira, **incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, inscritos na USF Egas Moniz, pertencentes a lista da médica Dr.ª Maria da Luz Esteves.**

COLHEITA DE DADOS



OBJECTIVOS GERAIS



- **Avaliar a prevalência e a incidência** de HTA, na população alvo do projecto;
- **Caracterizar os utentes com HTA**, pertencentes à população alvo do projecto;
- **Identificar grupos de risco** acrescido de desenvolvimento de doença cardiovascular (Risco Global Cardiovascular);

OBJECTIVOS GERAIS (cont.)



- **Fornecer informação** à população alvo sobre a importância de uma alimentação saudável e da prática regular de actividade física moderada, como factores de protecção para as doenças cardiovasculares;
- **Estabelecer protocolo de cooperação** com o Município de Santa Maria da Feira, para o desenvolvimento de actividades na área da actividade física.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS



- Caracterizar a população alvo do projecto;
- Determinar a prevalência de HTA, na população alvo do projecto;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Determinar a incidência de HTA, na população alvo do projecto;
- Avaliar o risco cardiovascular na população alvo do projecto;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Realizar reunião formal com a equipa de enfermagem e responsáveis do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, para dar a conhecer o projecto à implementar e obter a sua colaboração;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que estes adoptem estilos de vida saudáveis, através da realização de uma caminhada – “Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração”;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que estes adoptem estilos de vida saudáveis, através da realização de uma sessão de esclarecimento sobre doenças cardiovasculares;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Sensibilizar a população em geral, residente em Santa Maria da Feira, para que estes adoptem estilos de vida saudáveis, através de educação para a saúde individual, aquando da realização do rastreio;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Realizar sessão de educação para a saúde, aos utentes pertencentes à população alvo do projecto, sobre factores de risco cardiovascular;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Realizar visitas domiciliárias aos utentes pertencentes à população alvo, em situação de dependência, para promoção da saúde e prevenção da doença;
- Elaborar folhetos informativos como forma de complemento da informação;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Motivar os utentes pertencentes à população alvo, para a actualização da vacina anti-tetânica, através da informação, com o intuito que estes compreendam a sua importância;
- Respeitar os aspectos éticos e deontológicos inerentes a qualquer intervenção de relação interpessoal;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Reflectir sobre a actuação da equipa de enfermagem e equipa multiprofissional, permitindo a melhoria contínua da prática;
- Elaborar um Manual de Normas e Procedimentos para a Consulta de Enfermagem ao Grupo de Risco: Hipertensão;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Reflectir sobre a realidade da população alvo do projecto;
- Reflectir sobre os contributos da nossa intervenção para a melhoria;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS (cont.)



- Avaliar os resultados obtidos na execução do projecto de intervenção;
- Comunicar os resultados obtidos na implementação do projecto pretendido.

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 1 – Sessão de sensibilização à equipa de enfermagem da USF Egas Moniz:

Participação de 70% dos enfermeiros na sessão/reunião de sensibilização/informação, sobre o projecto, a realizar na USF Egas Moniz, de acordo com a disponibilidade, promovendo a sua colaboração e envolvimento no mesmo.

$$\frac{\text{Número de enfermeiros presentes na sessão de sensibilização e apresentação do Projecto}}{\text{Número total de enfermeiros convocados}} \times 100$$

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 2 – Caracterização e determinação do risco cardiovascular aos utentes pertencentes à população alvo do projecto

Aplicação do formulário para caracterização e determinação do risco cardiovascular 30% dos utentes pertencentes à população alvo do projecto.

$$\frac{\text{Número total de utentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário aplicado}}{\text{Número total de utentes pertencentes à população alvo do projecto}} \times 100$$

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 3 – Promoção da actualização do Plano Nacional de Vacinação (PNV) aos utentes, pertencentes à população alvo do projecto

Que 90% dos utentes pertencentes à população alvo do projecto, possuam o PNV actualizado.

$$\frac{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, com o PNV actualizado}}{\text{Total de utentes inseridos no Programa de Saúde: Grupo de risco Hipertensão Arterial}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que foram vacinados}}{\text{Total de utentes pertencentes à população alvo}} \times 100$$

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 4 – Sessão de EPS sobre doenças cardiovasculares aos utentes pertencentes à população alvo do projecto

Que 60% dos utentes pertencentes à população alvo do projecto, que forma convocados, participem na sessão de educação para a saúde; Que 40% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde demonstrem, no final da mesma, conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares;

$$\frac{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de EPS}}{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo, convocados para a sessão de EPS}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de EPS e que demonstraram no final da sessão a aquisição de conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares}}{\text{Número de utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão de EPS}} \times 100$$

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 5 – Promoção e educação para a saúde aos utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto

Realizar visita domiciliária a 70% dos utentes dependentes pertencentes à população alvo; Aplicar o formulário a 70% dos Utes dependes pertencentes à população alvo; Realizar educação para a saúde a 60% dos utentes dependente pertencentes à população alvo, através da visita domiciliária.

$$\frac{\text{Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo, visitados no período de implementação do projecto}}{\text{Número total de utentes dependentes pertencentes à população alvo}} \times 100$$

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES

(cont.)



Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário aplicado $\times 100$
Número total de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo, que receberam EPS $\times 100$
Número total de utentes dependentes pertencentes à população alvo

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 6 – Sessão de sensibilização sobre doenças cardiovasculares, dirigida aos utentes pertencentes à população alvo e a população em geral de Santa Maria da Feira

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na sessão de sensibilização; Que 40% dos utentes residentes em Santa Maria da Feira pertencentes à população alvo, participem na sessão de sensibilização.

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização $\times 100$
População residente em Santa Maria da Feira

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, incluídas na população alvo do projecto, que participaram na sessão de sensibilização $\times 100$
População residente em Santa Maria da Feira

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 7 – Caminhada de sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis e alerta para o problema das doenças cardiovasculares aos utentes pertencentes à população alvo do projecto e à população em geral de Santa Maria da Feira

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, na caminhada de sensibilização; Que 40% dos utentes residentes em Santa Maria da Feira, pertencentes à população alvo do projecto, participem na caminhada.

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram na caminhada $\times 100$
População residente em Santa Maria da Feira

Número de utentes, residentes em Santa Maria da Feira pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na caminhada $\times 100$
Número de utentes inscritos no Programa: grupo de risco Hipertensão Arterial

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 8 – Rastreio das doenças cardiovasculares, dirigida à população em geral de Santa Maria da Feira.

Participação de 0,1% da população total do Concelho de Santa Maria da Feira, no rastreio das doenças cardiovasculares.

Número de pessoas, residentes em Santa Maria da Feira, que participaram no rastreio das doenças cardiovasculares $\times 100$
População residente em Santa Maria da Feira

ESTRATÉGIAS / METAS / INDICADORES



Estratégia 9 – Distribuição de vários documentos em suporte de papel (panfletos, e manual de orientação), como complemento de informação.

Que 80% dos documentos impressos para complemento de informação sejam distribuídos.

Número de documentos impressos para complemento de informação que foram distribuídos $\times 100$
Número total de documentos impressos

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Participação da equipa de enfermagem na implementação do projecto de Intervenção comunitária

Nº de enfermeiros que participaram na sessão de informação sobre o projecto $\times 100$

Nº total de enfermeiros pertencentes ao Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes pertencentes à população alvo com formulário aplicado para caracterização e determinação do risco cardiovascular.

Nº de formulários aplicados à população alvo do projecto para a caracterização do risco cardiovascular

X 100

Nº total de utentes pertencentes à população alvo do projecto

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que foram vacinados com a vacina anti-tetânica durante a implementação do projecto.

Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que foram vacinados com a vacina anti-tetânica durante a implementação do projecto

X 100

Número total de utentes, pertencentes à população alvo do projecto

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes dependentes, pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, durante a implementação do projecto

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, durante a implementação do projecto

X 100

Nº de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Ganhos em conhecimentos dos utentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, durante a implementação do projecto e a quem foi feita educação para a saúde de forma individual

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem, e a quem foi feita educação para a saúde de forma individual

X 100

Nº de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, que receberam visita domiciliária de enfermagem

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que foram vacinados com a vacina anti-tetânica durante a implementação do projecto.

Número de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que foram vacinados com a vacina anti-tetânica durante a implementação do projecto

X 100

Número total de utentes, pertencentes à população alvo do projecto

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto que aderiram à caminhada pela saúde de mãos pelo coração

Nº de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que aderiram à caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração

X 100

Nº total de utentes pertencentes à população alvo do projecto

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Ganhos em saúde através da prática de exercício físico, como factor de protecção para as doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que aderiram à Caminhada}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes pertencentes à população alvo do projecto}} \times 100$$

1

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de pessoas da Comunidade de Santa Maria da Feira que aderiram à caminhada pela saúde de mãos pelo coração

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira, que aderiram à caminhada pela saúde de mãos pelo coração}}{\text{N}^\circ \text{ total da população residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes de pertencentes à população alvo do projecto que participaram na sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes pertencentes à população alvo do projecto}} \times 100$$

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira que participaram na sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira, que participaram na sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total da população residente em Santa Maria da Feira}} \times 100$$

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Ganhos em conhecimentos dos utentes sobre prevenção das doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes pertencentes a população alvo do projecto, que participaram na sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares e demonstraram aquisição de conhecimentos}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes pertencentes a população alvo do projecto, que participaram na sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares}} \times 100$$

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes pertencentes à população alvo do projecto, que participaram na sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes pertencentes a população alvo do projecto, convocados para a sessão de educação para a saúde sobre as doenças cardiovasculares}} \times 100$$

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Ganhos em conhecimentos dos utentes sobre prevenção das doenças cardiovasculares

Nº de respostas correctas aquando da aplicação do primeiro questionário sobre doenças cardiovasculares

X 100

Nº total de perguntas do questionário

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira que realizaram o rastreio as doenças cardiovasculares

Nº de pessoas da comunidade de Santa Maria da Feira que realizaram o rastreio as doenças cardiovasculares

X 100

Nº total da população residente em Santa Maria da Feira

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário para avaliação do risco cardiovascular aplicado

Número de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto, com formulário para avaliação do risco cardiovascular aplicado

X 100

Nº de utentes dependentes pertencentes à população alvo do projecto

INDICADORES DE RESULTADO OU DE IMPACTO



Percentagem de documento para complemento de informação distribuídos

Nº de documentos para complemento de informação distribuídos

X 100

Nº total de documentos para complemento de informação impressos

QUESTÕES ÉTICAS




DOENÇAS CARDIOVASCULARES

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro, sob juramento, a informação, que me foi fornecida acerca da saúde das Doenças Cardiovasculares. Foi-me dada a oportunidade de obter a informação que pretendia, em liberdade, sem qualquer coerção, pressão ou influência de qualquer natureza, e que a mesma me foi dada de forma clara e compreensível. Eu declaro, voluntariamente, que estou de acordo em participar no estudo de Doenças Cardiovasculares e que sou capaz de compreender a natureza e o propósito do estudo.

Por isso, eu, declaro que participo no estudo de Doenças Cardiovasculares do Hospital de Santa Maria da Feira, sob a supervisão do médico responsável pelo estudo de Doenças Cardiovasculares do Hospital de Santa Maria da Feira, e que sou capaz de compreender a natureza e o propósito do estudo.

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



ANEXO II

- Questionário para avaliação da Sessão de Divulgação -



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

A sua opinião sobre a acção de formação que acabou de frequentar reveste-se de maior importância para melhorar a eficácia de futuras acções. Agradecemos pois, o seu contributo, respondendo a este questionário.

Acção: Projecto de Intervenção Comunitária "Ganhar Saúde" – prevenção das doenças cardiovasculares

Data: 20 de Abril pelas 14h30

Local: Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

Autora: Rosane Ferreira

AVALIAÇÃO DO PROJECTO

1 – COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 – Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 – Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 – Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 - Os meios audiovisuais utilizados são adequados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 – Considera o projecto pertinente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 – O projecto que se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 – De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 - DOCUMENTAÇÃO DISTRIBUÍDA

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 – Adequada á finalidade da mesma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 – COMENTÁRIOS E/OU SUGESTÕES:

OBRIGADA!!!

ANEXO III

- Análise dos dados obtidos na sessão de Divulgação, através da aplicação dos questionários –

LISTA DE QUADROS

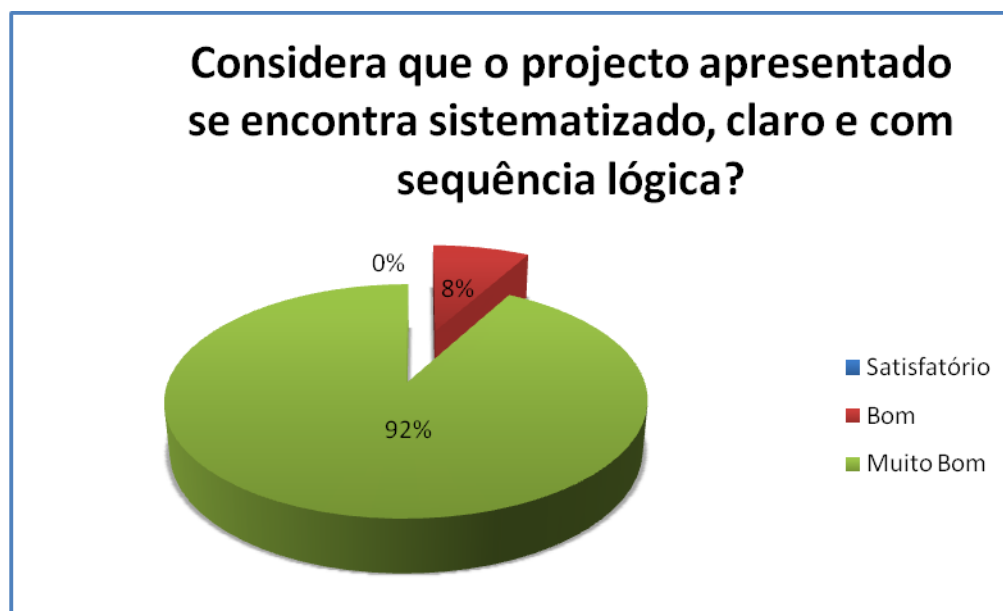
Quadro 1 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?”	152
Quadro 2 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”	153
Quadro 3 – Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”	154
Quadro 4 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Os meios audiovisuais utilizados são adequados?”	155
Quadro 5 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera o projecto pertinente?”	156
Quadro 6 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “O projecto de se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?”	157
Quadro 7 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?”	158
Quadro 8 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “A documentação distribuída foi adequada à finalidade da mesma?” ...	159
Quadro 9 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?”	160

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?”	152
Gráfico 2 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”	153
Gráfico 3 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”	154
Gráfico 4 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta “Os meios audiovisuais utilizados são adequados?”	155
Gráfico 5 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera o projecto pertinente?”	156
Gráfico 6 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “O projecto de se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?”	157
Gráfico 7 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?”	158
Gráfico 8 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “A documentação distribuída foi adequada à finalidade da mesma?”	159
Gráfico 9 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?”	160

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

Gráfico 1 – Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?”



Quadro 1 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?”

Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	0	0	0
Bom	2	8	8
Muito Bom	23	92	100
Total	25	100	

Analisando o gráfico e o quadro nº 1, verificamos que a maioria dos enfermeiros 92% (23) considera o projecto apresentado, sistematizado, claro e com sequência lógica, classificando em Muito Bom.

Quadro 2 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”

Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	1	4	4
Bom	2	8	12
Muito Bom	22	88	100
Total	25	100	

Gráfico 2 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”

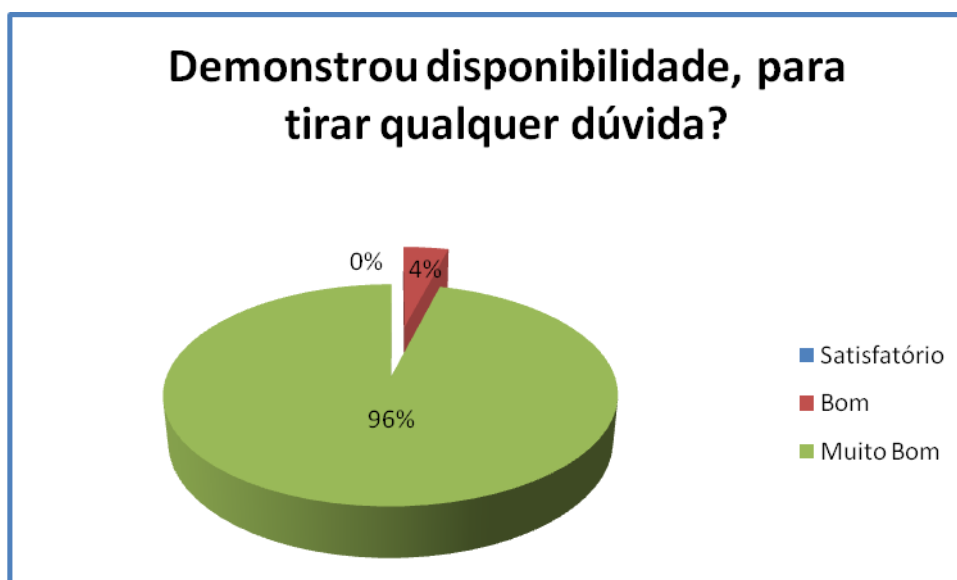


Pela análise do gráfico e quadro nº 2 apresentados, verificamos que a maioria dos enfermeiros, 88% (22), classificou à questão “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”, em Muto Bom.

Quadro 3 – Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”

Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	0	0	0
Bom	1	4	4
Muito Bom	24	96	100
Total	25	100	

Gráfico 3 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”



Verificamos ao analisar o gráfico e quadro acima, que a maioria dos enfermeiros 96% (24) dos enfermeiros, avaliaram como Muito Bom a sessão, em relação à questão “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”

Quadro 4 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Os meios audiovisuais utilizados são adequados?”

Os meios audiovisuais utilizados são adequados?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	2	8	8
Bom	1	4	12
Muito Bom	22	88	100
Total	25	100	

Gráfico 4 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta “Os meios audiovisuais utilizados são adequados?”

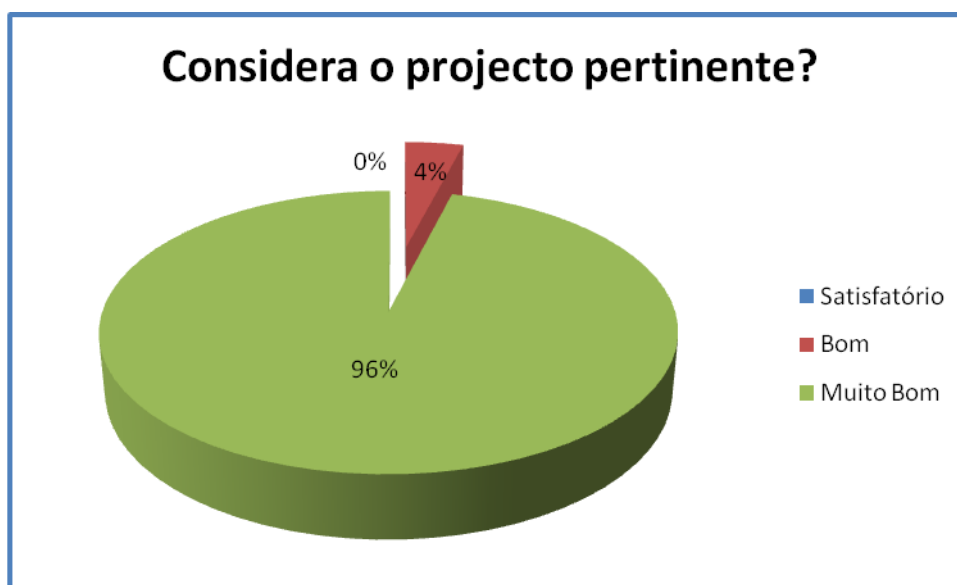


Analisando o quadro e gráfico superior, verificamos que 88% (22) dos enfermeiros consideram os meios audiovisuais adequados, situando a classificação em Muito Bom.

Quadro 5 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera o projecto pertinente?”

Considera o projecto pertinente?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	0	0	0
Bom	1	4	4
Muito Bom	24	96	100
Total	25	100	

Gráfico 5 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera o projecto pertinente?”

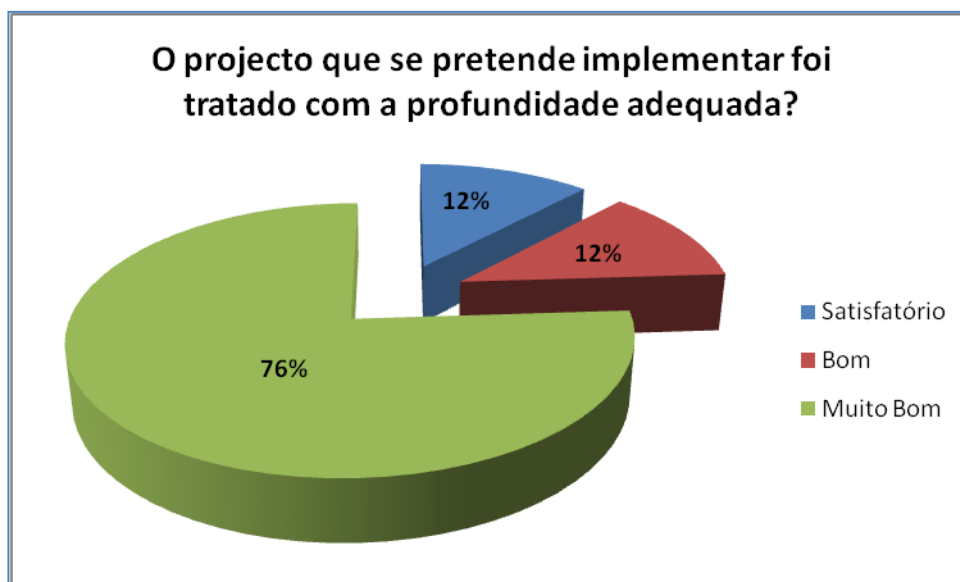


Verificamos pela análise do gráfico e quadro apresentados anteriormente, que a maioria dos enfermeiros 96% (24), classificaram em Muito Bom à sessão, em relação a pertinência do projecto apresentado.

Quadro 6 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “O projecto de se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?”

O projecto que se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	3	12	12
Bom	3	12	24
Muito Bom	19	76	100
Total	25	100	

Gráfico 6 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “O projecto de se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?”



Observando o quadro e gráfico superiores, concluímos que a maioria 76% (19), classificou em Muito Bom à sessão, em relação à profundidade com que foi apresentado o projecto.

Quadro 7 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?”

De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	3	12	12
Bom	2	8	20
Muito Bom	20	80	100
Total	25	100	

Gráfico 7 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?”

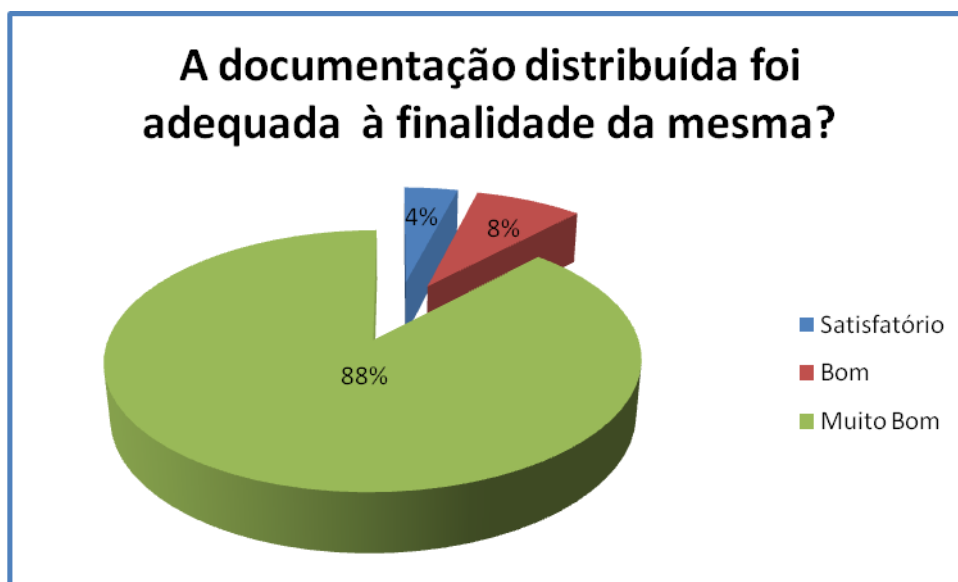


O quadro e o gráfico superior, quando analisados, constatamos que a maioria 80% (20), responderam Muito Bom, em relação ao interesse e utilidade da implementação do projecto, para o seu desempenho profissional, o que contribuirá para elevar suas competências e a qualidade de vida da população envolvida no projecto.

Quadro 8 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “A documentação distribuída foi adequada à finalidade da mesma?”

A documentação distribuída foi adequada á finalidade da mesma?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Satisfatório	1	8	8
Bom	2	12	20
Muito Bom	22	80	100
Total	25	100	

Gráfico 8 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “A documentação distribuída foi adequada à finalidade da mesma?”

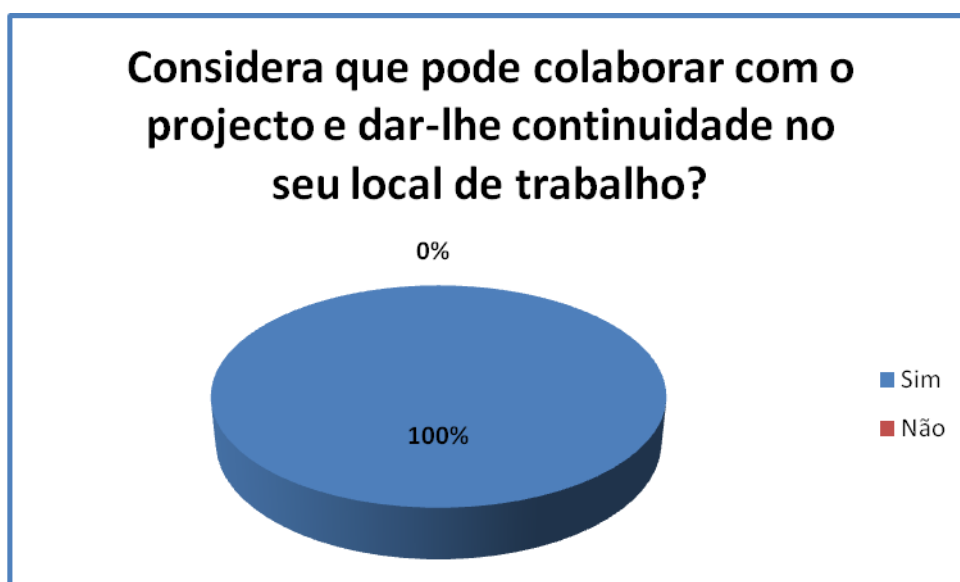


Analisando o quadro e gráfico supra citado, concluímos que a documentação distribuída (resumo do projecto), foi considerado pela maioria dos enfermeiros 88% (22), como Muito Bom.

Quadro 9 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?”

Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	25	100	100
Não	0	0	
Total	25	100	

Gráfico 9 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?”



ANEXO VII

- Tratamento, Apresentação e análise de dados dos formulários aplicados -



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS DOS FORMULÁRIOS REALIZADOS AOS UTENTES

**Incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, inscritos na USF Egas Moniz,
pertencentes à lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves**

Trabalho realizado no Curso de mestrado em
Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de
Intervenção Comunitária Módulo III

ROSANE FERREIRA

Porto, Maio de 2011

LEGENDA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual da população inquirida por género.....	168
Gráfico 2 – Distribuição percentual da população inquirida por idade.	169
Gráfico 3 - Distribuição percentual da população inquirida por estado civil.....	170
Gráfico 4 - Distribuição percentual da população inquirida por escolaridade	171
Gráfico 5 - Distribuição percentual da população inquirida por Profissão	172
Gráfico 6 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida Activa por Profissão	173
Gráfico 7 - Distribuição percentual da população inquirida por Profissão – Não Activo.....	174
Gráfico 8 - Distribuição percentual da população inquirida por Índice de Massa Corporal	175
Gráfico 5 – Distribuição Percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Perímetro Abdominal	176
Gráfico 6 - Distribuição Percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal	177
Gráfico 9 - Distribuição percentual da população inquirida por Tensão Arterial	178
Gráfico 10 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência Cardíaca	179
Gráfico 11 - Distribuição percentual da população inquirida por Glicemia Capilar.....	180
Gráfico 12 - Distribuição percentual da população inquirida por Colesterol Total	181
Gráfico 13 - Distribuição percentual da população inquirida (Sexo Feminino) por Colesterol HDL	182
Gráfico 14 - Distribuição percentual da população inquirida (Sexo Masculino) por Colesterol HDL	183
Gráfico 15 - Distribuição percentual da população inquirida por Triglicérideos	184
Gráfico 16 - Distribuição percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de HTA.....	185
Gráfico 17 - Distribuição percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de Diabetes	186
Gráfico 18 - Distribuição percentual da população inquirida por História Familiar de Doença Cardiovascular	187
Gráfico 19 - Distribuição percentual da população inquirida por o número de refeições diárias realizadas	188
Gráfico 20 - Distribuição percentual da população inquirida por Hábito de toma do Pequeno-almoço	189
Gráfico 21 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come sopa.....	190

Gráfico 22 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come Saladas e legumes	191
Gráfico 23 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come Fruta.....	192
Gráfico 24 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência por prática Exercício Físico	193
Gráfico 25 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que realiza Exercício Físico.....	194
Gráfico 26 - Distribuição percentual da população inquirida por Stress	195
Gráfico 27 - Distribuição percentual da população inquirida por Hábitos Tabágicos.....	196
Gráfico 28 - Distribuição percentual da população inquirida por Consumo Diário de Tabaco.....	197
Gráfico 29 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Alcoólicos	198
Gráfico 30 - Distribuição percentual da população inquirida por consumo Alcoólico diário	199
Gráfico 31 - Distribuição percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação.....	200
Gráfico 32 - Distribuição percentual da população inquirida por Risco Global Cardiovascular	201

LEGENDA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Sexo.....	167
Quadro 2 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida.....	168
Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por estado civil.....	169
Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por escolaridade	170
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Profissão.....	171
Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida Activa por Profissão.....	172
Quadro 7 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Profissão - Não Activo	173
Quadro 8 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Índice de Massa Corporal	174
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal	177
Quadro 9 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Tensão Arterial.....	178
Quadro 10 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência Cardíaca.....	179
Quadro 11 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Glicemia Capilar	180
Quadro 12 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Glicemia Capilar	181
Quadro 13 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida (Sexo Feminino) por Colesterol HDL	182
Quadro 14 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida (Sexo Masculino) por Colesterol HDL	183
Quadro 15 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Triglicérideos.....	184
Quadro 16 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de HTA	185
Quadro 17 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Diagnóstico de Diabetes	186
Quadro 18 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por História Familiar de DCV	187
Quadro 19 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Número de Refeições Diárias	188
Quadro 20 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábito de tomar o Pequeno-almoço	189

Quadro 21 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come sopa	190
Quadro 22 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come Saladas e Legumes.....	191
Quadro 23 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come Fruta	192
Quadro 24 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por prática de Exercício Físico	193
Quadro 25 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que realiza Exercício Físico.....	194
Quadro 26 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Stress.....	195
Quadro 27 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Tabágicos	196
Quadro 28 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por consumo de cigarros diários	197
Quadro 29 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Alcoólicos.....	198
Quadro 30 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por consumo Alcoólico diário	199
Quadro 31 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação	200
Quadro 32 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação.....	201

TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento de dados foi efectuado informaticamente através do programa Microsoft Office Excel 2003.

No decorrer do projecto foram seleccionados os utentes incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, inscritos na USF Egas Moniz, pertencentes a lista da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves, da qual sou enfermeira de família, num total de 357 utentes.

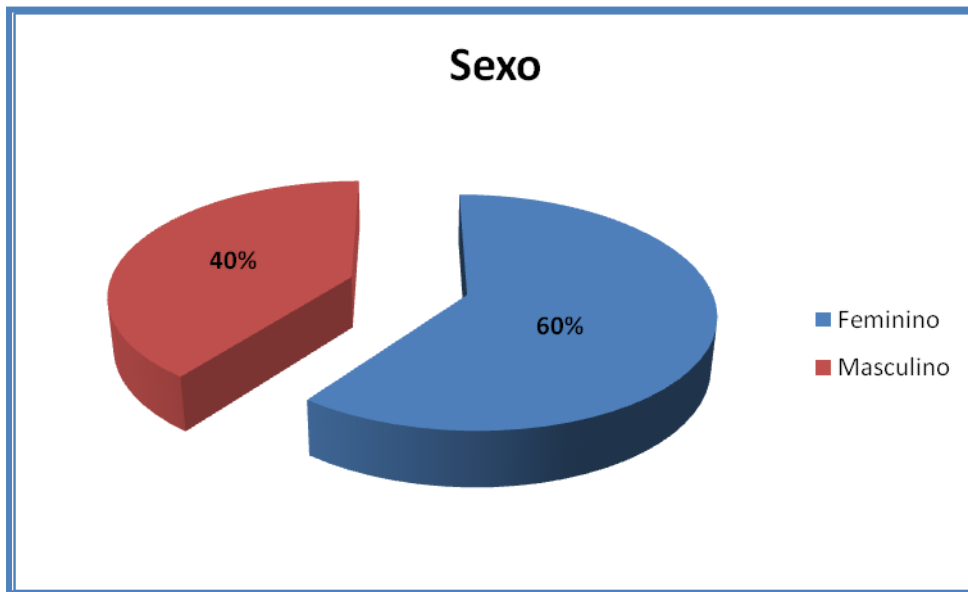
Foram aplicados um total de 156 formulários à população seleccionada, em que 9, foram aplicados durante a realização de visita domiciliária a utentes dependentes. Será omissa a partir desta parte a fonte dos dados, na medida em que os dados que se vão apresentar, resultam da colheita de dados realizada pela aplicação dos formulários referidos anteriormente.

SEXO

Quadro 10 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Sexo

Sexo	Nº	%	Frequência cumulativa
Feminino	94	60	60
Masculino	62	40	100
Total	156	100	

Gráfico 10 – Distribuição percentual da população inquirida por gênero



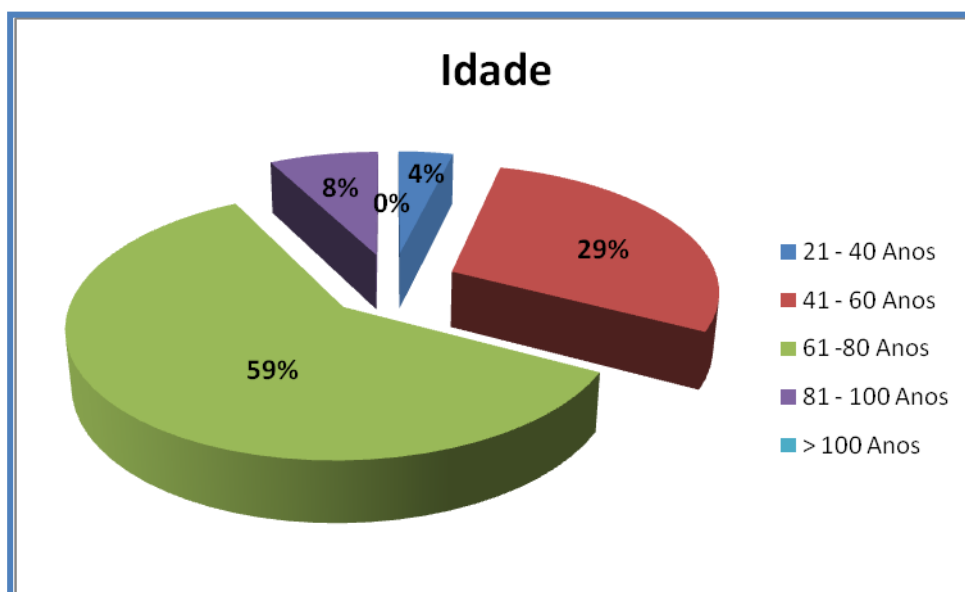
Pela análise do quadro e gráfico anteriores, verifica-se que a maioria dos inquiridos, 60% (94) são do sexo feminino e 40% (62) do sexo masculino.

IDADE

Quadro 11 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida

Idade	Nº	%	Frequência cumulativa
21 - 40 Anos	6	4	4
41 - 60 Anos	45	29	33
61 -80 Anos	93	59	92
81 - 100 Anos	12	8	100
> 100 Anos	0	0	100
Total	156	100	

Gráfico 11 – Distribuição percentual da população inquirida por idade.



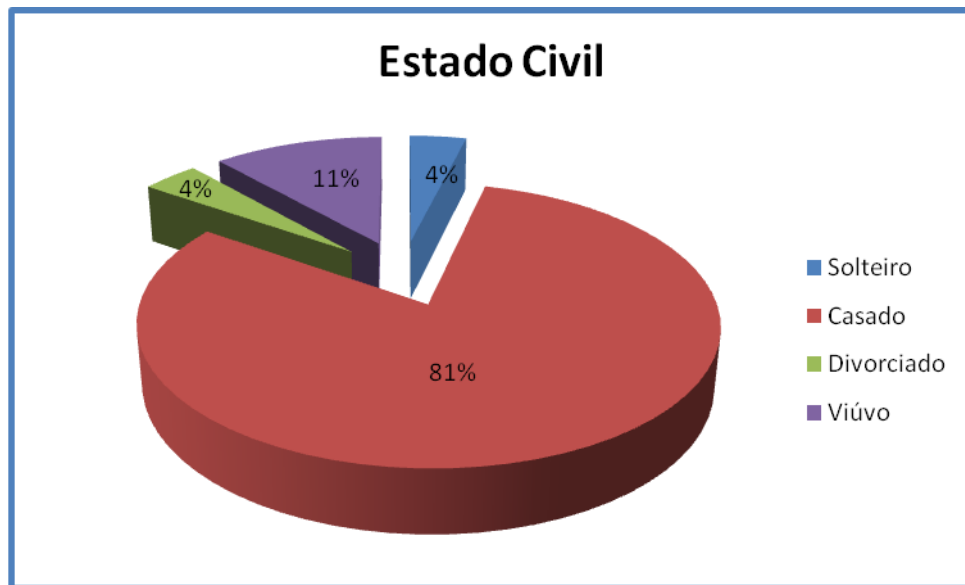
Pela análise do Gráfico 2 verifica-se que a idade da maior parte dos utentes inquiridos situa-se entre os 61 e os 80 anos de idade 59% (93), seguida dos utentes com idade entre os 41 e 60 anos 29% (45), existindo 8% (12) com idade compreendida entre os 81 -100 anos e 4% (6) utentes com idade entre os 21 e 40 anos. A média de idade da população inquirida é de 65.03 anos.

ESTADO CIVIL

Quadro 12 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por estado civil

Estado civil	Nº	%	Frequência cumulativa
Solteiro	6	4	4
Casado	126	81	85
Divorciado	6	4	89
Viúvo	18	11	100
Total	156	100	

Gráfico 12 - Distribuição percentual da população inquirida por estado civil



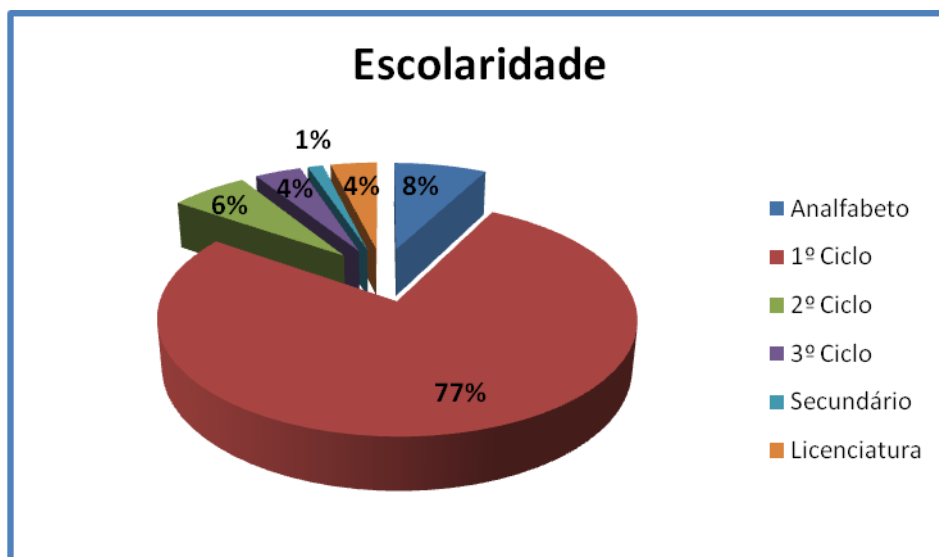
Relativamente ao estado civil, 81% (126) dos inquiridos são casados, sendo 11% (18) viúvos, 4% (6) solteiros e 4% (6) divorciados.

ESCOLARIDADE

Quadro 13 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por escolaridade

Escolaridade	Nº	%	Frequência Cumulativa
Analfabeto	12	8	8
1º Ciclo	120	77	85
2º Ciclo	10	6	91
3º Ciclo	6	4	95
Secundário	2	1	96
Licenciatura	6	4	100
Total	156	100	

Gráfico 13 - Distribuição percentual da população inquirida por escolaridade



Através da análise do Gráfico 4, constata-se que a escolaridade dominante é o 1º ciclo (77%), seguindo-se do analfabetismo (8%). É de salientar que 4% (6) dos inquiridos possuem uma licenciatura. O analfabetismo atinge assim, valores bastante elevados tendo em conta os restantes níveis.

PROFISSÃO

Quadro 14 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Profissão

Profissão	Nº	%	Frequência cumulativa
Activo	50	32	32
Não activo	106	68	100
Total	156	100	

Gráfico 14 - Distribuição percentual da população inquirida por Profissão



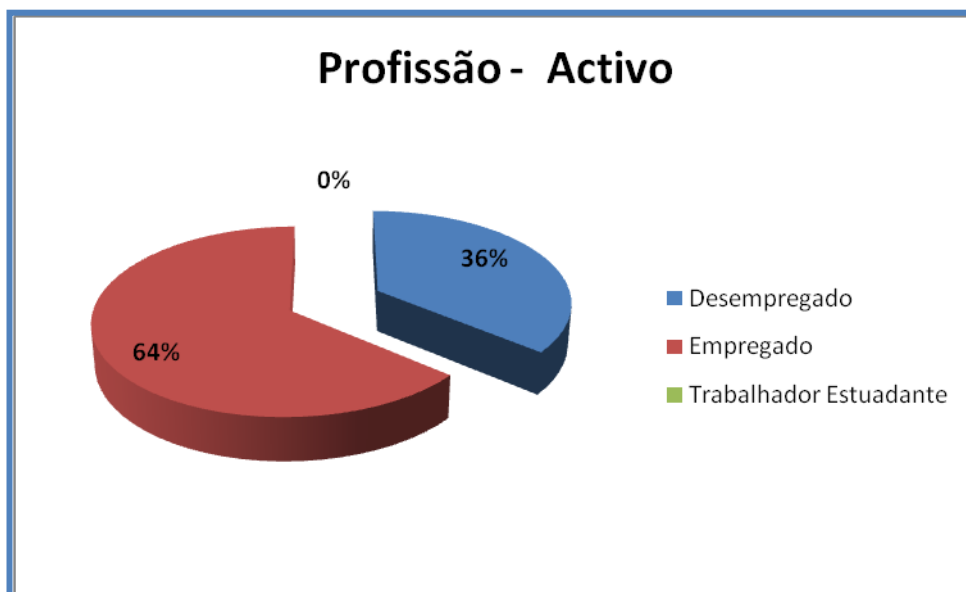
Relativamente à situação profissional dos inquiridos, 68% (106) representam a população activa e 32% (50) encontram-se não activos em relação à situação profissional.

Como se pode observar pela análise do quadro e gráfico seguintes, dos 110 (68%) inquiridos activos, 64% (32) encontra-se empregado e 36% (18) encontra-se em situação de desemprego.

Quadro 15 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida Activa por Profissão

Activo	Nº	%	Frequência cumulativa
Desempregado	18	36	36
Empregado	32	64	100
Trabalhador Estudante	0	0	100
Total	50	100	

Gráfico 15 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida Activa por Profissão

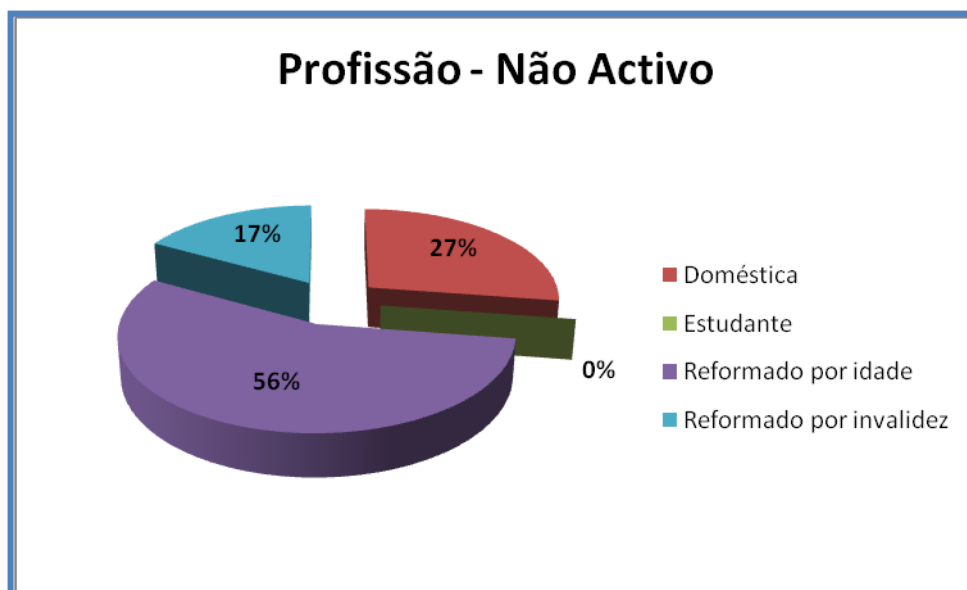


Através da análise do quadro e gráfico seguintes, verifica-se que dos 68% (106) inquiridos não activos, 56% (59) encontram-se em situação de reforma devido à idade, 27% (29) dos inquiridos desempenha a profissão de domésticas e 17% (18) encontram-se em situação de reforma por invalidez.

Quadro 16 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Profissão - Não Activo

Não Activo	Nº	%	Frequência cumulativa
Doméstica	29	27	27
Estudante	0	0	27
Reformado por idade	59	56	83
Reformado por invalidez	18	17	100
Total	156	100	

Gráfico 16 - Distribuição percentual da população inquirida por Profissão – Não Activo

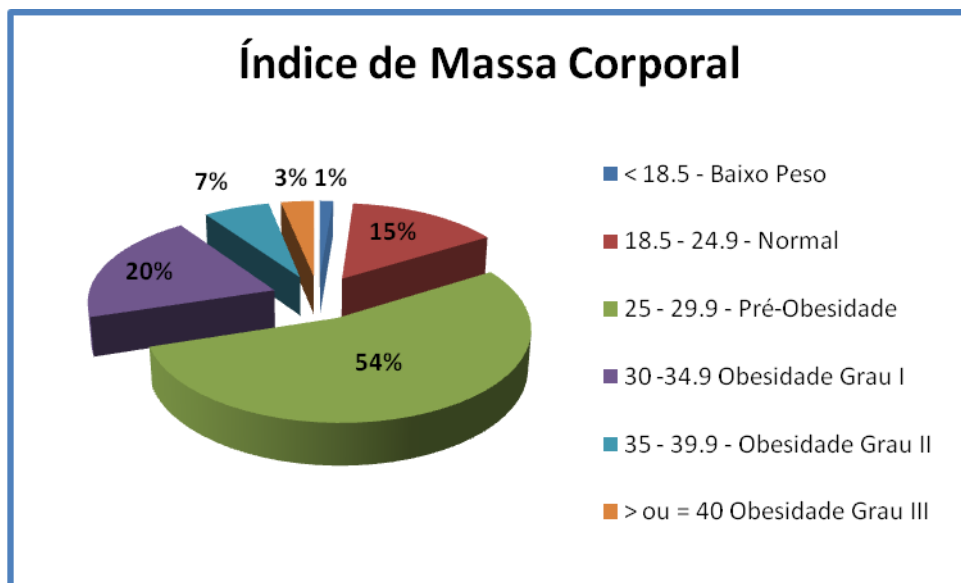


ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Quadro 17 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal	Nº	%	Frequência Cumulativa
< 18.5 (Baixo Peso)	2	1	1
18.5 - 24.9 (Normal)	23	15	16
25 - 29.9 (Pré-Obesidade)	83	54	70
30 - 34.9 (Obesidade Grau I)	31	20	90
35 - 39.9 (Obesidade Grau II)	10	7	97
> ou = 40 (Obesidade Grau III)	5	3	100
Total	156	100	

Gráfico 17 - Distribuição percentual da população inquirida por Índice de Massa Corporal



Pela análise da Quadro e gráfico anteriores, verificamos que apenas 1% (2) dos inquiridos apresentam baixo peso, em contrapartida, 3% (5) apresenta obesidade em grau III. A maioria da população inquirida 54% (83) apresenta pré-obesidade. A média do IMC da população inquirida é de 28.26 (Pré obesidade).

PERÍMETRO ABDOMINAL

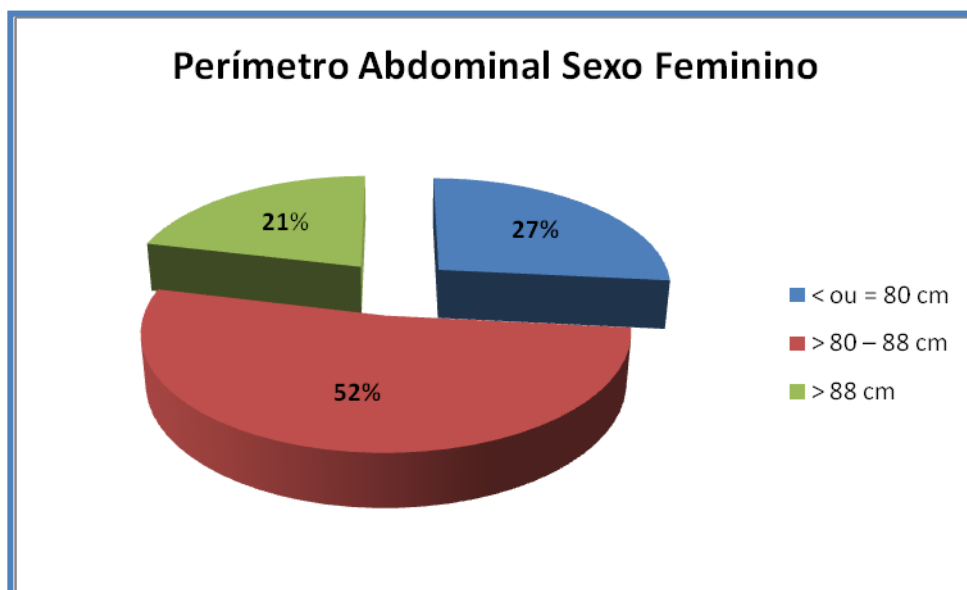
Outro parâmetro para avaliação da obesidade é o perímetro abdominal, que nos permite desta forma diagnosticar a obesidade abdominal (andróide).

Perímetro Abdominal no Sexo feminino

Quadro 9 – Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Perímetro Abdominal

Perímetro Abdominal	Nº	%	Frequência Cumulativa
< ou = 80 cm	25	27	27
> 80 – 88 cm	49	52	79
> 88 cm	20	21	100
Total	94	100	

Gráfico 18 – Distribuição Percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Perímetro Abdominal



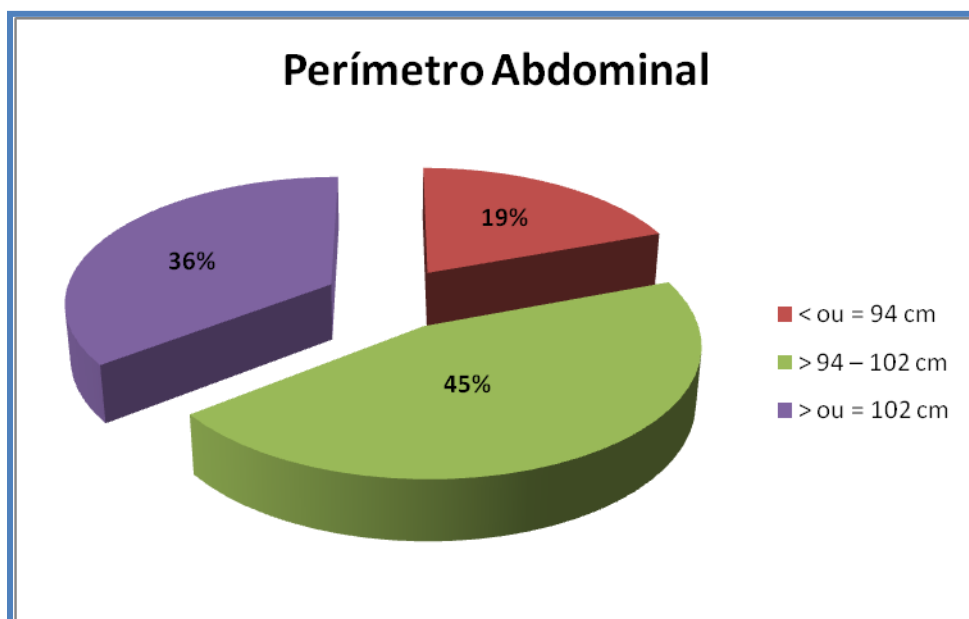
Podemos afirmar pela análise do gráfico e quadro superior, que das 94 mulheres que responderam ao formulário, a maioria 52% (49), possuem o perímetro abdominal superior entre os 80–88 cm, 27% (25), apresentam o perímetro abdominal inferior ou igual a 80 cm e 21% (20) mulheres possuem o perímetro abdominal superior a 88 cm.

Abdominal no Sexo masculino

Quadro 18 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal

Perímetro Abdominal	Nº	%	Frequência Cumulativa
< ou = 94 cm	12	19	19
> 94 – 102 cm	28	45	64
>ou = 102 cm	22	36	100
Total	62	100	

Gráfico 19 - Distribuição Percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal



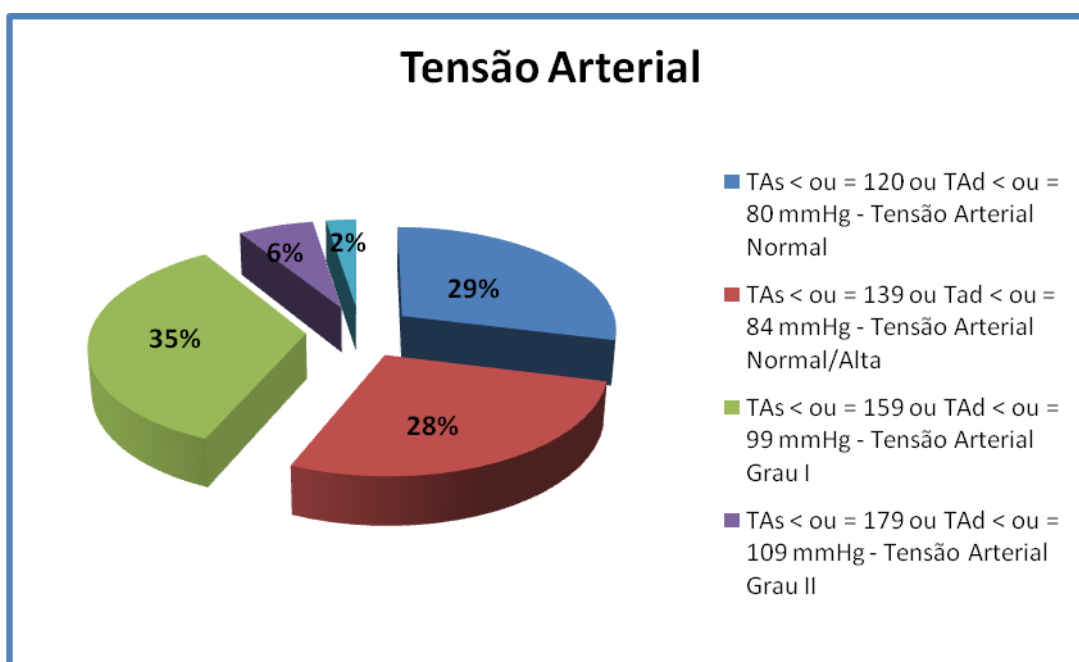
Podemos afirmar pela análise do gráfico e quadro superior, que dos 62 homens que responderam ao formulário, a maioria 45% (28), possuem o perímetro abdominal entre 94 – 102 cm, 36% (22), apresentam o perímetro abdominal igual ou superior a 102 cm e 19% (12), apresentam o perímetro abdominal igual ou inferior a 94 cm.

TENSÃO ARTERIAL

Quadro 19 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Tensão Arterial

Tensão Arterial	Nº	%	Frequência Cumulativa
TAs < ou = 120 ou TAd < ou = 80 mmHg (Tensão Arterial Normal)	45	29	29
TAs < ou = 139 ou TAd < ou = 84 mmHg (Tensão Arterial Normal/Alta)	43	28	57
TAs < ou = 159 ou TAd < ou = 99 mmHg (Tensão Arterial Grau I)	54	35	92
TAs < ou = 179 ou TAd < ou = 109 mmHg (Tensão Arterial Grau II)	10	6	98
TAs > ou = 180 ou TAd > 110 mmHg (Tensão Arterial Grau III)	4	2	100
Total	156	100	

Gráfico 20 - Distribuição percentual da população inquirida por Tensão Arterial



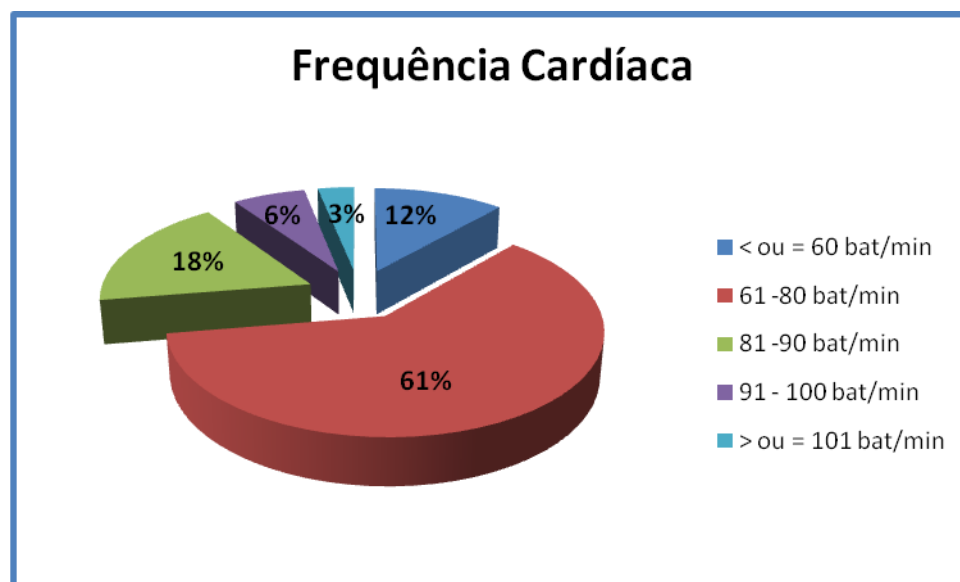
Verifica-se ao analisar o quadro e gráfico superior, que apesar de se encontrarem medicados, a maioria dos inquiridos 35% (54), apresenta valores de tensão arterial elevada (Grau I), o que se constitui preocupante e requer intervenção neste âmbito.

FREQUÊNCIA CARDÍACA

Quadro 20 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência Cardíaca

Frequência Cardíaca	Nº	%	Frequência Cumulativa
< ou = 60 bat/min	18	12	12
61 -80 bat/min	95	61	73
81 -90 bat/min	28	18	91
91 - 100 bat/min	10	6	97
> ou = 101 bat/min	5	3	100
Total	156	100	

Gráfico 21 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência Cardíaca

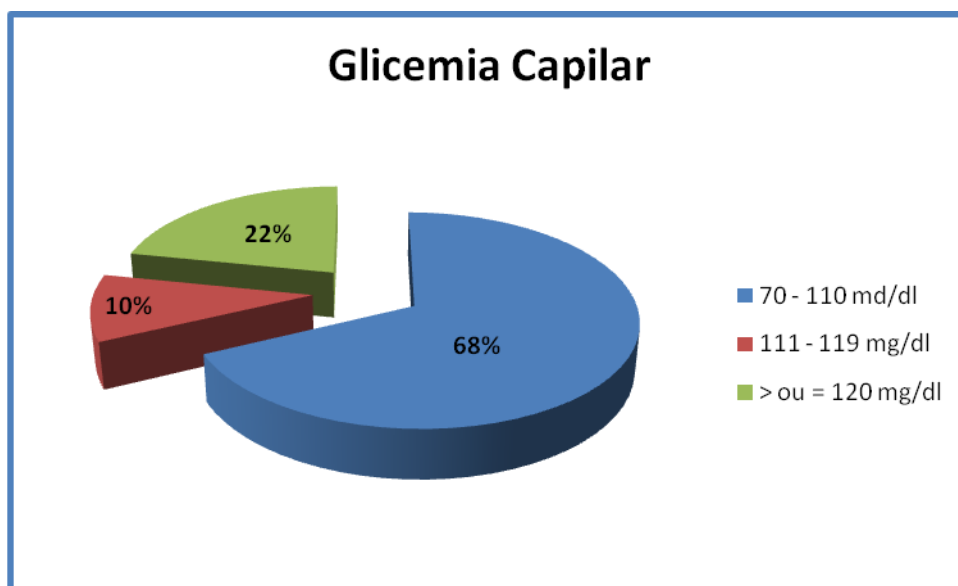


GLICEMIA CAPILAR

Quadro 21 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Glicemia Capilar

Glicemia Capilar	Nº	%	Frequência Cumulativa
70 - 110 md/dl	106	68	68
111 - 119 mg/dl	16	22	90
> ou = 120 mg/dl	34	10	100
Total	156	100	

Gráfico 22 - Distribuição percentual da população inquirida por Glicemia Capilar



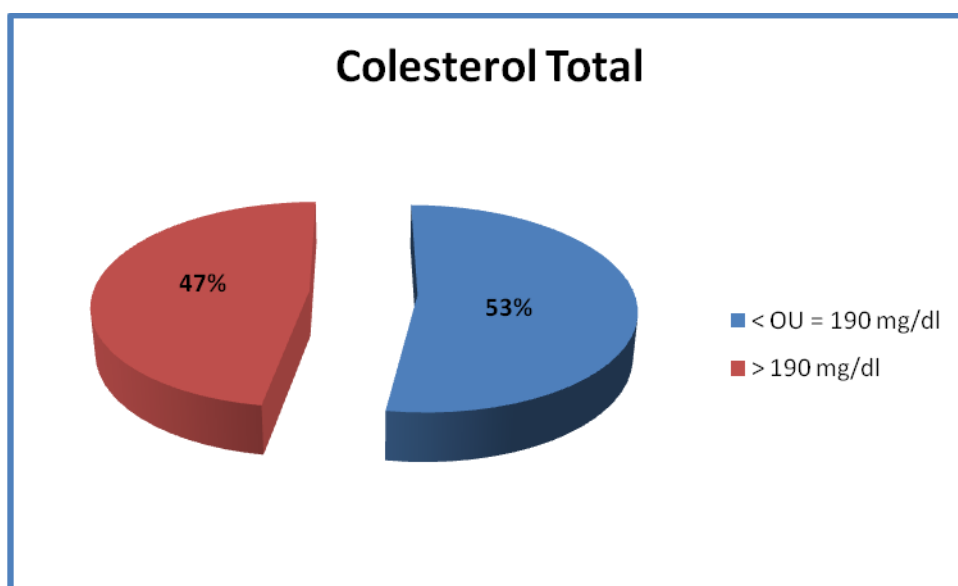
Analisando o quadro e gráfico superior, concluí-se que a maioria dos inquiridos 68% (106), apresenta valores de glicemia capilar dentro dos parâmetros desejáveis. No entanto, temos que salientar que 10% (34), apresenta valores elevados que requer intervenção adequada. A Média da glicemia capilar é 121.26 mg/dl.

COLESTEROL TOTAL

Quadro 22 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Glicemia Capilar

Colesterol Total	Nº	%	Frequência Cumulativa
< OU = 190 mg/dl	82	53	53
> 190 mg/dl	74	47	100
Total	156	100	

Gráfico 23 - Distribuição percentual da população inquirida por Colesterol Total



Da análise do quadro e gráfico supra citado, constata-se que 53% (82) dos inquiridos apresenta o colesterol dentro dos valores considerados desejáveis (< ou = 190 mg/dl). A média do colesterol total é de 198 mg/dl.

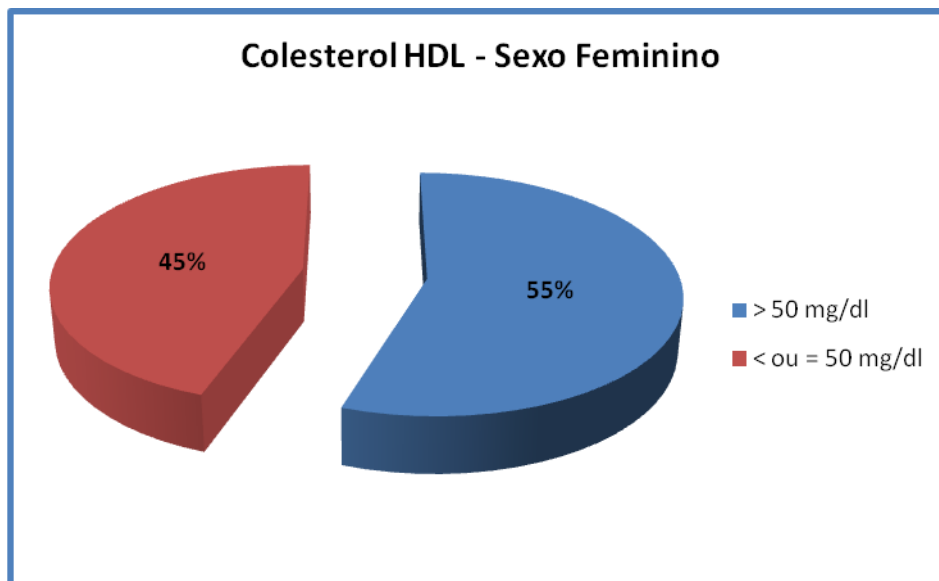
COLESTEROL HDL

Colesterol HDL no Sexo Feminino

Quadro 23 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida (Sexo Feminino) por Colesterol HDL

Colesterol HDL - Sexo Feminino	Nº	%	Frequência Cumulativa
> 50 mg/dl	52	55	55
< ou = 50 mg/dl	42	45	100
Total	94	100	

Gráfico 24 - Distribuição percentual da população inquirida (Sexo Feminino) por Colesterol HDL

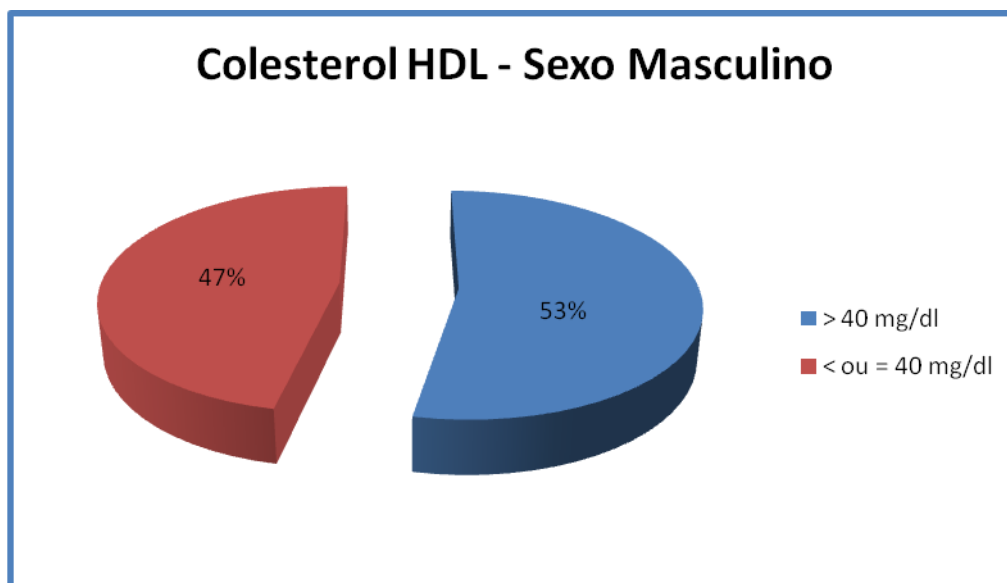


Colesterol HDL no Sexo Masculino

Quadro 24 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida (Sexo Masculino) por Colesterol HDL

Colesterol HDL - Sexo Masculino	Nº	%	Frequência Cumulativa
> 40 mg/dl	33	53	53
< ou = 40 mg/dl	29	47	100
Total	62	100	

Gráfico 25 - Distribuição percentual da população inquirida (Sexo Masculino) por Colesterol HDL



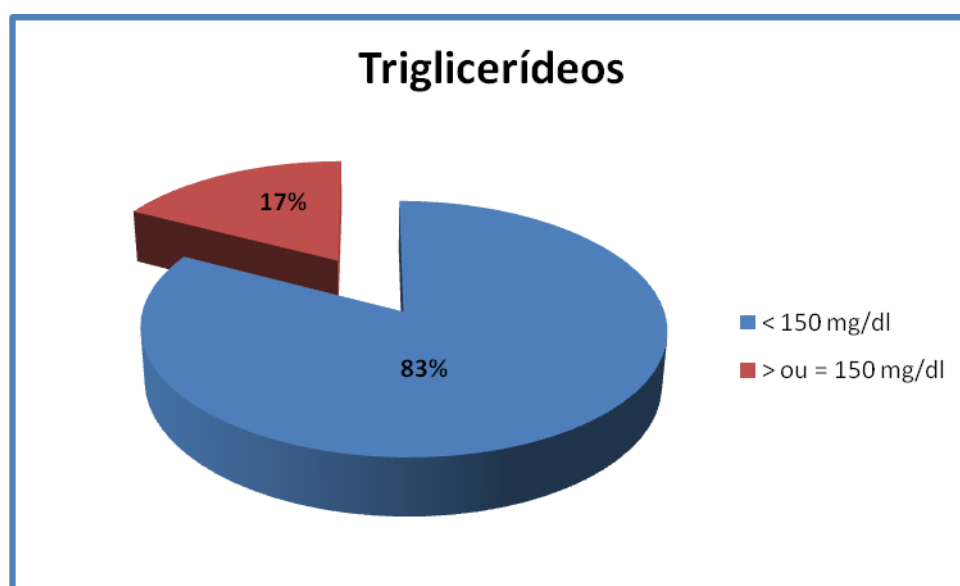
Verificamos da análise dos quadros e gráficos superiores, que a maioria dos inquiridos de ambos os sexos, possuem valores considerados desejáveis de colesterol HDL (homens < 40 mg/dl e mulheres > que 50 mg/dl), 55% no sexo feminino e 53% no sexo masculino.

TRIGLICERÍDEOS

Quadro 25 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Triglicerídeos

Triglicerídeos	Nº	%	Frequência Cumulativa
< 150 mg/dl	129	83	83
> ou = 150 mg/dl	27	17	100
Total	156	100	

Gráfico 26 - Distribuição percentual da população inquirida por Triglicerídeos



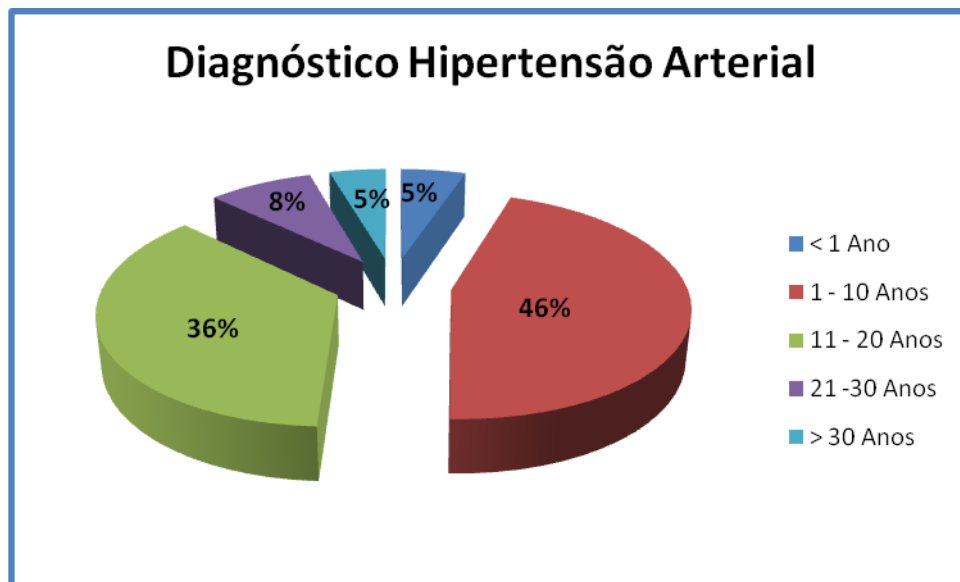
Verificamos da análise do quadro e gráfico superior, que a maioria dos inquiridos 83% (129) apresenta valores de triglicerídeos desejáveis (< 150 mg/dl).

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Quadro 26 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de HTA

Anos de diagnóstico de HTA	Nº	%	Frequência Cumulativa
< 1 Ano	8	5	5
1 - 10 Anos	70	46	51
11 - 20 Anos	56	36	87
21 -30 Anos	13	8	95
> 30 Anos	7	5	100
Total	156	100	

Gráfico 27 - Distribuição percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de HTA



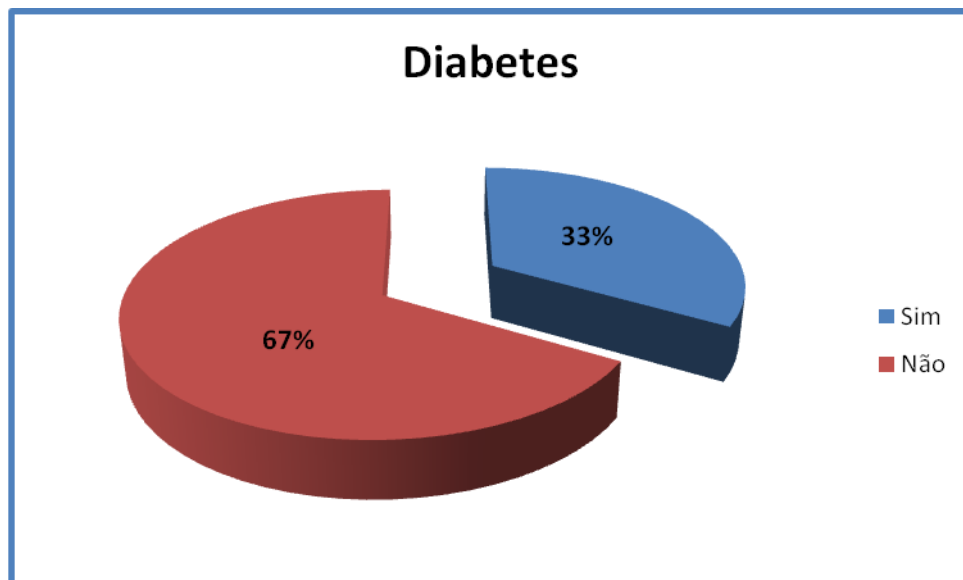
Da análise da Quadro e gráfico anteriores, verificou-se que a maioria dos inquiridos 46% (70) já lhes foi diagnosticado hipertensão arterial entre 1 à 10 anos, seguida dos utentes à quem lhes foi diagnosticada hipertensão arterial entre 11 a 20 anos 36% (56).

DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Quadro 27 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Diagnóstico de Diabetes

Diagnóstico de Diabetes	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	52	33	33
Não	104	67	100
Total	156	100	

Gráfico 28 - Distribuição percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de Diabetes



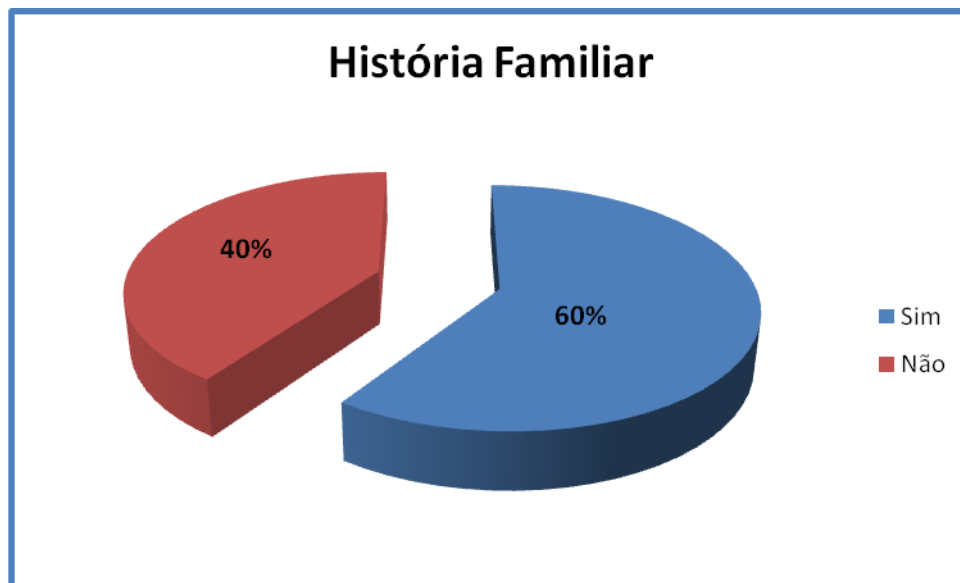
Da análise do quadro e gráfico anteriores, verificou-se que a maioria dos utentes inquiridos 67% (104) já é diabéticos e que os restantes 33% (52), utentes não são diabéticos.

HISTORIA FAMILIAR DE DOENÇA CARDIOVASCULAR (DCV)

Quadro 28 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por História Familiar de DCV

História Familiar	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	93	60	60
Não	63	40	100
Total	156	100	

Gráfico 29 - Distribuição percentual da população inquirida por História Familiar de Doença Cardiovascular



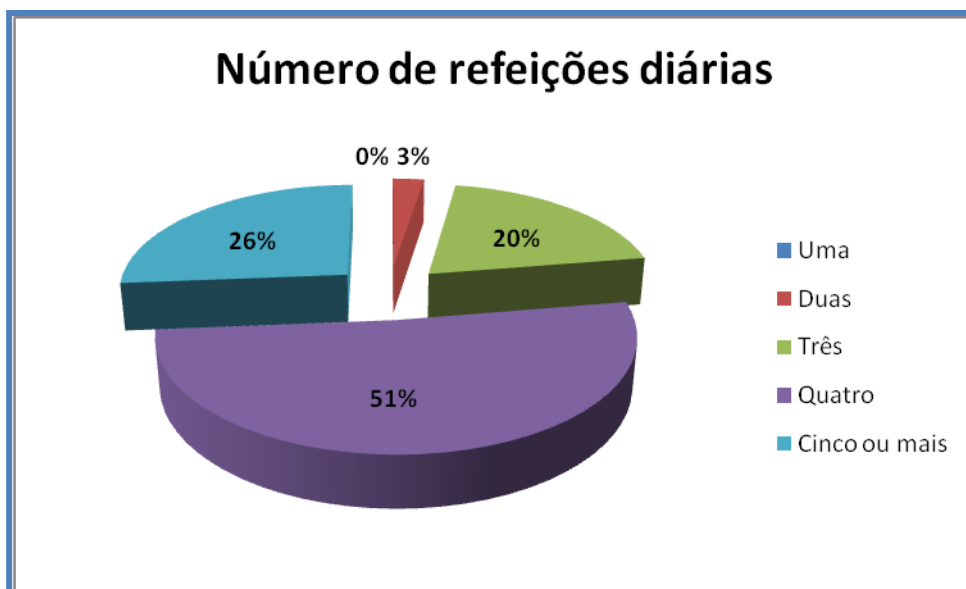
Verifica-se ao analisar o quadro e gráfico superior que a maioria dos inquiridos 60% (93), possui antecedentes familiares de doença cardiovascular.

NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS

Quadro 29 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Número de Refeições Diárias

Número de refeições diárias	Nº	%	Frequência Cumulativa
Uma	0	0	0
Duas	4	3	3
Três	31	20	23
Quatro	80	51	74
Cinco ou mais	41	26	100
Total	156	100	

Gráfico 30 - Distribuição percentual da população inquirida por o número de refeições diárias realizadas



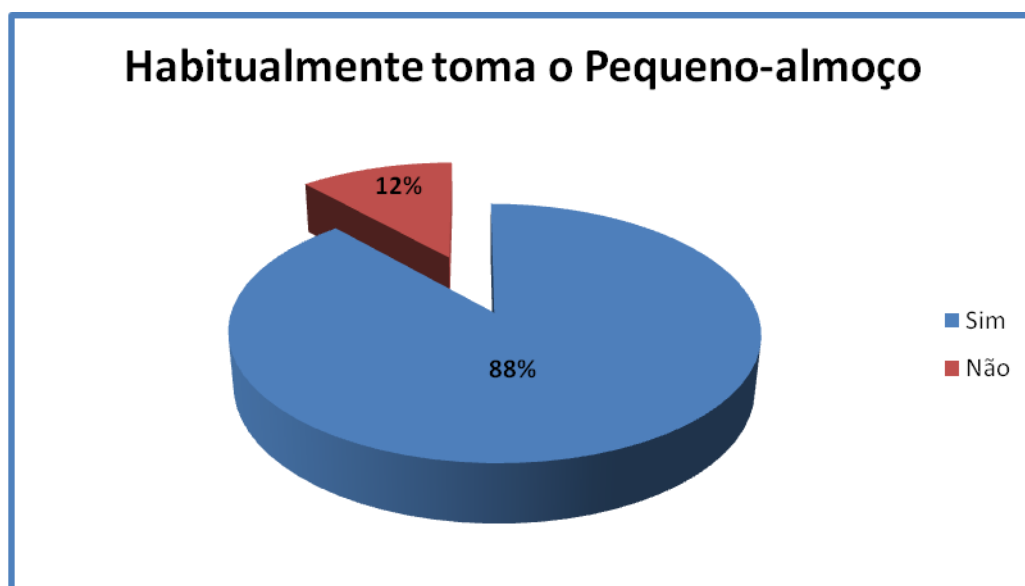
Pela análise do quadro e gráfico anteriores, constata-se que dos 156 utentes inquiridos, 51% (80) realizam quatro refeições diárias, 26% (41) realizam cinco ou mais refeições, 20% (31) realizam três e apenas 3% (4) realizam apenas duas refeições diárias.

PEQUENO ALMOÇO

Quadro 30 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábito de tomar o Pequeno-almoço

Habitualmente toma o Pequeno-almoço	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	138	88	88
Não	18	12	100
Total	156	100	

Gráfico 31 - Distribuição percentual da população inquirida por Hábito de toma do Pequeno-almoço



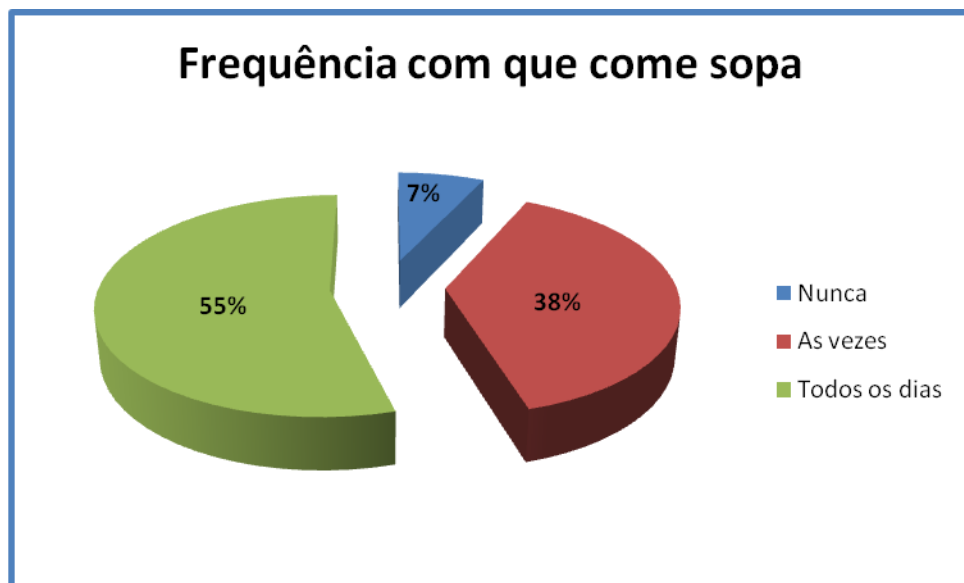
Através da leitura do quadro e gráfico anteriores, verifica-se que 88% (138) tomam diariamente o pequeno almoço e apenas 12% (18) não realiza esta refeição.

FREQUÊNCIA COM QUE COME SOPA

Quadro 31 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come sopa

Frequência com que come sopa	Nº	%	Frequência Cumulativa
Nunca	11	7	7
As vezes	60	38	45
Todos os dias	85	55	100
Total	156	100	

Gráfico 32 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come sopa



No que diz respeito à frequência com que os inquiridos consomem sopa, da análise do quadro e gráfico acima, verifica-se que 55% (85) consomem diariamente sopa, 38% (60) só consomem sopa as vezes e 7% (11) nunca consomem sopa.

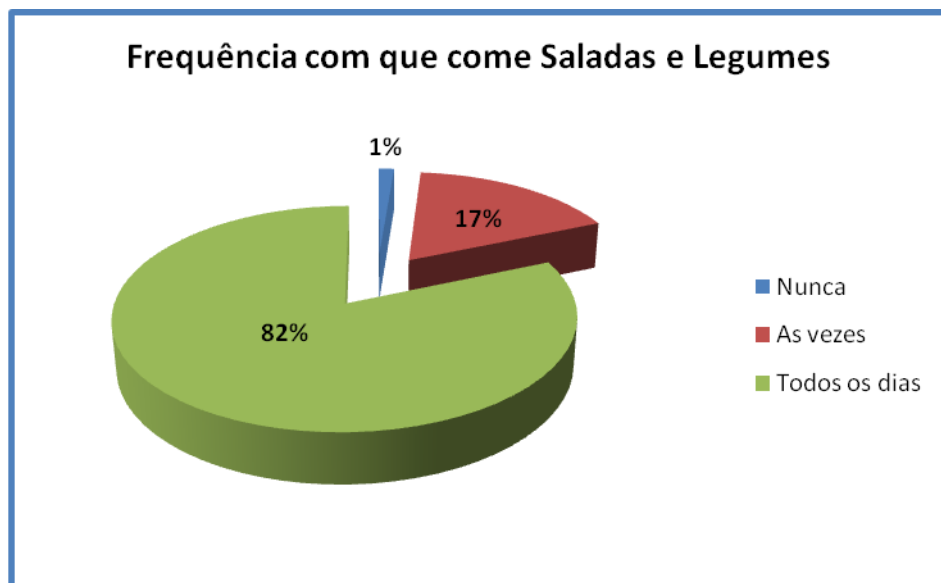
~

FREQUÊNCIA COM QUE COME SALADAS E LEGUMES

Quadro 32 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come Saladas e Legumes

Frequência com que come Saladas e Legumes	Nº	%	Frequência Cumulativa
Nunca	2	1	1
As vezes	27	17	18
Todos os dias	127	82	100
Total	156	100	

Gráfico 33 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come Saladas e legumes



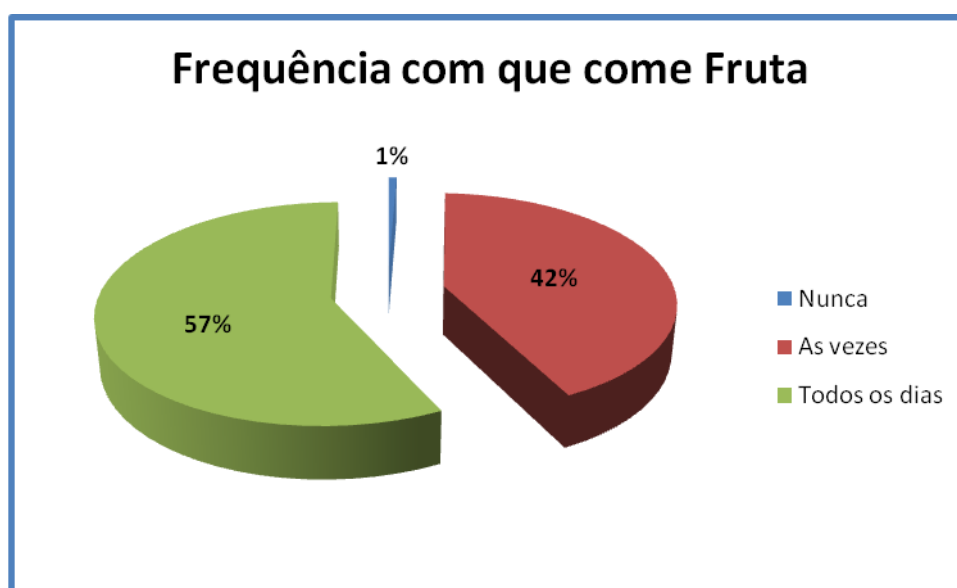
No que diz respeito à frequência com que os inquiridos consomem saladas e legumes, da análise do quadro e gráfico acima, verifica-se que 82% (127) consomem diariamente saladas e legumes, 17% (27) só consomem legumes e saladas as vezes e 1% (2) nunca consomem saladas e legumes.

FREQUÊNCIA COM QUE COME FRUTA

Quadro 33 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come Fruta

Frequência com que come Fruta	Nº	%	Frequência Cumulativa
Nunca	1	1	1
As vezes	66	42	43
Todos os dias	90	57	100
Total	156	100	

Gráfico 34 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come Fruta



No que diz respeito à frequência com que os inquiridos consomem fruta, da análise do quadro e gráfico acima, verifica-se que 57% (90) consomem diariamente fruta, 42% (66) só consomem fruta as vezes e 1% (1) nunca consome fruta.

PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Quadro 34 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por prática de Exercício Físico

Prática de Exercício Físico	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	63	40	40
Não	93	60	100
Total	156	100	

Gráfico 35 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência por prática Exercício Físico



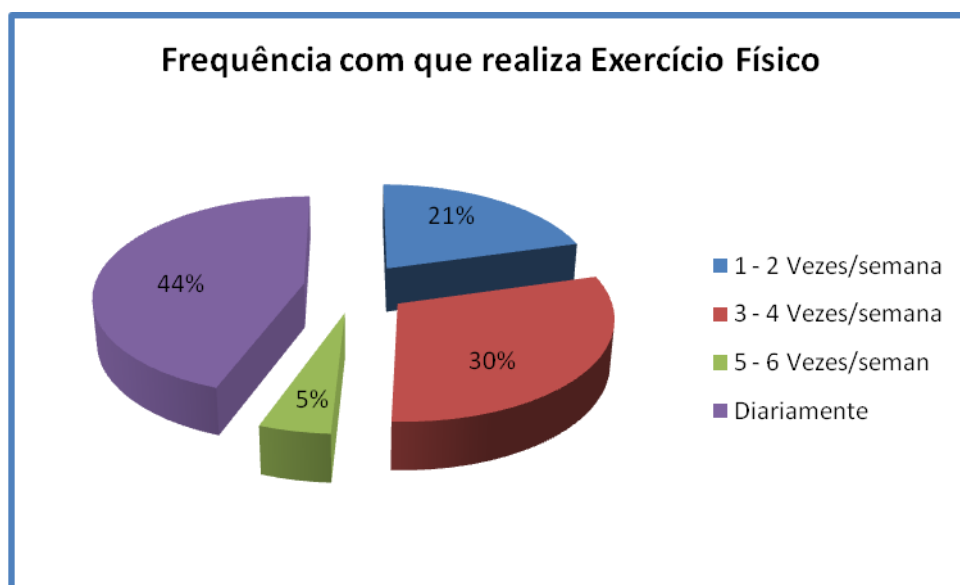
Analisando o quadro e gráfico supra citado, constatamos que a maioria 60% (93), não pratica exercício físico. Sendo a prática regular de exercício físico um factor de prevenção nas doenças cardiovasculares, faz todo sentido a nossa intervenção.

FREQUÊNCIA COM QUE REALIZA SEMANALMENTE EXERCÍCIO FÍSICO

Quadro 35 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que realiza Exercício Físico

Frequência com que realiza Exercício Físico	Nº	%	Frequência Cumulativa
1 - 2 Vezes/semana	13	21	21
3 - 4 Vezes/semana	19	30	51
5 - 6 Vezes/semana	3	5	56
Diariamente	28	44	100
Total	63	100	

Gráfico 36 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que realiza Exercício Físico



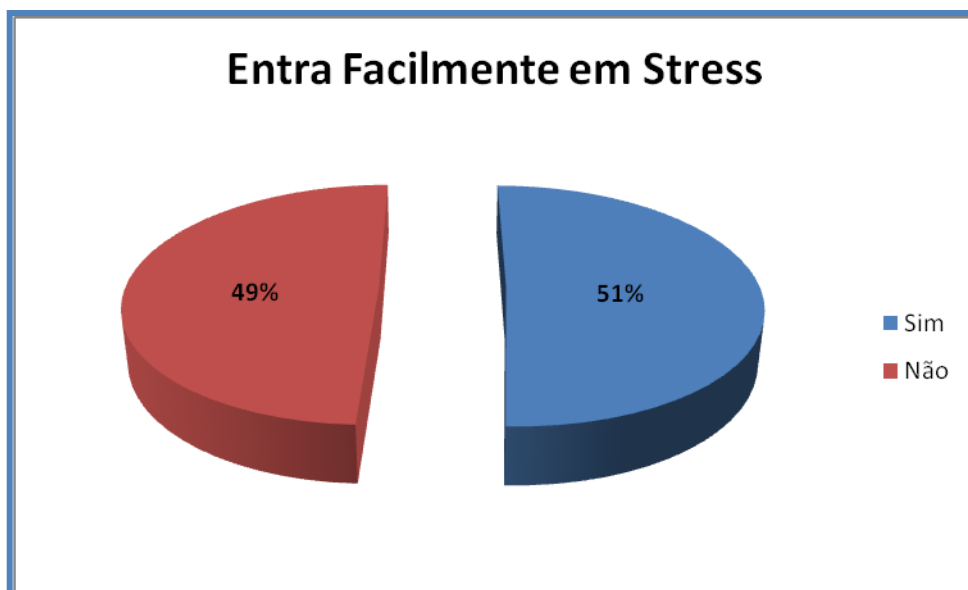
Verifica-se ao analisar o quadro e gráfico anteriores, que dos inquiridos que praticam exercício físico, 44% (28) pratica exercício físico diariamente. No entanto, foi reforçado sempre a importância da prática de exercício físico moderado e regular.

STRESS

Quadro 36 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Stress

Entra em Stress facilmente	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	79	51	51
Não	77	49	100
Total	156	100	

Gráfico 37 - Distribuição percentual da população inquirida por Stress



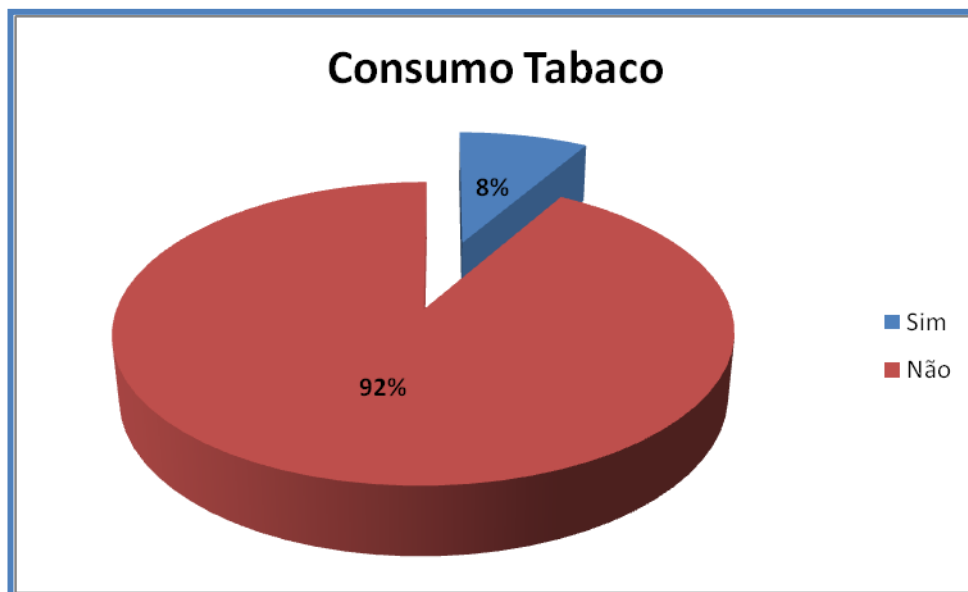
Da análise do quadro e gráfico supra citado, conclui-se que a maioria dos inquiridos 51% (79), consideram que entra em stress facilmente.

HABITOS TABÁGICOS

Quadro 37 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Tabágicos

Consumo Tabaco	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	13	8	8
Não	143	92	100
Total	156	100	

Gráfico 38 - Distribuição percentual da população inquirida por Hábitos Tabágicos

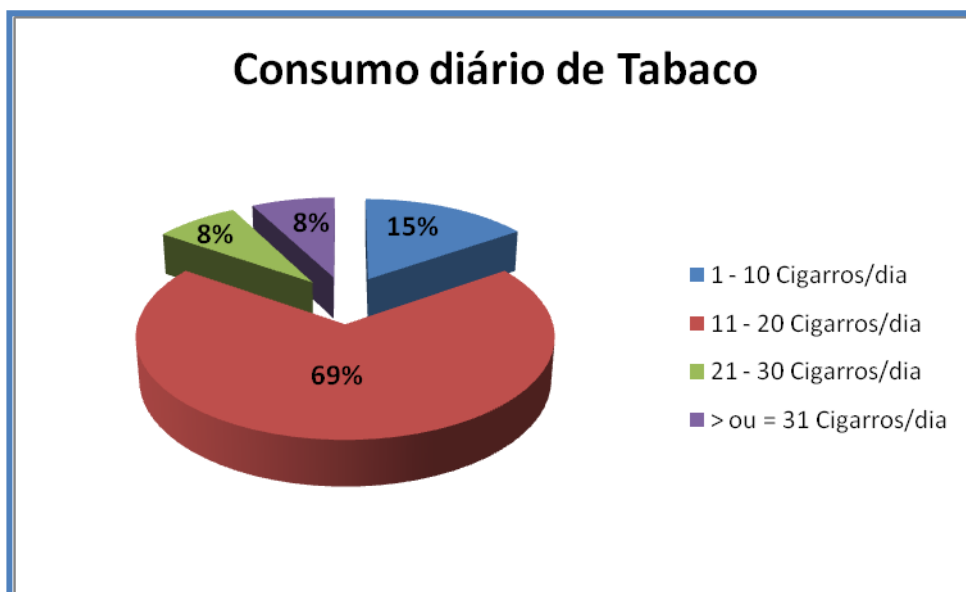


Pela análise do quadro e gráfico anteriores, verificou-se que a maioria dos utentes inquiridos 92% (143) não apresentam hábitos tabágicos e apenas 8% (13) referem o consumo de tabaco, o que é um factor positivo para a qualidade de vida dos mesmos.

Quadro 38 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por consumo de cigarros diários

Consumo de cigarros diários	Nº	%	Frequência Cumulativa
1 - 10 Cigarros/dia	2	15	15
11 - 20 Cigarros/dia	9	69	84
21 - 30 Cigarros/dia	1	8	92
> ou = 31 Cigarros/dia	1	8	100
Total	13	100	

Gráfico 39 - Distribuição percentual da população inquirida por Consumo Diário de Tabaco



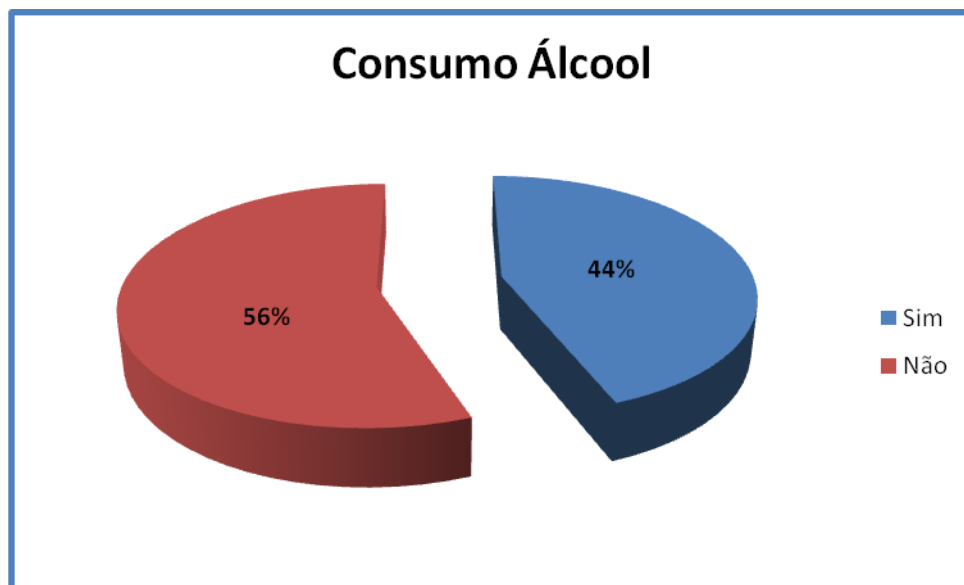
Analisando o quadro e gráfico acima referenciados, observa-se que da população que fuma, apenas 8% (1), consome entre 21 e 30 cigarros diários e 8% (1) consome mais que 31 cigarros por dia.

CONSUMO DE ALCOOL

Quadro 39 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Alcoólicos

Consumo Álcool	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	69	44	44
Não	87	56	100
Total	156	110	

Gráfico 40 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Alcoólicos

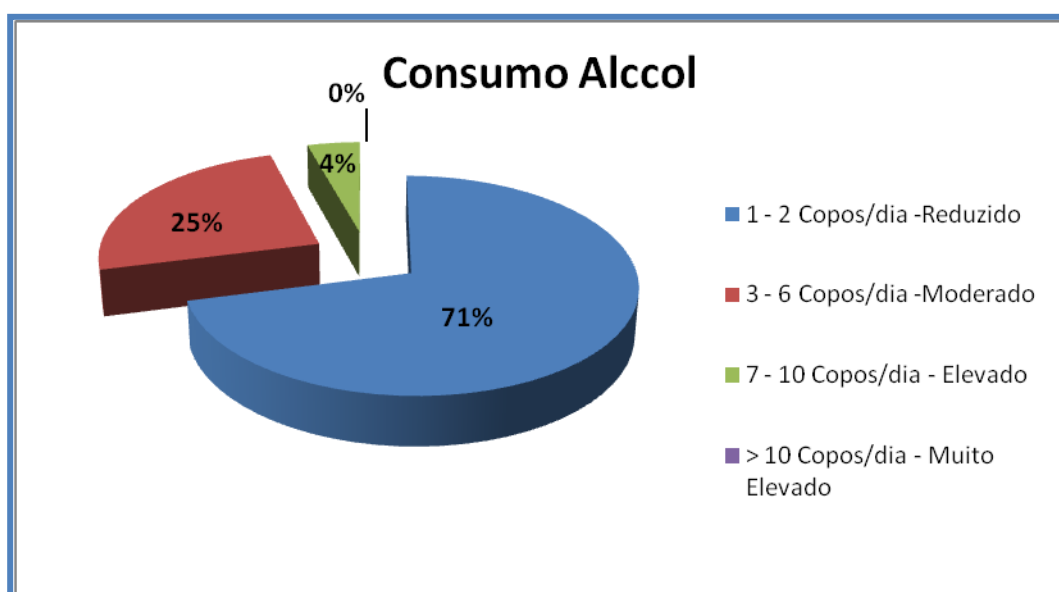


Verifica-se após análise do quadro e gráfico superior, que a maioria 56% (87) consome álcool, no entanto constatamos que a percentagem dos que não consomem é também significativa 44% (69).

Quadro 40 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por consumo Alcoólico diário

Consumo	Nº	%	Frequência Cumulativa
1 - 2 Copos/dia -Reduzido	49	71	71
3 - 6 Copos/dia -Moderado	17	25	96
7 - 10 Copos/dia - Elevado	3	4	100
> 10 Copos/dia - Muito Elevado	0	0	100
Total	69	100	

Gráfico 41 - Distribuição percentual da população inquirida por consumo Alcoólico diário



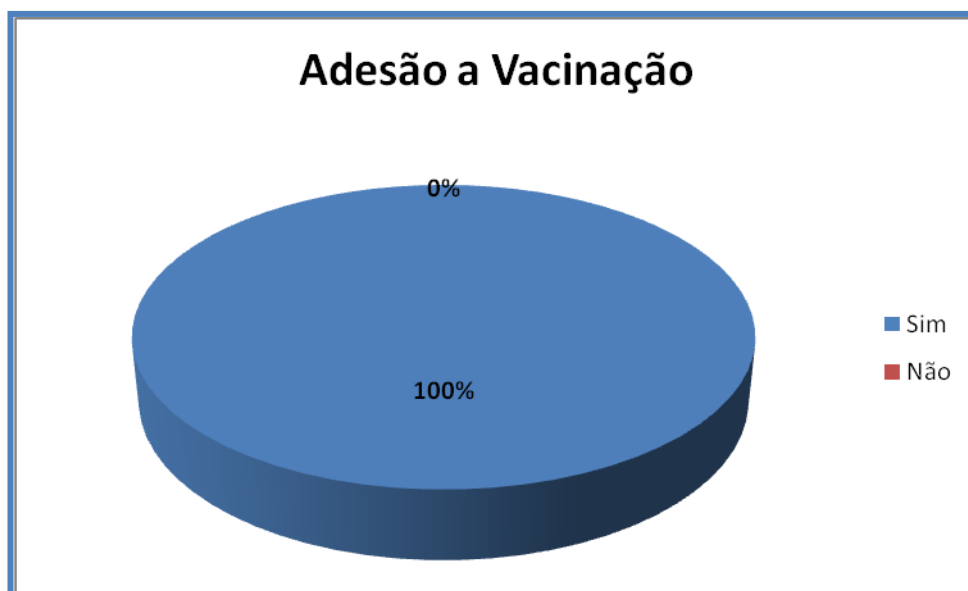
Da análise do quadro e gráfico superiores, constatamos que a maioria da inquiridos que consome álcool 71% (49), consome 1 a 2 copos diários, o que é satisfatório, no entanto e apesar de uma minoria, é de salientar os que consomem mais que 10 copos diários, a quem direccionamos maior atenção.

ADESÃO A VACINAÇÃO

Quadro 41 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação

Adesão a Vacinação	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	156	100	100
Não	0	0	100
Total	156	100	

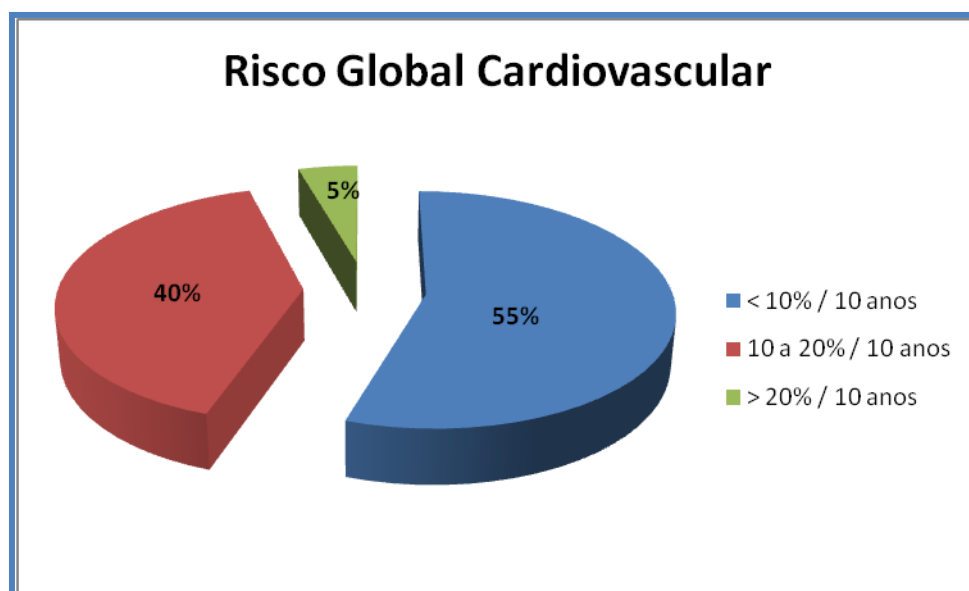
Gráfico 42 - Distribuição percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação



Pela análise do quadro e gráfico superiores, constata-se que a totalidade dos utentes inquiridos 100% (156), apresentam adesão a vacinação, ou seja, o Plano Nacional de Vacinação actualizado.

RISCO GLOBAL CARDIOVASCULAR

Gráfico 43 - Distribuição percentual da população inquirida por Risco Global Cardiovascular



Quadro 42 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação

Risco Global Cardiovascular	Nº	%	Frequência Cumulativa
Baixo risco < 10% /10 anos	86	55	55
Médio risco 10 a 20%/ 10 anos	63	40	95
Alto risco > 20%/10 anos	7	5	100
Total	156	100	

De acordo com a Circular Normativa Nº 06/DSPCS de 18/04/2007, calculou-se o Risco Global cardiovascular, através da tabela derivada do projecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Pela análise do quadro e gráfico acima, verificou-se que, dos 156 utentes inquiridos, apenas 5%, (7) apresentam um alto risco cardiovascular, 40% (63) apresentam um médio risco e 55% (86), apresentam um baixo risco cardiovascular.

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Total de doentes hipertensos}}{\text{Total utentes com idade } > \text{ ou } = 21 \text{ anos}} \times 100 = \frac{354}{1408} \times 100 = \mathbf{25,14\%}$$

A prevalência de utentes hipertensos na lista de utentes da Médica Dr.^a Maria da Luz Esteves, é de 25,14% (354), da população total, ou seja, um quarto dos utentes pertencentes à sua lista, são hipertensos.

INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Total de novos casos identificados durante a implementação do projecto}}{\text{Total de utentes com idade } > \text{ ou } = 21 \text{ anos}} \times 100 = \frac{3}{1408} \times 100 = \mathbf{0,21\%}$$

A incidência de novos casos de utentes hipertensos na lista de utentes da médica Dr.^a Maria da Luz Esteves, durante o período de implementação do projecto, é de 0.21% (3).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na análise de resultados provenientes da recolha de dados efectuada pela aplicação do formulário, a finalidade é descrever os dados obtidos. A caracterização da população alvo é constituída por 156 utentes.

- Verificou-se que 60% da população é do sexo feminino e 40% do sexo masculino.
- A maior parte da população situa-se entre os 61 e os 80 anos de idade.
- Relativamente ao estado civil, 81% da população é casado, e 11% é viúva.

- Verificou-se que a escolaridade dominante da população alvo é o 1º ciclo, 77%, seguida do analfabetismo com 8%.
- Relativamente à situação profissional dos inquiridos, 68% (106) representam a população activa e 32% (50) encontram-se não activos em relação à situação profissional.
- 64% da população alvo encontra-se empregada e os restantes 36% encontra-se em situação de desemprego.
- Verificou-se que na população activa, 56% encontra-se em situação de reforma devido à idade, 27% desempenha a profissão de doméstica e 17% encontram-se em situação de reforma por invalidez
- Verificamos que 54% da população alvo apresenta pré-obesidade. A média do IMC da população alvo é de 28.26 (Pré obesidade). O que justifica a nossa intervenção.
- Apesar da totalidade da população alvo, encontrar-se medicada, a sua maioria 35%, apresenta valores de tensão arterial elevada (Grau I), o que se constitui preocupante e requer intervenção neste âmbito.
- A maioria dos inquiridos 68% apresenta valores de glicemia capilar dentro dos parâmetros desejáveis. No entanto, temos que salientar que 10%, apresenta valores elevados de glicemia que requer intervenção adequada.
- 53% da população alvo apresenta o colesterol dentro dos valores considerados desejáveis ($<$ ou $=$ 190 mg/dl). A média do colesterol total é de 198 mg/dl.
- O mesmo verificou-se, com o valor de colesterol HDL, em que a maioria da população de ambos os sexos, possuem valores considerados desejáveis de colesterol HDL (homens $<$ 40 mg/dl e mulheres $>$ que 50 mg/dl), 55% no sexo feminino e 53% no sexo masculino, respectivamente.

- 83% da população alvo apresenta valores de triglicéridos desejáveis (< 150 mg/dl).
- Verificou-se que na maioria da população alvo 46%, já lhes foi diagnosticado hipertensão arterial entre 1 à 10 anos, seguida dos utentes à quem lhes foi diagnosticada hipertensão arterial entre 11 a 20 anos 36%.
- Verificou-se que a maioria dos utentes inquiridos 67%, apresenta diagnóstico de diabetes e encontram-se medicados.
- 60% da população alvo, possui antecedentes familiares de doença cardiovascular.
- No que diz respeito aos hábitos alimentares, constatou-se que 51% da população alvo realiza quatro refeições diárias, 26% realiza cinco ou mais refeições, 20% realiza três e apenas 3% realiza apenas duas refeições diárias. Verificou-se que 88% tomam diariamente o pequeno-almoço. No que diz respeito à frequência com que a população alvo consome sopa, verificou-se que 55% consome diariamente sopa, 38% só consome sopa às vezes e 7% nunca consome sopa. No que concerne à frequência com que a população alvo consome saladas e legumes, verificou-se que 82% consome diariamente, 17% só consome às vezes e 1% nunca consome saladas e legumes. No que diz respeito à frequência com que a população alvo consome fruta, verificou-se que 57% consome diariamente fruta, 42% só consome fruta às vezes e 1% nunca consome fruta.
- No que concerne à prática de exercício físico, constatou-se que a maioria 60%, não pratica exercício físico. Dos restantes 40% que praticam exercício físico, 44% pratica exercício físico diariamente;
- Em relação ao stress, verificou-se que 51% considera que entra em stress facilmente;
- 92% da população alvo não apresenta hábitos tabágicos, o que é um factor positivo para a qualidade de vida dos mesmos;

- Verificou-se que 56% da população alvo, consome álcool;
- 100% da população alvo apresenta adesão a vacinação, ou seja, o Plano Nacional de Vacinação actualizado;
- A taxa de prevalência de utentes hipertensos é de 25,14% e a taxa de incidência é de 0,21%.

ANEXO VIII

- Planeamento e avaliação da sessão de Educação Para à Saúde –



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA À SAÚDE SOBRE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em
Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de
Intervenção Comunitária Módulo III

ROSANE FERREIRA

Porto, Maio de 2011

ÍNDICE

I – PLANEAMENTO.....	209
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	210
1.1 - Local.....	210
1.2 - Data e hora	211
1.3 - Duração	211
1.4 - Recursos físicos	211
1.5 - Recursos materiais	211
1.6 - Recursos económicos	211
1.7 - Recursos humanos.....	212
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	213
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	214
5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	216
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	217
7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO	218
8 – PLANO.....	219
II – EXECUÇÃO.....	221
III – AVALIAÇÃO.....	222
BIBLIOGRAFIA	224

ANEXOS

Anexo I – Diapositivos referentes à Sessão de Educação Para à Saúde

Anexo II – Fotografias referentes à Sessão de Educação Para à Saúde

Anexo III – Questionário para avaliação da Sessão de Educação Para à Saúde

Anexo IV – Análise dos dados obtidos com aplicação dos questionários

I - PLANEAMENTO

O Planeamento em Saúde consiste na "*...racionalização, na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos 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, 1986).²⁰

Assim, este é um processo que surge como meio eficaz e eficiente, para organizar o cuidar com qualidade nos serviços de Saúde. Possibilita também conhecer melhor a realidade social e em saúde, com a apresentação de dados concretos e oportunidade rápida de tomada de decisões (a nível Local, regional e Central).

Tendo em conta os objectivos do planeamento em saúde e sabendo que este é um processo contínuo e permanente que resulta da transformação da realidade e do facto deste ser sistemático, incessável e cíclico. Iremos tentar cumprir esses objectivos, utilizando os recursos escassos de forma eficiente e eficaz; intervir nas causas que dão origem aos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas; utilizar materiais e equipamentos com utilidade polivalente, no sentido de concretizar os nossos objectivos.

A sessão de Educação para a Saúde sobre as doenças cardiovasculares, é uma das actividades que propomos realizar, e que requer um planeamento eficaz e integrado.

²⁰ IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

Apesar da mortalidade por doenças cardiovasculares ter tido um decréscimo nos últimos anos, continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, estando também presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa e o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade apresentando no ano de 2005, 34%.

Assim sendo, é necessário haver uma especial atenção sob a efectiva prevenção, detecção e correcção de todos estes potenciais factores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde, mas também todos os cuidados que promovam a sua prevenção.

Emergiu assim, a necessidade de efectuar uma sessão de Educação para a Saúde sobre as doenças cardiovascularer.

Esta sessão tem como finalidade sensibilizar e alertar para este problema e promover a mudança de comportamentos, que irão reflectir no futuro, e na qualidade de vida..

A sessão de Educação para a Saúde será dirigida à população alvo do projecto, que queira participar, após convocatória.

1.1 - Local

A sessão de Educação para a Saúde será efectuada nas instalações da USF Egas Moniz – Centro de Saúde de Santa Maria da Feira.

1.2 - Data e hora

A sessão de Educação para a Saúde será realizada à 25 de Maio 2011 das 14h30 às 15h30.

1.3 - Duração

A sessão de sensibilização terá a duração de 60 minutos

1.4 - Recursos físicos

Relativamente aos recursos físicos, o local onde decorrerá a sessão, possui dimensões adequadas, sem ruídos e pontos de distração.

1.5 - Recursos materiais

No que diz aos recursos materiais, o local seleccionado possui cadeiras em número suficiente para os utentes convocados, projector multimédia (datashow), computador, ou seja, possui o material necessário para a sua execução.

1.6 - Recursos económicos

Os recursos económicos que existem são os necessários, visto os custos da sessão de formação serem suportadas pelo ACES e por nós estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

1.7 - Recursos humanos

A sessão de Educação para a Saúde será realizada por nós, estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e por uma médica da USF (Dr.^a Maria da Luz Esteves).

2 - ESCOLHA DO TEMA

A escolha da temática a difundir emergiu da necessidade de sensibilizar esta população, para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, procurando desta forma, reduzir a incidência das Doenças cardiovasculares e suas complicações.

3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Com a realização desta sessão formativa/informativa, pretende-se:

- Promover a saúde da população alvo do projecto, através da prevenção dos factores de risco;
- Informar sobre a problemática da doença cardiovascular;
- Dar a oportunidade para que à população troque experiências entre si, e coloque dúvidas;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população alvo.

4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com as características do grupo, iremos abordar os seguintes conteúdos:

- Definição de doenças cardiovasculares;
- Etiologia;
- Factores de risco;
- Diagnóstico;
- Prevenção.

5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Para a realização da sessão de Educação para a Saúde dirigida à população alvo do projecto, iremos utilizar o método expositivo, participativo e persuasivo-motivacional, como estratégia de ensino aprendizagem. Como meio auxiliar para a execução da mesma, usaremos o projector multimédia (datashow), associados a outros instrumentos motivacionais: cartazes, apresentação de um filme, discussão e troca de experiências e dúvidas, por considerarmos os mais adaptados à população em causa e aos objectivos que pretendemos atingir. A possibilidade de troca de experiências e colocação de dúvidas, como forma de facilitar a participação dos vários participantes, é algo que se pretende fomentar para o sucesso da mesma.

6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO

A organização das actividades, é fulcral e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis, consiste em determinar o percurso de todas as acções a realizar com a finalidade de atingir os objectivos preconizados. Promover a motivação dos profissionais de enfermagem, assim como, aumentar os ganhos em saúde na comunidade, são os nossos principais objectivos. Pretendemos ainda, que a equipa de enfermagem dê continuidade ao projecto apresentado.

Antes da sessão, pretendemos realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da sessão de Educação para a Saúde;
- Pesquisa bibliográfica;
- Discussão com a equipa orientadora sobre a planificação da sessão de sensibilização;
- Organização e compilação da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo e os objectivos pretendidos;
- Reunião com a enfermeira chefe, para definir local e hora da sessão, assim como, obter apoio na divulgação da mesma;
- Selecção de estratégias de apresentação;
- Designar meios de avaliação da sessão.

7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A estratégia é um meio científico de elaborar o plano de actividades, nesta situação, para uma avaliação efectiva e eficaz da sessão de Educação para a Saúde sobre as doenças cardiovasculares.

As estratégias de avaliação possibilitam que a avaliação da sessão Educação para Saúde, se constitua um processo sistemático e contínuo, permitindo verificar se os objectivos definidos a priori formam alcançados.

- A sessão a realizar será avaliada nos termos da mesma, através da auto avaliação, com base nos objectivos propostos aquando da sua elaboração;
- A avaliação dos objectivos da sessão, será através da análise das respostas obtidas, a questões colocadas (relacionadas com o tema), através de um questionário, no início e no final da sessão;
- Receptividade da população alvo à Sessão de Educação para a Saúde;
- Reflexão crítica no final da sessão.

8 – PLANO

O plano da sessão consiste em determinar e orientar o percurso de todas as actividades desenvolvidas e pertinentes para a concretização da mesma.

A finalidade desta sessão é promover e proteger a saúde da comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, promover a mudança de comportamentos no indivíduo/comunidade.

No entanto para que a sua concretização seja possível e produza o efeito desejável, é fundamental a elaboração de um plano, adaptado à população em causa, aos objectivos pretendidos, de forma eficaz e eficiente.

Formadores: Rosane Ferreira Maria da Luz Esteves				
Tema: Sessão de Educação para a Saúde sobre as doenças cardiovasculares				
Tempo: 60 minutos				
Grupo Destinatário: População alvo do projecto				
Local: USF Egas Moniz		Data: 25/05/2011		Hora: das 14:30 às 15:30 horas
OBJECTIVOS: Pretende-se que à população alvo seja capaz de: <ul style="list-style-type: none">• Identificar comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares;• Identificar medidas de prevenção das doenças cardiovasculares;• Reconhecer a importância de mudanças de comportamento.				
FASES	TEMPO	CONTEÚDO	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	5min	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação das formadoras;• Introdução ao	Método Expositivo/ Participativo	Avaliação inicial: Testar os conhecimentos e motivação dos

		tema; <ul style="list-style-type: none"> • Objectivos da sessão; • Metodologia. 		utentes relativamente ao tema do rastreio (através de questionamento)
Desenvolvimento	45min	Abordagem ao tema no que diz respeito: <ul style="list-style-type: none"> • Definição; • Etiologia; • Factores de risco; • Diagnóstico; • Medidas preventivas. 	Método Expositivo/ Persuasivo/ Motivacional	Avaliação Formativa Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem, e/ou compreensão, assim como a motivação dos utentes
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais • Esclarecimento de dúvidas 	Método persuasivo/ Motivacional. Distribuição de panfletos informativos como complemento de informação	Avaliação sumária: Esclarecimento de dúvidas e síntese das ideias principais. Conhecimentos verbalizados pelos utentes, com as respostas recebidas às questões colocadas. Testar os conhecimentos e motivação dos utentes relativamente ao tema do rastreio (através de questionamento)

II - EXECUÇÃO

A execução consiste em aplicar na prática o projectado, tendo em conta os objectivos traçados.

A execução da sessão de Educação Para a Saúde sobre as doenças cardiovasculares, realizada para a população alvo do projecto, decorreu como o delineado nos pontos anteriores, ou seja, foram utilizadas as estratégias definidas, assim como, as actividades previstas. Ou seja, procedeu-se à apresentação do grupo de trabalho, assim como o motivo da sessão, procurando utilizar uma linguagem simples e acessível.

Os diapositivos apresentados (Anexo I), correspondem à temática que se apresentou e com a sua apresentação, permitiram atingir os objectivos preconizados no planeamento. Como forma de complementar a informação dada, foram fornecidas fotocópias destes diapositivos aos formandos.

As fotografias referentes a Sessão de Educação para a Saúde encontram-se disponíveis no Anexo II.

III – AVALIAÇÃO

A avaliação pretende acompanhar todo o progresso da sessão de sensibilização, possibilitando a formadora detectar dificuldades e ganhos em conhecimentos nos participantes, através da motivação e participação dos mesmos. Esta etapa permite também averiguar se as estratégias utilizadas formam adaptadas à população alvo. Relativamente aos formadores, a avaliação é fundamental para procurar e encontrar novas estratégias para futuras intervenções, no sentido de promover um aumento de qualidade de vida nas comunidades.

A avaliação, permite o preenchimento de lacunas, clarificar, classificar e reformular a formação, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

A avaliação foi realizada de acordo com o programado nas estratégias de avaliação supracitadas, ou seja, ao longo da sessão testamos os conhecimentos dos participantes, sua motivação, interesse e disponibilidade, relativamente ao tema apresentado. Procurou-se esclarecer dúvidas e sintetizar as ideias principais.

Os recursos físicos e materiais mostraram-se adequados à população alvo, permitindo assim, a concretização de uma difusão com resultados a curto e a longo prazo, para a comunidade de Santa Maria da Feira.

Relativamente aos recursos financeiros e humanos, estes revelaram-se suficientes e adaptados à situação.

A organização que antecedeu a sessão foi fundamental para que a mesma se pudesse realizar com sucesso.

O plano delineado possibilitou a sistematização da apresentação, facilitando a realização da sessão, promovendo a participação dos presentes, através da

motivação/persuasão e garantindo que futuramente hajam reflexos na qualidade de vida da população.

No início e no final da sessão foi pedido aos participantes que respondessem a um questionário (Anexo III), para avaliação dos conhecimentos antes e após a sessão, e desta forma, identificar ganhos em conhecimentos. O questionário foi respondido pela totalidade dos participantes que estiveram presentes na sessão.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários, podem ser consultados no Anexo IV.

BIBLIOGRAFIA

- 📖 IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I

- Diapositivos referentes à Sessão de Educação Para à Saúde -

DOENÇAS CARDIOVASCULARES



Dr.ª Maria da Luz

Enfª Rosane Ferreira

25 Maio de 2011

Sabia que:

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal



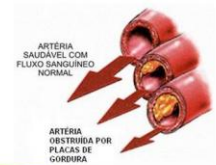
O que são?

As Doenças Cardiovasculares, são um conjunto de doenças que afectam o aparelho cardiovascular, designadamente o **coração** e os **vasos sanguíneos**.



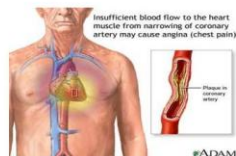
Doenças cardiovasculares

- **Aterosclerose** – Depósito de gordura, nas paredes dos vasos sanguíneos. Pode ter consequências muito graves como o enfarte do miocárdio ou o acidente vascular cerebral (trombose)



Doenças cardiovasculares

- **Cardiopatia Isquémica** – Angina de Peito ou Enfarte de Miocárdio (se houver obstrução total nas artérias coronárias).



Doenças Cardiovasculares

- **Doença Arterial Coronária** – diminuição do calibre das artérias coronárias, menor fluxo de sangue no coração.



Quais são os factores de risco?

NÃO MODIFICÁVEIS:

- Idade
- Sexo
- História familiar



Quais são os factores de risco?

MODIFICÁVEIS (podem ser controlados por si):

- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus



Quais são os factores de risco?

MODIFICÁVEIS (podem ser controlados por si):

- Obesidade
- Tabagismo



Quais são os factores de risco?

MODIFICÁVEIS (podem ser controlados por si):

- Colesterol elevado
- Hipertensão Arterial



Quais são os factores de risco?

MODIFICÁVEIS (podem ser controlados por si):

- Stress excessivo
- Maus hábitos alimentares (Ingestão de alimentos ricos em gorduras e sal)



**REDUZA O RISCO DAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES....**

**... OPTE POR UM ESTILO DE VIDA
MAIS SAUDÁVEL!**

MELHORE A SUA VIDA



... CUIDE DO SEU CORAÇÃO!

Pratique exercício físico

✓ Caminhe 30 minutos por dia

Não tem tempo?

Suba as escadas em vez de utilizar o elevador!



Se tem excesso de peso...

Perder peso pode ajudar a baixar a tensão arterial e a evitar as doenças cardiovasculares.



Mantenha-se calmo!



✓ Gira bem o tempo, estabelecendo prioridades.

✓ Viva o presente, esqueça o passado pois não pode mudá-lo.

Deixe de fumar...

... e poupará saúde e dinheiro!



Se fumar 1 maço de tabaco **por dia** --- 3 €
No final de **um ano** serão ----- 1095€

Que outras coisa poderia fazer com esse dinheiro?



Se é Hipertenso/Diabético

Estas doenças **não tem cura**. Tem **controle**.

✓ Não falte as consultas!

✓ Tome os medicamentos como indicado pelo seu médico;

✓ Beba água para tomar os medicamentos.



Se é Hipertenso/Diabético

✓ Mesmo que se sinta bem, e a sua tensão arterial/diabetes esteja controlada, deverá continuar a medicação, até novas indicações médicas.

✓ Nunca deixe terminar a medicação.



Tenha uma alimentação saudável



Comer com saber...

Uma regra fundamental da ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL é a **variedade de alimentos**.



A roda dos alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deve estar presente na alimentação diária..

Comer com saber...

Tome sempre o **pequeno almoço!**



Comer com saber...

Evite estar **mais de 3 horas e meia sem comer**.



Coma 5 vezes por dia e em menor quantidade. Deve sempre comer ao meio da manhã e ao meio da tarde.

Comer com saber...

Aumente o consumo de **hortaliças, frutas e legumes**.



Comer com saber...

Aumente o consumo de **hortaliças, frutas e legumes**.



Comer com saber...

Reduza o consumo de **gorduras**.

Prefira o azeite a outros tipos de gordura.



Comer com saber...

Evite os fritos!

MAUVIEL1830.



Prefira métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como estufados, cozido e grelhados

Comer com saber...

Consuma de preferência **peixes gordos** (cavala, salmão, sardinha, ...) e **carnes magras** (aves e coelho).



Comer com saber...

Reduza o consumo de **carnes vermelhas** (vaca, porco, ...) e **produtos de charcutaria**.



Comer com saber...

Inicie sempre o almoço e o jantar com uma **sopa** rica em **hortaliças e legumes**.



Comer com saber...

Evite ingerir **açúcar, bolos e doces**

(Só em dias de festa!!)



Comer com saber...

Prefira os cereais



Comer com saber...

Diminua o consumo de **sal**.

Opte por ervas aromáticas e especiarias. Limite a ingestão de alimentos salgados e molhos pré-preparados.



Comer com saber...

Consuma diariamente **leite e seus derivados**.

Opte sempre pelos produtos com baixo teor de gordura (**magro ou meio gordo**). Evite as natas e os queijos gordos.



Comer com saber...

Beba **litro e meio de água por dia**.

Os chás são uma alternativa, mas sem adicionar açúcar.



Comer com saber...

Se beber **álcool**, faça-o **com moderação!**

Não mais do que **dois copos por dia para os homens e um copo por dia para as mulheres** (0,35 l de cerveja; 0,15 l de vinho).



Depende de si...



**... está nas suas mãos, salvar o seu
coração!**

ANEXO II

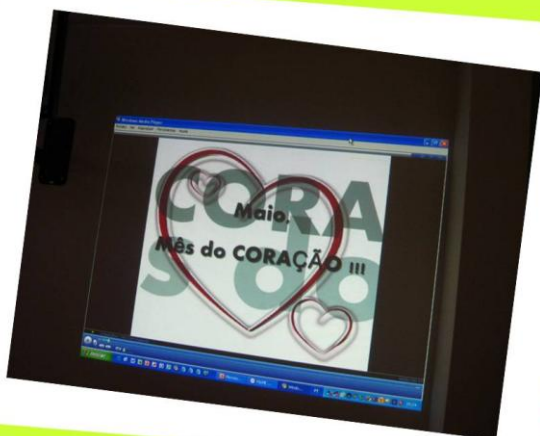
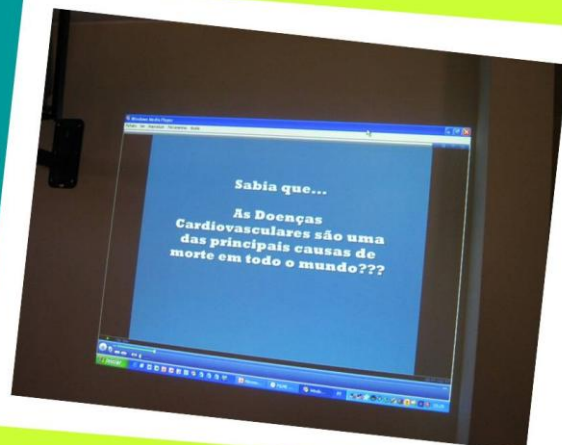
- Fotografias referentes à Sessão de Educação Para à Saúde -

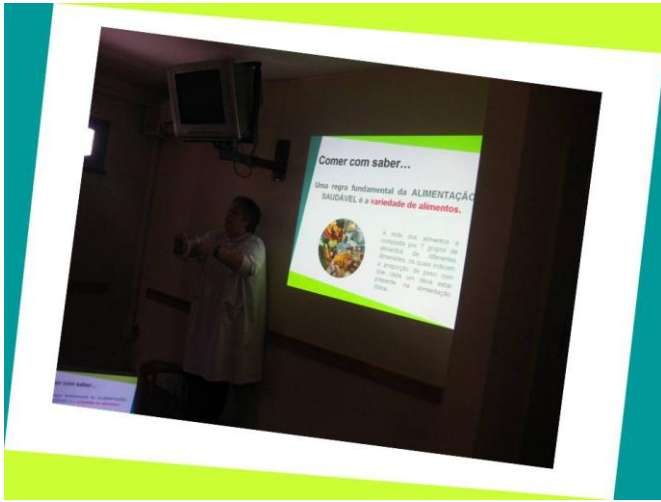
Projecto de Intervenção Comunitária
GANHAR SAÚDE



Sessão de Educação Para a Saúde

25 de Maio de 2011





ANEXO III

- Questionário para avaliação da Sessão de Educação Para à Saúde –



DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O PEQUENO-ALMOÇO É UMA REFEIÇÃO IMPORTANTE?

Certo

Errado

QUANTAS VEZES POR DIA DEVEMOS COMER?

3 vezes

Entre 5 e 7 vezes

2 vezes

NO TEMPERO DOS ALIMENTOS DEVE-SE:

Temperar com muito sal

Temperar os alimentos com especiarias e ervas aromáticas e reduzir o sal

DEVE-SE REDUZIR O CONSUMO DE SAL?

Certo

Errado

DEVE-SE COSUMIR MAIS CARNE DO QUE PEIXE?

Certo

Errado

OS MEDICAMENTOS PODEM SER TOMADOS COM VINHO?

Certo

Errado

CAMINHAR DURANTE 30 MINUTOS POR DIA PODE AJUDAR A REDUZIR OS VALORES DA TENSÃO ARTERIAL?

Certo

Errado

OS FRITOS FAZEM BEM A SAÚDE.

Certo

Errado

DEVE-SE BEBER LITRO E MEIO DE ÁGUA POR DIA?

Certo

Errado

TER PESO A MAIS PODE LEVAR AO APARECIMENTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES?

Certo

Errado

OBRIGADA!!!

ANEXO IV

- Análise dos dados obtidos nos questionários -

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão)	242
Quadro 2 - Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão)	243

ANALISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS REALIZADOS AOS PARTICIPANTES ANTES DA REALIZAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA À SAÚDE

Antes de iniciar a sessão foi efectuado um questionário para avaliar os conhecimentos do grupo. Cada questionário é constituído por 10 perguntas fechadas. As respostas às perguntas encontram-se descritas no quadro abaixo:

Quadro 43 – Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão)

PERGUNTAS	Erradas	Correctas	Total	% Respostas Correctas
O pequeno-almoço é uma refeição importante?	1	24	25	96
Quantas vezes por dia devemos comer?	6	19	25	76
No tempero dos alimentos, deve-se temperar com ervas aromáticas?	3	22	25	88
Deve-se reduzir o consumo de sal?	4	21	25	88
Deve-se consumir mais carne do que peixe?	4	21	25	84
Os medicamentos podem ser tomados com vinho?	2	23	25	92
Caminhar durante 30 minutos por dia pode ajudar a reduzir os valores da tensão arterial?	2	23	25	92
Os fritos fazem bem a saúde?	2	23	25	92
Deve-se beber litro e meio de água por dia?	2	23	25	92
Ter peso a mais pode levar ao aparecimento das doenças cardiovasculares?	4	21	25	84

Verificamos ao observar o quadro nº 1 que, para os 25 questionários aplicados antes da sessão de Educação Para a Saúde, a média de respostas correctas é de 88,4%.

$$\frac{\text{Taxa de conhecimento antes da sessão}}{\frac{\text{Total de perguntas correctas}}{\text{Total de perguntas}}} \times 100 = \frac{220}{25} \times 100 = 88\%$$

Após o término da apresentação da sessão, iniciou-se um momento de debate e a participação dos utentes foi activa através da colocação de dúvidas, tornando esta sessão muito enriquecedora e esclarecedora. Pelo entusiasmo com que colocavam os seus problemas revelou-se a importância desta actividade.

No final da sessão foi aplicado um questionário igual ao do início da sessão para avaliação da aquisição de conhecimentos. As respostas às perguntas encontram-se descritas no quadro abaixo:

Quadro 44 - Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão)

PERGUNTAS	Erradas	Correctas	Total	% Respostas Correctas
O pequeno-almoço é uma refeição importante?	0	25	25	100
Quantas vezes por dia devemos comer?	2	23	25	92
No tempero dos alimentos, deve-se temperar com ervas aromáticas?	2	23	25	92
Deve-se reduzir o consumo de sal?	0	25	25	100
Deve-se consumir mais carne do que peixe?	2	23	25	92
Os medicamentos podem ser tomados com vinho?	0	25	25	100
Caminhar durante 30 minutos por dia pode ajudar a reduzir os valores da tensão arterial?	0	25	25	100
Os fritos fazem bem a saúde?	0	25	25	100
Deve-se beber litro e meio de água por dia?	1	24	25	99
Ter peso a mais pode levar ao aparecimento das doenças cardiovasculares?	1	24	25	96

Podemos observar pela análise do quadro nº 2 que, para os 25 questionários aplicados após a sessão de Educação Para a Saúde, a média de respostas correctas é de 96,8%.

$$\begin{array}{l} \text{Taxa de} \\ \text{aquisição de} \\ \text{conhecimentos} \end{array} \quad \frac{\text{Total de perguntas correctas}}{\text{Total de perguntas}} = \frac{242}{25} \times 100 = 96,8\%$$

Assim sendo, podemos concluir que existiu aquisição de conhecimentos, ou seja, houve ganhos em saúde com à realização desta sessão.

ANEXO IX

- Planeamento e avaliação da sessão de Sensibilização -



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Trabalho realizado no Curso de mestrado em
Enfermagem de Saúde Comunitária. No âmbito do Estágio de
Intervenção Comunitária Módulo III.

ROSANE FERREIRA

Porto, Maio de 2011

Índice

I – PLANEAMENTO.....	248
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	249
1.1 - Local.....	249
1.2 - Data e hora	250
1.3 - Duração	250
1.4 - Recursos físicos	250
1.5 - Recursos materiais	250
1.6 - Recursos económicos	250
1.7 - Recursos humanos.....	251
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	252
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	253
4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS	254
5 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	255
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	256
7 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO	257
8 – PLANO.....	258
II – EXECUÇÃO.....	260
III – AVALIAÇÃO.....	261
BIBLIOGRAFIA	263

ANEXOS

Anexo I – Diapositivos referentes à Sessão de Sensibilização

Anexo II – Fotografias referentes à Sessão de Sensibilização

Anexo II – Questionário para avaliação da Sessão de Sensibilização

Anexo III – Análise dos dados obtidos com aplicação dos questionários

I - PLANEAMENTO

O Planeamento em Saúde consiste na "*...racionalização, na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos 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, 1986).²¹

Assim, este é um processo que surge como meio eficaz e eficiente, para organizar o cuidar com qualidade nos serviços de Saúde. Possibilita também conhecer melhor a realidade social e em saúde, com a apresentação de dados concretos e oportunidade rápida de tomada de decisões (a nível Local, regional e Central).

Tendo em conta os objectivos do planeamento em saúde e sabendo que este é um processo contínuo e permanente que resulta da transformação da realidade e do facto deste ser sistemático, incessável e cíclico. Iremos tentar cumprir esses objectivos, utilizando os recursos escassos de forma eficiente e eficaz; intervir nas causas que dão origem aos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas; utilizar materiais e equipamentos com utilidade polivalente, no sentido de concretizar os nossos objectivos.

A sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares, é uma das actividades que propomos realizar, e que requer um planeamento eficaz e integrado.

²¹ IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

Apesar da mortalidade por doenças cardiovasculares ter tido um decréscimo nos últimos anos, continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, estando também presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa e o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade apresentando no ano de 2005, 34%.

Assim sendo, é necessário haver uma especial atenção sob a efectiva prevenção, detecção e correcção de todos estes potenciais factores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde, mas também todos os cuidados que promovam a sua prevenção.

Emergiu assim, a necessidade de efectuar uma sessão de sensibilização sobre as doenças cardiovascularer.

Esta sessão tem como finalidade sensibilizar e alertar para este problema e promover a mudança de comportamentos, que irão reflectir no futuro, e na qualidade de vida..

A sessão de sensibilização será dirigida à população em geral, residente no Concelho de Santa Maria da Feira, que queira participar, após a divulgação adequada.

1.1 - Local

A sessão de sensibilização será efectuada no auditório da Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira.

1.2 - Data e hora

A sessão de sensibilização será realizada a 18 de Maio 2011 das 14h00 às 16h00.

1.3 - Duração

A sessão de sensibilização terá a duração de 120 minutos

1.4 - Recursos físicos

Relativamente aos recursos físicos, o local onde decorrerá a sessão, possui dimensões adequadas, sem ruídos e pontos de distração.

1.5 - Recursos materiais

No que diz aos recursos materiais, pensamos que o local seleccionado possui cadeiras em número suficiente (200), projector multimédia (datashow), computador, ou seja, possui o material necessário para a sua execução.

1.6 - Recursos económicos

Os recursos económicos que existem são os necessários, visto os custos da sessão de formação serem suportadas pelo ACES, por nós, estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e pela Fundação Portuguesa de Cardiologia.

1.7 - Recursos humanos

A sessão de sensibilização será realizada por nós, estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e pela Dr.^a Ana Silva, representante da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

2 - ESCOLHA DO TEMA

A escolha da temática a difundir emergiu da necessidade de sensibilizar esta população, para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, procurando desta forma, reduzir a incidência das Doenças cardiovasculares e suas complicações.

3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Com a realização desta sessão de sensibilização, pretende-se:

- Promover a saúde da população de Santa Maria da Feira, através da prevenção dos factores de risco;
- Informar sobre a problemática da doença cardiovascular;
- Dar a oportunidade para que à população troque experiências entre si, e coloque dúvidas;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população Feirense.

4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com as características do grupo, iremos abordar os seguintes conteúdos:

- Definição de doenças cardiovasculares;
- Etiologia;
- Factores de risco;
- Diagnóstico;
- Prevenção.

5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Para a realização da sessão de sensibilização dirigida à população de Santa Maria da Feira, iremos utilizar o método expositivo, participativo e persuasivo-motivacional, como estratégia de ensino aprendizagem. Como meio auxiliar para a execução da mesma, usaremos o projector multimédia (datashow), associados a outros instrumentos motivacionais: cartazes, apresentação de um filme, discussão e troca de experiências e dúvidas, por considerarmos os mais adaptados à população em causa e aos objectivos que pretendemos atingir. A possibilidade de troca de experiências e colocação de dúvidas, como forma de facilitar a participação dos vários participantes, é algo que se pretende fomentar para o sucesso da mesma.

6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO

A organização das actividades, é fulcral e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis, consiste em determinar o percurso de todas as acções a realizar com a finalidade de atingir os objectivos preconizados. Promover a motivação dos profissionais de enfermagem, assim como, aumentar os ganhos em saúde na comunidade, são os nossos principais objectivos. Pretendemos ainda, que a equipa de enfermagem dê continuidade ao projecto apresentado.

Antes da sessão, pretendemos realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da sessão de sensibilização, com a Fundação Portuguesa de Cardiologia e com a Câmara Municipal de Santa Maria da Feira;
- Pesquisa bibliográfica;
- Discussão com a equipa orientadora sobre a planificação da sessão de sensibilização;
- Organização e compilação da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo e os objectivos pretendidos;
- Reunião com a enfermeira chefe, para definir local e hora da sessão, assim como, obter apoio na divulgação da mesma;
- Selecção de estratégias de apresentação;
- Designar meios de avaliação da sessão.

7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A estratégia é um meio científico de elaborar o plano de actividades, nesta situação, para uma avaliação efectiva e eficaz da sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares.

As estratégias de avaliação possibilitam que a avaliação da sessão formativa/informativa, se constitua um processo sistemático e contínuo, permitindo verificar se os objectivos definidos a priori formam alcançados.

- A sessão a realizar será avaliada no términos da mesma, através da aderência do número de participantes;
- A avaliação dos objectivos da sessão formativa/informativa, será através da análise das respostas obtidas a um questionário aplicado, no final da sessão;
- Reflexão crítica no final da sessão.

8 – PLANO

O plano da sessão consiste em determinar e orientar o percurso de todas as actividades desenvolvidas e pertinentes para a concretização da mesma.

A finalidade desta sessão é promover e proteger a saúde da comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, promover a mudança de comportamentos no indivíduo/comunidade.

No entanto para que a sua concretização seja possível e produza o efeito desejável, é fundamental a elaboração de um plano, adaptado à população em causa, aos objectivos pretendidos, de forma eficaz e eficiente.

Formador: Rosane Ferreira Dr. ^a Ana Alves - Fundação Portuguesa de Cardiologia				
Tema: Sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares				
Tempo: 120 minutos				
Grupo Destinatário: População em geral de Santa Maria da Feira				
Local: Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira		Data: 18/05/2011	Hora: das 14:00 às 16:00 horas	
OBJECTIVOS: Pretende-se que à população de Santa Maria da Feira seja capaz de: <ul style="list-style-type: none">• Identificar comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares;• Reconhecer medidas de prevenção das doenças cardiovasculares;• Reconhecer a importância de mudanças de comportamento.				
FASES	TEMPO	CONTEÚDO	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
		• Apresentação	Método	Avaliação inicial

Introdução	15min	<p>dos Palestrantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos representantes da Câmara Municipal, FPC, ACES; • Objectivos da sessão; • Metodologia. 	Expositivo/ Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Testar os conhecimentos e motivação dos utentes relativamente ao tema do rastreio (através de questionamento)
Desenvolvimento	60min	<p>Abordagem ao tema no que diz respeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição; • Etiologia; • Factores de risco; • Diagnóstico; • Medidas preventivas. 	Método Expositivo/ Persuasivo/ Motivacional	<p>Avaliação Formativa</p> <p>Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem, e/ou compreensão, assim como a motivação dos utentes</p>
Conclusão	30min	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais • Esclarecimento de dúvidas 	<p>Método persuasivo/ Motivacional.</p> <p>Distribuição de panfletos informativos como complemento de informação</p>	<p>Avaliação sumária:</p> <p>Esclarecimento de dúvidas e síntese das ideias principais.</p> <p>Conhecimentos verbalizados pelos utentes, com as respostas recebidas às questões colocadas.</p>

II - EXECUÇÃO

A execução consiste em aplicar na prática o projectado, tendo em conta os objectivos traçados.

A execução da sessão de sensibilização para as doenças cardiovasculares, realizada para a Comunidade de Santa Maria da Feira, decorreu como o delineado nos pontos anteriores, ou seja, foram utilizadas as estratégias definidas, assim como, as actividades previstas. Ou seja, procedeu-se à apresentação do grupo de trabalho, assim como o motivo da sessão, procurando utilizar uma linguagem simples e acessível.

Os diapositivos apresentados (Anexo I), correspondem à temática que se apresentou e com a sua apresentação, permitiram atingir os objectivos preconizados no planeamento. Como forma de complementar a informação dada, foram fornecidas fotocópias destes diapositivos aos formandos.

As fotografias referentes a Sessão de Educação para a Saúde encontram-se disponíveis no Anexo II.

III – AVALIAÇÃO

A avaliação pretende acompanhar todo o progresso da sessão de sensibilização, possibilitando a formadora detectar dificuldades e ganhos em conhecimentos nos participantes, através da motivação e participação dos mesmos. Esta etapa permite também averiguar se as estratégias utilizadas formam adaptadas à população alvo. Relativamente aos formadores, a avaliação é fundamental para procurar e encontrar novas estratégias para futuras intervenções, no sentido de promover um aumento de qualidade de vida nas comunidades.

A avaliação, permite o preenchimento de lacunas, clarificar, classificar e reformular a formação, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

A avaliação foi realizada de acordo com o programado nas estratégias de avaliação supracitadas, ou seja, ao longo da sessão testamos os conhecimentos dos participantes, sua motivação, interesse e disponibilidade, relativamente ao tema apresentado. Procurou-se esclarecer dúvidas e sintetizar as ideias principais.

Os recursos físicos e materiais mostraram-se adequados à população alvo, permitindo assim, a concretização de uma difusão com resultados a curto e a longo prazo, para a comunidade de Santa Maria da Feira.

Relativamente aos recursos financeiros e humanos, estes revelaram-se suficientes e adaptados à situação.

A organização que antecedeu a sessão foi fundamental para que a mesma se pudesse realizar com sucesso.

O plano delineado possibilitou a sistematização da apresentação, facilitando a realização da sessão, promovendo a participação dos presentes, através da

motivação/persuasão e garantindo que futuramente hajam reflexos na qualidade de vida da população.

No final da sessão foi pedido aos participantes que respondessem a um questionário para avaliação da sessão (Anexo III). O questionário foi respondido pela totalidade dos participantes que estiveram presentes na sessão.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários, podem ser consultados no Anexo IV.

BIBLIOGRAFIA

- 📖 IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Editorial do M.E.C. Algueirão, Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I

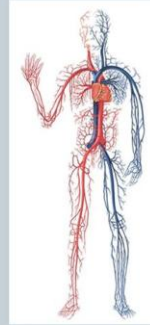
- Diapositivos referentes à Sessão de Sensibilização -

Factores de Risco Cardiovascular

ACÇÃO DE FORMAÇÃO – MAIO 2011
FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA
DR^a ANA ALVES, DR^a HELENA LEAL



Sistema cardiovascular



- Constituído pelo coração, artérias, capilares e veias
- Fornece oxigénio e alimento a todo o corpo

Fundação Portuguesa de cardiologia

Epidemiologia

- Responsáveis por cerca de 34% dos óbitos em Portugal
- Principal causa de morte
- Importante causa de incapacidade

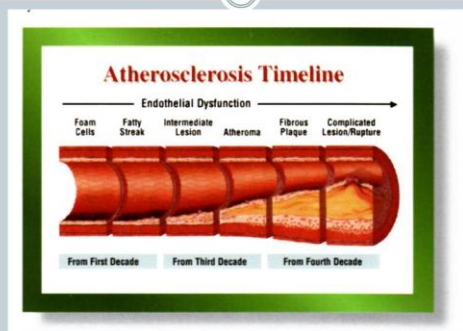
Fundação Portuguesa de cardiologia

Consequências

- Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Doença arterial periférica
- Tromboembolismo periférico ou pulmonar

Fundação Portuguesa de cardiologia

Aterosclerose



Fundação Portuguesa de cardiologia

Factores de risco cardiovasculares

- Idade e sexo
- História Familiar
- Sedentarismo
- Maus hábitos alimentares
- Obesidade
- Tabagismo
- Dislipidemia
- Hipertensão Arterial (HTA)
- Diabetes Mellitus (DM)

Fundação Portuguesa de cardiologia

Alimentação Saudável

- Alimentação variada
- Comer pequenas refeições várias vezes ao dia
- Comer devagar e num ambiente relaxado
- Evitar fast-food e bebidas gasificadas

Fundação Portuguesa de cardiologia

Sedentarismo

Recomendação: andar 30 min a pé por dia

Fundação Portuguesa de cardiologia

Obesidade

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura(m)} \times \text{Altura(m)}}$$

	Peso recomendável	Peso Insuficiente	Pré-obesidade	Obesidade
Mulheres	IMC entre 18,5 e 25	IMC inferior a 18,5	IMC entre 25 e 29	IMC superior a 30
Homens	IMC entre 20 e 25	IMC inferior a 20		

Fundação Portuguesa de cardiologia

Obesidade

Aumenta o risco de:

- Diabetes
- Doenças cardiovasculares
- Hipertensão arterial
- Doenças da vesícula biliar
- Dificuldade respiratória
- Problemas nas articulações (artrose)
- Múltiplos cancros

Fundação Portuguesa de cardiologia

Tabagismo

- Deixar de fumar é isoladamente a medida preventiva mais importante para as doenças cardiovasculares
- 1 maço/dia — Aumenta 4x risco de EAM
- Outras complicações do tabagismo:
 - Doença pulmonar obstrutiva
 - Cancro do pulmão e bexiga
 - Disfunção erétil
 - Infertilidade

Fundação Portuguesa de cardiologia

Dislipidemia

- Colesterol HDL - “bom colesterol”
- Colesterol LDL - “mau colesterol”

- Valores a atingir:
 - Colesterol total < 200 mg/dl
 - Colesterol LDL < 160mg/dl
 - Colesterol HDL > 60mg/dl

Fundação Portuguesa de cardiologia

Hipertensão arterial

- Definição:

- TA sistólica (máxima) >140 mmHg
ou
- TA diastólica (mínima) > 90 mmHg

Hipertensão arterial

- ↑ doenças cardiovasculares, particularmente AVC
- Cerca de 43% da população Portuguesa tem HTA
- Geralmente não dá sintomas - “doença silenciosa”

Hipertensão arterial

-  **DEVE CONSULTAR O SEU MÉDICO SE:**

- Obter 3 valores superiores a 140/90mmHg, com um intervalo de medição superior a 1 semana
- Se tiver a pressão arterial acima de 180/100 mmHg e será ainda mais urgente se esses valores forem acompanhados de:
 - dor de cabeça muito intensa
 - tonturas ou vertigens
 - visão turva
 - dor no peito ou sensação de
 - falta de ar

Diabetes Mellitus

- Definição: Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl
- Cerca de 12% da população Portuguesa tem DM
- Cerca de 23% da população Portuguesa tem pré-DM

Diabetes Mellitus

- ↑ Doenças cardiovasculares incluindo Doença Arterial Periférica
- Outras complicações:
 - Retinopatia (lesão nos olhos)
 - Neuropatia (lesão dos nervos)
 - Nefropatia (lesão do rim)
 - Disfunção sexual
 - Maior risco de infeções

Como diminuir risco de DCV ?

- Deixe de fumar
- Tenha uma alimentação equilibrada e variada pobre em gorduras e açúcar
- Mantenha peso ideal
- Evite o sal e o álcool
- Pratique exercício físico moderado com regularidade

Como diminuir risco de DCV ?

- Controle regularmente a sua pressão arterial, o seu nível de açúcar e gorduras no sangue
- Se necessário, iniciar medicação



ANEXO II

- Fotos da Sessão de Sensibilização -

Projecto de Intervenção Comunitária
GANHAR SAÚDE



Sessão de Sensibilização

18 de Maio de 2011

agrupamento
centros de saúde
entre douto e vougo |
fpa | sru | sru | sru

fundação
portuguesa de
cardiologia

Ç



Ç





kk



kk





ANEXO III

- Questionário para avaliar Sessão de Sensibilização –



DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O PEQUENO-ALMOÇO É UMA REFEIÇÃO IMPORTANTE?

Certo

Errado

QUANTAS VEZES POR DIA DEVEMOS COMER?

3 vezes

Entre 5 e 7 vezes

2 vezes

NO TEMPERO DOS ALIMENTOS DEVE-SE:

Temperar com muito sal

Temperar os alimentos com especiarias e ervas aromáticas e reduzir o sal

DEVE-SE REDUZIR O CONSUMO DE SAL?

Certo

Errado

DEVE-SE COSUMIR MAIS CARNE DO QUE PEIXE?

Certo

Errado

OS MEDICAMENTOS PODEM SER TOMADOS COM VINHO?

Certo

Errado

CAMINHAR DURANTE 30 MINUTOS POR DIA PODE AJUDAR A REDUZIR OS VALORES DA TENSÃO ARTERIAL?

Certo

Errado

OS FRITOS FAZEM BEM A SAÚDE.

Certo

Errado

DEVE-SE BEBER LITRO E MEIO DE ÁGUA POR DIA?

Certo

Errado

TER PESO A MAIS PODE LEVAR AO APARECIMENTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES?

Certo

Errado

OBRIGADA!!!

ANEXO IV

- Avaliação Sessão de Sensibilização-

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão).....	279
Quadro 2 - Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão).....	280

ANALISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS REALIZADOS AOS PARTICIPANTES ANTES DA REALIZAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA À SAÚDE

Antes de iniciar a sessão foi efectuado um questionário para avaliar os conhecimentos do grupo. Cada questionário é constituído por 10 perguntas fechadas. As respostas às perguntas encontram-se descritas no quadro abaixo:

Quadro 45 – Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão)

PERGUNTAS	Erradas	Correctas	Total	% Respostas Correctas
O pequeno-almoço é uma refeição importante?	11	136	147	93
Quantas vezes por dia devemos comer?	30	117	147	80
No tempero dos alimentos, deve-se temperar com ervas aromáticas?	11	136	147	93
Deve-se reduzir o consumo de sal?	23	124	147	85
Deve-se consumir mais carne do que peixe?	15	132	147	90
Os medicamentos podem ser tomados com vinho?	6	141	147	96
Caminhar durante 30 minutos por dia pode ajudar a reduzir os valores da tensão arterial?	11	136	147	93
Os fritos fazem bem a saúde?	5	142	147	97
Deve-se beber litro e meio de água por dia?	6	141	147	96
Ter peso a mais pode levar ao aparecimento das doenças cardiovasculares?	15	132	147	90

Verificamos ao observar o quadro nº 1 que, para os 147 questionários aplicados antes da sessão de Sensibilização, a média de respostas correctas é de 90,9%.

$$\text{Taxa de conhecimento antes da sessão} = \frac{\text{Total de perguntas correctas}}{\text{Total de perguntas}} \times 100 = \frac{1337}{1470} \times 100 = 90,9\%$$

Após o término da apresentação da sessão, iniciou-se um momento de debate e a participação dos utentes foi activa através da colocação de dúvidas, tornando esta sessão muito enriquecedora e esclarecedora. Pelo entusiasmo com que colocavam os seus problemas revelou-se a importância desta actividade.

No final da sessão foi aplicado um questionário igual ao do início da sessão para avaliação da aquisição de conhecimentos. As respostas às perguntas encontram-se descritas no quadro abaixo:

Quadro 46 - Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão)

PERGUNTAS	Erradas	Correctas	Total	% Respostas Correctas
O pequeno-almoço é uma refeição importante?	2	145	147	99
Quantas vezes por dia devemos comer?	3	144	147	98
No tempero dos alimentos, deve-se temperar com ervas aromáticas?	5	142	147	97
Deve-se reduzir o consumo de sal?	6	141	147	96
Deve-se consumir mais carne do que peixe?	6	141	147	96
Os medicamentos podem ser tomados com vinho?	5	142	147	97
Caminhar durante 30 minutos por dia pode ajudar a reduzir os valores da tensão arterial?	5	142	147	97
Os fritos fazem bem a saúde?	1	146	147	99
Deve-se beber litro e meio de água por dia?	3	144	147	98
Ter peso a mais pode levar ao aparecimento das doenças cardiovasculares?	3	144	147	98

Podemos observar pela análise do quadro nº 2 que, para os 147 questionários aplicados após a sessão de Sensibilização, a média de respostas correctas é de 97,2%.

Assim sendo, podemos concluir que existiu aquisição de conhecimentos, ou seja, houve ganhos em saúde com a realização desta sessão.

$$\begin{array}{rcccl} \text{Taxa de} & \text{Total de perguntas correctas} & \mathbf{1430} & & \\ \text{aquisição de} & \hline & & & \text{X 100 = } \mathbf{97,2\%} \\ \text{conhecimentos} & \text{Total de perguntas} & \mathbf{1470} & & \end{array}$$

ANEXO X

- Planeamento e avaliação da Caminhada -



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DA CAMINHADA PELA SAÚDE DE MÃOS DADAS PELO CORAÇÃO

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em
Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de
Intervenção Comunitária Módulo III

ROSANE FERREIRA

Porto, Maio de 2011

Índice

I – PLANEAMENTO.....	286
1 – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO.....	287
1.2 - Local.....	287
1.3 - Data e hora	287
1.4 - Duração	288
1.5 - Patrocínios.....	288
1.6 - Licença e segurança.....	288
1.2 - Recursos físicos	289
1.3 - Recursos materiais	289
1.4 - Recursos económicos	289
1.5 - Recursos humanos.....	289
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	290
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	291
4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	292
5 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	293
6 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO	294
7 - PLANO	295
II - EXECUÇÃO	297
III – AVALIAÇÃO.....	298

ANEXOS

Anexo I – Cartaz de divulgação da caminhada

Anexo II – Convites para a participação na caminhada

Anexo III – Ficha de inscrição na caminhada

Anexo IV – Fotografias da caminhada

Anexo V - Análise dos dados obtidos na caminhada

I - PLANEAMENTO

O Planeamento em Saúde consiste na "... *racionalização, na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos 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, 1982).²²

Assim, este é um processo que surge como meio eficaz e eficiente, para organizar o cuidar com qualidade nos serviços de Saúde. Possibilita também conhecer melhor a realidade social e em saúde, com a apresentação de dados concretos e oportunidade rápida de tomada de decisões (a nível Local, regional e Central).

Tendo em conta os objectivos do planeamento em saúde e sabendo que este é um processo contínuo e permanente que resulta da transformação da realidade e do facto deste ser sistemático, incessável e cíclico. Iremos tentar cumprir esses objectivos, utilizando os recursos escassos de forma eficiente e eficaz; intervir nas causas que dão origem aos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas; utilizar materiais e equipamentos com utilidade polivalente, no sentido de concretizar os nossos objectivos.

O planeamento de uma caminhada com a população do Concelho de Santa Maria da Feira é uma actividade que requer um planeamento eficaz e integrado, com a colaboração dos vários parceiros sociais.

²² - IMPERATORI, Emílio; GIRALDO, M. do Rosário – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição, Obras avulsas; Lisboa. 1993. Pág.21-32.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

Apesar da mortalidade por doenças cardiovasculares ter tido um decréscimo nos últimos anos, continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, estando também presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa e o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade apresentando no ano de 2005, 34%

Assim sendo, é necessário haver uma especial atenção sob a efectiva prevenção, detecção e correcção de todos estes potenciais factores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde, mas também todos os cuidados que promovem a sua recuperação.

.Emergiu assim, a necessidade de efectuar uma Caminhada, com a finalidade a promoção da prática regular de exercício físico, a adopção de estilos de vida saudáveis, procurando assim, reduzir a incidência das doenças cardiovasculares e ao mesmo tempo, alerta a comunidade de Santa Maria da Feira para este problema.

A Caminhada será dirigida à população em geral, residentes no Concelho de Santa Maria da Feira, que queira participar, após a divulgação adequada.

1.2 - Local

A Caminhada será realizada na Freguesia de Espargo.

1.3 - Data e hora

A caminhada será realizada no dia 17/05/2011, pelas 14h30.

1.4 - Duração

A caminhada terá a duração aproximada de 2 horas.

1.5 - Patrocínios

Para a realização da Caminhada serviu-se dos seguintes patrocínios:

- Câmara Municipal de Santa Maria da Feira;
- ACES Entre Douro I Vouga I – Feira/Arouca;
- Vários Laboratórios da Indústria Farmacêutica (Gasin, Roche, Menarini, Rathipharm, entre outras);
- Uma empresa do sector automóvel (Citroen).

1.6 - Licença e segurança

Foram utilizadas as licenças e seguranças necessárias para o evento, nomeadamente:

- Câmara Municipal de Santa Maria da Feira;
- Junta de Freguesia de Espargo;
- Polícia de Segurança Pública (PSP);
- Bombeiros Voluntários da Feira.

1.2 - Recursos físicos

O percurso possui as condições necessárias e de segurança para a realização da caminhada. Recorreu-se também as várias instituições de protecção e segurança.

1.3 - Recursos materiais

Uma ambulância, um carro de bombeiros, um carro da Polícia de Segurança Pública, água, lanche, crachá de identificação, boné, vários panfletos de informação.

1.4 - Recursos económicos

Existem os necessários, visto os custos da Caminhada, serão suportados pelo ACES, pela Federação Portuguesa de Cardiologia, pela Câmara Municipal e pelos diversos patrocínios.

1.5 - Recursos humanos

A Caminhada será realizada com a nossa intervenção e a colaboração das entidades promotoras e organizadoras (já referidas).

2 - ESCOLHA DO TEMA

Emergiu da necessidade detectada aquando da realização do projecto de intervenção, tendo em conta os dados obtidos, para a sua fundamentação, ou seja, o número elevado de mortalidade relacionada com as doenças cardiovasculares, em 2006, em Portugal, encontrando-se esta causa de morte em 1º lugar com 34%. Consideramos que a Caminhada será um complemento a todas as outras intervenções que se pretendem implementar.

Sendo as doenças cardiovasculares as que surgem com maior incidência, na população em estudo, bem como os factores de risco associados à mesma (hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidade, tabagismo), a promoção do exercício físico e das caminhadas, como factor de prevenção das doenças cardiovasculares, reforça a nossa intervenção.

O objectivo desta Caminhada é sensibilizar a comunidade em geral de Santa Maria da Feira, para adopção de estilos de vida saudáveis, com o intuito de prevenir as doenças cardiovasculares e suas complicações, que se constitui uma prioridade.

3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Com esta caminhada pretende-se:

- Sensibilizar a população alvo e a população em geral para a importância da adopção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a saúde da população de Santa Maria da Feira, através da mudança de comportamentos de risco;
- Informar a população alvo e a população em geral sobre os aspectos significativos das doenças cardiovasculares e formas de prevenção;
- Inculcar a prática do exercício físico no dia-a-dia da população;
- Promover a melhoria da qualidade de vida da comunidade de Santa Maria da Feira.

4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Para a realização desta caminhada, iremos realizar a divulgação e o incentivo à sua participação, nas instalações da Unidade de Saúde Familiar, assim como na comunidade de Santa Maria da Feira (Igrejas, Farmácias, Biblioteca, Rádios, Jornais...), através de técnicas de motivação, explicando a importância da sua adesão.

5 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO

A organização das actividades, é fulcral e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis, consiste em determinar o percurso de todas as acções a realizar com a finalidade de atingir os objectivos preconizados, de forma a promover ganhos em saúde na comunidade (a curto, médio ou longo prazo).

Antes da Caminhada, pretendemos realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da mesma;
- Discussão com a equipa orientadora sobre a planificação da actividade;
- Organização e compilação da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo;
- Reunião com os participantes, com os responsáveis pela organização e com os patrocinadores, no sentido de definir horário e local da caminhada e formas de divulgação;
- Reunião informal com a equipa de saúde do ACES, para divulgar e incentivar a participação na caminhada;
- Selecção de estratégias de actuação na caminhada;
- Selecção de estratégias de divulgação da Caminhada (Cartazes e Convites – Anexos I e II);
- Designar meios de avaliação da Caminhada (ficha de inscrição – Anexo IV).

6 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A estratégia é uma forma científica de organizar o plano de actividades, nesta situação, para uma avaliação efectiva e eficaz da participação na caminhada, como forma de sensibilização para os factores de risco das doenças cardiovasculares.

As estratégias de avaliação possibilitam, que a avaliação da caminhada se constitua um processo sistemático e contínuo, permitindo assim verificar se os objectivos formam concretizados.

Assim, definiu-se as seguintes estratégias de avaliação:

- A caminhada será avaliada no final da mesma, através da auto-avaliação, com base nos objectivos propostos quando da sua concretização;
- A avaliação dos objectivos da caminhada, será realizada através da análise das inscrições efectuadas e da observação da adesão da comunidade em geral, a esta actividade;
- Reflexão crítica acerca do desenvolvimento da actividade;
- Receptividade dos utentes incluídos no Programa de Saúde: grupo de risco HTA, inscritos na USF Egas Moniz, pertencentes a lista da Médica Dr.^a Maria da Luz Esteves (população alvo do projecto);
- Participação das várias instituições e parceiros sociais.

7 - PLANO

O plano da Caminhada, consiste em determinar e orientar o percurso de todas as actividades desenvolvidas e pertinentes para a concretização da mesma.

Sendo a finalidade de um Caminhada promover e proteger a saúde da comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, inculcando os conhecimentos e habilidades necessárias para produzir mudanças de comportamento no indivíduo/comunidade, constituindo-se assim, o principal objectivo de todas as actividades desenvolvidas neste âmbito. Daí a importância da elaboração de um plano adaptado à população em causa, aos objectivos pretendidos, de forma eficaz e eficiente.

Tema: Caminhada de mãos dadas pelo coração.				
Tempo: 2 horas				
Grupo Destinatário: População em geral do Concelho de Santa Maria da Feira				
Local: Junta de freguesia de Espargo		Data: 17/05/2011		Hora: das 14:00 às 16:00 horas
OBJECTIVOS: Pretende-se que à população de Santa Maria da Feira desenvolvam capacidades para: <ul style="list-style-type: none">• Compreender os aspectos significativos das doenças cardiovasculares e formas de prevenção;• Desenvolver a prática de exercício físico regular, como forma de promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares.				
FASES	TEMPO	CONTEÚDO	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	30 min	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos Profissionais;• Objectivos da Caminhada;• Adesão dos	Método Participativo/Motivacional	Avaliação inicial <ul style="list-style-type: none">• Testar a motivação dos participantes.

		<p>participantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuição do material necessário. 		
Desenvolvimento	1:30h	<ul style="list-style-type: none"> • Percurso a efectuar, com o acompanhamento observação e apoio aos participantes. 	Método participativo/ Motivacional	<p>Avaliação Formativa</p> <p>Avaliar as possíveis dificuldades durante a caminhada, intervir em situações de apoio e se necessário encaminhar para as viaturas</p>
Conclusão	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação final da satisfação dos participantes e do seu estado geral. 	Método participativo/ Motivacional.	<p>Avaliação sumária:</p> <p>Verificar os conhecimentos dos participantes da caminhada em conversa, sobre a importância do exercício físico regular;</p> <p>Avaliar a motivação dos participantes para a participação em caminhadas futuras e para a prática de exercício regular.</p>

II - EXECUÇÃO

A execução consiste em aplicar na prática o projectado, tendo em conta os objectivos traçados.

A execução da caminhada, decorreu como o delineado nos pontos anteriores, ou seja, foram utilizadas as estratégias definidas, assim como, as actividades previstas.

Tentamos proporcionar-lhes, momentos para que fosse possível a sua efectiva participação, com conversas e cantorias que decorreram ao longo da caminhada.

As fotografias referentes a caminhada encontram-se disponíveis no Anexo IV.

III - AVALIAÇÃO

A avaliação pretende acompanhar o progresso de toda a Caminhada, possibilitando aos profissionais detectar dificuldades e ganhos em conhecimentos dos utentes, através da motivação, participação e demonstração de conhecimentos relacionados com os factores de risco das doenças cardiovasculares. Esta etapa permite também averiguar se as estratégias utilizadas formam adaptadas à população alvo. Relativamente aos profissionais que participaram na Caminhada, a avaliação foi positiva e possibilitou encontrar novas estratégias para futuras intervenções, no sentido de promover um aumento de participantes e indirectamente promover a qualidade de vida nas comunidades, através do incentivo de estilos de vida saudáveis.

A avaliação pode ser efectuada segundo concepções diferentes, de acordo com as diferentes teorias de aprendizagem, e cuja finalidade é incentivar mudanças de comportamento, informar os utentes do seu estado de saúde, permitir o colmatar de lacunas, clarificar, classificar e reformular metodologias de actuação nestas situações, e em relação às estratégias de ensino individual.

A escolha da caminhada, demonstrou-se pertinente pela participação e motivação demonstrada e manifestada pela comunidade de Santa Maria da Feira.

A organização que antecedeu a Caminhada foi fundamental para que a mesma se pudesse realizar. Foi preconizada a participação de pelo menos 0,1% (145) da população de Santa Maria da Feira, para a Caminhada, sendo conseguida apesar da chuva que se fez sentir, uma adesão de 147 pessoas, o que possibilitou a concretização da meta com êxito.

O plano delineado possibilitou a sistematização da apresentação, promovendo a participação dos rastreados, através da motivação/persuasão e garantindo que

futuramente se verifiquem reflexos na qualidade de vida da comunidade de Santa Maria da Feira.

As pessoas que efectuaram a Caminhada, mostraram/demonstraram interesse e receptividade por este tipo de actividade. Com a realização desta Caminhada pretendeu-se promover a prevenção das doenças cardiovasculares, numa perspectiva centrada na promoção de alterações de atitudes.

Os resultados obtidos com a realização da Caminhada, encontram-se descritos no Anexo V.

ANEXOS

ANEXO I

- Cartaz de divulgação da Caminhada -

Maio

Mês do Coração

17 e 18 de Maio de 2011



Caminhada “De mãos dadas com o Coração”

Data - 17 de Maio

Ponto de Encontro - Junta de Freguesia de Espargo

Horário - 14h00

Acção de Sensibilização para as Doenças Cardiovasculares

Data - 18 de Maio

Local - Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira

Programa

14h00 – Abertura do secretariado

14h30 – Sessão de abertura

14h45 – As Doenças Cardiovasculares - Dra. Ana Alves, Fundação Portuguesa de Cardiologia

16h00 – Rastreio “Como está a sua saúde?”

- Índice de Massa Corporal

- Perímetro Abdominal

- Tensão Arterial

- Glicemia capilar

Participe!

Organização

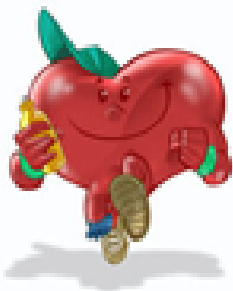


Patrocínios



ANEXO II

- Convites para participação na Caminhada -



CONVITE

Exmo. Sr. ou Sr.ª

Temos o prazer de o convidar a participar na **CAMINHADA pela SAÚDE: de mãos dadas com o coração**, no dia **17 de Maio de 2011**, pelas **14h00**.

A partida será no edifício da Junta de Freguesia de Espargo.

PROGRAMA

Dia - **17 de Maio de 2011**

Horário - **14H00**

Concentração - **Junta de Freguesia de Espargo**

CONTAMOS CONSIGO...Traga um amigo!

Atenciosamente

Dr.ª Maria de Luz Esteves

Enf.ª Rosário Ferreira

Parcerias:



ANEXO III

- Ficha de Inscrição na Caminhada -

ANEXO IV

- Fotografias da Caminhada -

Projecto de Intervenção Comunitária
GANHAR SAÚDE



Caminhada pela saúde de mãos dadas pelo coração

17 de Maio de 2011









ANEXO V

- Análise dos dados obtidos com à realização da Caminhada -

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição Numérica dos participantes da caminhada, em relação as Freguesias 317

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação as Freguesias..... 316

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação a idade 318

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação ao sexo 319

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição Numérica e Percentual dos participantes da caminhada, em relação a idade . 318

Quadro 2 - Distribuição Numérica e Percentual dos participantes da caminhada, em relação ao Sexo. 319

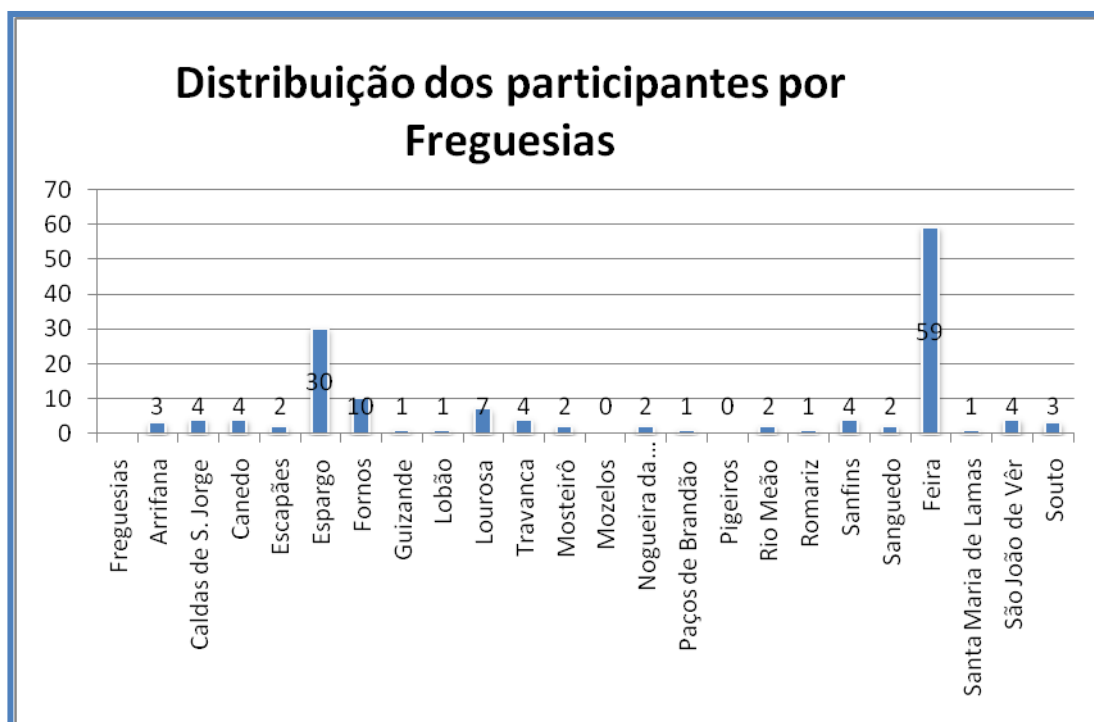
TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DS DADOS DA CAMINHADA REALIZADA NA COMUNIDADE DE SANTA MARIA DA FEIRA

Com o objectivo de caracterizar a população rastreada, realizamos o tratamento estatístico dos dados recolhido através do programa informático Microsoft Office Excel 2003,

Participaram na Caminhada 153 pessoas. Será omissa a partir desta parte a fonte de dados, na medida em que os dados que se vão apresentar, resultam da colheita de dados pela aplicação dos formulários e dos parâmetros obtidos através do rastreio.

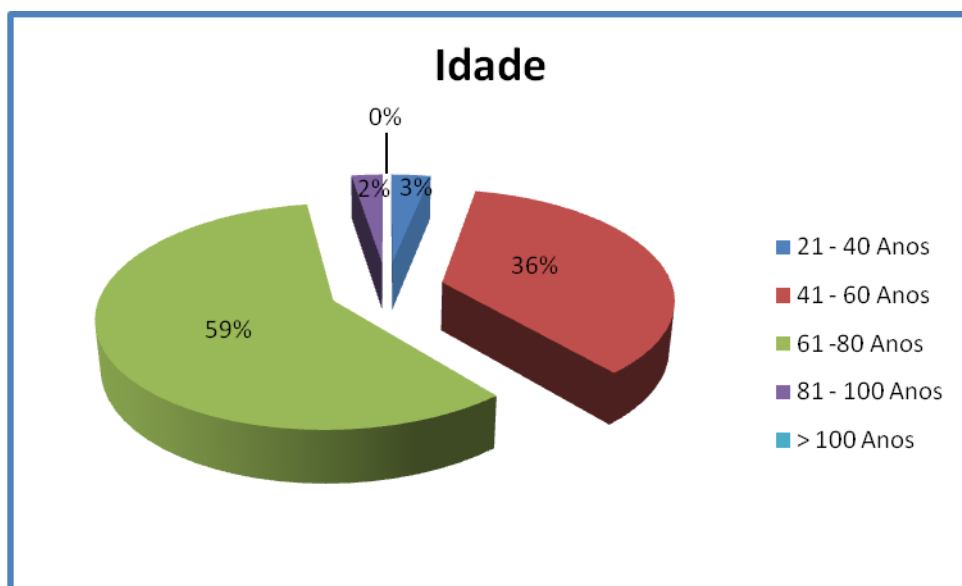
DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR FREGUESIA DE MORADA

Gráfico 44 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação as Freguesias



IDADE

Gráfico 45 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação a idade



Quadro 47 - Distribuição Numérica e Percentual dos participantes da caminhada, em relação a idade

Idade	Nº	%	Frequência Cumulativa
21 - 40 Anos	5	3	3
41 - 60 Anos	56	36	39
61 - 80 Anos	92	59	98
81 - 100 Anos	4	2	100
> 100 Anos	0	0	100
Total	156	100	

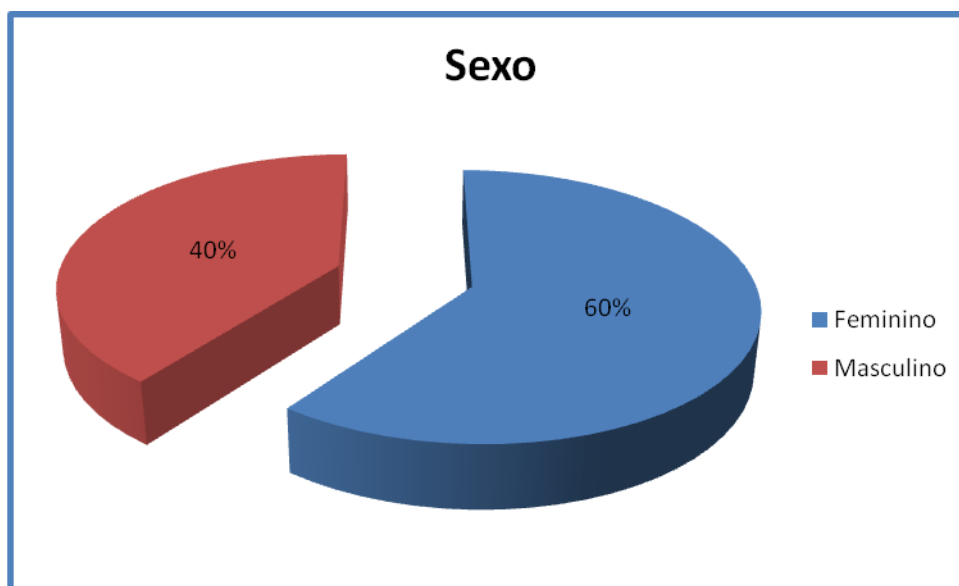
Verificamos ao analisar o quadro e o gráfico superiores, que a maioria dos indivíduos rastreados, apresentam idade entre os 61 – 80 anos 61% (92), seguida da faixa etária dos 41 – 60 anos 56% (36) e dos 21 – 40 anos 3% (5).

SEXO

Quadro 48 - Distribuição Numérica e Percentual dos participantes da caminhada, em relação ao Sexo

Sexo	Nº	%	Frequência Cumulativa
Feminino	94	60	60
Masculino	62	40	100
Total	156	100	

Gráfico 46 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação ao sexo



Da análise do quadro e gráfico superiores, constatamos que no total dos 156 participantes na caminhada, 60% (94) eram do sexo feminino e 40% (62) do sexo masculino. No total participaram na caminhada 0,1% da população do concelho de Santa Maria da Feira.

Organização Mundial de Saúde – OMS – reconhece a grande importância da actividade física para a saúde física, mental e social, capacidade funcional e bem-estar de

indivíduos e comunidades. Aponta para a necessidade de políticas e programas que levem em conta as necessidades e possibilidades das diferentes populações e sociedades, com o objectivo de integrar a actividade física ao dia-a-dia de todas as faixas de idades, incluindo mulheres, idosos, trabalhadores e portadores de deficiências, em todos os sectores sociais, especialmente na escola, no local de trabalho e nas comunidades.

No cumprimento do disposto, os resultados obtidos com a aderência na caminhada, foram bastantes positivos e contribuíram assim, para melhor informar e educar a população acerca da prática regular da actividade física, como factor de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Consideramos ter contribuído para a promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares na população Feirense.

De referir ainda, que “Os que não encontram tempo para o exercício terão de encontrar tempo para as doenças.”

Edward Derby

ANEXO XI

- Planeamento e avaliação do Rastreo -



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DO RASTREIO DOS FACTORES DE RISCO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em
Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de
Intervenção Comunitária Módulo III

ROSANE FERREIRA

Porto, Maio de 2011

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	10
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	12
1.2 – Caracterização do Centro de Saúde	13
2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO.....	17
3 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	20
3.1 - Diagnóstico de Saúde.....	20
3.1.1 – População/Amostra.....	21
3.1.2 - Instrumento de Colheita de Dados.....	21
3.1.3 - Tratamento de dados.....	23
3.1.4 – Apresentação e Análise dos dados.....	24
3.2 - Projecto de Intervenção “Ganhar Saúde”	26
3.2.1 – Execução e avaliação das actividades de intervenção.....	28
3.2.2 – Avaliação	42
3.3- Actividades relevantes desenvolvidas.....	43
4 - ANALISE CRITICA	45
5- CONCLUSÃO	49
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
- Formulário –	54
- Projecto “GANHAR SAÚDE” –.....	70
0 - NOTA INTRODUTÓRIA	75
1 – LOCAL DE ESTÁGIO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	77
2 - FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	79
2.1 - Título do projecto.....	82
2.2 – População e amostra	82
2.3 – Horizonte temporal	84
2.4 – Previsão de recursos.....	84

2.5 - OBJECTIVOS	85
2.5.1 – Fixação de objectivos operacionais ou metas	89
2.6 – Indicadores de avaliação	91
2.6 – Selecção de metas/estratégias e respectivos indicadores de actividade	94
3 - COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	105
4 - CRONOGRAMA.....	108
5 - NOTA CONCLUSIVA	109
6 - BIBLIOGRAFIA	111
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.....	115
PLANO DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMA) - DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA - GANHAR SAÚDE	115
I - PLANEAMENTO	119
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	120
1.1 - Local.....	120
1.2 - Data e hora	120
1.3 - Duração	121
1.4 - Recursos físicos	121
1.5 - Recursos materiais	121
1.6 - Recursos económicos.....	121
1.7 - Recursos humanos.....	121
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	122
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	123
4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS	124
5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	125
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	126
7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	127
8 – PLANO.....	128
II - EXECUÇÃO	131

III – AVALIAÇÃO	132
BIBLIOGRAFIA	134
- Planeamento e avaliação da sessão de Educação Para à Saúde –	206
I - PLANEAMENTO	209
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	210
1.1 - Local.....	210
1.2 - Data e hora	211
1.3 - Duração	211
1.4 - Recursos físicos	211
1.5 - Recursos materiais	211
1.6 - Recursos económicos.....	211
1.7 - Recursos humanos.....	212
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	213
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	214
5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	216
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	217
7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO	218
8 – PLANO.....	219
II - EXECUÇÃO	221
III – AVALIAÇÃO	222
BIBLIOGRAFIA	224
DOENÇAS CARDIOVASCULARES	238
- Planeamento e avaliação da sessão de Sensibilização -	245
I - PLANEAMENTO	248
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	249
1.1 - Local.....	249
1.2 - Data e hora	250

1.3 - Duração	250
1.4 - Recursos físicos	250
1.5 - Recursos materiais	250
1.6 - Recursos económicos	250
1.7 - Recursos humanos.....	251
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	252
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	253
4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS	254
5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	255
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	256
7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO	257
8 – PLANO.....	258
II - EXECUÇÃO	260
III – AVALIAÇÃO	261
BIBLIOGRAFIA	263
DOENÇAS CARDIOVASCULARES	275
I - PLANEAMENTO	286
1 – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO.....	287
1.2 - Local.....	287
1.3 - Data e hora	287
1.4 - Duração	288
1.5 - Patrocínios.....	288
1.6 - Licença e segurança.....	288
1.2 - Recursos físicos	289
1.3 - Recursos materiais	289
1.4 - Recursos económicos	289

1.5 - Recursos humanos.....	289
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	290
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS.....	291
4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM.....	292
5 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	293
6 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	294
7 - PLANO.....	295
II - EXECUÇÃO.....	297
III - AVALIAÇÃO.....	298
I - PLANEAMENTO.....	329
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO.....	330
1.1 - Local.....	330
1.2 - Recursos físicos.....	331
1.3 - Recursos materiais.....	331
1.4 - Recursos económicos.....	331
1.5 - Recursos humanos.....	331
1.6 - Data e hora.....	332
1.7 - Duração.....	332
2 - ESCOLHA DO TEMA.....	333
3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS.....	334
4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	335
5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM.....	336
6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO.....	337
7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	339
8 – PLANO.....	340
II - EXECUÇÃO.....	343

III – AVALIAÇÃO	344
NOME -	350
IDADE -	350
PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO	375
SAUDÁVEL	375
PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO	376
SAUDÁVEL	376
RODA DOS ALIMENTOS	376
PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO	378
SAUDÁVEL	378
PREVENÇÃO	380
SE JÁ É HIPERTENSO:	380
FACTORES DE RISCO	380
O QUE É A HIPERTENSÃO ARTERIAL?	380
COLESTEROL	382
QUE TIPOS DE COLESTEROL EXISTEM?	382
CAUSAS DE COLESTEROL ELEVADO:	382

Anexo I – Cartaz de divulgação do rastreio

Anexo II - Questionário para avaliação do rastreio

Análise III – Fotografias do rastreio

Anexo IV – Análise dos dados obtidos no rastreio

I - PLANEAMENTO

O Planeamento em Saúde consiste na "... *racionalização, na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos 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, 1982)²³

Assim, este é um processo que surge como meio eficaz e eficiente, para organizar o cuidar com qualidade nos serviços de Saúde. Possibilita também conhecer melhor a realidade social e em saúde, com a apresentação de dados concretos e oportunidade rápida de tomada de decisões (a nível Local, regional e Central).

Tendo em conta os objectivos do planeamento em saúde e sabendo que este é um processo contínuo e permanente que resulta da transformação da realidade e do facto deste ser sistemático, incessável e cíclico. Iremos tentar cumprir esses objectivos, utilizando os recursos escassos de forma eficiente e eficaz; intervir nas causas que dão origem aos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas; utilizar materiais e equipamentos com utilidade polivalente, no sentido de concretizar os nossos objectivos.

O planeamento de um rastreio das doenças cardiovasculares com a população do concelho de Santa Maria da Feira, é uma das actividades que propomos realizar, e que requer um planeamento eficaz e integrado, com a colaboração dos vários parceiros sociais.

²³ IMPERATORI, Emílio; GIRALDO, M. do Rosário – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição, Obras avulsas; Lisboa. 1993. Pág.21-32.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

Apesar da mortalidade por doenças cardiovasculares ter tido um decréscimo nos últimos anos, continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, estando também presentes entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa e o Concelho de Santa Maria da Feira não foge a esta realidade apresentando no ano de 2005, 34%.

Assim sendo, é necessário haver uma especial atenção sob a efectiva prevenção, detecção e correcção de todos estes potenciais factores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde, mas também todos os cuidados que promovem a sua recuperação.

Emergiu assim, a necessidade de efectuar um rastreio dos factores de risco das doenças cardiovasculares, para complementar a actividade de sensibilização e promoção da saúde.

Este rastreio tem como finalidade detectar factores de risco, promover a adopção de estilos de vida saudáveis, procurando reduzir a incidência das doenças cardiovasculares e ao mesmo tempo, alerta a comunidade de Santa Maria da Feira para este problema.

O rastreio será dirigido à população em geral, residentes no Concelho de Santa Maria da Feira, que queira participar, após a divulgação adequada.

1.1 - Local

A sessão de rastreio será realizada na Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira.

1.2 - Recursos físicos

Relativamente aos recursos físicos, o local onde se irá efectuar o rastreio possui dimensões adequadas possibilitando a participação de um elevado número de pessoas. Está localizada no centro da freguesia, num local de boa visibilidade e com excelentes acessos.

1.3 - Recursos materiais

Mesas, cadeiras, máquinas para avaliação da glicemia capilar e colesterol, balanças, esfigmomanómetros e estetoscópios, fitas métricas, formulários, escalas para avaliação do Índice Massa Corporal e Cartazes e panfletos alusivos ao tema.

1.4 - Recursos económicos

Existem os necessários, visto os custos do rastreio dos factores de risco das doenças cardiovasculares, serem suportados pelo ACES, pela Federação Portuguesa de Cardiologia, pela Câmara Municipal e por diversos Laboratórios da Indústria Farmacêutica que colaboraram com donativos.

1.5 - Recursos humanos

O rastreio será realizado por mim (estagiária do Mestrado de Enfermagem Comunitária), com a colaboração de enfermeiras do ACES.

1.6 - Data e hora

O rastreio será realizado a 18 de Maio de 2011 das 16h00 às 18h00.

1.7 - Duração

A sessão de rastreio das Doenças Cardiovasculares terá a duração de 2 horas.

2 - ESCOLHA DO TEMA

O rastreio das doenças cardiovasculares emergiu da necessidade detectada aquando da realização do projecto de intervenção, tendo em conta os dados obtidos, para a sua fundamentação, ou seja, o número elevado de mortalidade relacionada com as doenças cardiovasculares, em 2006, em Portugal, encontrando-se esta causa de morte em 1º lugar com 34%

Consideramos que o rastreio as doenças cardiovasculares é uma forma de reforçar a nossa intervenção nesta comunidade. Além da oportunidade de realizar educação para a saúde de modo individualizado tendo em conta a situação específica de cada um.

Sendo as doenças cardiovasculares as que surgem com maior incidência, na população em estudo, bem como os factores de risco associados à mesma (hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidade, tabagismo), o seu rastreio nesta comunidade reforça a nossa intenção a nível da detecção e encaminhamento de novos casos.

O objectivo deste rastreio é sensibilizar a comunidade em geral de Santa Maria da Feira, para adopção de estilos de vida saudáveis, com o intuito de prevenir as doenças cardiovasculares e suas complicações, que se constitui uma prioridade.

3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Com a realização deste rastreio, pretende-se:

- Sensibilizar a população alvo e a população em geral para a importância da adopção de estilos de vida saudáveis, com mudança de comportamentos de risco;
- Promover a saúde da comunidade de Santa Maria da Feira, através do despiste e prevenção dos factores de risco das doenças cardiovasculares;
- Informar a comunidade de Santa Maria da Feira sobre os aspectos significativos das doenças cardiovasculares;
- Comunicar aos utentes rastreados os parâmetros avaliados, como factores de risco, responsabilizando-os pela sua saúde;
- Identificar os conhecimentos da população rastreada em relação aos factores de risco cardiovasculares;
- Promover a melhoria da qualidade de vida da comunidade de Santa Maria da Feira.

4 - SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com as características do grupo, iremos abordar os seguintes conteúdos:

→ Factores de risco:

- Hereditariedade;
- Hipertensão arterial;
- Alimentação saudável;
- Obesidade;
- Diabetes;
- Hipercolesterolemia;
- Sedentarismo;
- Álcool;
- Tabagismo;
- Stress.

→ Medidas preventivas – Iremos avaliar

- A tensão arterial;
- A glicemia capilar;
- O colesterol capilar;
- Índice de massa corporal;
- Perímetro abdominal.

5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Para a realização do rastreio dos factores de risco das doenças cardiovasculares, iremos utilizar o método participativo e persuasivo-motivacional, como estratégia de ensino/aprendizagem, no sentido de alertar e promover mudanças de comportamento. Como meio auxiliar para a execução do mesmo, usaremos a educação para a saúde individual, associado a outros instrumentos motivacionais, como a cedência de panfletos informativos alusivos ao tema. Consideramos que estas são as metodologias mais adequadas à população em causa e aos objectivos que pretendemos atingir.

6 - ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES – TEMPO/ESPAÇO

A organização das actividades, é fulcral e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis, consiste em determinar o percurso de todas as acções a realizar com a finalidade de atingir os objectivos preconizados, de forma a promover ganhos em saúde na comunidade (a curto, médio ou longo prazo).

Antes do rastreio, pretendemos realizar:

- Reunião para planeamento e discussão do mesmo;
- Pesquisa bibliográfica;
- Discussão com a equipa orientadora sobre a planificação da actividade;
- Organização e compilação da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo;
- Reunião com todos os participantes (equipa de enfermagem, representantes da Associação Portuguesa de cardiologia, representantes da Câmara Municipal de Santa Maria da Feira), com os responsáveis pela cedência do material, para assim, acordar todos os pormenores, distribuir tarefas, definir o horário e local do rastreio e divulgação do mesmo;
- Reunião com o Conselho Executivo do ACES, para obter o consentimento na cedência de panfletos por nos elaborados, mas com o logótipo do ACES;
- Selecção de estratégias de EPS;
- Selecção de estratégias de divulgação do rastreio (cartazes e flyers - Anexo I);
- Elaborar complementos de informação;
- Designar meios de suporte para registar os dados obtidos (Anexo II);

- Designar meios de suporte para registar os dados clínicos para o utente, no sentido de promover a continuidade dos cuidados.

7 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A estratégia é um meio científico de elaborar o plano de actividades, nesta situação, para uma avaliação efectiva e eficaz do rastreio dos factores de risco das Doenças Cardiovasculares.

As estratégias de avaliação possibilitam que a avaliação do rastreio, se constitua um processo sistemático e contínuo, permitindo verificar se os objectivos definidos a priori formam alcançados.

- O rastreio a realizar será avaliado no final da sessão, através da reflexão crítica com base nos objectivos propostos aquando da sua realização;
- A avaliação dos objectivos do rastreio, será através da análise da adesão da comunidade de Santa Maria da Feira ao rastreio, assim como, através de uma reflexão crítica acerca do desenvolvimento da actividade;
- Avaliação crítica da equipa orientadora, a partir dos dados obtidos no rastreio e fornecidos para avaliação;
- Receptividade e participação dos participantes ao rastreio.

8 – PLANO

O plano do rastreio, consiste em determinar e orientar o percurso de todas as actividades desenvolvidas e pertinentes para a concretização da mesma.

Sendo a finalidade de um rastreio promover a saúde da comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, perante os valores (de glicemia capilar, colesterol, tensão arterial, peso, perímetro abdominal) determinados no momento, será realizada educação para a saúde individual, no sentido de informar/sensibilizar o indivíduo a promover mudanças de comportamentos, tendo como premissa a situação específica de cada um, constituindo-se o principal objectivo de todas as actividades desenvolvidas neste âmbito.

No entanto para que a sua concretização seja possível e produza o efeito desejável, é fundamental a elaboração de um plano, adaptado à população em causa, aos objectivos pretendidos, de forma eficaz e eficiente.

Formador: Rosane Ferreira		
Tema: Rastreio dos factores de risco das Doenças Cardiovasculares		
Tempo: 2 horas		
Grupo Destinatário: População em geral do Concelho de Santa Maria da Feira		
Local: Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira	Data: 18/05/2011	Hora: das 16:00 às 18:00 horas
OBJECTIVOS: Pretende-se que a população de Santa Maria da Feira seja capaz de: <ul style="list-style-type: none">• Identificar comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares;• Identificar factores de risco;		

- Identificar medidas de prevenção das doenças cardiovasculares;
- Reconhecer a importância de mudanças de comportamento.

FASES	TEMPO	CONTEÚDO	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	3 min	Apresentação dos. <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais; • Objectivos do rastreio; • Preenchimento de formulário; • Metodologia. 	Método Expositivo/ Participativo	Avaliação inicial <ul style="list-style-type: none"> • Testar os conhecimentos e motivação dos utentes relativamente ao tema do rastreio (através de questionamento)
Desenvolvimento	10 min	Avaliação de: <ul style="list-style-type: none"> • Peso • IMC • Glicemia capilar • Colesterol • Tensão Arterial Abordagem e educação para a saúde sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Factores de risco • Medidas preventivas 	Método Expositivo/ Persuasivo/ Motivacional	Avaliação Formativa Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem, e/ou compreensão, assim como a motivação dos utentes
		<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias principais • Esclarecimento 	Método persuasivo/ Motivacional. Distribuição de	Avaliação sumária: Esclarecimento de dúvidas e

Conclusão	3 min	de dúvidas <ul style="list-style-type: none">• Questionar os utentes sobre os ensinamentos efectuados	panfletos informativos como complemento de informação	síntese das ideias principais. Conhecimentos verbalizados pelos utentes, com as respostas recebidas às questões colocadas.
------------------	-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II - EXECUÇÃO

A execução consiste em aplicar na prática o projectado, tendo em conta os objectivos traçados.

A execução do rastreio na Comunidade de Santa Maria da Feira, decorreu como o delineado nos pontos anteriores, ou seja, foram utilizadas as estratégias definidas, assim como, as actividades previstas. Ou seja, procedeu-se à apresentação do grupo de trabalho, assim como o motivo do rastreio, procurando utilizar uma linguagem simples e acessível. Aquando dos ensinamentos individuais, proporcionou-se oportunidades para que os utentes pudessem verbalizar as suas dúvidas e inquietações, respondendo às suas solicitações.

As fotografias referentes ao rastreio encontram-se disponíveis no Anexo III.

III – AVALIAÇÃO

A avaliação pretende acompanhar o progresso de todo o rastreio, possibilitando aos profissionais detectar dificuldades e ganhos em conhecimentos dos utentes, através da motivação, participação e demonstração de conhecimentos relacionados com as patologias em vigilância. Esta etapa permite também averiguar se as estratégias utilizadas formam adaptadas à população alvo. Relativamente aos profissionais que participaram no rastreio, a avaliação é fundamental para procurar e encontrar novas estratégias para futuras intervenções, no sentido de promover um aumento de qualidade de vida nas comunidades.

A avaliação pode ser efectuada segundo concepções diferentes, de acordo com as diferentes teorias de aprendizagem, e cuja finalidade é incentivar mudanças de comportamento, informar os utentes do seu estado de saúde, permitir o colmatar de lacunas, clarificar, classificar e reformular metodologias de actuação nestas situações, e em relação às estratégias de ensino individual.

A escolha dos factores de risco a rastrear demonstrou-se pertinente pela participação e motivação demonstrada e manifestada pela comunidade de Santa Maria da Feira.

A organização que antecedeu ao rastreio foi fundamental para que o mesmo se pudesse realizar. Foi preconizada a participação de pelo menos 0,1% (145) da população de Santa Maria da Feira, para o rastreio das doenças cardiovasculares e educação para à saúde adequada a cada pessoa, de forma individualizada, sendo conseguida uma adesão de 147 pessoas, o que possibilitou a concretização da meta com êxito.

O plano delineado possibilitou a sistematização da apresentação, promovendo a participação dos rastreados, através da motivação/persuasão e garantindo que futuramente se verifiquem reflexos na qualidade de vida da comunidade de Santa Maria da Feira.

As pessoas que efectuaram o rastreio aos factores de risco das doenças cardiovasculares mostraram/demonstraram interesse e receptividade pelos ensinamentos efectuados. Os ensinamentos foram individuais, de acordo com as necessidades encontradas, e foi utilizado o Modelo de Crenças de Saúde. Logo, podemos afirmar que haverá certamente a curto ou a longo prazo reflexos na prevenção das doenças cardiovasculares, uma vez que a população rastreada recebeu informação sobre a referida patologia.

A educação para a saúde, constituiu-se uma forma privilegiada, para melhorar a saúde individual e colectiva da comunidade de Santa Maria da Feira. Com a realização deste rastreio/EPS individual, foi minha pretensão fomentar a adopção voluntária de comportamentos e responsabilidades que elevem a qualidade de vida da comunidade. Para a sensibilização da população rastreada, utilizou-se o modelo persuasivo-motivacional, para que os mesmos adoptassem estilos de vida saudáveis, com o intuito de prevenir as doenças cardiovasculares.

No rastreio, aos factores de risco das doenças cardiovasculares, avaliou-se o colesterol, a glicemia capilar, tensão arterial, bem como os parâmetros antropométricos, para determinação do Índice de Massa Corporal, uma vez que a obesidade, é igualmente um factor de risco. Os resultados obtidos com o rastreio as doenças cardiovasculares encontram-se descritos no Anexo IV.

ANEXOS

ANEXO I

- Cartaz de divulgação do rastreio –

Maio

Mês do Coração

17 e 18 de Maio de 2011



Caminhada “De mãos dadas com o Coração”

Data - 17 de Maio

Ponto de Encontro - Junta de Freguesia de Espargo

Horário - 14h00

Ação de Sensibilização para as Doenças Cardiovasculares

Data - 18 de Maio

Local - Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira

Programa

14h00 – Abertura do secretariado

14h30 – Sessão de abertura

14h45 – As Doenças Cardiovasculares - Dra. Ana Alves, Fundação Portuguesa de Cardiologia

16h00 – Rastreio “Como está a sua saúde?”

- Índice de Massa Corporal
- Perímetro Abdominal
- Tensão Arterial
- Glicemia capilar

Participe!

Organização



Patrocínios



ANEXO II

- Questionário para avaliação do rastreio –



Rastreio - Como está a sua saúde?

NOME -

IDADE -

SEXO

Feminino

Masculino

PESO

ALTURA

IMC

P.A.

T.A.

F.C.

GLICEMIA

COLESTEROL

HÁBITOS TABÁGICOS

Sim

Não

RISCO CARDIOVASCULAR

ANEXO III

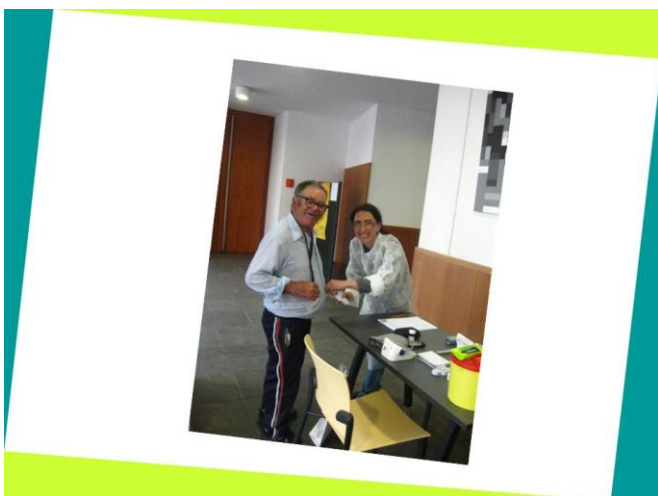
- Fotografias do rastreio -

Projecto de Intervenção Comunitária
GANHAR SAÚDE



Rastreio as Doenças
Cardiovasculares

18 de Maio de 2011



ANEXO IV

- Análise dos dados obtidos no rastreio -

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?”	152
Gráfico 2 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”	153
Gráfico 3 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”	154
Gráfico 4 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta “Os meios audiovisuais utilizados são adequados?”	155
Gráfico 5 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera o projecto pertinente?”	156
Gráfico 6 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “O projecto de se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?”	157
Gráfico 7 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?”	158
Gráfico 8 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “A documentação distribuída foi adequada à finalidade da mesma?”	159
Gráfico 9 - Distribuição Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?”	160
Gráfico 10 – Distribuição percentual da população inquirida por género.....	168
Gráfico 11 – Distribuição percentual da população inquirida por idade.	169
Gráfico 12 - Distribuição percentual da população inquirida por estado civil.....	170
Gráfico 13 - Distribuição percentual da população inquirida por escolaridade	171
Gráfico 5 - Distribuição percentual da população inquirida por Profissão	172
Gráfico 6 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida Activa por Profissão	173
Gráfico 7 - Distribuição percentual da população inquirida por Profissão – Não Activo.....	174
Gráfico 8 - Distribuição percentual da população inquirida por Índice de Massa Corporal	175
Gráfico 9 – Distribuição Percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Perímetro Abdominal	176

Gráfico 10 - Distribuição Percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal	177
Gráfico 20 - Distribuição percentual da população inquirida por Tensão Arterial	178
Gráfico 21 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência Cardíaca	179
Gráfico 22 - Distribuição percentual da população inquirida por Glicemia Capilar	180
Gráfico 14 - Distribuição percentual da população inquirida por Colesterol Total	181
Gráfico 15 - Distribuição percentual da população inquirida (Sexo Feminino) por Colesterol HDL	182
Gráfico 25 - Distribuição percentual da população inquirida (Sexo Masculino) por Colesterol HDL	183
Gráfico 26 - Distribuição percentual da população inquirida por Triglicérides	184
Gráfico 27 - Distribuição percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de HTA.....	185
Gráfico 28 - Distribuição percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de Diabetes	186
Gráfico 29 - Distribuição percentual da população inquirida por História Familiar de Doença Cardiovascular	187
Gráfico 30 - Distribuição percentual da população inquirida por o número de refeições diárias realizadas	188
Gráfico 31 - Distribuição percentual da população inquirida por Hábito de toma do Pequeno-almoço	189
Gráfico 32 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come sopa.....	190
Gráfico 33 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come Saladas e legumes	191
Gráfico 34 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que come Fruta.....	192
Gráfico 35 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência por prática Exercício Físico	193
Gráfico 36 - Distribuição percentual da população inquirida por Frequência com que realiza Exercício Físico.....	194
Gráfico 28 - Distribuição percentual da população inquirida por Stress	195
Gráfico 29 - Distribuição percentual da população inquirida por Hábitos Tabágicos.....	196
Gráfico 30 - Distribuição percentual da população inquirida por Consumo Diário de Tabaco.....	197
Gráfico 31 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Alcoólicos	198
Gráfico 32 - Distribuição percentual da população inquirida por consumo Alcoólico diário	199
Gráfico 33 - Distribuição percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação.....	200

Gráfico 34 - Distribuição percentual da população inquirida por Risco Global Cardiovascular	201
Gráfico 1 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação as Freguesias.....	316
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação a idade	318
Gráfico 46 - Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação ao sexo	319
Gráfico 1 – Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação as Freguesias	359
Gráfico 2 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o género	361
Gráfico 3 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo a Idade.....	363
Gráfico 4 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o IMC	364
Gráfico 5 – Distribuição Percentual da população rastreada (sexo feminino),	365
Gráfico 6 - Distribuição Percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal	366
Gráfico 7 – Distribuição percentual da população rastreada, segundo a Tensão arterial.....	368
Gráfico 8 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo a glicemia capilar	369
Gráfico 9 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o Colesterol	370
Gráfico 10 - Distribuição percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Colesterol HDL	371
Gráfico 11 - Distribuição percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Colesterol HDL	372
Gráfico 12 - Distribuição percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Consumo de tabaco.....	373
Gráfico 13 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o Risco Global cardiovascular .	374

Lista de Quadros

Quadro 1 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que o projecto apresentado se encontra sistematizado, claro e com sequência lógica?”	152
Quadro 2 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Despertou o interesse dos leitores, motivando a participação?”	153
Quadro 3 – Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Demonstrou disponibilidade, para tirar qualquer dúvida?”	154
Quadro 4 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Os meios audiovisuais utilizados são adequados?”	155
Quadro 5 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera o projecto pertinente?”	156
Quadro 6 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “O projecto de se pretende implementar foi tratado com a profundidade adequada?”	157
Quadro 7 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?”	158
Quadro 8 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “A documentação distribuída foi adequada à finalidade da mesma?” ...	159
Quadro 9 - Distribuição Numérica e Percentual das respostas dos enfermeiros em relação à sessão divulgação, sobre a pergunta: “Considera que pode colaborar com o projecto e dar-lhe continuidade no seu local de trabalho?”	160
Quadro 10 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Sexo	167
Quadro 11 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida	168
Quadro 12 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por estado civil	169
Quadro 13 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por escolaridade	170
Quadro 14 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Profissão	171
Quadro 15 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida Activa por Profissão	172
Quadro 16 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Profissão - Não Activo	173
Quadro 17 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Índice de Massa Corporal	174

Quadro 9 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal	177
Quadro 19 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Tensão Arterial.....	178
Quadro 20 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência Cardíaca.....	179
Quadro 21 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Glicemia Capilar	180
Quadro 22 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Glicemia Capilar	181
Quadro 23 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida (Sexo Feminino) por Colesterol HDL	182
Quadro 24 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida (Sexo Masculino) por Colesterol HDL	183
Quadro 25 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Triglicérides.....	184
Quadro 26 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por anos de Diagnóstico de HTA	185
Quadro 27 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Diagnóstico de Diabetes	186
Quadro 28 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por História Familiar de DCV	187
Quadro 29 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Número de Refeições Diárias	188
Quadro 30 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábito de tomar o Pequeno-almoço.....	189
Quadro 31 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come sopa	190
Quadro 32 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come Saladas e Legumes.....	191
Quadro 33 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que come Fruta	192
Quadro 34 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por prática de Exercício Físico	193
Quadro 35 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Frequência com que realiza Exercício Físico.....	194
Quadro 36 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Stress.....	195
Quadro 37 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Tabágicos	196
Quadro 38 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por consumo de cigarros diários	197

Quadro 39 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Hábitos Alcoólicos.....	198
Quadro 40 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por consumo Alcoólico diário	199
Quadro 41 - Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação	200
Quadro 42 – Distribuição numérica e percentual da população inquirida por Adesão a Vacinação.....	201
Quadro 43 – Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão)	242
Quadro 44 - Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão)	243
Quadro 45 – Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão)	279
Quadro 46 - Análise Numérica e Percentual às respostas do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão)	280
Quadro 47 - Distribuição Numérica e Percentual dos participantes da caminhada, em relação a idade	318
Quadro 48 - Distribuição Numérica e Percentual dos participantes da caminhada, em relação ao Sexo	319
Quadro 1 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o género.....	364
Quadro 2 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo a idade	365
Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)	367
Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo feminino),	368
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o P.A.	369
Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo a glicemia capilar ...	371
Quadro 7 – Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o Colesterol	373
Quadro 8 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Colesterol HDL.....	374
Quadro 9 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Colesterol HDL.....	375
Quadro 10 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Consumo de tabaco.....	376
Quadro 11 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o Risco Global Cardiovascular	377

TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DS DADOS DO RASTREIO REALIZADO A COMUNIDADE DE SANTA MARIA DA FEIRA

Com o objectivo de caracterizar a população rastreada, realizamos o tratamento estatístico dos dados recolhido através do programa informático Microsoft Office Excel 2003,

Realizou-se 147 rastreios no total. Será omissa a partir desta parte a fonte de dados, na medida em que os dados que se vão apresentar, resultam da colheita de dados pela aplicação dos formulários e dos parâmetros obtidos através do rastreio.

DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR FREGUESIA DE MORADA

Gráfico 47 – Distribuição percentual dos participantes da caminhada, em relação as Freguesias

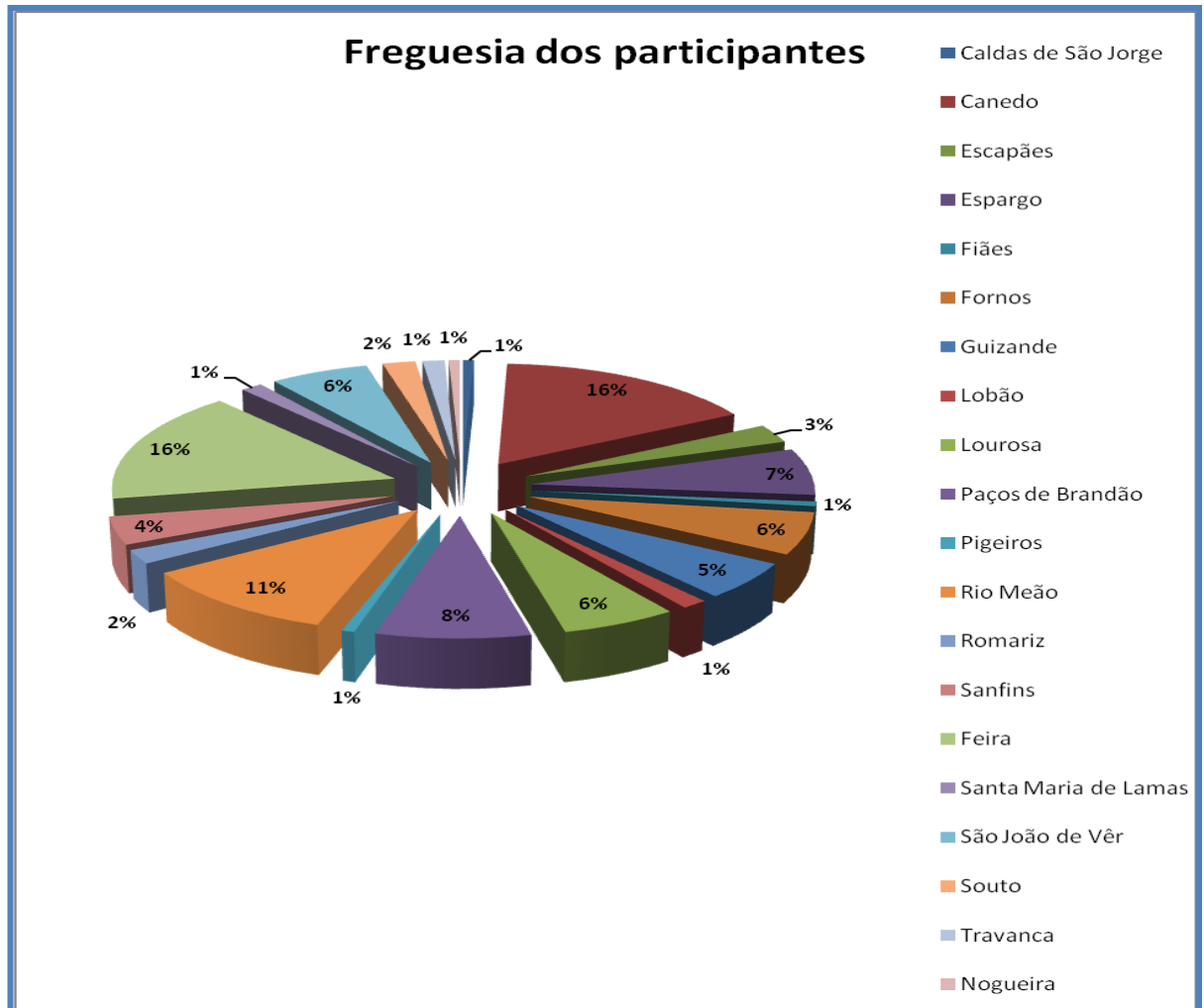
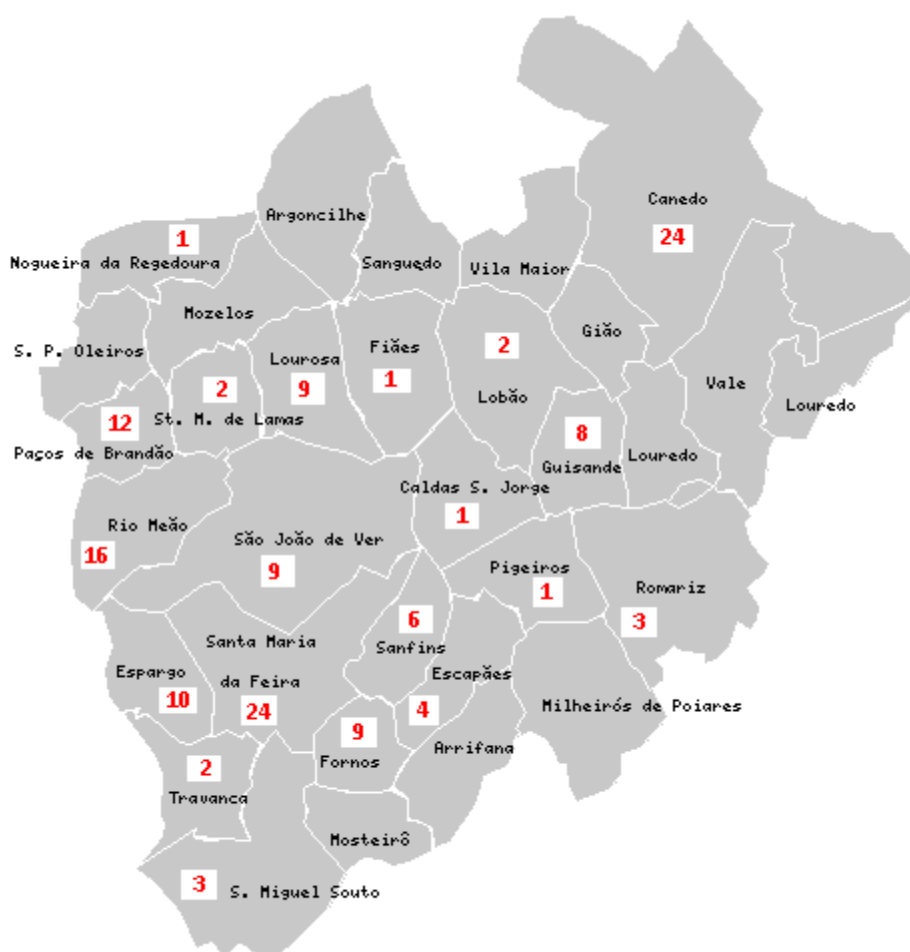


Figura 5 – Distribuição numérica dos participantes da caminhada, por Freguesia



Verificamos ao analisar o gráfico 1 e a figura 1 que os participantes que mais significativamente participaram no rastreio pertenciam as freguesias da Feira (16%) e Canedo (16%), ambas com 24 participações. É de referir que apesar de Canedo ser a freguesia mais afastada da Feira, conseguiu-se mobilizar um número significativo de participantes.

SEXO

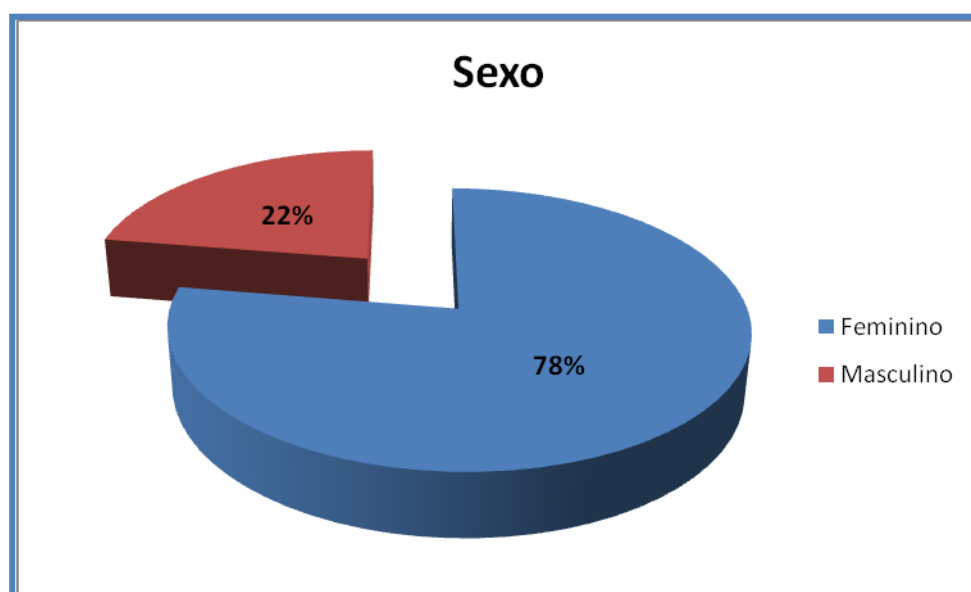
Pensa-se que existe um certo factor protector contra as DCV nos indivíduos do sexo feminino, até ao período da menopausa. Acredita-se que certas hormonas femininas e, principalmente o estrogénio, conferem alguma protecção cardiovascular. No entanto, quando os indivíduos do sexo feminino se encontram num momento pós-menopausa ou pós-histerectomia, parece que essa vantagem é diluída, observando-se um aumento do risco de desenvolvimento de DCV.

Os dados existentes revelam que o desenvolvimento de DCV nos indivíduos do sexo feminino acontece em média 10 anos mais tarde que nos indivíduos do sexo masculino.

Quadro 49 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o género

Sexo	Nº	%	Percentagem Cumulativa
Feminino	114	80	80
Masculino	29	20	100
Total	147	100	

Gráfico 48 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o género



Da análise do quadro e gráfico superiores, constatamos que no total de 147 rastreados, 78% (114) eram do sexo feminino e 22% (33) do sexo masculino, o que demonstra a maior preocupação das mulheres com a vigilância da saúde. No total foram rastreados 0,1% dos indivíduos da população de Santa Maria da Feira.

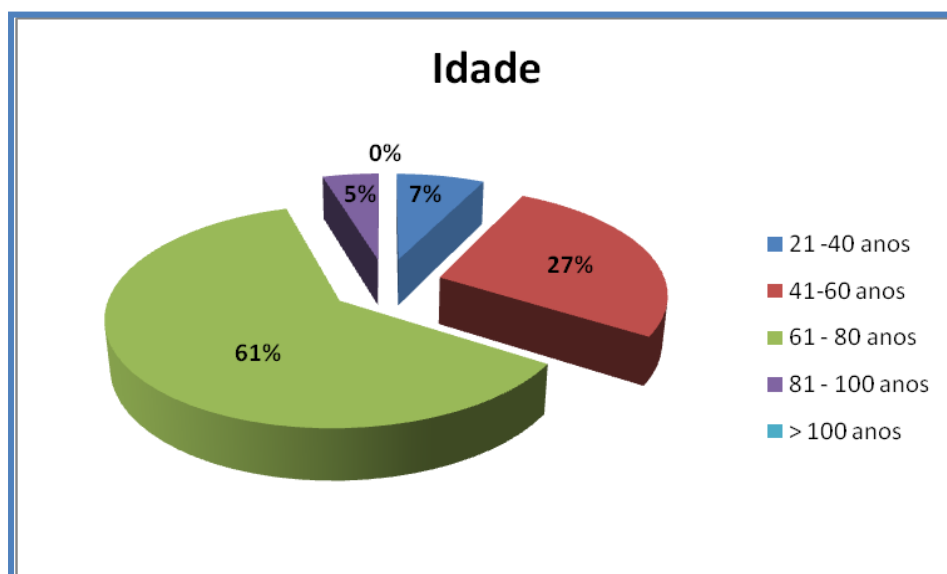
IDADE

A simples análise da distribuição das doenças do aparelho circulatório, quer da morbilidade, quer da mortalidade, nas estatísticas de saúde, permitia predizer a associação entre as doenças do aparelho cardiovascular e a idade, tal o aumento progressivo da incidência e prevalência dos eventos cardiovasculares com a idade, embora a força de associação tenha sido quantificada em múltiplos estudos analíticos. Contudo, não está totalmente apurado se o envelhecimento em si é um factor independente da ocorrência de eventos cardiovasculares, ou se esta é resultante da exposição aos outros Factores de risco.

Quadro 50 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo a idade

Idade	Nº	%	Percentagem Cumulativa
21 -40 Anos	11	7	7
41-60 Anos	40	27	34
61 - 80 Anos	92	61	95
81 - 100 Anos	7	5	100
> 100 Anos	0	0	100
Total	143	100	

Gráfico 49 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo a Idade



Verificamos ao analisar o quadro e o gráfico superiores, que a maioria dos indivíduos rastreados, apresentam idade entre os 61 – 80 anos 61% (92), seguida da faixa etária dos 41 – 60 anos 25% (36) e dos 21 – 40 anos 6% (8).

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

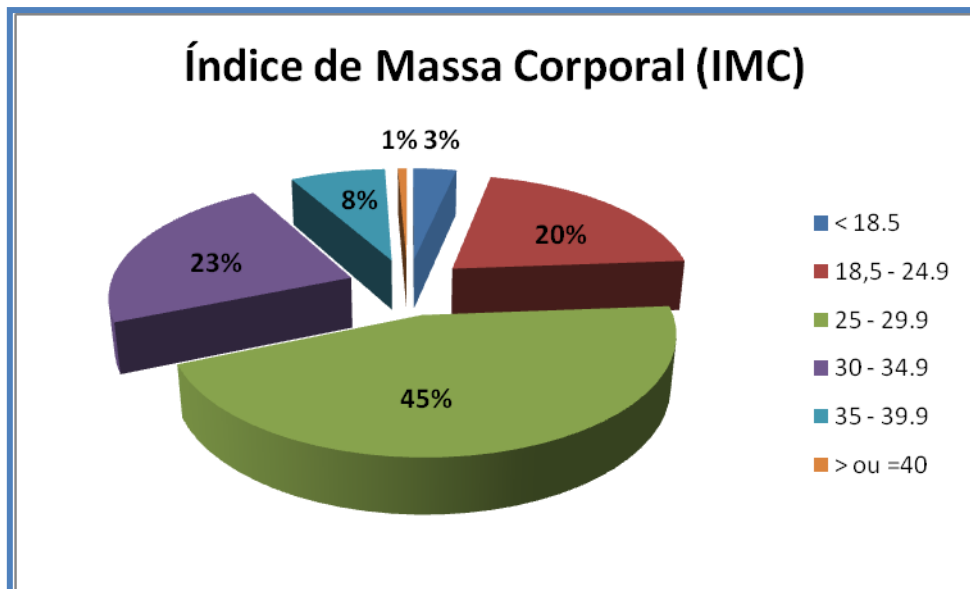
A obesidade é considerada um dos factores de risco das Doenças Cardiovasculares, devido à nítida correlação que existe com o excesso de peso e estas doenças. Isto deve-se a alterações do metabolismo dos lípidos, glicose e tensão arterial, principalmente em indivíduos onde predomina a gordura na região abdominal, sendo este também considerado um factor de risco, aumentado desta forma o risco Global Cardiovascular.

Para avaliação e diagnóstico da obesidade o primeiro parâmetro a ser considerado é o Índice de Massa Corporal, esta variável é facilmente obtida através da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros.

Quadro 51 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)

Índice de Massa Corporal (IMC)	Nº	%	Percentagem Cumulativa
Baixo peso (< 18.5)	5	3	3
Normal (18.5 – 24.9)	30	20	23
Pré-obesidade (25 – 29.9)	66	45	68
Obesidade Grau I (30 – 34.9)	34	23	91
Obesidade Grau II (35 – 39.9)	11	8	99
Obesidade Grau III (> ou = 40)	1	1	100
Total	147	100	

Gráfico 50 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o IMC



Verificamos ao analisar o quadro e o gráfico superiores, que a maioria dos indivíduos rastreados, apresentam pré-obesidade 45% (66), 23% (34) estão com obesidade em grau I e 20% (30) com peso normal, 8% (11) com obesidade em grau II e 2% (3) possuem baixo peso e 1% (1) obesidade em grau III (de acordo com a Circular

Normativa nº 3 de 2005), o que mais uma vez vem justificar a nossa intervenção a nível dos factores de risco das doenças cardiovasculares.

PERÍMETRO ABDOMINAL

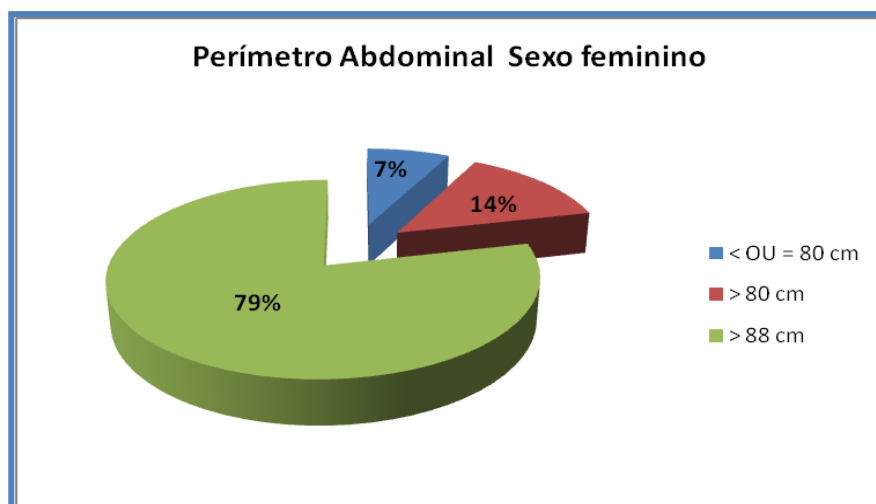
Outro parâmetro para avaliação da obesidade é o perímetro abdominal, que nos permite desta forma diagnosticar a obesidade abdominal (andróide).

Perímetro Abdominal no Sexo feminino

Quadro 52 – Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Perímetro Abdominal

Perímetro Abdominal	Nº	%	Frequência Cumulativa
< ou = 80 cm	8	7	7
> 80 – 88 cm	15	14	21
> 88 cm	85	79	100
Total	108	100	

Gráfico 51 – Distribuição Percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Perímetro Abdominal



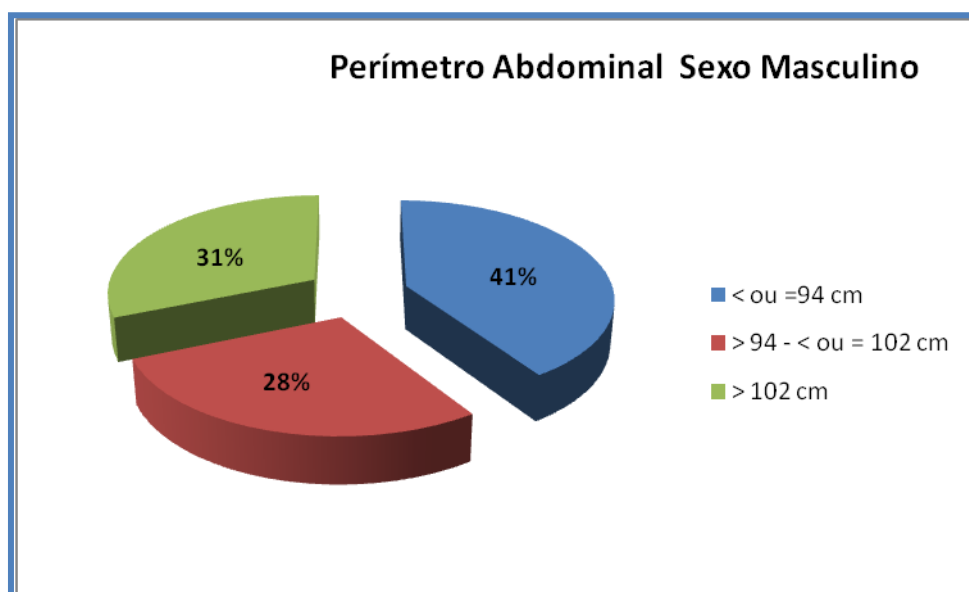
Podemos afirmar pela análise do gráfico e quadro superior, que das 114 mulheres rastreadas, a maioria 79% (85), possuem o perímetro abdominal superior a 88 cm e somente 7% (8) mulheres possuem o perímetro abdominal inferior ou igual a 80 cm.

Abdominal no Sexo masculino

Quadro 53 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o P.A.

Perímetro Abdominal	Nº	%	Frequência Cumulativa
< ou = 94 cm	11	38	38
> 94 – 102 cm	9	31	69
> ou = 102 cm	9	31	100
Total	33	100	

Gráfico 52 - Distribuição Percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Perímetro Abdominal



Podemos afirmar pela análise do gráfico e quadro superior, que dos 33 homens rastreados, a maioria 38% (11), possuem o perímetro abdominal inferior a 94cm.

TENSÃO ARTERIAL

A Pressão Arterial elevada está entre os mais importantes factores de risco cardiovasculares modificáveis.

Segundo a O.M.S. a Pressão Arterial (PA) "normal" de um adulto equivale à Pressão Arterial Sistólica (PAS) inferior 140 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) inferior a 90 mmHg. Quando os valores estão superiores é considerado hipertensão.

Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo a Tensão Arterial

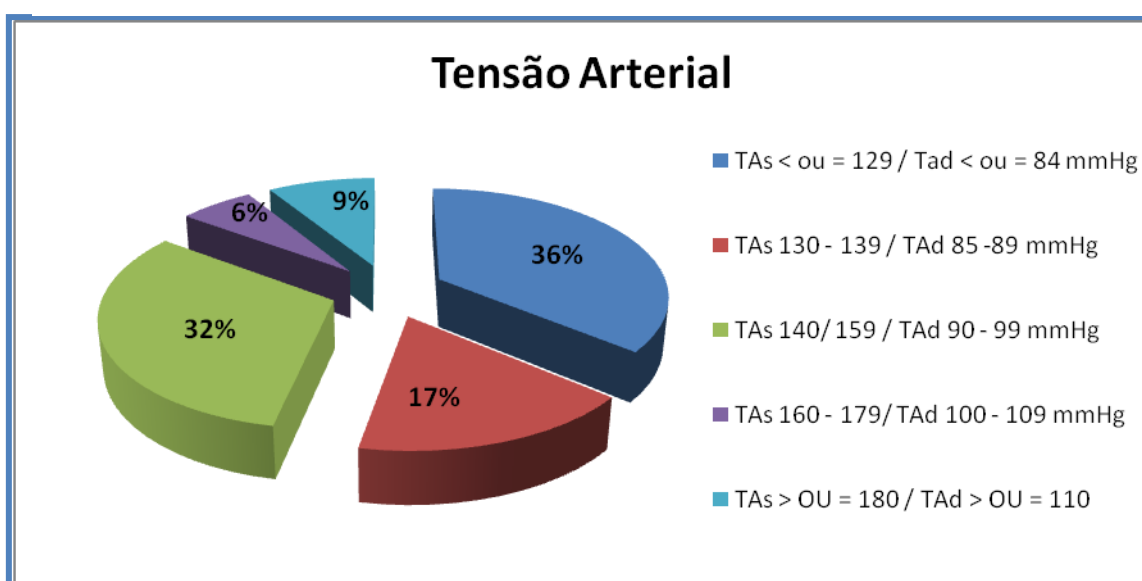
Tensão Arterial	Classificação	Nº	%	Frequência Cumulativa
TAs < ou = 129 / TAd < ou = 84 mmHg	Tensão Arterial Normal	53	36	36
TAs 130 - 139 / TAd 85 -89 mmHg	Tensão Arterial Normal/Alta	25	17	53
TAs 140/ 159 / TAd 90 - 99 mmHg	Hipertensão Arterial Grau I	47	32	85
TAs 160 - 179/ TAd 100 - 109 mmHg	Hipertensão Arterial Grau II	9	6	91
TAs > OU = 180 / TAd > OU = 110	Hipertensão Arterial Grau III	13	9	100
Total		143	100	

Verificamos, ao analisar o quadro e o gráfico, que a maioria da população rastreada, apresentam a Tensão Arterial Normal 36% (53), 32% (47) apresentam Hipertensão Arterial Grau I, 17% (25) apresentam a Tensão Arterial Normal/Alta,, 9% (13) apresentam Hipertensão Arterial em Grau III e 6% (9) apresentam Hipertensão Arterial em Grau II.

GLICEMIA CAPILAR

São vários os estudos que comprovam que valores altos de glicemia (hiperglicemia), aumenta o risco cardiovascular. Isto porque o excesso de açúcar em nosso sangue pode provocar lesões na parede dos vasos, o que facilita a formação de placas de aterosclerose, capazes de causar enfartes e derrames.

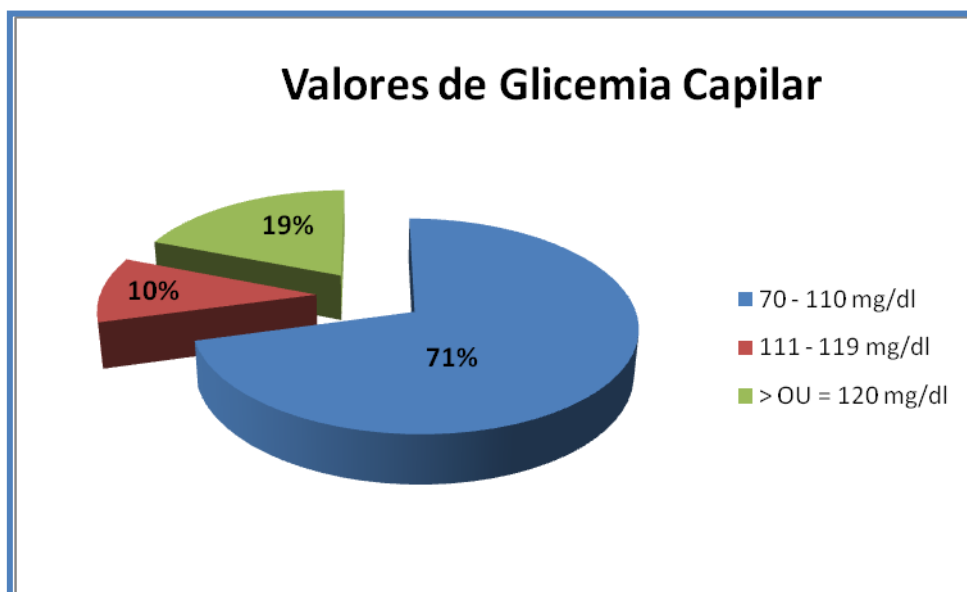
Gráfico 53 – Distribuição percentual da população rastreada, segundo a Tensão arterial



Quadro 54 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo a glicemia capilar

Glicemia Capilar	Nº	%	Frequência Cumulativa
70 - 110 mg/dl	104	71	71
111 - 119 mg/dl	15	10	81
> OU = 120 mg/dl	28	19	100
Total	143	100	

Gráfico 54 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo a glicemia capilar



Analisando o quadro e o respectivo gráfico, concluímos que a maioria da população rastreada, apresenta valores de glicemia capilar dentro dos parâmetros normais 71% (104), considerando a Circular normativa nº 23 de 2007. No entanto, temos que salientar que 19% (28) da população rastreada, apresentavam valores que carecem de intervenção adequada, depois de devidamente confirmada que a última ingestão de alimentos foi superior a 2h00.

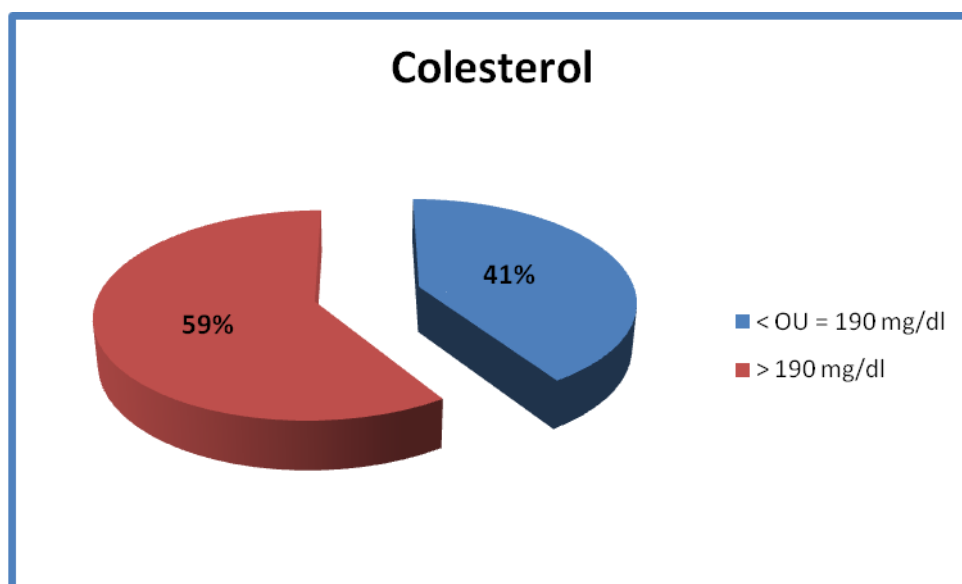
COLESTEROL TOTAL

O colesterol é indispensável no organismo, para que as células orgânicas se multipliquem, substituam e desenvolvam. No entanto, em níveis elevados na corrente sanguínea, este deposita-se nas artérias, formando uma camada espessa de gordura que dificulta a circulação sanguínea, dando origem a complicações, tais como, arteroesclerose, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Quadro 55 – Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o Colesterol

Colesterol	Nº	%	Frequência Cumulativa
< OU = 190 mg/dl	60	41	41
> 190 mg/dl	87	59	100
Total	147	100	

Gráfico 55 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o Colesterol



Da análise do quadro e do gráfico, constatamos que 59% (87) da população rastreada apresenta valores elevados de colesterol (segundo a Circular Normativa nº 6 de 2007), e que 41% (60) da população rastreada apresenta valores normais de colesterol total.

COLESTEROL HDL

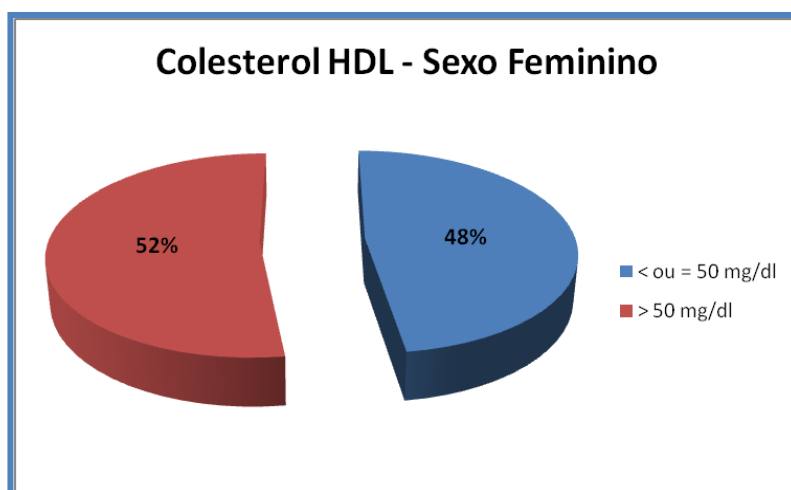
Lipoproteínas de alta densidade (HDL): também conhecidas por colesterol “bom”, que tem como papel a limpeza das artérias, pelo que quanto mais altas forem menor risco há de surgir doença cardiovascular.

Colesterol HDL no Sexo feminino

Quadro 56 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Colesterol HDL

Colesterol HDL	Nº	%	Frequência Cumulativa
< ou = 40 mg/dl	54	48	48
> 40 mg/dl	60	52	100
Total	113	100	

Gráfico 56 - Distribuição percentual da população rastreada (sexo feminino), segundo o Colesterol HDL

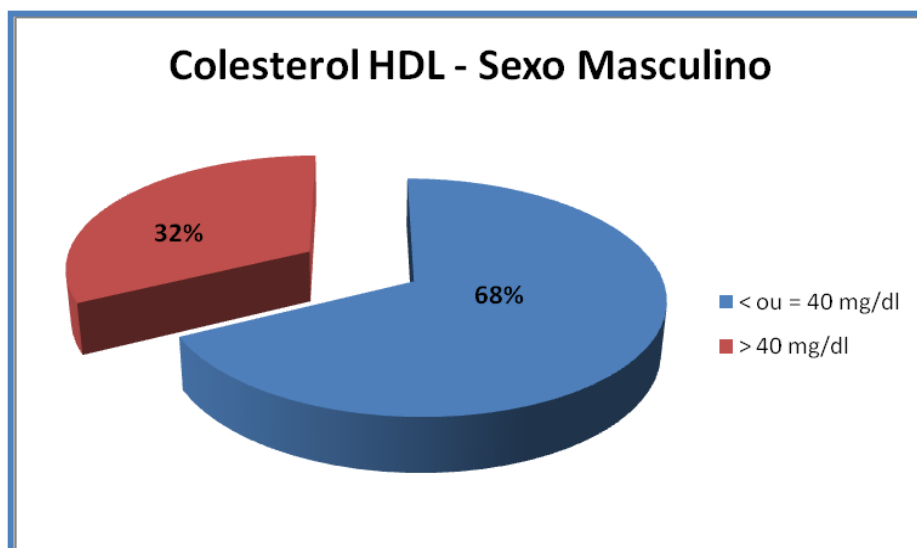


Colesterol HDL no Sexo Masculino

Quadro 57 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Colesterol HDL

Colesterol HDL	Nº	%	Frequência Cumulativa
< OU = 50 mg/dl	23	68	68
> 50 mg/dl	11	32	100
Total	34	100	

Gráfico 57 - Distribuição percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Colesterol HDL



Alisando os quadros e os gráficos, observamos que no que diz respeito ao sexo feminino, 52% (60) possuem o colesterol HDL dentro dos valores indicados (> 40 mg/dl) e 48% (54) apresentam os valores de HDL abaixo dos valores indicados (< ou = 40 mg/dl).

No que diz respeito ao sexo masculino, 68% (23) possuem o colesterol HDL dentro dos valores indicados (> 50 mg/dl) e 32% (11) apresentam os valores de HDL abaixo dos valores indicados (< ou = 50 mg/dl).

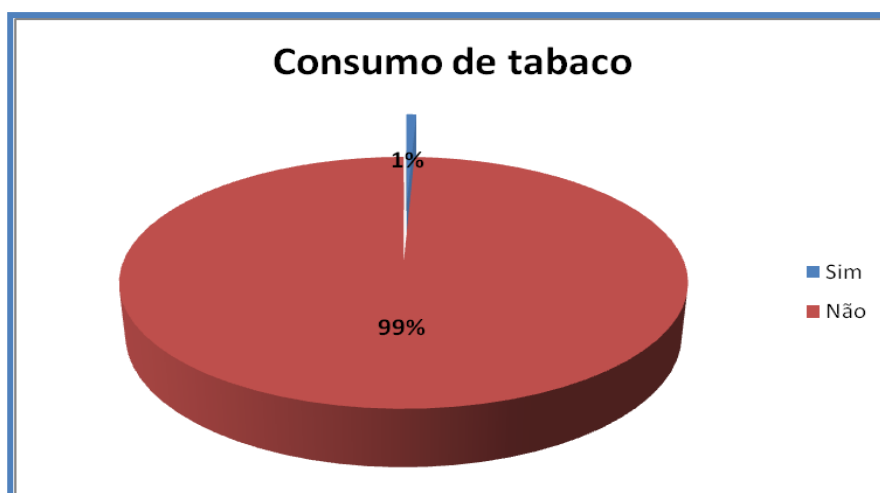
CONSUMO DE TABACO

O tabagismo, é considerado um dos factores de risco das Doenças Cardiovasculares, que aumenta conforme o número de cigarros fumados por dia.

Quadro 58 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Consumo de tabaco

Consumo de tabaco	Nº	%	Frequência Cumulativa
Sim	1	1	1
Não	146	99	100
Total	147	100	

Gráfico 58 - Distribuição percentual da população rastreada (sexo masculino), segundo o Consumo de tabaco



Analisando o quadro e o gráfico verificamos que apenas 1% (1) da população rastreada é fumadora, sendo este um facto positivo para a qualidade de vida dos mesmos

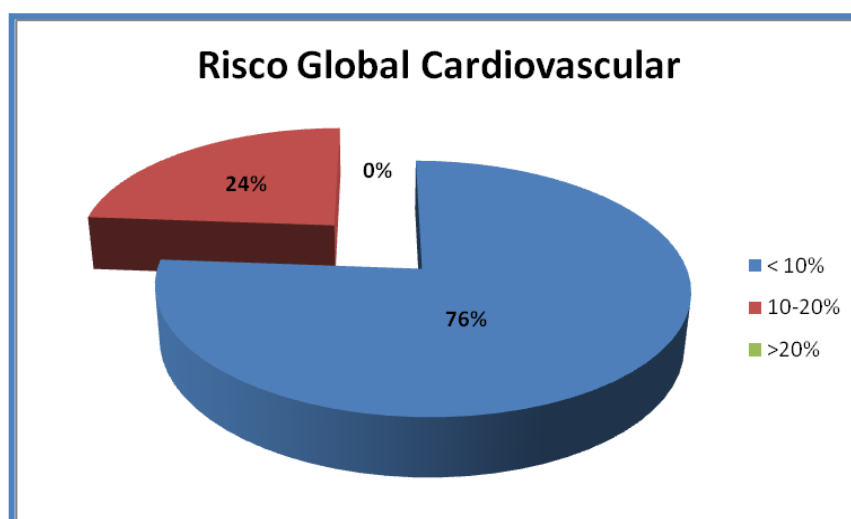
RISCO GLOBAL CARDIOVASCULAR

Actualmente existem várias formas de calcular o risco Global Cardiovascular (probabilidade de um indivíduo sofrer de um acidente cardiovascular num determinado período de tempo), na população rastreada seguiu-se as indicações da Circular Normativa Nº 06/DSPCS de 18/04/07, e realizou-se a estratificação do risco cardiovascular, segundo a tabela derivada do projecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Quadro 59 - Distribuição numérica e percentual da população rastreada, segundo o Risco Global Cardiovascular

Risco Global Cardiovascular	Nº	%	Frequência Cumulativa
< 10% (Baixo)	112	76	76
10 – 20% (Médio)	35	24	100
>20% (Alto)	0	0	
Total	147	100	

Gráfico 59 - Distribuição percentual da população rastreada, segundo o Risco Global cardiovascular



De acordo com a Circular Normativa Nº 06/DSPCS de 18/04/2007, calculou-se o Risco Global cardiovascular, através da tabela derivada do projecto SCORE (Systematic

Coronary Risk Evaluation). Verificamos que, dos 147 indivíduos rastreados, 24% (35), apresentam um médio risco cardiovascular, 76% (112) apresentam um baixo risco cardiovascular e nenhum dos rastreados possuem risco alto cardiovascular.

Constatamos ainda durante a realização do rastreio, que a maioria da população rastreada, estavam a ser seguidos nas consultas de vigilância, quer de enfermagem, quer médica. Os que não frequentavam estas consultas foram encaminhados, no sentido de iniciar essa vigilância.

Consideramos haver necessidade de uma vigilância frequente e atenta, com a finalidade de prevenir complicações associadas (doenças cardiovasculares), tendo sido por isso, feito o encaminhamento respectivo, de acordo com as necessidades e situação específica de cada um.

Os resultados obtidos no rastreio, vêm mais uma vez confirmar a necessidade de intervir nos factores de risco das doenças cardiovasculares, no sentido de promover estilos de vida saudáveis. Consideramos ter contribuído para a promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares na população Feirense.

ANEXO XII

- Panfletos elaborados e distribuídos -

PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL ...

→ **Coma leguminosas** (feijão, grão) pelo menos duas vezes por semana;



→ **Prefira pão escuro** (mistura de centeio e trigo) do tipo saloio ao pão mais branco (trigo);



→ **Coma peixe** pelo menos quatro vezes por semana;



→ Se consumir **bebidas alcoólicas**, faça-o **com moderação**;



PROJECTO GANHAR SAÚDE

ACES Entre Douro e Vouga - Feira/Arouca

USF Egas Moniz

Avenida Professor Egas Moniz, nº 14

4520 – 000 Santa Maria da Feira

Tel — 256 303103

Enfermeira Especialista Rosane Ferreira
Universidade Católica Portuguesa

PROJECTO GANHAR SAÚDE

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Pelo seu **CORAÇÃO**,

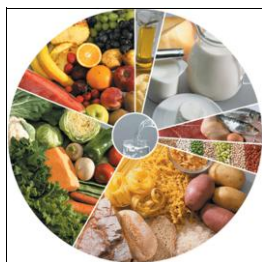
A Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma alimentação saudável, ou seja:

COMPLETA — coma alimentos de cada grupo e beba água diariamente (cerca de 1,5 a 3 litros);

EQUILIBRADA

quantidade maior tamanho e menor quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de menor dimensão;

VARIADA — coma alimentos diferentes dentro de cada grupo, variando diariamente.



PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO

SAUDÁVEL ...



→ Utilize **alimentos** de qualidade: **limpos** e **frescos**;

→ Coma devagar e mastigue bem os alimentos;

→ **Tome** sempre o **pequeno-almoço**, antes de sair de casa;

→ **Não passe mais de três horas e meia sem comer**;

→ Incluir nas refeições **alimentos de todos os sectores da roda dos alimentos**, nas proporções por ela sugeridas;

→ **Varie** o mais possível de **alimentos**;



→ Coma **sopa diariamente**, no início do almoço e do jantar;

→ **Evite** os **alimentos açucarados** (bolos, rebuçados, refrigerantes, etc.);



→ Prefira **cozinhados com pouca gordura** (ex. cozidos, estufados ou grelhados) e evite os fritos, guisados e assados no forno;

→ **Opte pelo azeite** para temperar ou cozinhar;

→ **Consuma diariamente** leite ou derivados;



→ Coma pelo menos **três peças de fruta por dia**;

→ **Evite o sal**, substituindo-o por ervas aromáticas e/ou pequenas porções de especiarias;



SIGA ESTES CONSELHOS...

1 - Evite os doces e o açúcar;

2 - Reduza o consumo de sal;

3 - Evite as bebidas alcoólicas;

4 - Faça exercício físico diariamente;



5 - Não fume;

6 - A ingestão de líquidos é importante, devemos beber 1,5 litros por dia (água, chá, sumos naturais);

7 - Vigie o peso e a tensão arterial regularmente.



Cuide do seu

CORAÇÃO!

Pela sua saúde ...

... MEXA-SE

**PROJECTO
GANHAR SAÚDE**

ACES Entre Douro e Vouga - Feira/Arouca

USF Egas Moniz

Avenida Professor Egas Moniz, nº 14

4520 – 000 Santa Maria da Feira

Tel — 256 303103

**Enfermeira Especialista Rosane Ferreira
Universidade Católica Portuguesa**

**PROJECTO
GANHAR SAÚDE**

**DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**



Por um coração saudável ...

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

ACES Entre Douro e Vouga - Feira/Arouca

USF Egas Moniz

Avenida Professor Egas Moniz, nº 14

4520 – 000 Santa Maria da Feira

Tel — 256 303103



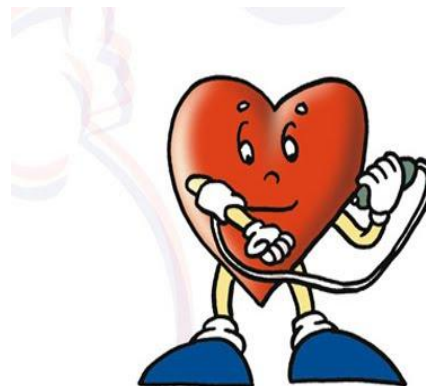
Pelo seu **CORAÇÃO,**



Enfermeira Especialista Rosane Ferreira

ANTES DE MEDIR A PRESSÃO ARTERIAL

- ® Deve descansar, na posição de sentado, pelo menos durante 5 minutos;
- ® Não ingira bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fume até 30 minutos antes;
- ® Meça sempre no mesmo braço ;
- ® Não fale durante o procedimento;
- ® Registe sempre os valores da Pressão Arterial



PROJECTO GANHAR SAÚDE

ACES Entre Douro e Vouga - Feira/Arouca

USF Egas Moniz

Avenida Professor Egas Moniz, nº 14

4520 – 000 Santa Maria da Feira

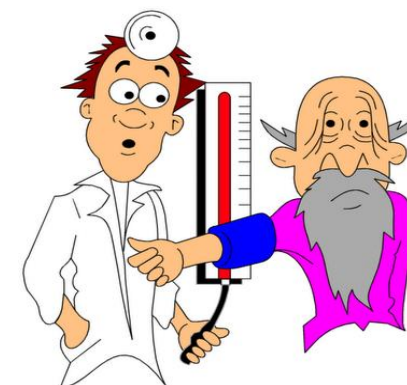
Tel — 256 303103

Telefone: 256303103

**Enfermeira Especialista Rosane Ferreira
Universidade Católica Portuguesa**

PROJECTO GANHAR SAÚDE

HIPERTENSÃO ARTERIAL



Hipertensão a melhor opção é a prevenção!

O QUE É A HIPERTENSÃO

A Hipertensão arterial é a elevação da pressão arterial acima dos valores considerados normais—140/90 mmHg.

Geralmente nos primeiros anos, a hipertensão arterial não provoca quaisquer sintomas, à excepção de valores de tensão elevados, os quais se detectam através da medição da pressão arterial.

Em alguns casos, a hipertensão arterial pode, contudo, manifestar-se através de sintomas como:

- ® Dores de cabeça;
- ® Tonturas;
- ® Mal-estar geral;
- ® Hemorragias nasais.



FACTORES DE RISCO

A hipertensão arterial pode ou não surgir em qualquer indivíduo, em qualquer época de sua vida, mas algumas situações aumentam o risco, nomeadamente:

- ® Hereditariedade;
- ® Idade - aumenta o risco com o aumento da idade;
- ® Excesso de peso;
- ® Tabagismo;
- ® Stress;
- ® Sedentarismo;
- ® Alimentação inadequada;
- ® Consumo exagerado de sal/gorduras/café;
- ® Ingestão em excesso de álcool;
- ® Colesterol elevado



PREVENÇÃO

- ® Tenha uma alimentação saudável;
- ® Diminua o sal da comida;
- ® Não abuse das bebidas alcoólicas e do café;
- ® Não fume;
- ® Evite o stress;
- ® Mantenha o peso ideal;
- ® Pratique exercício físico.



SE JÁ É HIPERTENSO:

1. Compareça às consultas regularmente;
2. Não abandone o tratamento;
3. Tome a medicação conforme a orientação médica.



10 passos para reduzir o colesterol

- 1 - REDUZA A INGESTÃO DE ALIMENTOS RICOS EM GORDURAS;
- 2 - AUMENTE O CONSUMO DE PEIXE;
- 3- TEMPERE COM AZEITE
- 4 - AUMENTE O CONSUMO DE FIBRAS
- 5 - OPTE POR UMA FORMAS DE COZINHAR MAIS SAUDÁVEIS (Prefira grelhados ou cozinhados a vapor)
- 6 - PRATIQUE ACTIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE
- 7 - CONTROLE O SEU PESO;
- 8 - DEIXE DE FUMAR;
- 9 - MANTENHA UMA VIDA CALMA SEM STRESS;
- 9 - CONTROLE O SEU NÍVEL DE COLESTEROL.

Controle o seu colesterol



PROJECTO GANHAR SAÚDE

ACES Entre Douro e Vouga - Feira/Arouca

USF Egas Moniz

Avenida Professor Egas Moniz, nº 14

4520 – 000 Santa Maria da Feira

Tel — 256 303103

**Enfermeira Especialista Rosane Ferreira
Universidade Católica Portuguesa**

PROJECTO GANHAR SAÚDE

COLESTEROL



Por um coração saudável

O colesterol (gordura no sangue), é uma gordura essencial existente no nosso organismo, que tem duas origens: uma parte produzida pelo próprio organismo e outra parte obtida através da alimentação, em particular pela ingestão de produtos animais, como a carne, os ovos, e os produtos lácteos.

COLESTEROL

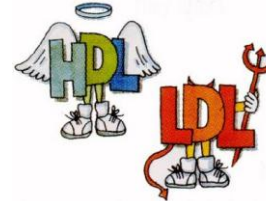
O organismo necessita de colesterol para produzir as membranas (paredes) celulares, hormonas, vitamina D e ácidos biliares, que ajudam a digerir os alimentos.

No entanto, o nosso organismo necessita de apenas uma pequena quantidade de colesterol para satisfazer as suas necessidades.



QUE TIPOS DE COLESTEROL EXISTEM?

LDL – “**Mau Colesterol**”, em excesso deposita-se nas artérias, podendo provocar problemas cardíacos.



HDL – “**Bom Colesterol**”, elimina o colesterol “mau” presente no sangue, ajudando a regular o nível de colesterol total.

CAUSAS DE COLESTEROL ELEVADO:

Dieta - O consumo excessivo de gordura saturada e de colesterol;

Peso corporal - Ter excesso de peso aumenta o colesterol;



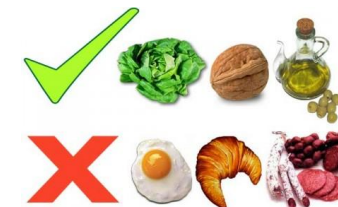
Sedentarismo - O exercício regular baixa o colesterol das LDL (maus) e sobe as HDL (bom);

Hereditariedade - Os nossos genes determinam em parte a quantidade de colesterol que cada organismo produz. Há famílias em que o colesterol é elevado.

Tabagismo – o tabaco actua sobre o “BOM” colesterol, baixando o seu valor no sangue;

Hipertensão Arterial;
Stress;

Excesso de peso/obesidade



ANEXO XIII

- Convocatória para vacinação -

UNIDADE DE SAUDE FAMILIAR EGAS MONIZ

P
R
O
G
R
A
M
A

T
É
T
A
N
O

Z
E
R
O

**Vaccine-se contra o Tétano
...Seja responsável!**



**Dirija-se a USF
Egas Moniz, no
dia 10 de MAIO,
das 9h às 12:00h
ou 13:30 às
17:00 horas e
venha vacinar-se
contra o
TÉTANO.**

ANEXO XIV

- Panfleto sobre a vacinação anti-tetânica -

P
R
O
G
R
A
M
A

T
É
T
A
N
O

Z
E
R
O

**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR EGAS
MONIZ**

**Sabia que não tem a vacina do
TÉTANO em dia?**

Vaccine-se contra o Tétano!



**Dirija-se à USF
Egas Moniz, no dia
10 DE Maio das
9:00 às 12:00 ou
das 13:30 às 17:00
horas e venha
vacinar-se contra
o TÉTANO.**

Enfermeira Rosane Ferreira
Telefone 256303103

**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR EGAS
MONIZ**

**Sabia que não tem a vacina do
TÉTANO em dia?**

Vaccine-se contra o Tétano!



**Dirija-se à USF
Egas Moniz, no dia
10 DE Maio das
9:00 às 12:00 ou
das 13:30 às 17:00
horas e venha
vacinar-se contra
o TÉTANO.**

Enfermeira Rosane Ferreira
Telefone 256303103

P
R
O
G
R
A
M
A

T
É
T
A
N
O

Z
E
R
O

