



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

DA COMUNIDADE PARA A  
COMUNIDADE  
“AGIR PARA PREVENIR”

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Comunitária

Por

Sara Raquel Duarte Correia

Lisboa - 2016





CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

# DA COMUNIDADE PARA A COMUNIDADE “AGIR PARA PREVENIR”

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Comunitária

Por

Sara Raquel Duarte Correia

Sob a orientação de Prof<sup>ª</sup> Teresa Rasquilho Vidal

Lisboa – 2016



## AGRADECIMENTOS

O meu muito obrigada e reconhecimento,

À Professora Teresa Rasquilho Vidal e à Professora Amélia Simões Figueiredo pela disponibilidade e orientação cedidas, assim como à motivação incutida ao longo de todo o percurso.

À equipa da UCC Nostra Pontinha, por ter feito daquela, também a minha casa, assim como pela confiança depositada neste Projeto.

À Enf<sup>a</sup> Teresa França, que me deu a conhecer uma outra realidade e me ensinou a viver a intervenção comunitária. Mais uma vez, obrigada pela partilha.

À família e amigos pela privação causada e pela ausência que parecia interminável...

Ao Sérgio Zagalo e Melo, pelo carinho e compreensão nesta fase que não se avistava fácil.

À minha avó, Prazeres Correia, pela ajuda nas pequenas coisas, que são tão grandes...

Ao meu irmão, João Correia, pelo seu apoio, conselhos e colaboração em fases decisivas deste percurso.

Àqueles que questionaram e duvidaram...

Àquele que hoje estaria certamente orgulhoso...

Por fim, à minha mãe, Susana Correia, que tanto me ajudou nas alturas de desânimo e que é desde sempre, fonte de suporte e inspiração da minha vida...



## RESUMO

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária procura elucidar o decurso dos três módulos de estágio que decorreram na Unidade de Cuidados na Comunidade – Nostra Pontinha, Agrupamentos de Centros de Saúde Loures-Odivelas.

Registando a mesma tendência dos últimos anos, as doenças cérebro-cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte a nível nacional e europeu. Por conseguinte, acarreta graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, sendo determinante que estas sejam encaradas como um dos mais representativos problemas de saúde pública, que urge minorar.

É neste sentido que a promoção da saúde, se revela cada vez mais um vetor essencial para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nomeadamente através da educação para a saúde visando o incremento de poder das comunidades, empoderando-as.

Assim, a área temática abordada neste trabalho foi a Prevenção das Doenças Cérebro-Cardiovasculares, no intuito de promover a saúde e prevenir a doença mediante a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

No decurso do Módulo I, realizou-se o diagnóstico de saúde à população trabalhadora que integra os principais recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira - Pontinha, sendo para tal efectuado um estudo descritivo, por meio da aplicação de um formulário, como instrumento de colheita de dados. Refira-se que os recursos acima citados referem-se às Escolas (JI Gil Eanes e EB Dr. Mário Madeira), Centro de Dia da Sagrada Família e Polícia de Segurança Pública, obtendo-se uma amostragem de 100% nos dois primeiros recursos comunitários e 41% no que respeita ao último.

A análise de dados foi realizada com recurso à metodologia quantitativa, onde se auscultaram estilos de vida, fatores de risco e história familiar de doença Cérebro-Cardiovascular, refletindo-se resultados com maior expressão para: o excesso de peso, o aumento do perímetro abdominal, a pouca prática de exercício físico, a alimentação saudável comprometida, o risco de desenvolver diabetes e a carga hereditária da doença.

Atendendo às necessidades identificadas e aos resultados obtidos, priorizando-os, no Módulo II de Estágio foi elaborado o Projeto de Intervenção, intitulado “Agir para Prevenir”, organizado em três eixos constituintes, “Alimentação Saudável – Sopa, sim obrigado”; “Formação Suporte Básico de Vida” e “Sessões de trabalho com parceiros comunitários”, planificado em duas fases, fase 1 – módulo II e fase 2 - módulo III. Foram assim desenvolvidas diversas atividades direcionadas para ações de educação para a saúde e promoção de parcerias e envolvimento comunitário. A segunda fase do projeto foi a disseminação do que já se tinha iniciado reforçando e promovendo a intervenção comunitária. Ao longo destes módulos foram desenvolvidas muitas outras atividades nos mais diferentes âmbitos comunitários, proporcionados pelos projetos em curso na UCC, contribuindo tudo isto para a aquisição, articulação e desenvolvimento de competências centradas em cuidados de enfermagem especializados a indivíduos, famílias e comunidades.

**Descritores:** diagnóstico de saúde; doenças cérebro-cardiovasculares; empoderamento; estilos de vida saudáveis; projeto de intervenção



## **ABSTRACT**

This report developed under the Master's Degree in Nursing with specialization in Community Nursing seeks to describe the three stages of modules which took place in the Community Care Unit - Nostra Pontinha, Pools Loures-Odivelas Health Centers.

According to which happened in the last years, the cardiovascular brain diseases remain the leading cause of death at national and European level. Therefore it leads to serious consequences for the society and the health system, determining that they should be regarded as one of the most significant public health problems in urgent need of ease.

Therefore, the health promotion is becoming essential for the development of personal and social skills through education for health seeking to increase the power of the communities, empowering them.

Thus, the subject covered in this study was the Prevention of Cardiovascular Brain Diseases in order to promote health and prevent disease by adopting healthier lifestyles.

During Module I, a health diagnosis was made to the working class that integrates the main community resources of neighborhood Mário Madeira - Pontinha, it was performed a descriptive study, through the application of a form, as an instrument of data collection. The resources mentioned above refer to the Schools (JI Gil Eanes and EB Dr. Mário Madeira), Day care of the Holy Family and the Public Security Police, yielding a sample of 100% in the first two community resources and 40% in the last one.

Data analysis was performed using the quantitative methodology. Lifestyles, risk factors and family historical of brain-cardiovascular disease were evaluated, whose results were higher in the following cases: overweight individuals, increased abdominal size, lack of physical exercise, bad eating habits, the risk of developing diabetes and hereditary diseases.

Taking into account the needs and obtained results, prioritizing them, in Stage II Module has been made the Intervention Project, entitled "Act to Prevent", organized in three parts, "Healthy Eating Habits – soup? Yes, thank you"; "Training Basic Life Support" and "Panel / group dynamics", planned in two phases, phase 1 - module II and phase 2 - module III.

Several activities were developed such as education activities for health promotion and community involvement. The second phase of the project was to continue the strengthening and the promotion of the community intervention. Throughout these modules were developed many other activities in many different community areas, provided by ongoing projects in the UCC, contributing to the acquisition, coordination and skills development focused on specialized nursing care to individuals, families and communities.

**Descriptors:** health diagnosis; Brain cardiovascular diseases; empowerment; healthy lifestyles; intervention project



## **LISTA DE SIGLAS**

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARSLVT** – Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- CD** – Centro de Dia
- DAP** – Doença Arterial periférica
- DCCV** – Doenças Cérebro-Cardiovasculares
- EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio
- EB** – Escola Básica
- ICS** – Instituto de Ciências da Saúde
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- JF** – Junta de Freguesia
- JI** – Jardim de Infância
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- PCR** – Paragem Cárdio-Respiratória
- PSP** – Polícia de Segurança Pública
- SBV** – Suporte Básico de Vida
- SEPS** – Sessões de Educação para a Saúde
- UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCP** – Universidade Católica Portuguesa
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	17
1. MÓDULO I – DIANÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM RECURSOS COMUNITÁRIOS DO BAIRRO DR. MÁRIO MADEIRA – PONTINHA.....	20
1.1 Objetivos delineados para o Módulo I.....	20
1.2 Caracterização geral da comunidade da Pontinha.....	21
1.3 A Unidade de Cuidados na Comunidade - Nostra Pontinha.....	22
1.4 Enquadramento conceptual de intervenção comunitária.....	26
1.4.1 Saúde.....	26
1.4.2 Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.....	27
1.4.3 Intervenção comunitária e Empoderamento.....	30
1.5 Diagnóstico de saúde.....	34
1.5.1 Método.....	34
1.5.2 Apresentação e Análise dos Resultados.....	41
1.6 Competências desenvolvidas / adquiridas.....	50
2. MÓDULO II – PROJETO DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE – PONTINHA.....	52
2.1 Fundamentação do projeto “Agir para Prevenir”.....	53
2.2 Objetivos de Intervenção.....	55
2.3 Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado”.....	56
2.4 Suporte Básico de Vida (SBV).....	58
2.5 Sessão de trabalho com parceiros comunitários.....	59
3. MÓDULO III – EXTENSÃO DO PROJETO “AGIR PARA PREVENIR”.....	64
3.1 Objetivos de Intervenção.....	64
3.1 Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado”.....	65
3.3 Suporte Básico de Vida (SBV).....	66
3.4 Sessões de trabalho com parceiros comunitários.....	66
3.5 Competências adquiridas/desenvolvidas – Módulo II e III.....	69
4. CONCLUSÃO.....	71
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição segundo a idade .....	42
Gráfico 2 - Distribuição segundo o IMC .....	42
Gráfico 3 - Distribuição do sexo masculino, segundo o perímetro abdominal .....	43
Gráfico 4 - Distribuição do sexo feminino, segundo o perímetro abdominal .....	43
Gráfico 5- Distribuição relativa à prática de atividade física durante um período mínimo de 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre .....	44
Gráfico 6 - Distribuição quanto à regularidade com que ingerem vegetais e/ou fruta .....	44
Gráfico 7 - Distribuição quanto à toma presente, ou não, de medicação para a HTA .....	45
Gráfico 8 - Distribuição quanto a episódio de hiperglicémia .....	45
Gráfico 9 - Distribuição segundo história familiar de diabetes .....	46
Gráfico 10 - Distribuição mediante o risco de vir a ter diabetes dentro de 10 anos .....	46
Gráfico 11 - Distribuição de acordo com o número de cigarros fumados por dia .....	47
Gráfico 12 - Distribuição de acordo com a frequência de consumo de bebidas alcoólicas .....	48
Gráfico 13 - Distribuição quanto à há dificuldade de gestão de fatores de stress .....	48
Gráfico 14 - Distribuição quanto à toma habitual, ou não, de medicação para a hipercolesterolémia .....	49
Gráfico 15 - Distribuição de história familiar de doença, quanto às DCCV .....	49
Gráfico 16 - Distribuição de acordo com o diagnóstico de DCCV, a elementos da sua família .....	50



## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Folha de Rosto do Pré-teste .....	81
Apêndice 2 - Autorização para Aplicação do Pré-Teste.....	85
Apêndice 3 – Resultado do Pré-teste .....	89
Apêndice 4 – Autorizações para a Aplicação do Formulário .....	93
Apêndice 5 – Poster - Plano Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: uma recensão crítica .....	99
Apêndice 6 – Projeto de Intervenção .....	103
Apêndice 7 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado” .....	105
Apêndice 8 – Diploma de participação na Sessão de Educação para a Saúde: “Alimentação Saudável – Sopa? Sim, obrigado!” .....	109
Apêndice 9 – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde: Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado” .....	113
Apêndice 10 – Documento resumo “SBV” .....	117
Apêndice 11 – Plano de sessão de formação “SBV” para ajudantes familiares.....	121
Apêndice 12 – Sessão de formação “SBV” para ajudantes familiares - parte 1.....	125
Apêndice 13 – Sessão de formação “SBV” para ajudantes familiares – parte 2.....	133
Apêndice 14 – Documento de avaliação da sessão de formação “SBV” .....	137
Apêndice 15 – Plano de sessão da Apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde, nas sessões de trabalho com os parceiros comunitários .....	141
Apêndice 16 - Sessões de trabalho com os parceiros comunitários .....	145
Apêndice 17 – Folheto motivacional para adoção de estilos de vida saudáveis .....	151
Apêndice 18 – Logotipo do Projeto “Agir para Prevenir” .....	155
Apêndice 19 – Documento resultante da agregação de sugestões, após sessões de trabalho com os parceiros comunitários .....	159
Apêndice 20 – Folheto: “Prevenção das Doenças Cérebro-Cardiovasculares” .....	165
Apêndice 21 – Folheto: “Alimentação Saudável” .....	169
Apêndice 22 – Apresentação do Projeto “Agir para Prevenir” à Equipa da UCC .....	173



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Pré-Teste.....	181
Anexo II - Formulário .....	185



## 0. INTRODUÇÃO

O presente documento surge como parte integrante do plano de estudos do Curso de Mestrado de natureza Profissional, no âmbito da especialização em Enfermagem Comunitária-2014/2016, no intuito de relatar o percurso desenvolvido no decurso do estágio, descrevendo as atividades e competências adquiridas/desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem, servindo como instrumento de avaliação das mesmas.

Em alusão ao que se encontra certificado em Diário da República, 2ª série – nº79 – 23 de abril de 2015, Artigo nº2, no seu ponto segundo que *“o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.”*, que o Curso de Mestrado supra citado, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) tem projetada a formação pós graduada de enfermeiros em diversas áreas de especialização neste caso em Enfermagem Comunitária cujo foco é a assistência de Enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades, mediante o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas.

É neste sentido e assente no carácter profissionalizante deste curso, que a realização do Estágio visou proporcionar de forma privilegiada a agregação entre a formação teórica e a prática de cuidados proficiente, alargando horizontes no que respeita à investigação na área de especialização, à reflexão crítica e fundamentada sobre o exercício da prática, bem como à capacidade de reagir e responder a situações complexas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Estágio, Módulo I, II e III, decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Nostra Pontinha. A seleção de tal campo de estágio, foi uma escolha pessoal com a intencionalidade de dar resposta àquilo que se procurava e se tinha na expectativa aquando do início desta nova experiência. Visando um sentido organizacional e de intervenção de proximidade no âmbito comunitário.

O Módulo I decorreu entre 13.05.2015 e 06.06.2015, tendo como objetivo geral pretendido, o realizar do diagnóstico de situação de saúde, e como tal a identificação de problemas e necessidades, da comunidade trabalhadora que integra recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira.

O Módulo II foi desenvolvido entre 01.09.2015 e 24.10.2015 com o objetivo geral de, no âmbito das Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DCCV), promover a saúde e prevenir a doença mediante a adoção de estilos de vida saudáveis, junto da comunidade estudante, trabalhadora e/ou residente na Pontinha. Saliente-se que esta fase de intervenção é assente no diagnóstico supra citado e nas necessidades encontradas quer na UCC, quer aquando a realização das diversas atividades de contacto com a comunidade.

O Módulo III teve o seu decurso entre 26.10.2015 e 19.12.2015, tendo sido desenvolvido como objetivo geral promover o projeto “Agir para Prevenir” iniciado no módulo anterior. O Módulo em análise foi realizado assente em atividades facilitadoras de aquisição de novas competências e direcionado para o aprofundar de outras, no contexto comunitário.

Saliente-se que a temática do projeto desenvolvido, transversal aos três módulos, diz respeito à Prevenção das DCCV e à promoção da saúde nesta área, tendo sido estruturado segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde.

Nesta sequência, assiste-se a uma impossibilidade de dissociação ou fragmentação efetiva dos conteúdos que integram os diferentes módulos, no entanto para possibilitar uma melhor perceção e assimilação de todo o trajeto, o presente relatório estrutura-se em três capítulos, correspondentes a cada módulo de estágio.

No primeiro capítulo, referente Módulo I, são evocadas para além de análises e considerações gerais do contexto e local de estágio, as experiências provenientes da ação enquanto participante nas atividades da UCC. É apresentado o referencial teórico que sustenta todo o trabalho, assim como o processo de consecução do diagnóstico de situação e seus resultados.

No que concerne ao segundo capítulo, Módulo II, é apresentado o projeto de intervenção “Agir para Prevenir” no que respeita à sua Fase 1, assim como a justificação e pertinência dos seus eixos de intervenção, sendo eles: Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado”; Formação Suporte Básico de Vida (SBV) e Sessões de Trabalho com Parceiros Comunitários.

Por sua vez, o terceiro capítulo faz alusão ao Módulo III, prorrogando a fase de intervenção do módulo anterior, sendo desenvolvida a Fase 2 do projeto. No fim deste capítulo são abordadas as competências desenvolvidas/adquiridas no decurso dos módulos II e III, dada a sua íntima correlação.

Por último, uma breve conclusão, em mote de síntese, imbuída de caráter crítico e reflexivo a fim de analisar o trabalho desenvolvido, balanceando todo este percurso.

Realce-se que para proceder à redação deste documento, atribuindo-lhe um cariz descritivo, crítico e cogitativo, recorreu-se a diversas estratégias/recursos, entre os quais a pesquisa bibliográfica, reuniões tutoriais e análise do exercício prático de intervenção comunitária, querendo destacar neste contexto a importância de tudo aquilo que se adquire, quer enquanto profissional, mais especificamente na área de especialização, quer enquanto desenvolvimento pessoal, através do contacto diário com os indivíduos e suas famílias, assim como através da oferta e disponibilidade de conhecimento e experiência daqueles profissionais com que privei e que de forma tão ágil e sapiente intervêm junto da comunidade.

## 1. MÓDULO I – DIANÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM RECURSOS COMUNITÁRIOS DO BAIRRO DR. MÁRIO MADEIRA – PONTINHA

O planeamento é uma aplicação da lógica na vertente de transformar o real, sendo o diagnóstico de saúde a primeira etapa deste processo de planeamento em saúde, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária (Tavares, 1990).

O diagnóstico da comunidade é feito para definir e descrever o estado de saúde da população, de uma comunidade específica. Contudo o diagnóstico é uma atividade permanente, resultado das modificações contínuas da realidade e por isso deverá também ser cíclico e contínuo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, esta fase de planeamento, caracterizando a situação de saúde da população, tem a pretensão de medir o seu estado de saúde, visando a obtenção de um instrumento que torne possível por em prática as políticas de saúde, selecionar prioridades, organizar atividades, acompanhar e avaliar resultados da composição de um projeto assente nas necessidades reais e recursos disponíveis, salientando-se a importância da consciência sobre as limitações próprias do conhecimento da realidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

### **1.1 Objetivos delineados para o Módulo I**

O Módulo I teve como objetivo geral:

- Realizar o diagnóstico de situação de saúde da comunidade trabalhadora que integra recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a população a nível demográfico, social e cultural;
- Identificar os principais problemas e necessidades sentidas, quer pela população trabalhadora que integra recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira, quer pela equipa da UCC.

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito da enfermagem comunitária, visando a prestação de cuidados especializados a indivíduos, famílias e grupos.

## **1.2 Caracterização geral da comunidade da Pontinha**

O centro de Saúde da Pontinha tem como área de influência a Freguesia da Pontinha numa área geográfica de 4.78km<sup>2</sup> e a Freguesia de Famões, numa área geográfica de 4.66Km<sup>2</sup>, totalizando 9.44km<sup>2</sup>

Estas duas freguesias localizam-se na zona ocidental do Concelho de Odivelas, confrontando com os concelhos da Amadora, Sintra, Loures e Lisboa.

O Centro de Saúde da Pontinha abrange uma população de 34.136 habitantes, estando inscritos em cartão de utente 43.841 pessoas. Esta diferença numérica é atribuível à população migrante, esporádica e á que não tem médico de família, levando-nos a concluir que a população abrangida é superior em 28.43% (INE, 2011).

A população habitante neste concelho, particularizando a freguesia da Pontinha é deveras heterogénea, sendo evidente a presença de residentes de diferentes nacionalidades e etnias, maioritariamente provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), embora se verifique um aumento significativo de migrantes provenientes do leste europeu e do sul asiático. Toda esta conjuntura reflete multiculturalidade e por consequência contrastes culturais, sociais, económicos, demográficos e religiosos.

Datado de 1950 com a explosão demográfica, a freguesia da Pontinha torna-se numa zona dormitório, de construções degradadas, sem qualquer preocupação urbanística, sendo ainda hoje composta por vários bairros, muitos deles de génese ilegal, refletindo carências económicas que permanecem (ACES Loures-Odivelas, 2015).

Segundo os Censos de 2011, residem na Freguesia da Pontinha 23.041 habitantes, sendo que a maioria se encontra no intervalo etário dos 25 aos 64 anos de idade. Denote-se que 4.387 têm idade igual ou superior a 65 anos, correspondendo tais valores a 19.04% da população total (INE, 2011).

Assiste-se assim nesta freguesia, a um decréscimo populacional com um índice de envelhecimento agravado, onde se verifica o incremento do número de jovens dependentes

dos idosos, muito relacionado com o baixo grau de qualificações académicas e com a taxa mais alta de desemprego do Conselho.

No que concerne a atividades, predominam os estabelecimentos do setor terciário, sobretudo no comércio, restauração, serviços pessoais e domésticos, tendo a construção civil um peso importante na oferta de postos de trabalho.

Relativamente aos recursos da comunidade, são destacados para além dos estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, os serviços de caráter administrativo, polícia de segurança pública, recursos educacionais, recursos de saúde, recursos de terceira idade e apoio social. A freguesia possui ainda atividade cultural e desportiva de destaque, com a participação ativa da massa associativa, composta por Coletividades, Associações de Moradores, Grupos de Jovens, Associações Culturais e Teatrais.

### **1.3 A Unidade de Cuidados na Comunidade - Nostra Pontinha**

Pela importância no âmbito dos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, destaca-se a orgânica da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo que, determinada pela portaria nº 394-B/2012, de Novembro, resultou da fusão do ACES Loures com o ACES de Odivelas, o ACES Loures-Odivelas, direcionado numa perspetiva de criação de economias de escala e concentração de recursos, diminuição de infraestruturas de administração e gestão assim como a melhoria da governação dos cuidados de saúde primários (ARSLVT, 2016).

Este ACES, responsável pela prestação de cuidados de saúde primários nos referidos concelhos, é um serviço com autonomia administrativa, sujeito ao poder de direção da ARSLVT, integrando 4 centros de saúde, entre os quais o Centro de Saúde da Pontinha, composto por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma UCC, sendo esta última, de nome “Nostra Pontinha”

A UCC, formalmente constituída a 25 de Janeiro de 2010, é definida pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, art.º 11º, como uma unidade funcional que *“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requiera acompanhamento próximo, e atua ainda na*

*educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (ACES Loures-Odivelas, 2015)*

É baseado neste conteúdo funcional que a UCC tem por visão e por missão:

- Identificar e intervir precocemente nas situações de risco, de forma a diminuir a sua incidência na comunidade;
- Integrar outros grupos de profissionais, que possibilitem responder às necessidades globais de saúde do indivíduo/família/comunidade, promovendo o seu “*empowerment*”;
- Garantir a prestação de cuidados de excelência;
- Criar uma rede de apoio através de protocolos, nomeadamente com o poder local, estruturas associativas da comunidade e tecido empresarial, dinamizando o trabalho em parceria com a comunidade, redes de apoio e unidade móvel, contribuindo para o desenvolvimento local;
- Promover projetos de intervenção, de reabilitação e de reinserção na comunidade em áreas identificadas como problemáticas, de risco, ou vulneráveis;
- Obter ganhos em saúde através da melhoria do estado de saúde do indivíduo/família/grupos e comunidades vulneráveis, em situações de risco ou dependência funcional, na área geográfica do ACES;
- Atuar na promoção da saúde, prevenindo comportamentos de risco, facilitando a acessibilidade aos cuidados de saúde, através da implementação de projetos com a comunidade de forma a responder às suas necessidades.

Neste sentido e tendo em conta as necessidades da comunidade, bem como um dos grandes objetivos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, agora com extensão a 2020, que visa obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida (DGS, 2015a), a UCC Nostra Pontinha, desenvolve a sua atividade, nomeadamente nos seguintes programas/projetos: da gravidez aos rabiscos; ser saudável brincando; Crescer Saudável na Escola; Projovem; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Cuidados Continuados; Auto-cuidado, um Caminho para a Autonomia; Vacinação é Proteção; SOS podologia; Formar para Cuidar; Educar para Cuidar; Saúde em Movimento; Saúde Mental na Comunidade; Fortalecer a Família, Renovar a Esperança; VIH – Mudar para Prevenir (“Regulamento interno da ucc nostra pontinha 2013,” 2013).

Denote-se que para levar a cabo a intervenção comunitária refletida nos projetos supra citados, a UCC conta com uma equipa multidisciplinar, que desenvolve as suas atividades maioritariamente de 2ª a 6ª das 8h-20h. Sábados, domingos e feriados normalmente encontram-se programados para ECCEI, assim como atividades integradas em projetos que podem também, pontualmente, desenvolver-se nestes últimos dias assim como efemérides se assim se justificar.

Apesar de consciente da diversidade e abrangência da intervenção da UCC, assim como da sua orientação de esforços para a obtenção de ganhos em saúde, considerou-se fundamental desde início, contactar e integrar, o mais possível, a intervenção comunitária na sua essência.

Neste sentido e já perspetivando a realização do diagnóstico de situação, numa fase mais precoce foram consultados documentos estruturais e organizativos da UCC onde, entre outras e de forma global, emergem informações sobre a caracterização população a que esta dá resposta. Tais informações foram completadas, não só, através do contacto com peritos, mas também, em muito, mediante a participação em diversos projetos de contacto direto com a comunidade, proporcionados pelo local de estágio.

Foi desta forma que se procurou, desde logo, acompanhar a En<sup>fa</sup> Orientadora na sua prática, bem como outros profissionais sempre que tal promovesse a aquisição de novas competências. Por conseguinte, e visando o referido diagnóstico, integrou-se de forma participativa, várias áreas de intervenção, nomeadamente:

- Projeto de saúde escolar, possibilitou o contacto com a comunidade escolar, com o intuito, não só de promover a saúde e a cidadania, mas também de perceber e referenciar situações de risco ou de maior vulnerabilidade encontradas, articulando com as entidades/parceiros necessárias;

- Unidade Móvel que rumava a bairros de grande diversidade cultural e de evidentes carências socio-económicas, visando a vigilância de saúde em comunidades periféricas. Aquando dos momentos de contacto com este projeto, foi francamente perceptível que, de forma maioritária, os indivíduos que se deslocavam até esta unidade procuravam a atualização do Plano Nacional de Vacinação, uma vez serem migrantes, e o despiste de doenças sexualmente transmissíveis. Outra parcela dos indivíduos que solicitavam os cuidados de enfermagem, correspondia àqueles que procuravam o rastreio de fatores de risco

de DCCV, sendo este também um momento crucial para a realização de ensinamentos ajustados às necessidades manifestadas;

- Saúde Mental, proporcionou o contacto domiciliário com pessoas com perturbação mental e suas famílias, em parceria com a Pro-Actos. Neste contexto, tornou-se possível acompanhar estas pessoas no seu quotidiano, promovendo a relação e adesão terapêuticas, assim como detetar e encaminhar precocemente situações inaugurais e agudizações de perturbação mental para serviços da especialidade e estruturas comunitárias, aquando necessário;

- Cuidados Continuados, que objetivando a prestação de cuidados domiciliários de enfermagem de natureza preventiva, curativa, reabilitação e paliativa essencialmente a pessoas com dependência funcional, contribui fortemente para tornar mais real o desenho da comunidade onde agora estava inserida. Isto é, foi em muito através do deambular pelas ruas da Freguesia da Pontinha-Famões, apercebendo-me das condições sanitárias e de ornamentação de alguns bairros que a constituem, assim como do contacto com indivíduos e suas famílias, que se tornou possível detetar as suas dinâmicas e estilos de vida, assim como das alterações no seu estado de saúde, potenciado pelas mais diversas causas.

É nesta sequência que, ao integrar cada informação que ressaltava do contacto formal ou informal com a comunidade, a direção do diagnóstico de situação começa a ganhar forma.

A temática da Prevenção das DCCV, para além de, coincidir com o meu interesse pessoal, certamente associado e proveniente do contacto diário com indivíduos portadores destas patologias, é por si só, uma prioridade nacional e por isso transversal às comunidades. A motivação crescente e decisão final para abordar a temática referida, acrescendo aos fatores já mencionados, culminou com a expressão por parte da Coordenadora da UCC e En<sup>ft</sup> Orientadora da pertinência e importância de se investir na Prevenção das DCCV e adoção de estilos de vida saudáveis, sendo esta também uma necessidade já identificada pela equipa da UCC, mas ainda com falta de estudo, planeamento e intervenção.

Foi a partir daí que, para a realização do diagnóstico se considerou importante circunscrever a área geográfica e definir a população alvo do mesmo. Deste modo, tendo noção do trabalho e da relação de parceria desenvolvidos entre a UCC e outras entidades, assim como conhecendo a população do Bairro Dr. Mário Madeira e seus recursos comunitários, optou-

se por eleger este bairro, que diariamente frequentava em contexto de atividades da UCC, para a realização do diagnóstico de situação de saúde.

Refira-se que no Bairro Dr. Mário Madeira, estão reunidos os principais recursos comunitários, sendo estes a população alvo do referido diagnóstico. Igualmente essencial foi o facto de se ter perspectivado, a colaboração destes recursos numa fase de intervenção, por lhes ser reconhecido franco “poder” local, possibilitando assim, e potenciando, o empoderamento comunitário.

## **1.4 Enquadramento conceptual de intervenção comunitária**

### **1.4.1 Saúde**

Ao longo da história da humanidade, a saúde como uma qualidade ou estado pessoal de bem-estar, tem sido procurada e valorizada, contudo não é fácil encontrar conceitos de saúde e doença que impliquem total satisfação.

A saúde foi assim, durante muito tempo, entendida como “ausência de doença”, convergindo com os ideais do modelo biomédico e por isso, desde cedo, apontada como uma visão negativa e redutora do problema. É nesta constante procura de resposta que, mais tarde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como “*Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade...*” tentando transparecer positividade, abrangência e multidimensionalidade (Peixoto, 2013).

Contudo é rapidamente posta em causa por vários autores, uma vez que tal definição era percecionada como utópica, sem inclusão de aspetos adaptativos da pessoa face às suas perturbações (Carvalho & Carvalho, 2006). Na sua essência, a saúde e a doença representam sempre estados relativos e subjetivos da vida humana, sendo a saúde absoluta inatingível tendo em conta a natureza aberta e dinâmica dos sistemas biológicos.

Surge assim uma conceção mais holística da saúde onde esta é um bem-estar subjetivo que as pessoas pretendem alcançar no âmbito de um determinado contexto sociocultural mediado por emoções e sentimentos, tornando-se também objetivo pela OMS que todos os indivíduos

ou grupos participem na sua comunidade visando a satisfação das suas necessidades e aspirações e se possível o meio que os rodeia (Peixoto, 2013).

É reconhecendo que a saúde e a doença são fortemente influenciadas por múltiplos fatores, tais como biológicos, sociais, económicos culturais, étnicos, psicológicos, tecnológicos, podendo ainda variar consoante o nível de desenvolvimento da população, que Déjours apresenta uma definição mais recente, dizendo que a *“Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projeto de vida, pessoal e original, em direção ao bem-estar.”* Perspetiva-se o conceito dinâmico, a capacidade funcional do ser humano, bem como a singularidade de cada pessoa na luta para atingir os seus objetivos de vida (Carvalho & Carvalho, 2006, p.9).

Transitando de um papel outrora passivo e assumindo o indivíduo e a comunidade um papel ativo na procura da saúde, o que era muitas vezes revogado como direito, passa também a ser um dever, sendo-o expresso na CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, nº1. do artigo 64º, onde se lê no seu ponto primeiro *“Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”*, vendo-se reforçado pela LEI DE BASES DA SAÚDE, nº1, da Base I, da Lei n.º48/90, de 24 de Agosto, que afirma que *“A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.”* (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, 1990).

Constata-se assim que a proteção à saúde é um direito inquestionável, saindo reforçada a ideia que, segundo Pender, as pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde, mediante a sua capacidade de autoconsciência reflexiva, repercutindo-se e no papel ativo do indivíduo e comunidade na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental (Tomey & Alligood, 2004).

#### **1.4.2 Promoção da Saúde e Educação para a Saúde**

A promoção da saúde é um resultado franco dos avanços da investigação científica, das conquistas sociais assim como da evolução do conceito de saúde, podendo ser encarada como qualquer ou toda a atividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades, sublinhando a importância de intervenções de prevenção da doença e promoção do bem-estar (Laverack, 2004).

Foram várias as declarações internacionais que contribuíram para legitimar a prática de promoção de saúde. Já na Declaração de Alma-Ata, a OMS reforça a necessidade de promover e proteger a saúde nos países em desenvolvimento e que o espírito de progresso deve ser assente na justiça social, tendo em vista a paz mundial (World Health Organization [WHO], 1978). No entanto, o grande incremento para a implementação dos cuidados orientados para a promoção da saúde, surgiu com a Carta de Ottawa em 1986, onde é definido pela OMS, que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade, onde esta deverá ser participativa, com o intuito de aumentar o controlo sobre a sua saúde e qualidade de vida, mediante a identificação e satisfação de necessidades, bem como através da modificação favorável do meio ambiente (World Health Organization [WHO], 1986).

A carta de Ottawa (OMS, 1986), como documento fundamental da promoção de saúde, estabelece que a intervenção neste âmbito está estreitamente relacionada com a construção de políticas saudáveis, com o reforçar a ação comunitária, com o desenvolvimento de competências pessoais, assim como com a reorientação de serviços de saúde (World Health Organization [WHO], 1986).

Nesta sequência, são exaltadas três importantes funções dos promotores de saúde, sendo elas: advogar, capacitar e mediar (Laverack, 2004).

Advogar no sentido de que se reflete fundamental, que fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam modulados de forma favorável à saúde.

Procurar a equidade em saúde no sentido de capacitar, com o objetivo de redução de diferenças no estado de saúde da população, assegurando oportunidade e recursos iguais, a fim de a capacitar para o seu potencial de saúde.

Mediar, uma vez que se verifica primordial a ação coordenada entre governo, setor saúde, setores económicos e sociais, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e comunicação social. Sai igualmente reforçada a importância dos profissionais de saúde neste processo de articulação, bem como a importância do envolvimento dos indivíduos, famílias e comunidades no mesmo processo (World Health Organization [WHO], 1986).

Através desta visão, pode-se considerar em termos gerais, que a promoção da saúde descreve uma relação entre o Estado (regulador de oportunidades de saúde), as economias de mercado

(criadoras de oportunidades e riscos de saúde) e os grupos comunitários (através de escolhas individuais ou coletivas, influenciam o Estado e as economias de mercado, assim como a sua própria saúde). A promoção da saúde trabalha para alterar e potenciar esta relação (Laverack, 2004).

Ao abordar a promoção da saúde, torna-se inerente para muitos autores, evocar também a educação para a saúde, sendo que o debate sobre a sobreposição destes conceitos tem sido uma constante ao longo do tempo.

A educação para a saúde representa na sociedade atual um aspeto crucial, no sentido em que nenhuma sociedade será globalmente saudável, se não estiver esclarecida dos fatores de risco passíveis de influenciar o aparecimento de doença e conseqüente perda de saúde e bem-estar. Nesta linha de pensamento, a educação para a saúde reflete o seu objetivo através da transmissão adequada de informação ao indivíduo, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção da doença, visando que os cidadãos melhorem a sua qualidade de vida e lhes seja possível tomar decisões conscientes e autónomas (Peixoto, 2013).

O processo educativo é assim visto como processo condutor de saúde, integrado no projeto de vida do ser humano, apresentando-se por isso a educação como um fator base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde. Desta forma, *“Só através do processo de educação recíproca e pessoalmente auto-dirigida, poderemos atingir os objetivos marcados à educação de adultos: a plenitude da realização pessoal e a participação plena na vida da comunidade.”* Mostra-se preponderante a participação comunitária para alcançar ganhos em saúde, sendo que a saúde comunitária não se torna viável quer com a ausência do envolvimento da comunidade, quer com a ausência deste processo educativo (Carvalho & Carvalho, 2006, p.17).

Educação para a saúde representa o conjunto de aprendizagens decorrentes de atividade intencional relacionadas com a saúde e doença, no intuito de provocar alterações no conhecimento e compreensão, assim como na forma de cogitar. Pode ser veículo para influenciar ou clarificar valores, pode reformar convicções e atitudes, pode ser elemento facilitador de aquisição de competências, podendo ainda guiar a mudanças comportamentais e de estilo de vida (Carvalho & Carvalho, 2006). Já Pender afirmava que a reconfiguração auto iniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial à mudança de comportamento, sendo este último o fim ou resultado de ação orientado no sentido de

obtenção de resultados de saúde positivos como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva (Tomey & Alligood, 2004)

É desta forma inquestionável que a educação para a saúde é um instrumento essencial para promover a saúde. Enquanto a educação para a saúde tem o intuito de informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas, a promoção da saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, permitindo que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade exaltem a saúde (Laverack, 2004).

Promover a saúde e educar para a saúde, revela-se nos dias de hoje uma questão de cidadania, sendo emergente o investimento e envolvimento de toda a sociedade nesta área, sobretudo daqueles que assumem responsabilidade, competência e capacidade, tomando como dever a promoção da saúde, prevenção da doença e bem-estar do indivíduo/comunidade. Refira-se que tal intervenção é pautada e influenciada pela dimensão social, cultural, espiritual e económica, tornando-se o conhecimento do contexto onde se insere a população bem como o conhecimento da sua realidade experimentada de suma importância (Peixoto, 2013).

#### **1.4.3 Intervenção comunitária e Empoderamento**

Antes de passarmos à análise de outros conceitos, considera-se relevante um breve esclarecimento sobre a definição de comunidade.

O conceito de comunidade apresenta-se controverso graças à sua polissemia, pois demonstra uma diversidade de sentidos, realçando a sua dimensão subjetiva. No entanto, pode ser utilizado para descrever aldeias, clubes, bairros ou mesmo grupos étnicos e nações refletindo neste contexto um sentimento de união e de senso de pertença a determinada coletividade. Denote-se que a comunidade abarca, para além de uma estrutura geográfica, múltiplas interações sociais contidas no interior desse espaço (Ramos, 2001).

A comunidade pode ser definida espelhando a sua existência em grupos organizados, francamente importantes para os seus membros individuais, que estes próprios identificam como a sua associação de grupo. Esta interpretação avança que intrinsecamente nas dimensões geográficas e espaciais da comunidade existem múltiplas comunidades e que cada indivíduo pode pertencer a diversas comunidades ao mesmo tempo (Laverack, 2004)

O mesmo autor enuncia quatro características da comunidade, sendo elas as seguintes:

- Uma dimensão espacial, (local ou lugar geométrico);
- Dimensões não espaciais (interesses, assuntos, identidades) que envolvem pessoas de uma outra forma, conduzindo à construção de grupos heterogéneos e díspares;
- Interações sociais e dinâmicas, que compelem as pessoas a relacionarem-se umas com as outras;
- Ação coletiva no sentido de identificar as necessidades e os interesses comuns.

Assim e conforme já abordado, a comunidade não se restringe ao espaço geográfico, mas reside, sobretudo, na interação das pessoas que estão no local e que normalmente apresentam necessidades coletivas, comuns a todos, além de outras específicas que, por meio da solidariedade e do movimento de todos os envolvidos, podem melhor ser resolvidas.

Contextualizando a intervenção comunitária, esta é um método social dirigido às comunidades, atuando no sentido de as adaptar e integrar às mudanças sociais.

A intervenção comunitária é uma metodologia de desenvolvimento social em que a sua finalidade se define essencialmente pela capacidade de promover a ação participativa da comunidade, suas organizações, grupos e pessoas. A participação é o expoente máximo das ações de desenvolvimento comunitário as quais se distinguem daquelas que introduzem mudança e melhoria nas comunidades, mas sem intervenção da população (Silva, 2002).

Em desenvolvimento comunitário, a participação é um objetivo de si mesmo, como veículo de desenvolvimento pessoal e coletivo que se visa institucionalizar, sendo que é mediante essa participação que o desenvolvimento humano e social progride. Essencialmente no que concerne à saúde dilatam os seus conhecimentos, refletem sobre necessidades e problemas da comunidade onde se encontram inseridos, integram-se na procura de resoluções, tornando-se mais conscientes da complexidade social, económica e política dos problemas.

É através desta perspetiva que a intervenção comunitária integra a população com quem trabalha como parceiros, estando sensibilizada e atenta às preocupações, interesses, necessidades e problemas destes mesmos parceiros, evidenciando assim uma partilha do saber e das responsabilidades.

Torna-se assim inquestionável o carácter multidimensional da intervenção comunitária, uma vez que esta *”faz apelo à colaboração inter-institucional e às organizações da comunidade.*

*Ao longo do seu sucesso de desenvolvimento, o conjunto das instituições e organizações parceiras vão-se organizando e diversificando a sua intervenção por forma a distribuir os recursos humanos e técnicos da maneira que melhor otimiza as suas potencialidades.”* Realce-se igualmente que a intervenção comunitária visa a participação esclarecida e responsável, encorajando o domínio de conhecimentos e técnicas partindo das necessidades sentidas com a intencionalidade de resolver problemas concretos (Silva, 2002).

É nesta sequência, e no seguimento de tal concetualização, que é referido como pertença dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, a gestão do próprio potencial de saúde, reforçando o conceito de empoderamento (Stanhope & Lancaster, 2008).

O conceito de empoderamento tem caráter evolutivo, adquirindo ao longo do tempo, crescente valor positivo e reconhecimento, sendo-lhe implícito a noção de que este deve ter origem no seio do grupo e não pode ser dado a um grupo ou comunidade (Laverack, 2004). Surge assim como corolário de uma evolução na conceção de autonomia e responsabilidades dos indivíduos, com intuito de ultrapassar as tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais de saúde, envolvendo e capacitando estes mesmos indivíduos para uma relação de parceria nos processos de saúde-doença.

Empoderamento é o termo designado pela OMS, que faz alusão ao processo no qual os indivíduos/comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para identificar e trabalhar os seus interesses, seguros que tais ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e ganharem controlo sobre as suas vidas. O empoderamento refere-se assim à expansão da liberdade de escolha e de ação, no sentido em que igualmente pode ser definido como um processo social, cultural, psicológico ou político mediante o qual os indivíduos e grupos estão aptos a expressar as suas necessidades, expor preocupações, projetar estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão, assim com executar ações políticas, sociais e culturais para responder às suas necessidades.

Uma organização “empoderada” é aquela que é gerida de forma democrática, partilhando os seus membros informações, controlando decisões, envolvendo-se de forma efetiva na conceção, implementação e controlo de esforços, a fim de concretizar por unanimidade, os objetivos delineados. Reflete-se deste modo, o empoderamento comunitário como conjugação do empoderamento das pessoas conjugado com o organizativo e transformações sociais e políticas (Laverack, 2004).

Esta perspectiva de empoderamento é reforçada pela carta de Ottawa, onde é evidente a importância atribuída ao reconhecer as pessoas como principal recurso para a saúde, apoiando-as e capacitando-as através do incremento de poder das comunidades, de forma a que as próprias sejam capazes de ter a posse e controle dos seus esforços e destino (World Health Organization [WHO], 1986).

Este conceito vê-se em muitos outros documentos potenciado, entre os quais se destaca a Conferência Internacional em Sundsvall onde o empoderamento das pessoas e a participação comunitárias são vistas numa abordagem democrática com força motriz de auto confiança e desenvolvimento sustentável (World Health Organization [WHO], 1991); a Conferência de Ljubljana (1996) que recomenda que as reformas sejam centradas nas pessoas, considerando as suas necessidades e expectativas, zelando para que a escolha dos cidadãos influencie francamente o *modus operandi* dos serviços de saúde (World Health Organization [WHO], 1996); a Declaração de Jakarta onde é referida a participação como elemento fundamental para sustentar esforços, uma vez que para ser eficaz é necessário que as pessoas estejam envolvidas na ação de promoção da saúde e no processo de tomada de decisão (World Health Organization [WHO], 1997).

O empoderamento comunitário pode ser interpretado com um contínuo, constituído pelas seguintes fases (Laverack, 2004):

- Ação pessoal – Trata-se do início, proporcionando uma sensação maior e mais forte de poder, integrando grupos ou organizações;
- Pequenos grupos dinamizadores – é o ponto de partida de ação coletiva, visando a aquisição de competências para o desenvolvimento social, nomeadamente para a criação de ligações interpessoais e coesão social;
- Organizações comunitárias – são ambientes organizativos, com estrutura e liderança estabelecidas que agregam pessoas para participarem em atividades sociais, dedicando-se aos seus interesses. Os seus membros mobilizam recursos, potenciando a transição dos pequenos grupos para a sociedade, ação social e política;
- Organizações comunitárias para desenvolver parcerias – o empoderamento deve concentrar-se no interesse comum que mantém os grupos unidos, mantendo e fomentando a relação de parceria, a fim de influenciarem eficazmente a tomada de decisão política;

Ação Social e Política – é o propósito explícito de provocar ação social e política, estando integrada no seu sentido de libertação, luta e ação política.

Assiste-se assim que ao longo deste contínuo de empoderamento, os indivíduos progredem de uma posição de ação pessoal até a ação social e política onde se encontram coletivamente envolvidos na resolução dos seus problemas identificados.

O empoderamento a nível comunitário situa-se nas ações coletivas que intentam a melhoria da qualidade de vida da comunidade e o incremento da participação cívica, bem como nas ligações existentes entre organizações e agências comunitárias que contribuem para a manutenção dessa qualidade de vida (Zimmerman, 1995).

## **1.5 Diagnóstico de saúde**

### **1.5.1 Método**

A investigação científica, por excelência, é o método que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. *“A investigação científica é um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos.”*(Fortin, Côté, & Filion, 2009, p.4) Acrescentado ainda pela mesma autora, a eleição da investigação científica como o método mais rigoroso e aceitável de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, uma vez ser sustentado por um processo racional.

Para a abordagem da fase metodológica considera-se pertinente situar, previamente, o contexto em que esta adquire sentido. A palavra Metodologia advém do grego, em que *meta* significa para além de; *odos*, caminho e *logos* de significado discurso ou estudo. Reconhece-se assim, a correspondência a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento, estudando os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações (Villelas, 2009).

É assim no decurso desta fase que o investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação, visando a obtenção de respostas para os problemas levantados. São integradas diversas etapas na fase metodológica, nomeadamente a definição

da população e respetiva amostra; elaboração de métodos ou escalas de medida; escolha dos métodos de colheita e análise dos dados assim como as implicações éticas.

Deste modo, destaca-se o rigor de que toda esta etapa de opções metodológicas deve ser alvo, assegurando a importância da fidelidade e validade dos métodos, contribuindo para o cariz científico do presente relatório, uma vez que as decisões tomadas na referida etapa, determinam o desenrolar do estudo (Fortin et al., 2009)

Partindo da inquietação que suscitou e desencadeou este estudo “Qual o Diagnóstico de Situação de Saúde no Bairro Dr. Mário Madeira” assim como da pretensão de se identificar necessidades e intervenções prioritárias, considerou-se que o mesmo se enquadra no paradigma quantitativo.

Paradigma este que traduz em números as opiniões e informações que posteriormente podem ser classificadas e analisadas, com vista à descrição e à explicação de fenómenos sobre o qual recaem as observações, preocupando-se com a validade e a fiabilidade, a fim de produzir generalizações teóricas (Villelas, 2009).

A metodologia quantitativa destaca as causas objetivas dos fenómenos fazendo a abstração da situação individual, apelando à dedução, às regras da lógica e medida. Decorrente desta orientação pode ser afirmado que a metodologia quantitativa “*É baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objectivos e comporta um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis.*” (Fortin et al., 2009, p.20).

Em consonância com objetivos delineados e inerentes à realização do diagnóstico de situação, o estudo em apreço é integrado nos estudos não experimentais, descritivos. “*A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação.*” (Fortin et al., 2009, p.34)

Face ao exposto é intenção transpor para este relatório a preocupação primordial em descortinar características fundamentais de fenómenos, descrevendo uma realidade particular – os indivíduos que integram os recursos do bairro em estudo – utilizando critérios sistemáticos que permitam analisar a estrutura e o comportamento dos fenómenos, visando generalizar os resultados à restante comunidade.

No que concerne à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal, pois de acordo com Villelas “*são estudos efectuados numa população para medir a prevalência de uma*

*exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico de tempo.”* (Villelas, 2009, p.136). Ideia esta corroborada por Fortin, afirmando que “ *O estudo transversal tem por objectivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus factores de risco numa dada população.*” (Fortin et al., 2009, p.252).

Deste modo, o presente estudo com a sua vertente transversal tem o intuito de avaliar as necessidades de cuidados de saúde, sendo igualmente útil para o planeamento dos mesmos. Refira-se que, este tipo de estudos são particularmente vantajosos no que concerne às doenças crónicas, assim com importantes na avaliação do impacto de medidas preventivas destinadas a reduzir as doenças na população (Villelas, 2009).

No domínio da investigação, o conceito de população é definida pelo conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões (Hill & Hill, 2000). Assim como diz respeito a todos os indivíduos nos quais se deseja investigar, tendo estes uma ou mais características comuns, encontrando-se num espaço ou território conhecido (Villelas, 2009). Torna-se assim fundamental precisar a população que é objeto de estudo – população alvo – representando “... *o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.*” (Fortin et al., 2009, p.311).

É sustentado nas noções supra citadas que a população alvo definida para este estudo foi constituída por toda a população trabalhadora dos principais recursos do Bairro Dr. Mário Madeira, sendo estes os seguintes:

- Escolas: Jardim de Infância (JI) Gil Eanes e Escola Básica (EB) Dr. Mário Madeira
- Centro de Dia da Sagrada Família (CD)
- Polícia de Segurança Pública (PSP) – Pontinha

Com o intuito da operacionalização do estudo e de modo a tornar possível tornar como foco a referida população alvo, procedeu-se previamente a uma reunião com os representantes quer do CD, quer da PSP, onde foram apresentadas as pretensões do estudo e expostos os motivos pelos quais se tornava imprescindível a colaboração destes recursos. Relativamente às escolas, por solicitação dos seus coordenadores, o contacto foi realizado por via telefónica e por *email*.

Após resposta positiva, por parte dos recursos assinalados, tornou-se essencial aferir quantos trabalhadores os integram individualmente, surgindo nesta sequencia a necessidade de definir uma amostra. “*A amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o*

*estudo.*” (Fortin et al., 2009, p.312), tornando-se essencial para o desenvolvimento do estudo, construir uma amostra em que, através da observação de uma porção relativamente reduzida de unidades, se evidenciem conclusões semelhantes aquelas que seriam exaltadas se a população na sua totalidade tivesse sido abordada.

É procurando o retrato mais fiel possível da população definida, e na tentativa de ir ao encontro de uma amostra representativa, visando a análise de dados da mesma, assim como retirar conclusões e extrapola-las, que se definiu o seguinte:

- Escolas (JI Gil Eanes e EB Dr. Mário Madeira)

População = 11

Amostra = 11 (100%)

- Centro de Dia da Sagrada Família

População = 17

Amostra = 17 (100%)

- Polícia de Segurança Pública (PSP) – Pontinha

População = 40

Amostra = 16 (40%)

Relativamente aos dois primeiros recursos enunciados, como se pode verificar, foi abordada a sua população de modo integral a fim de maximizar a representatividade das características que lhes são inerentes. Por sua vez, no que concerne à população referente ao último recurso, foi constituída uma amostra por conveniência ou acidental, sendo que “*a amostragem acidental consiste em escolher indivíduos pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento.*” (Fortin et al., 2009, p.321). Justifica-se a pertinência e seleção deste método de amostragem, após reunião com o Sub-Comissário da PSP, onde revela ser de extrema dificuldade reunir todos os profissionais para a participação no estudo, estando condicionado pela imprevisibilidade da profissão, trabalho por turnos, mobilidade a nível nacional, naturalidade e períodos de férias destes mesmos profissionais. Denote-se que as opções tomadas referentes ao processo de amostragem visam estimar com a máxima precisão possível, as características dos elementos destes recursos inseridos na comunidade, obtendo resultados fiáveis a fim de serem generalizados.

Analisando o descrito anteriormente, refira-se que de uma população constituída por 68 trabalhadores e respetiva amostra por 44 destes elementos, decidiu-se aplicar o instrumento de colheita de dados a cerca de 65% da população alvo.

Por conseguinte, um instrumento de colheita de dados é *“qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação.”*(Villelas, 2009, p.365). Transparece assim, de modo evidente, a relevância da recolha de informação pertinente e útil - colheita de dados - para a realização do diagnóstico de saúde da comunidade em estudo, tendo como fim último resumir as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar, estabelecendo a correspondência entre a teoria e os factos.

Prende-se com esta analogia, a intenção de dados atuais relativo ao domínio pessoal e ambiental dos trabalhadores que integram os recursos em estudo, assim como atitudes e motivações, optando-se pelo formulário como instrumento de colheita de dados.

O formulário é considerado um instrumento totalmente estruturado no qual se solicita aos sujeitos que respondam às mesmas perguntas, pela mesma ordem, recebendo estes o mesmo conjunto de opções para as suas respostas. Pode igualmente ser definido como uma interrogação particular sobre a esfera própria dos indivíduos, com o intuito de generalizar (Polit & Hungler, 1995).

A seleção do instrumento para a aplicação nos principais recursos do Bairro Dr. Mário Madeira, foi baseada não só no exposto anteriormente, mas também assente no conhecimento das características da população do bairro e dos trabalhadores que integram os seus recursos. Conhecimento esse absorvido através, quer da consulta de documentos como o Plano de Ação da UCC e resultados dos Censos 2011, disponibilizado pelo INE, quer das reuniões formais e informais com os Enfermeiros da UCC, que todos os dias trabalham a comunidade e que tão bem lhes reconhecem características próprias.

Atendendo a fatores como a multiculturalidade, carência económica, baixo grau de qualificação académica, espelho da comunidade em estudo, definiu-se o formulário como instrumento, uma vez que possibilita a recolha de dados através de um conjunto de questões estruturadas colocadas oralmente ao inquirido, sendo o inquiridor a preenche-lo, a fim de procurar uniformidade da apresentação e diretivas bem como o maior número de respostas possíveis.

Para uma melhor perceção do instrumento de colheita de dados, analisa-se de seguida as suas três partes constituintes:

- Folha de rosto (Apêndice 1), composta por uma nota introdutória relativa ao âmbito em que decorre o estudo assim como a sua intencionalidade/objetivo e temática. É igualmente expressa a importância da colaboração dos participantes para o desenvolvimento do referido trabalho, assegurando a confidencialidade e anonimato dos dados colhido, avançando também o tempo estimado para a aplicação do formulário.

- Primeira Parte, constituída pela ficha de avaliação de risco da Diabetes tipo 2.

Esta ficha de avaliação (DGS, 2008), é composta por 8 questões que para além de possibilitar aferir o risco de vir a ser portador de Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos, permite igualmente pelo cariz das suas perguntas, a caracterização estado-ponderal, estilos de vida e história pessoal e familiar de diabetes.

Refira-se que a opção pela aplicação desta ficha passou pela possibilidade, não só, de se colherem dados sobre uma patologia intimamente relacionada com as DCCV, constituindo esta um dos seus fatores de risco com maior expressão, mas também possibilitar o estudo desta população relativamente a uma patologia com incidência crescente a nível nacional.

- Segunda Parte, constituída por 5 questões, que tem a intenção de colher dados relativamente a estilos de vida e outros fatores de risco para o desenvolvimento das DCCV.

É de referir que até à obtenção do formulário como descrito anteriormente, decorreram diversas atividades a fim da aplicação do mesmo se tornar possível e ajustado à realidade de contacto.

Neste sentido e tendo em conta que a primeira parte do formulário se encontra previamente validada pela DGS, foi composto um esboço da segunda parte do formulário e submetido à apreciação de peritos na matéria, nomeadamente Enf<sup>ª</sup> Orientadora e Enf<sup>ª</sup> Coordenadora da UCC. Posteriormente foi elaborado o pré-teste (Anexo 1) a fim de se verificar a eficácia e o valor do formulário junto de uma amostra com características semelhantes às da população alvo. O referido pré-teste foi realizado a 15 funcionários da Junta de Freguesia (JF) da Pontinha, tendo sido para tal necessário a antecipada autorização da Enf<sup>ª</sup> Coordenadora da UCC, assim como a autorização da Sra. Presidente da JF (Apêndice 2) após prévio contacto telefónico, *email* e reunião presencial com sua representante.

O pré-teste foi aplicado num único momento, correspondente a um dia de semana, da parte da manhã, tendo sido este processo agilizado de forma a se obter uma amostra representativa das diversas categorias profissionais, evitando o seu enviesamento, com o intuito de espelhar de forma efetiva a realidade. Depois de aplicado o pré-teste e conhecendo o seu resultado (Apêndice 3), foram efetuados pequenos ajustes que residiam essencialmente em alteração da terminologia utilizada.

Posteriormente, realizou-se nova reunião com os peritos, já assinalados, para ultimar o formulário (Anexo 2) e proceder à sua aplicação nos recursos identificados no Bairro Dr. Mário Madeira, mediante prévia entrega de carta com respetivo pedido autorização aos coordenadores destes recursos para aplicação destes formulários (Apêndice 4).

Assim e de modo a que fosse possível obter o maior número de formulários preenchidos, a logística de aplicação destes últimos variou consoante as necessidades e rotinas aferidas junto dos coordenadores dos respetivos recursos

- Escolas (JI Gil Eanes e EB Dr. Mário Madeira)

O formulário foi aplicado em dois momentos diferentes, um em cada escola, ambos durante a semana, em horário laboral.

- CD da Sagrada Família

O formulário foi aplicado em um único momento, durante a semana, em horário laboral, ao início da tarde, onde foi possível ter acesso a toda a população trabalhadora que integra este recurso.

- PSP – Pontinha

O formulário foi aplicado em dois momentos diferentes, em horário laboral, da parte da tarde, tendo em atenção a rotatividade e o trabalho por turnos destes profissionais.

Os critérios para a aplicação do formulário resumem-se a ser trabalhadores com mais de 18 anos de idade, com atividade laboral num destes recursos comunitários. Refira-se também que o tempo médio de preenchimento foi cerca de 10 minutos, onde se cumpriram naturalmente exigências éticas que se impõem.

Tendo sido colhidos os dados, segue-se o seu tratamento, organização e ordenação, de onde será possível retirar conclusões gerais destinadas às questões que despertaram o estudo. O tratamento de dados foi realizado tendo por base uma abordagem quantitativa, cujo “*objetivo*

*é a generalização dos resultados para uma determinada população em estudo a partir de uma amostra, o estabelecimento de causa-efeito e a previsão de fenómenos”*(Villelas, 2009, p.308). Assim, a estatística descritiva consiste em destacar dados brutos de uma amostra de modo a que estes sejam facilmente compreendidos e muitas vezes apresentados em quadros e gráficos (Fortin et al., 2009).

Nesta sequência, foi transcrita toda a informação recolhida por meio do formulário para uma base de dados elaborada no programa Microsoft Excel assim como realizada a sua posterior análise estatística, sendo os resultados apresentados por meio de gráficos, com respetiva decomposição visando uma melhor compreensão dos mesmos.

Saliente-se que apesar da população em estudo ser constituída por profissionais de três recursos comunitários diferentes, esta foi abordada como um todo, sendo isso refletido quer a nível da colheita e tratamento dos dados, quer na apresentação dos mesmos. Foi assim pretensão não associar resultados a grupos profissionais mas sim à população integrante dos recursos no Bairro Dr. Mário Madeira.

Para uma melhor perceção, os resultados, que de seguida são expostos, serão apresentados em duas partes, a primeira onde serão evidenciados os resultados obtidos através das questões integrantes da ficha de avaliação de risco da diabetes tipo 2 e a segunda onde se aferem estilos de vida, fatores de risco e história familiar da doença.

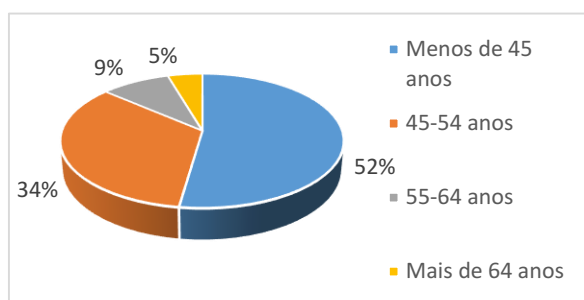
No entanto e antes de se passar para a já anunciada apresentação de resultados, refira-se, para além das atividades já descritas nos parágrafos antecessores, a participação no 9º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem que decorreu a 14 e 15 de Maio de 2015 com a apresentação do Poster “Plano Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – uma recensão crítica” (Apêndice 5).

## **1.5.2 Apresentação e Análise dos Resultados**

### Parte I

Atenda-se a que a população à qual foram aplicados os formulários é constituída por 44 indivíduos, dos quais 16 são do sexo masculino e 28 do sexo feminino.

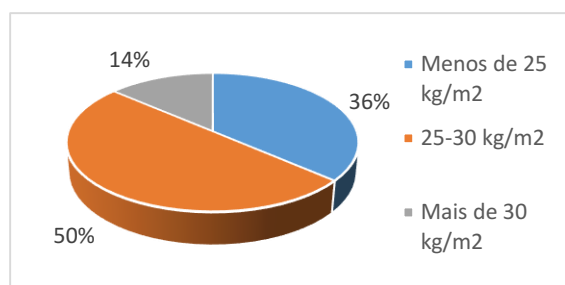
Mediante a análise do **Gráfico 1** verifica-se que 52% (23) dos inquiridos situa-se numa faixa etária inferior a 45 anos de idade, e que 34% (15) dos inquiridos integram o a faixa etária seguinte (45-54 anos de idade). Estes resultados são contrapostos à caracterização da população da população do Concelho de Odivelas, que segundo os Censos de 2011 e acompanhando a tendência nacional, confirma o envelhecimento da população das suas freguesias. Contudo os resultados obtidos são facilmente compreendidos, uma vez a população inquirida faz parte da classe trabalhadora, e portanto, indivíduos em idade ativa.



*Gráfico 1 – Distribuição segundo a idade*

O **Gráfico 2** representa o IMC da população inquirida, onde é evidente o escalão 25-30Kg/m<sup>2</sup> com uma representatividade de 50% (22), indicando que metade dos indivíduos em estudo apresentam excesso de peso, encontrando-se em situação de pré-obesidade e nesta sequência com risco para desenvolvimento da doença e suas comorbilidades (Saúde, 2012). Pode-se igualmente afirmar, relativamente aos resultados obtidos que 64% da população inquirida tem excesso de peso onde 14% já evidenciam obesidade.

Denote-se que a prevalência da pré-obesidade e da obesidade na população portuguesa adulta é avaliada através do IMC, apresentando prevalência média de cerca de 34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade (DGS, 2005).



*Gráfico 2 - Distribuição segundo o IMC*

Analisando os dois gráficos seguintes que correspondem à avaliação do perímetro abdominal, são evidentes contrastes mediante o sexo. Verifica-se que 56% dos inquiridos do sexo masculino (9) apresentam valores considerados saudáveis. Por sua vez e no que respeita ao sexo feminino 46% (13) dos inquiridos encontram-se inseridos no escalão superior a 88cm, traduzindo obesidade abdominal e conseqüente risco muito aumentado de desenvolvimento de patologia cérebro-cardiovascular. Atenda-se a que 70% da população total inquirida apresenta valores de gordura abdominal.

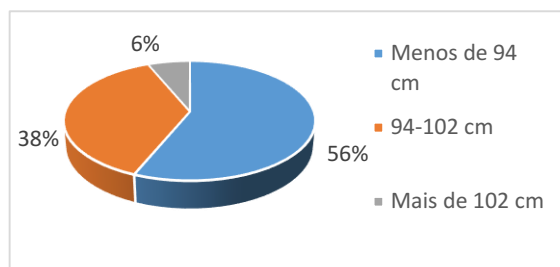


Gráfico 3 - Distribuição do sexo masculino, segundo o perímetro abdominal

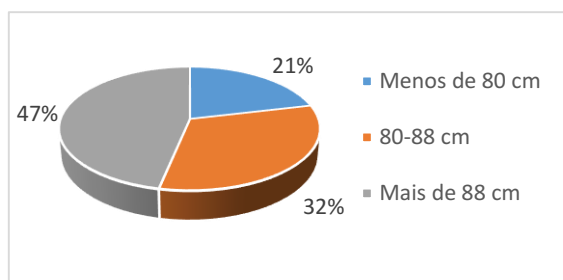
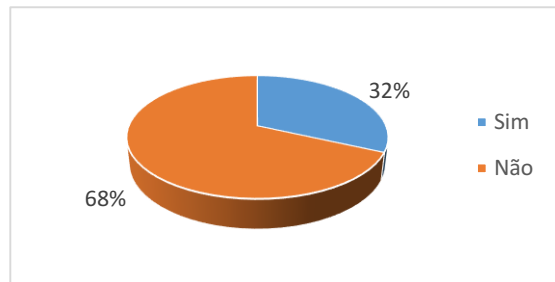


Gráfico 4 - Distribuição do sexo feminino, segundo o perímetro abdominal

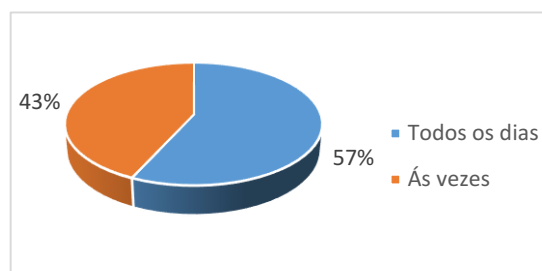
O **Gráfico 5** evidencia uma franca expressão da não realização de atividade física, com 68% (30) dos inquiridos a responderem “Não” ao teor da questão relacionada com a temática, e apenas 32% (14) dos inquiridos responderam afirmativamente.

Estes resultados vão ao encontro do que é avançado pela DGS, no sentido que no mundo inteiro, mais de 60% dos adultos não cumprem os níveis suficientes de atividade física que sejam benéficos para a sua saúde (DGS, 2007). Segundo o mesmo documento o sedentarismo é mais prevalente nas mulheres, o que não é passível de ser enunciado por estes resultados face à questão colocada mas poderá ser inferida uma vez que a população inquirida é maioritariamente do sexo feminino. Também a carência da prática de exercício físico está associada a indivíduos de grupos socio-económicos mais baixos, refletindo assim características do bairro em estudo.



*Gráfico 5- Distribuição relativa à prática de atividade física durante um período mínimo de 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre*

Com o intuito de aferir padrões alimentares saudáveis, nas rotinas diárias dos inquiridos e apurar o impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional, a distribuição das unidades de registo expressas pelo **Gráfico 6** apresentam-se relativamente homogêneas, uma vez que 57% (25) dos inquiridos refere que todos os dias ingere vegetais e/ou fruta e que 43% (19) o faz de forma esporádica. No entanto é do conhecimento comum de que a alimentação saudável deve ser baseada, em grande parte, na ingestão diária de produtos hortícolas e fruta, o que deste modo altera a primeira perceção apresentada por estes resultados.

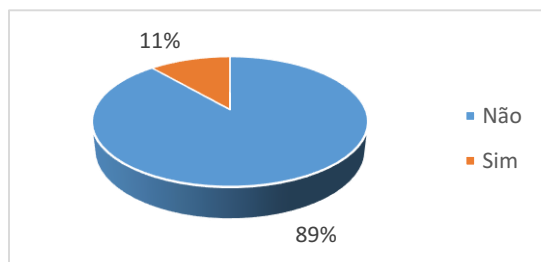


*Gráfico 6 - Distribuição quanto à regularidade com que ingerem vegetais e/ou fruta*

De acordo com o estudo “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013” elaborado no âmbito do trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DGS, 2012a), a taxa de prevalência da Hipertensão Arterial a nível nacional situa-se nos 26,9%, sendo mais elevada no sexo feminino (29,5%) do que no masculino (23,9%) e com maior expressão perante o avançar da idade (Macedo & Ferreira, 2013).

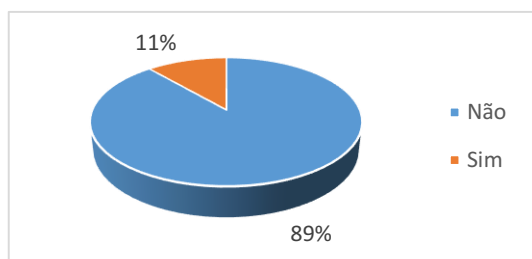
Analisando o **Gráfico 7** é possível constatar e com grande preponderância, que 89% (39) não tem história de terapêutica anti-hipertensora instituída, referindo apenas 11% (5) dos inquiridos o contrário. Enquadrando os resultados obtidos, refira-se que estes poderão estar

associados à faixa etária da população em estudo assim como ao possível desconhecimento, por parte destes indivíduos, da sua situação de saúde relativamente à hipertensão arterial.



*Gráfico 7 - Distribuição quanto à toma presente, ou não, de medicação para a HTA*

Mais uma vez e agora relativamente ao **Gráfico 8**, é espelhada a heterogeneidade de resultados, pois do número total de inquiridos 89% (39) referiram que, mediante seu conhecimento, nunca tiveram um episódio de hiperglicémia, enquanto que 11% (6) referem o contrário.



*Gráfico 8 - Distribuição quanto a episódio de hiperglicémia*

Em 2014 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,0%, podendo-se assim afirmar que 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (Correira et al., 2015).

Atendendo ao descrito anteriormente e no que concerne à história familiar de diagnóstico de diabetes, é passível de se verificar através do **Gráfico 9**, o reflexo disso mesmo, onde 48% (21) é o valor com maior expressão evidenciando a presença desta patologia no núcleo familiar. O segundo resultado com maior impacto diz respeito aqueles que não referiram história de diabetes na sua família, representando 41% (18) do total dos inquiridos.

Consta-se igualmente através da soma das partes que 59% (26) dos inquiridos tem familiares portadores desta doença.

O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,4 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2014, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 12% (Correira et al., 2015).

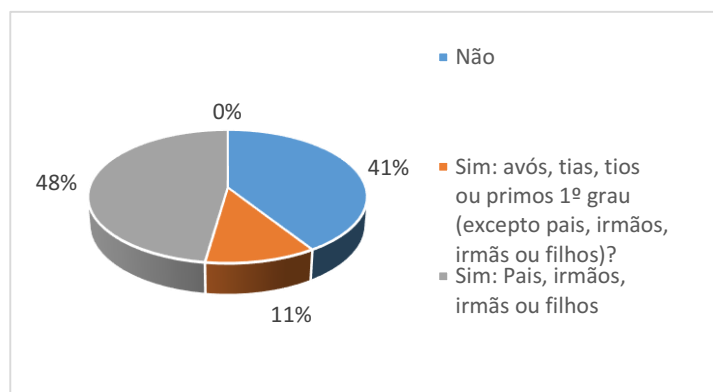


Gráfico 9 - Distribuição segundo história familiar de diabetes

A ficha de avaliação de risco utilizada na Parte I do formulário para além de possibilitar efetuar o levantamento de características, estilos de vida e alguns fatores de risco, permite igualmente e como já foi referido anteriormente avaliar o risco de ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos. O gráfico que de seguida se apresenta reflete-o.

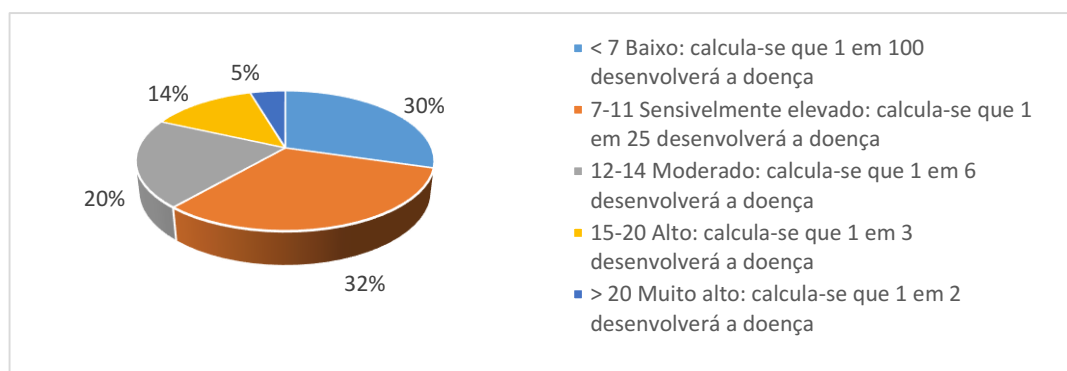


Gráfico 10 - Distribuição mediante o risco de vir a ter diabetes dentro de 10 anos

Através da análise do gráfico 10, verifica-se que 32% (14) detêm risco sensivelmente elevado de desenvolver a doença assim como 20% (9) têm um risco moderado, 14% (6) risco alto e 5% (2) possuem risco muito alto de desenvolver Diabetes e inerente a esse facto, aumentar a propensão para diversas comorbilidades e desenvolvimento ou agravamento franco de diversas patologias nomeadamente de DCCV (DGS, 2012).

É igualmente evidente, mediante observação gráfica que para 30% (13) dos inquiridos, se preveja um baixo risco de desenvolvimento da doença, sendo este o número de segunda maior expressão.

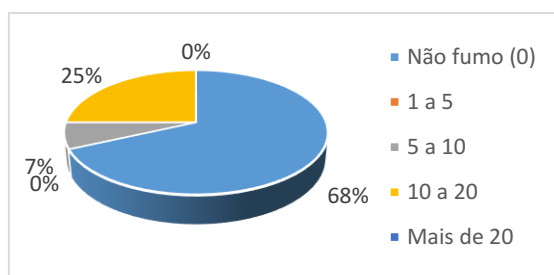
Segue-se a apresentação dos resultados, no que respeita à segunda parte do formulário aplicado. Uma vez mais foi objetivo através desta última, a recolha de informação referente a estilos de vida e historia familiares relativos às doenças cérebro-cardiovasculares.

## Parte II

Relativamente a hábitos tabágicos, tem-se conhecimento através das estimativas efetuadas no âmbito da iniciativa Global Burden of Disease (2010) que o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, pela morte de cerca de 11 000 pessoas fumadoras ou ex-fumadoras (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010)

Apesar deste grande impacto, o **Gráfico 11** revela claramente que a maioria dos inquiridos, 68% (30) não possui hábitos tabágicos. A percentagem que se segue com maior expressão é associada aos inquiridos que referiram fumar entre 10 a 20 cigarros por dia o que corresponde a 25% (11). Mencione-se a evidência de 2 escalões com fraca expressão 0%.

Pode-se assim inferir que o contraste entre a realidade nacional (Nunes et al., 2014) e a realidade estudada pode advir do facto da amostra inquirida ser maioritariamente do sexo feminino, encontrar-se inserida numa faixa etária não elevada, assim como o estar associada à categoria profissional destes indivíduos, refletindo assim já uma certa sensibilização desta população para o tabagismo enquanto fator de risco para o desenvolvimento de DCCV.



*Gráfico 11 - Distribuição de acordo com o número de cigarros fumados por dia*

Na sequência da análise do **Gráfico 12** torna-se perceptível na população inquirida um consumo não marcado de bebidas alcoólicas, onde 43% (19) dos inquiridos referiram não as ingerir e 30% (13) revelam um consumo esporádico das mesmas (2 a 3 vezes por mês).

Apenas 7% (3) dos inquiridos refere um consumo mais continuado de bebidas alcoólicas, referindo um consumo de uma ou mais vezes por dia.

Os dados objetivados não são concordantes com os valores avançados pelo relatório *World Health Statistics 2014*, que avança que cada português consome cerca de 13 litros de álcool por ano, sendo um dos países com maior expressão neste consumo, sendo ultrapassado apenas por países como Bielorrússia (17,5), Moldávia (16,8), Lituânia (15,4), Rússia (15,1), Roménia (14,4), Ucrânia (13,9), Andorra (13,8), Hungria (13,3), República Checa (13), e Eslováquia (13) (World Health Organization, 2014).

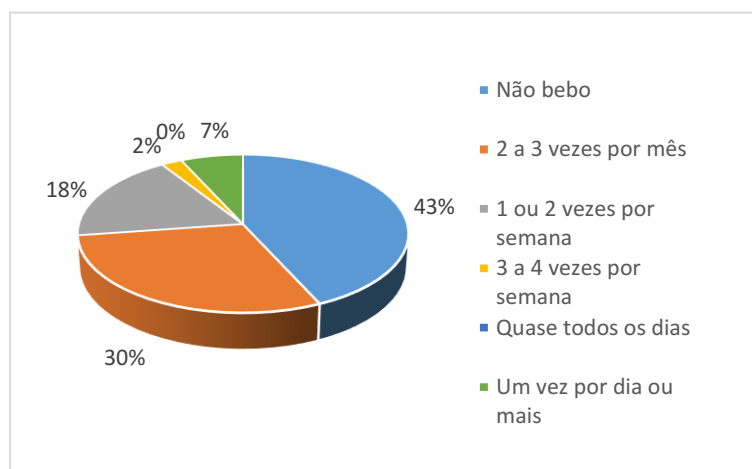


Gráfico 12 - Distribuição de acordo com a frequência de consumo de bebidas alcoólicas

O **Gráfico 13**, traduz o impacto de fatores de stress nas atividade de vida diárias dos inquiridos. Durante a aplicação do formulário muitos consideraram existir francos fatores de stress no seu quotidiano. Todavia referiram estarem habituados aos mesmos, gerindo-os da melhor forma. Assim e mediante observação gráfica, é evidente a sua distribuição heterogénia, onde 82% (36) dos inquiridos responderam não existir nas suas atividades de vida diária fatores desencadeadores de stress, como tal não é sentida a dificuldade, por parte destes, em controlar coisas importantes da sua vida. Em contraposição ao exposto estão 18% (8) dos inquiridos.

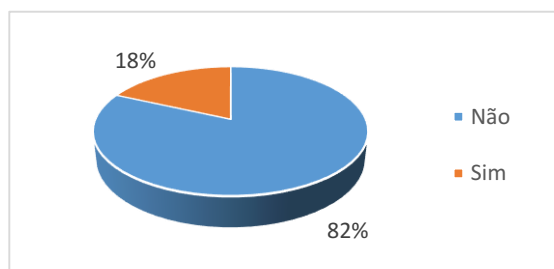
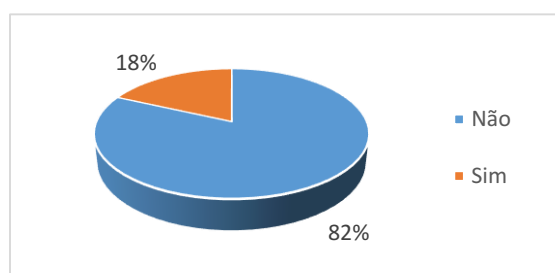


Gráfico 13 - Distribuição quanto à há dificuldade de gestão de fatores de stress

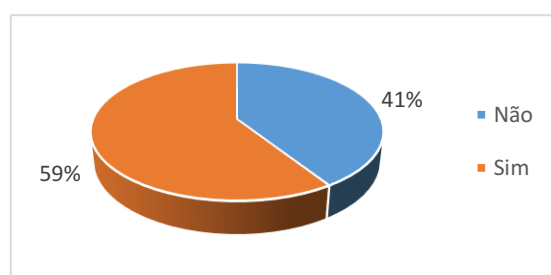
Relativamente à instituição terapêutica face à Hipercolesterolémia, no **Gráfico 14**, é evidente uma forte expressão por parte de 82% (36) dos inquiridos, referindo não ter história relativamente à mesma, onde por sua vez, apenas 18% (8) dos inquiridos refere toma regular ou passada de medicação para esta patologia.



*Gráfico 14 - Distribuição quanto à toma habitual, ou não, de medicação para a hipercolesterolémia*

A análise dos dois gráficos que se seguem permite analisar a história familiar relativamente às Doenças Cérebro-Cardiovasculares. O **Gráfico 15** possibilita perceber de forma simplificada se os inquiridos possuem membros da família aos quais terão sido diagnosticadas estas doenças. Para aqueles que responderam “sim” conforme gráfico 15, o **Gráfico 16** diz respeito à distribuição dos familiares dos inquiridos relativamente à/as DCCV, das quais são portadores.

Contata-se pois, que maioritariamente dos inquiridos 59% (26) são detentores de história familiar de DCCV, e que 14% (18) do total de inquiridos o mesmo não se verifica.



*Gráfico 15 - Distribuição de história familiar de doença, quanto às DCCV*

Destacando como principais DCCV o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doença Arterial Periférica (DAP), o **Gráfico 16** evidencia igualmente o diagnóstico múltiplo destas patologias. Deste modo e perante a análise do mesmo, sobressai com percentagem mais expressiva o AVC com 42% (11), seguido do EAM

e AVC com 23% (6). Os agrupamentos de patologias aferidas com menor expressividade foram o EAM e DAP 4% (1) assim como a DAP isoladamente, apresentando a mesma percentagem. Dos inquiridos, 23% referiram história familiar concomitante de EAM e AVC.

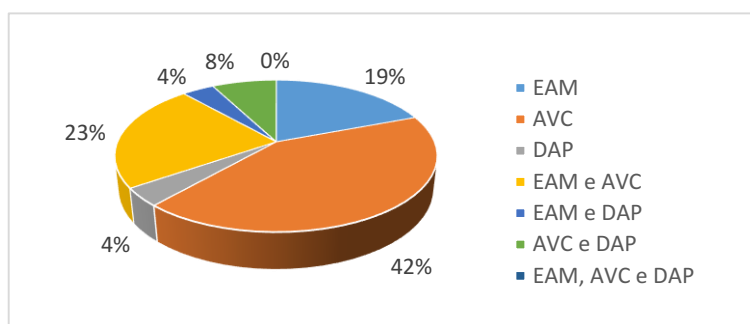


Gráfico 16 - Distribuição de acordo com o diagnóstico de DCCV, a elementos da sua família

Todos os determinantes de saúde e fatores de risco analisados, num ou noutro sentido influenciam diretamente o estado de saúde individual, familiar ou comunitário. Embora sendo indiscutível o sentido dessa influência, já é mais fácil ponderar o peso específico de cada um deles, independentemente de ser certo o impacto e a estreita relação com as DCCV (Jorge, 2014).

Como principais limitações da fase de diagnóstico, reconhece-se que poderá condicionar de alguma forma os resultados o facto de diagnóstico de saúde ser dirigido à população ativa e por isso alguns fatores de risco não serem tão evidenciados nos resultados, assim como a possibilidade de algumas pessoas inquiridas não terem o efetivo conhecimento da história familiar de doença.

### **1.6 Competências desenvolvidas / adquiridas**

O Módulo I de estágio correspondeu ao primeiro grande contacto com a intervenção comunitária. Neste sentido e a fim de captar e absorver a mais diversificada informação possível, partiu-se para o terreno integrando diversos projetos que, mediante o contacto com a população local, pudessem evocar características individuais, familiares e da comunidade onde agora me inserira, nomeadamente no que respeita ao seu contexto cultural, geográfico e sócio-económico.

Foi o decurso desta experiência, assim como o contacto com peritos, que possibilitou traçar o perfil de saúde, no âmbito das DCCV, da população trabalhadora que integra os principais recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira – Pontinha, identificando as suas necessidades em saúde.

Atendendo às particularidades encontradas na comunidade local e por consequência nos recursos que a constituem, assim como ao conhecimento sobre determinantes de saúde e indicadores epidemiológicos, elaborou-se o diagnóstico em saúde assente na metodologia do planeamento em saúde.

Todo este processo permitiu tomar conhecimento de pilares estruturais da intervenção comunitária, conduzindo à necessidade constante de mobilização de conhecimentos prévios das mais diferentes áreas, não só para compreender e acompanhar as mutações da comunidade, mas também para o desenvolvimento relacional e terapêutico com os indivíduos e famílias, promovendo igualmente uma relação de parceria e mediação com os recursos comunitários

É de salientar também que a realização do diagnóstico de saúde foi a concretização palpável do conhecimento já adquirido na área de planeamento, saindo daí reforçada a importância do processo de investigação na área de especialização, visando a conceção e planeamento de projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde nos mais diferentes contextos, indo assim ao encontro do diagnóstico realizado e procurando a cientificidade da profissão.

## 2. MÓDULO II – PROJETO DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE – PONTINHA

Relembre-se que, após a apreensão da realidade local, contacto com a intervenção comunitária em seus diferentes âmbitos, conhecimento de sinergias entre recursos comunitários, e coexistindo interesses pela temática de Prevenção das DCCV, partiu-se para a realização do diagnóstico de saúde. Este último teve como população alvo, os trabalhadores dos principais recursos comunitários (JI Gil Eanes, EB Dr. Mário Madeira, CD, PSP), geograficamente situados no bairro Dr. Mário Madeira. Em conformidade, e após a aplicação de formulários, obtiveram-se resultados que refletem essencialmente estilos de vida, fatores de risco e história familiar de DCCV.

Mediante a realização do diagnóstico de situação, assim como através da observação e contacto com peritos ao longo do tempo de estágio foi possível identificar problemas de saúde e levantar necessidades. A hierarquização dos mesmos é feita na segunda fase do planeamento, intitulada definição de propriedades.

Esta fase tem pelo menos duas dimensões: tempo e recursos. Refira-se que a temporal deriva do facto das necessidades serem recorrentes, no sentido de alcançar e satisfazer as do presente sem esquecer as do futuro e que por sua vez, a dimensão dos recursos deriva da impossibilidade de satisfazer as necessidades de todos, pelo que importa decidir quais os mais beneficiados com as intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com a noção plena e real de que não é possível nem viável resolver todos os problemas identificados nem satisfazer de forma total as necessidades encontradas, para a seleção de prioridades, foram considerados elementos como o horizonte do projeto e a área de programação. Como critérios utilizados destaca-se a magnitude – caracterizar o problema pela sua dimensão; a vulnerabilidade – possibilidade de prevenção; a evolução – possibilidade de um problema se agravar; a irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências – dar maior prioridade às doenças que provocam estas situações (Imperatori & Giraldes, 1993).

Mencione-se que a definição, escolha ou seleção de prioridades é condicionada pela etapa anterior – diagnóstico de situação – sendo determinante para a seguinte – fixação de objetivos.

É atendendo à conjuntura acima referida, que se visou dar resposta ao objetivo definido para o Módulo II, no sentido de elaborar e implementar um projeto de intervenção (Apêndice 6), em particular, na comunidade da Pontinha. Nasce assim, o projeto “**Agir para Prevenir**”, direcionado para a Prevenção das DCCV, com enfoque nos estilos de vida saudáveis. Saliente-se que na fase de intervenção deste projeto, a população alvo foi alargada à população estudante, trabalhadora ou residente na comunidade da Pontinha, tendo como intencionalidade uma maior disseminação da informação, assente na articulação de recursos comunitários. O projeto “Agir para Prevenir” é estruturado, essencialmente, em 3 eixos de intervenção e em duas fases de operacionalização, que mais à frente serão explicadas.

Ressalve-se que, no caso concreto deste trabalho, a seleção de prioridades é ponto de convergência com um dos eixos acima mencionados, onde é fomentada a voz ativa e o poder decisório da comunidade, como se reflete no capítulo seguinte.

Para que seja de mais fácil apreensão, o relato do projeto será dividido e apresentado nos seus eixos constituintes.

## **2.1 Fundamentação do projeto “Agir para Prevenir”**

O conhecimento preciso da realidade nacional, assente em elementos estatísticos credíveis e facilmente acessíveis, constitui um fundamento essencial para o planeamento consistente e subsequente decisão estratégica fundamentada.

As DCCV, nomeadamente o AVC e a doença coronária, assumindo o EAM a sua maior representatividade, avocam na atualidade franco carácter multidimensional assim como graves consequências, negativas e diretas para o cidadão, sociedade e sistema de saúde, determinando-se pois, que estas sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública que urge minorar (Direcção-Geral da Saúde, 2012a).

É derivado do acima exposto que se assume as DCCV como a principal causa de morte em Portugal, representando também uma das maiores causas de internamento hospitalar,

obrigando por isso a uma abordagem integrada dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade afetos a estas doenças.

Denote-se que em 2013 os números para óbitos de residentes em Portugal fixou-se em 106545, assumindo as mortes naturais, ou seja, as motivadas por doenças, uma representatividade de 94,4% do total (100 530 óbitos). No mesmo ano, como expectável, morreu-se principalmente devido a doenças do aparelho circulatório, registando-se 31 528 óbitos, ou seja, 29,5% do total de óbitos (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

No grupo das causas motivadas por doenças do aparelho circulatório destacaram-se 12 273 óbitos motivados por doenças cerebrovasculares e 6 936 por doença isquémica do coração. Os óbitos de residentes na região Norte representaram 30,2% dos óbitos ocorridos no país por doenças do aparelho circulatório, verificando-se proporções de 25,7% devidas a estas causas para os residentes nas regiões Centro e Área Metropolitana de Lisboa (Instituto Nacional de Estatística, 2015)

Perante os números apresentados, torna-se indiscutível o importante impacto económico que decorre da incapacidade provocada por estas doenças, bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento. No entanto, também o progresso verificado na evolução dos diferentes indicadores, resulta da conjugação de dois fatores: a eficácia das medidas genéricas de prevenção, com ênfase na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção de fatores de risco modificáveis, associada a um avanço significativo na terapêutica das formas de apresentação mais graves. Desta conjugação será possível obter uma redução considerável da carga global de DCCV com relevante impacto social.

Encontram-se já identificados os fatores que aumentam o risco de DCCV, podendo a ausência destes diminuir, até uma década, o momento do episódio de desenvolvimento desta doença. De referir que alguns destes fatores são passíveis de serem identificados pela própria pessoa, embora outros não o sejam, residindo neste último grupo fatores como a idade mais avançada, o género masculino e a hereditariedade (Stanhope & Lancaster, 2008).

Por sua vez, e integrando os principais fatores de risco modificáveis, tratados ou controlados por mudanças de estilo de vida, encontra-se o tabagismo, a hipercolestolemia, a hipertensão, o sedentarismo, a diabetes e maus hábitos alimentares. Refira-se que foi assente na auscultação destes fatores, que se tornou possível enunciar o panorama encontrado na comunidade trabalhadora dos principais recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira,

O reconhecimento da importância das medidas de prevenção, na redução da incidência e carga de doença na população, implica a definição de uma estratégia integrada, com múltiplos pontos de conexão e interdependências com outros programas nacionais. O aprofundamento de iniciativas comuns alargadas levará à criação de sinergias com grande utilidade e repercussões benéficas na saúde e condição de vida.

## **2.2 Objetivos de Intervenção**

Para o projeto, definiu-se como objetivo geral:

- Promover a saúde e prevenir a doença mediante a adoção de estilos de vida saudáveis.

Como objetivos específicos:

- Realizar sessões de educação para a saúde (SEPS), junto da comunidade, conducentes à adoção estilos de vida saudáveis;
- Proporcionar o conhecimento dos resultados obtidos no diagnóstico de situação, aos recursos comunitários em estudo, promovendo o seu envolvimento no desenvolvimento do projeto;
- Capacitar para o reconhecimento e intervenção de vítima em paragem cardio-respiratória (PCR).

A resposta efetiva aos objetivos específicos de intervenção e respetivas atividades foram programados em 2 fases e orientados em 3 eixos os objetivos operacionais. Refira-se que a primeira fase corresponde ao período de duração do Módulo II de Estágio e, por sua vez, a segunda fase ao Módulo III e à continuidade do projeto a efetuar pela equipa da UCC, em data a definir por esta. Ambas as fases foram norteadas nos eixos – Alimentação saudável, Suporte Básico de Vida e Sessões de trabalho com parceiros comunitários.

Nesta sequência, os objetivos operacionais traçados na **Fase 1** foram:

- a) Agendar reunião com a Presidente da JF Pontinha – Famões e/ou seu representante;
- b) Divulgar o projeto e resultados do diagnóstico de saúde junto dos parceiros/recursos da comunidade;

- b) Divulgar o projeto e resultados do diagnóstico de saúde junto dos parceiros/recursos da comunidade;
- c) Procurar estabelecer parcerias com outros agentes da comunidade que permitam alargar os *settings* de intervenção deste projeto para a comunidade;
- d) Programar Sessões de Educação para a Saúde (SEPS) nas escolas/comunidade escolar;
- e) Realizar sessões de formação em SBV para profissionais de saúde e para ajudantes familiares.

### **2.3 Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado”**

Consciente do facto de que entre os determinantes de saúde, os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo, tornou-se fundamental o cruzamento de dados obtidos no diagnóstico de situação realizado e opiniões de peritos sobre a temática em contexto de estágio, optando-se nesta sequência por abordar a alimentação, no sentido da sensibilização para a adoção de comportamentos saudáveis, promotores da saúde.

Foi assente na máxima, de que a alimentação é um determinante vital para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, assim como nas diretrizes emanadas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) que nasceu um dos eixos constituintes do Projeto de intervenção “Agir para Prevenir”.

Integrado na de Saúde Escolar (2015-2016), encontra-se em desenvolvimento na UCC, um projeto de promoção da alimentação saudável e do exercício físico intitulado “Aprende a comer e toca a mexer”. É neste contexto e visando também atender às necessidades do serviço que foi planeado um dos eixos estruturais do meu projeto.

O eixo Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado” tem como fim a promoção da saúde na comunidade escolar, e a prevenção da doença, tendo em vista a inversão da tendência crescente para perfis desta última, mediante o incentivo de consumo de produtos hortícolas, promoção do consumo de sopa no quotidiano e o reforço da importância da ingestão de água.

Foi consciente de que a escola é um local estratégico para a educação alimentar e com franca intenção de promover as competências socio emocionais dos alunos, a fim de contribuir para o desenvolvimento de autoconhecimento e tomada de decisão responsável desde idades

precoces que foram planeadas SEPS (Apêndice 7), no âmbito da alimentação saudável. Estas direcionaram o seu foco para a importância da sopa, reforçando assim o que é preconizado pelo Plano Nacional para a Alimentação Saudável, no intuito de incentivar a reformulação nutricional, motivando para um maior consumo de água e produtos hortícolas, integrando-os na rotina diária (Direcção-Geral da Saúde, 2012b).

Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional da população, tem impacto direto na prevenção e controlo de doenças altamente incidentes e prevalentes na realidade nacional, entre as quais as DCCV (DGS, 2015b).

Saliente-se que ao intervir por meio da saúde escolar, a população alvo não se restringe aos alunos, mas sim à comunidade escolar, nomeadamente os pais. É muitas vezes inerente ao processo, mas também fundamental, promover a transmissão de informação de filhos para pais, onde os alunos se tornam muitas vezes catalisadores de alteração progressiva de comportamentos, promovendo a adoção de estilos de vida mais saudáveis para os próprios e para os que os rodeiam.

Tendo por base todo este contexto, na **Fase 1** do projeto, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Compilação e estudo da informação integrante do projeto de Saúde Escolar. Visou compreender melhor os objetivos do projeto em curso, assim como criar elos de ligação com a temática da prevenção das DCCV;
- Realização de reunião com a Enf<sup>a</sup> Orientadora e com responsáveis da Escola Mário Madeira e Melo Falcão. Refira-se que a temática foi desde início bem aceite, mostrando os outros profissionais disponibilidade para colaborar;
- Elaboração de material didático e audiovisual (roda dos alimentos 3D, cabaz de produtos hortícolas, cartazes com as vantagens da sopa, slides, vídeo, diplomas de presença (Apêndice 8));
- Apresentação de 2 SEPS Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado” (Apêndice 9). De acordo com o projeto de saúde escolar da UCC, as sessões foram realizadas para os alunos integrantes do 2º ano de escolaridade das escolas EB Mello Falcão e EB Dr. Mário Madeira. Estas sessões foram de componente teórico prática, mediante a dinamização e rotação de bancas práticas, com colaboração da Enf<sup>a</sup> Orientadora, onde se preconizou uma abordagem ativa da temática com intuito de ir ao encontro das características e colmatar as dificuldades encontradas na população alvo. Refira-

se que foi evidente a motivação e participação dos intervenientes em todas as atividades sugeridas ao longo da SEPS, assim como a expressão da pertinência do tema e sua forma de abordagem, por parte dos docentes.

#### **2.4 Suporte Básico de Vida (SBV)**

A paragem cardíaca súbita afeta milhares de pessoas, por ano, em toda a Europa, sendo as doenças cérebro-cardiovasculares uma das suas principais causas. A possibilidade de recuperar uma vítima em PCR com sucesso diminui cerca de 10% a cada minuto que se segue (European Resuscitation Council, 2011).

É consciente desta realidade, reforçada pela minha experiência profissional no âmbito da emergência e trauma, que cada vez mais faz sentido capacitar para o reconhecimento e intervenção precoces em situações de risco de vida iminente.

Suporte Básico de Vida, pode ser definido como o conjunto de procedimentos que pode prevenir lesões dos órgãos vitais, tais como o cérebro e coração. Na sua essência, trata-se de uma compilação de medidas e procedimentos técnicos, que permitem ganhar tempo, mantendo alguma circulação e ventilação na vítima até à chegada de um socorro mais diferenciado, capaz de instituir procedimentos de Suporte Avançado de Vida (Valente & Catarino, 2012).

No contexto de estágio, e perante a sensibilidade e interesse da equipa de profissionais da UCC pela temática, identificou-se mediante conversa com os elementos da mesma, a necessidade de formação sobre SBV para a atualização de conteúdos e treino prático. Foi também possível ir ao encontro de uma prioridade já definida pela UCC, mas ainda não operacionalizada por falta de recursos e meios, no sentido de levar noções de SBV para ajudantes familiares, integrando o projeto UCC – “Formar para cuidar”.

Neste sentido, foram desenvolvidas na **Fase 1** do projeto, as seguintes atividades:

- Realização de reunião de agendamento com a Enf<sup>a</sup> Orientadora, Enf<sup>a</sup> Sílvia Matias (representante do projeto “Formar para Cuidar”) e representante do CD da Urmeira;
- Elaboração e reunião de material audiovisual e treino (slides, vídeo, manequim, material adjuvante da via aérea);

- Criação de panfleto resumo (Apêndice 10) com conceitos chave para melhor acompanhamento da sessão e para melhor preparação dos formandos para a abordagem prática;
- Apresentação da sessão de formação “SBV”, com componente teórico-prática para profissionais de saúde da UCC. Os conteúdos apresentados foram desenvolvidos para uma audiência especializada. A sessão teve grande aceitação, estando presente toda a equipa da UCC, demonstrando manifesto interesse, colaborando quer na parte mais expositiva, abrindo espaço para debate, quer na parte prática, participando na simulação de cenários com abordagem à vítima em colapso, seguindo o algoritmo do SBV;
- Apresentação da sessão de formação “SBV” (Apêndice 11,12 e 13), com componente teórico-prática para ajudantes familiares, no Centro de dia da Urmeira, integrando o projeto “Formar para Cuidar”. Os conteúdos apresentados na sessão foram adaptados ao público-alvo, tendo em conta que os seus elementos não são profissionais de saúde. Aqui mais uma vez conseguiu-se, com a colaboração dos seus intervenientes, criar uma sessão dinâmica, provida de grande interação e orientada para responder às necessidades exaltadas por estes. Refira-se que esta sessão foi dividida em dois momentos, executada em dias diferentes para melhor assimilação dos conteúdos por parte dos formandos e por uma questão de adaptação aos horários e dinâmicas do CD. No fim da sessão foi aplicado um questionário (Apêndice 14), onde as pontuações obtidas variaram entre os 3 e os 5 pontos, numa escala de 1 a 5, refletindo a apreensão de conteúdos-chave por parte dos formandos.

## **2.5 Sessão de trabalho com parceiros comunitários**

Após colheita e análise de dados na fase de diagnóstico de situação, materializaram-se algumas suspeitas, não deixando de obter resultados surpreendentes no âmbito das DCCV e seus fatores relacionáveis.

Perante um sentimento de compromisso para com aqueles que colaboraram na fase de diagnóstico do projeto, tornou-se objetivo dar a conhecer a estes, os resultados do mesmo. Foi então neste contexto, e atendendo à realidade circundante, que ganhou forma a

consciencialização plena que deveriam ser estes indivíduos os atores principais de um eixo estruturante do projeto “Agir para prevenir”.

Houve assim a pretensão que neste eixo, fosse a própria comunidade a retirar conclusões dos resultados obtidos, e que em parceria se encontrassem orientações estratégicas para, em certa medida, criar soluções para os principais problemas identificados e colmatar as principais necessidades assinaladas. Teve-se a intencionalidade de ouvir e dar voz àqueles que integram a comunidade e que melhor conhecem os seus recursos, reunindo e articulando esforços para alcançar o bem-estar comum.

Para que tal fosse possível, foram desenvolvidas na **Fase 1**, as atividades que se seguem:

- Contacto com os representantes dos recursos comunitários (Junta de Freguesia Pontinha-Famões, PSP – Pontinha, Escola Dr. Mário Madeira, JI Gil Eanes, Centro de Dia da Sagrada Família), no sentido de aferir interesse em continuar a integrar o projeto. A resposta foi positiva por parte de todos os recursos comunitários, demonstrando franca disponibilidade para colaborar no desenrolar do projeto;
- Realização de reunião com a Presidente da JF e seus colaboradores para apresentação do projeto;
- Agendamento de duas sessões de trabalho. Uma vez não ter sido possível programar a sessão de trabalho num único momento devido a incompatibilidade horária dos intervenientes. Denote-se que uma foi realizada em espaço físico cedido pela JF e outra nas instalações da UCC;
- Criação de folha de divulgação das sessões de trabalho, entregue nos recursos em causa;
- Elaboração e reunião de meios audiovisuais;
- Apresentação das sessões de divulgação dos resultados obtidos através do diagnóstico de saúde. Acresceu a locução de um vídeo sobre estilos de vida saudáveis, servindo de motor de arranque para promover a dinâmica de grupo, aferindo ideias e sugestões dos parceiros (Apêndices 15 e 16). Refira-se ainda que o painel foi composto por representantes e colaboradores dos recursos comunitários supra citados, existindo uma grande interação e produtividade por parte dos seus elementos;

- Criação de folheto motivacional – estilos de vida saudáveis (Apêndice 17). Entregue aos intervenientes nas sessões;
- Compilação das ideias e sugestões resultantes das sessões de trabalho;
- Criação de logotipo para o projeto “Agir para Prevenir” (Apêndice 18). De forma a mais uma vez envolver a comunidade no projeto solicitou-se a responsáveis pela Escola Melo Falcão para desafiar os alunos do 2º ano a desenhar o que entendiam estar relacionado com doenças cérebro-cardiovasculares. Nesta sequência o logotipo do projeto é inspirado nos desenhos recolhidos;
- Criação de documento escrito para apresentar na JF, com os resultados das sessões de trabalho (Apêndice 19);
- Reunião com representante da JF para entrega do já referido documento.

Na sequência da reunião de parceiros, foram diversas as estratégias e atividades sugeridas por parte do painel. Seguidamente são apresentadas, encontrando-se divididas em 3 temáticas, assinaladas como principais focos passíveis de intervenção, visando resposta aos problemas encontrados.

### **Prática de Atividade Física**

- Grupo de Caminhadas:
  - Caminhadas realizadas em grupo, aumenta o fator motivacional;
  - Existência de um “*team leader*” com função de reunir, incentivar e motivar os participantes. Foi referido que este devia ser alguém respeitado e de referência para a comunidade local;
  - Caminhadas vigiadas (apoio da PSP) e com percursos planeados;
  - Ciclovias (estacionamento indevido condiciona as caminhadas);
  - Caminhadas que possam relacionar o fator exercício com a componente cultural;
  - Utilizar a Eco Pista Paiã;
  - Utilizar espaço da GNR.
- Demonstrações/aulas de atividade física:
  - Aulas de zumba e dança

- Demonstração por parte de clubes/escolas da sua prática. Ex. Artes marciais, ténis, futebol.

As duas sugestões acima enunciadas foram propostas como atividades, no seu início, sem custos para os participantes, tendo sido visto igualmente benéfico para quem lecionar estas aulas, no sentido de as publicitar e dar a conhecer à comunidade local.

- Criar ou reaproveitar zonas verdes com máquinas de manutenção.
- Reavivar o grupo desportivo da JF Pontinha –Famões.

### **Alimentação Saudável**

- Workshop / showcooking
  - Dicas para cozinhar mais rápido (identificou-se a falta de tempo no quotidiano como uma limitação para o consumo de alimentos mais saudáveis);
  - Transmitir a ideia que comer bem não significa comer mais caro;
  - Encontro culinário, onde haja partilha de sugestões e receitas saudáveis, trabalhando-se também assim o fator motivacional e troca de experiências;
  - Concurso “prato saudável” para restaurantes locais (visando igualmente a promoção da gastronomia/estabelecimentos locais).

### **Gestão do stress**

- Massagem de relaxamento, mediante a realização de atividades ou sorteios;
- Atividades de bem-estar voluntariado, ex. yoga, pilates.

A realização destas atividades foram sugeridas no mesmo contexto que as Demonstrações/aulas de atividade física, no sentido de serem desenvolvidas sem custos iniciais, assente em interesses mútuos.

Em suma e face ao exposto, salienta-se que foi da maior importância a parceria estabelecida com aqueles que melhor conhecem e que mais podem ajudar na mutação da

comunidade, empoderando-a. Como resultado reflete-se um enunciado de várias as estratégias e atividades que convergem para um objetivo único assente na aquisição de estilos de vida saudáveis, atendendo neste caso em particular, para a prevenção das DCCV, tendo por fim último o bem-estar individual e da comunidade.

Mesmo tendo plena consciência de que a avaliação do projeto de forma efetiva só possa ser realizada a longo prazo, já na sua fase 2 e no âmbito da intervenção futura da UCC, que dará continuidade ao trabalho iniciado, considerou-se sobejamente preponderante para o projeto “Agir para Prevenir” criar um eixo estrutural, como o exposto, que emergisse da comunidade para a comunidade.

### 3. MÓDULO III – EXTENSÃO DO PROJETO “AGIR PARA PREVENIR”

Como referido anteriormente, o projeto de intervenção desenvolvido – “Agir para Prevenir”, no que concerne à sua dimensão temporal, foi inicialmente delineado para decorrer em duas fases, sendo que, a fase primeira corresponde às atividades desenvolvidas no Módulo II de estágio, e a segunda corresponderia, inicialmente, já a uma intervenção levada a cabo pela equipa da UCC.

Contudo, quando já se avistava o Módulo III e se ponderava a sua orientação num outro sentido, emerge o interesse manifestado por parte da equipa da UCC em continuar a abraçar o projeto iniciado, enunciando como necessidade, se de igual interesse fosse para mim, de prolongar o projeto de intervenção para o módulo que se seguia. Confesso que foi uma hipótese que me atraiu de imediato, uma vez que refletia um modo de continuar a desenvolver e a integrar ativamente o referido projeto, assim como o caminhar ao encontro da vontade manifestada pela UCC.

Foi decorrente destas sinergias que se validou, junto da En<sup>fa</sup> Orientadora, En<sup>fa</sup> Coordenadora da UCC e Professora Orientadora, a possibilidade da realização de estágio correspondente ao Módulo III, no mesmo local, assente num processo de continuidade, assim como o levar mais além aquilo que já se tinha construído, continuando por isso, de forma inequívoca, a beber conhecimento e adquirir competências na área da intervenção comunitária, proporcionado por tal local de estágio.

#### **3.1 Objetivos de Intervenção**

Para o Módulo III, definiu-se como objetivo geral:

- Dar continuidade ao projeto “Agir para Prevenir”

Como objetivos específicos:

- Realizar atividades promotoras do projeto junto dos recursos comunitários, promovendo a articulação entre os mesmos;
- Promover junto da comunidade a adoção de estilos de vida saudáveis.

Recorde-se que o projeto “Agir para Prevenir” ganha forma através dos seus três eixos orientadores, sendo eles: Alimentação saudável – “Sopa? Sim, obrigado”; Suporte Básico de Vida e Sessões de trabalho com parceiros comunitários.

Visando a consecução dos objetivos acima referidos, foram desenvolvidas diversas atividades que pretenderam envolver e agregar recursos comunitários ao projeto em desenvolvimento, que de seguida são descritos, por motivo de coerência e como realizado anteriormente, a partir dos eixos acima referidos.

### **3.1 Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado”**

Atendendo à reação, motivação e pró-atividade por parte dos alunos alvo das SEPS realizadas sobre esta temática no módulo anterior (Fase 1), assim como o *feedback* francamente positivo emitido pela restante comunidade escolar, e ainda pela equipa da UCC, considerou-se fundamental, agora no Módulo III, prosseguir com o caminho iniciado e disseminar a essência e a importância da mensagem associada ao tema.

O eixo em análise, **Fase 2** teve como objetivo continuar a sensibilizar para a temática da alimentação saudável, com enfoque na importância da sopa, tendo em vista a aquisição de conhecimentos no âmbito da alimentação saudável, bem como a escolha informada por parte destes alunos no que concerne aos seus hábitos alimentares. Desta forma foi alargado o número de turmas alvo da SEPS, integrando o projeto da UCC - saúde escolar, e seu plano de atividades. Por conseguinte não só se conduziu mais além, a promoção da saúde e a prevenção da doença, como ainda se supriu a necessidade evocada pela equipa da UCC de continuar a levar a cabo este eixo do projeto, visando a colaboração e atuação em parceria.

Posto isto, e após contactos por via telefónica e *email* com os representantes do agrupamento de escolas, para agendamento, foram realizadas mais cinco SEPS, para a mesma população alvo (crianças a frequentar o 2º ano de escolaridade), nos seguintes estabelecimentos de ensino:

- EB Serra da Luz

- EB Vale Grande
- EB Quinta da Paiã
- EB Quinta da Condessa
- EB Casal da Serra

Nesta fase, e à semelhança da anterior aferiu-se satisfação e interesse por parte da comunidade escolar na abordagem do tema com caráter teórico-prático, assim como o compromisso por parte da equipa da UCC, em dar continuidade, no sentido de disseminação, ao projeto Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, obrigado”.

### **3.3 Suporte Básico de Vida (SBV)**

Na **fase 2**, deste eixo integrante do meu projeto “Agir para prevenir”, preconizou-se o fazer chegar esta formação em SBV a outros centros de dia, no entanto o que ao início aparentava ser viável, não se tornou possível no espaço temporal definido, quer por uma questão de incompatibilidade horária quer pelo facto de as horas de formação definidas para estes funcionários já se encontravam cobertas. Assim, o suporte teórico da sessão – SBV (não profissionais de saúde) ficou na posse da equipa da UCC para, em tempo a definir pela mesma, levar a cabo a apresentação da sessão, sensibilizando para a importância da temática e, deste modo, dar resposta a uma necessidade previamente identificada pelos profissionais do CD e comunicada à equipa da UCC.

### **3.4 Sessões de trabalho com parceiros comunitários**

Este eixo, na sua fase anterior, **Fase 1**, assentou essencialmente na prioridade e importância que se atribuiu àqueles que por residirem ou trabalharem na Pontinha, são elementos constituintes dessa comunidade. Nesta sequência, foram apresentados os resultados do diagnóstico de saúde previamente realizado e posteriormente organizadas sessões de trabalho com parceiros onde foram discutidas e auscultadas sugestões para a resolução de problemas encontrados no âmbito da prevenção das DCCV com enfoque na adoção de estilos de vida saudáveis.

Então e para o eixo em análise, na sua **Fase 2**, foram definidos os seguintes objetivos operacionais:

- a) Apresentar aos representantes da JF as sugestões/opiniões dos parceiros sobre a temática e necessidades identificadas;
- b) Reunir com a JF, apresentando a proposta da criação de um fim-de-semana desportivo e *workshop* sobre alimentação saudável;
- c) Articular com parceiros da comunidade, promovendo a divulgação dos eventos;
- d) Colaboração com a JF na dinamização das atividades planeadas.

Indo ao encontro do que foi referido anteriormente, e atendendo à dimensão temporal para implementação do projeto, foram previstas várias atividades, umas concretizadas, outras a realizar pela equipa da UCC em data a definir pela mesma.

- Reuniões com representantes da JF com o intuito de:
  - Apresentar resultados das sessões de trabalho com os parceiros comunitários;
  - Sugerir a criação de um fim-de-semana desportivo e um *workshop* sobre alimentação saudável.

Refira-se que se obteve um feedback bastante positivo para a concretização destas sugestões, demonstrando franco interesse e motivação para desenvolver o projeto “Agir para Prevenir”, sendo de imediato expostas, por parte da JF, diversas possibilidades de articulação entre recursos daquela comunidade que tão bem a JF conhece e trabalha.
- Contactar e agendar reunião com o Centro de Formação Profissional para o Setor Alimentar. Para tal contou-se com a colaboração da Enf<sup>a</sup> Coordenadora da UCC e de representantes da JF, aferindo-se disponibilidade por parte do centro de formação em cooperar com o projeto. Quanto ao agendamento da reunião ficou por definir pela equipa da UCC.
- Reunião com os parceiros para divulgação e promoção dos eventos – a desenvolver pela equipa da UCC.
- Participação e colaboração na dinamização dos eventos – a desenvolver pela equipa da UCC.

Saliente-se que a concretização das sugestões enunciadas e trabalhadas pelos parceiros, que advieram das sessões de trabalho, só poderiam ser operacionalizadas pela JF e consequentemente transpor-se para o campo prático no início do ano 2016, por uma questão de “timings” e prioridades para a mesma, informação esta resultante de uma segunda reunião com representante da JF.

Reforce-se a ideia de que os objetivos e atividades planeadas para esta **Fase 2**, são alvos da mesma intencionalidade que reveste a fase 1, no sentido em que, os indivíduos que constituem os recursos comunitários, são vistos como principais agentes do seu próprio desenvolvimento, devendo por isso ser chamados a participar, através da sua mobilização pessoal e/ou coletiva na conceção e desenvolvimento de ações tendentes de promoção da saúde e prevenção da doença.

Para além das atividades integradas em cada eixo do projeto, durante o estágio correspondente ao Módulo III, foram realizadas outras atividades com o intuito de dar visibilidade ao projeto, divulgando-o.

- Elaboração de dois folhetos para integrarem a publicação periódica da UCC, com apoio da JF da Pontinha. Um deles aborda as principais DCCV, visando que a população alvo compreenda não só o que as caracteriza e as distingue, mas também e acima de tudo, que reforce o modo de as prevenir, mediante a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Apêndice 20). A alimentação saudável é a temática abordada no outro folheto, pretendendo-se, de uma forma mais lúdica, sensibilizar e motivar para a adoção de tal hábito, assim como divulgar o projeto Alimentação Saudável – “Sopa sim, obrigado”, que tem sido desenvolvido nas escolas (Apêndice 21);
- Apresentação do projeto “Agir para Prevenir” à equipa da UCC – Apesar da equipa já ter conhecimento do projeto e colaborar no seu desenvolvimento, intervindo ao nível dos seus três eixos, considerou-se importante apresentá-lo, de forma detalhada e sistematizada (Apêndice 22). Refira-se também a realização e apresentação, nesta sessão, de uma análise SWOT relativa ao 3º eixo do projeto. Pode-se afirmar que a apresentação do projeto foi transversal, tendo sido abordado desde o diagnóstico de situação, à análise dos principais resultados, os objetivos e estratégias de intervenção, a divisão em duas fases, aclarando o que se deixaria em aberto para a possível intervenção da UCC aquando término do estágio.

No fim desta sessão, foi expressa e sublinhada, por parte da equipa, a importância não só da temática desenvolvida, mas também do estudo, planeamento e a intencionalidade da abordagem do projeto. Foi ainda referido que o projeto em análise ia ao encontro daquilo que a UCC já tinha idealizado realizar, mas que por diversos motivos como falta de recursos humanos, *timing*, e questões orçamentais, entre outros, ainda não o tinha sido possível. Nesta âmbito, sai daí reforçada a ideia de que, partindo do que estava agora construído, seria mais fácil e motivador de o concretizar.

### **3.5 Competências adquiridas/desenvolvidas – Módulo II e III**

A implementação do projeto “Agir para Prevenir”, assente na metodologia do planeamento em saúde veio possibilitar a articulação do diagnóstico de saúde, realizado em recursos comunitários do Bairro Dr. Mário Madeira – Pontinha, com as orientações estratégicas definidas pelo Plano Nacional de Saúde e por conseguinte com o Programa Prioritário para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

Delineou-se com intencionalidade a utilização de dados de perfil de saúde recolhidos, definindo objetivos orientados para a melhoria do estado de saúde da comunidade, mediante a conceção de estratégias de intervenção coerentes e articuladas, atendendo à disponibilidade de recursos e aspetos socioculturais da mesma, promovendo a coparticipação dos indivíduos que a integram.

Constitui-se como principal preocupação e prioridade do projeto a prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, através da capacitação para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, onde se preconizou uma resposta de proximidade com a população e recursos comunitários, orientando tais fatores para a obtenção de ganhos em saúde.

É desta conjuntura que surge o projeto “Agir para Prevenir”, emergindo um dos seus eixos constituintes através da realização de ações de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável, com recurso a instrumentos inovadores e adequados à disseminação e captação de informação, com a pretensão de dar ao indivíduo, no caso específico criança, poder de decisão consciente, no que concerne à sua saúde, o mais precocemente possível. Refira-se que esta vertente do projeto saiu reforçada pela sua potencialidade de alcance, estendendo-se a sensibilização da temática a toda a comunidade escolar.

No que concerne as SEPS sobre SBV, destaca-se a importância da adaptação à população alvo tendo em conta as suas especificidades culturais, no sentido das sessões sobre esta temática terem sido dirigidas a audiências especializadas (equipa UCC) e não especializadas (ajudantes familiares), proporcionando a aquisição de conhecimento por parte de uns e o aperfeiçoamento do mesmo por parte de outros, respondendo assim de forma positiva às necessidades encontradas.

Denote-se que a educação para a saúde, surge como meio facilitador, no sentido de preparar os indivíduos para um papel ativo na saúde, visando a colaboração nos processos de mudança, visando a adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

A apresentação de resultados obtidos na fase diagnóstica e as conseqüentes sessões de trabalho, proporcionaram aprofundar a realidade da intervenção comunitária, mediante a mobilização de parceiros/grupos da comunidade, com o objetivo da busca conjunta de soluções para os problemas identificados.

Também durante a sessão em análise, sensibilizou-se os presentes para a realidade nacional, no que respeita ao impacto das DCCV, igualmente promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis. Desta forma, tornou possível a coordenação e dinamização de intervenções no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde.

Com a extensão do projeto, para além de se aprofundar competências no âmbito da intervenção comunitária, foi possível um acréscimo no desenvolvimento de outras, nomeadamente no que concerne a técnicas de comunicação e *marketing* em saúde. Estas foram canalizadas com o intuito de dar a conhecer, não só a situação de saúde da comunidade em estudo, mas também de promover atitudes de mudança junto das entidades que podem, em parte, tornar real as sugestões que resultaram das reuniões de parceiros.

Foi desde o início pretensão, através da mobilização e articulação dos recursos disponíveis, envolver de forma ativa na consecução do projeto, aqueles que integram a comunidade, valorizando a sua perceção sobre a mesma. No entanto, e embora tenham surgido alguns imprevistos, por ser fundamental a necessidade constante de adaptação às mutações da comunidade, teve-se sempre como horizonte a concretização dos objetivos delineados, desenvolvendo assim a capacidade de reação a situações complexas, procurando com vigor a excelência dos cuidados.

#### 4. CONCLUSÃO

Ao longo dos tempos tem-se observado um aumento da complexidade dos problemas de saúde e de mudanças ao nível das suas políticas. Esta evolução veio implicar por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, o desafio de corresponder com cuidados flexíveis, inovadores e proactivos através de uma intervenção concreta e efetiva de sistemas de reforços na participação do cidadão. É neste sentido que a Enfermagem Comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, assente no conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma franca capacidade para responder de forma adequada às necessidades das diferentes pessoas, grupos, comunidades, proporcionando ganhos em saúde.

Foi baseado na procura e no trabalho desenvolvido para atingir esta máxima que decorreu o Estágio na UCC-Nostra Pontinha. Refira-se que foi através da diversidade de projetos e atividades que este campo de estágio tem em curso, e conseqüentemente com a possibilidade de as integrar, que se tornou viável e tão enriquecedor, no sentido de aquisição de competências, o contacto com a intervenção comunitária e de proximidade.

Aquando do Módulo I e assente no conhecimento absorvido através das atividades acima referidas, partiu-se para a realização do diagnóstico de situação de saúde, definindo-se como área geográfica o Bairro Dr. Mário Madeira, por delimitar geograficamente os recursos comunitários cuja população foi alvo o estudo de um perfil de saúde. Atendendo às características da comunidade, às necessidades encontradas no terreno e a auscultação por parte de peritos, a temática abordada foi a Prevenção das DCCV, com enfoque nos estilos de vida saudáveis.

Levantadas as necessidades e identificados os problemas, avançou-se no Módulo II, para a elaboração e implementação do projeto de intervenção “Agir para Prevenir”, direcionado à população estudante, trabalhadora e/ou residente na Pontinha, projeto assente nos pilares estruturantes da promoção e educação da saúde, assim como no processo de capacitação de grupos e comunidades. Refira-se que este projeto, para além de concebido em duas fases de

intervenção, correspondendo o módulo supra citado à sua primeira fase, foi também estruturado em três diferentes eixos constituintes, sendo eles: “Alimentação Saudável - Sopa? Sim, obrigado”; “Suporte Básico de Vida” e “Sessões de Trabalho com parceiros comunitários”.

O Módulo III, que correspondeu à segunda fase do projeto de intervenção, tendo em vista a continuidade ao mesmo, consolidou a convicção de que o desenvolvimento das comunidades é feito com os recursos humanos e materiais nelas existentes, no sentido de intensificar a auto-ajuda e desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos da saúde.

Uma das francas intencionalidades deste projeto foi envolver a comunidade desde o início do projeto para que, acima de tudo, este fizesse sentido para as pessoas que o integram, sendo o seu desenvolvimento conduzido de acordo com as necessidades manifestadas. Só assim, mediante a articulação de recursos e vontades, bem como o estabelecimento de parcerias, é possível empoderar a comunidade. Saliente-se a importância de se ter trabalhado com recursos comunitários, uma vez que estes possuem “poder” local, representando igualmente focos de referência para a população.

Numa apreciação global do Estágio, torna-se impossível não ver como uma oportunidade todo este percurso, oportunidade esta para a aquisição de competências relevantes para o Enfermeiro Especialista, designadamente no que concerne à participação na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão de problemas de saúde pública com maior destaque, assim como no desenvolvimento de projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento, neste caso específico através da promoção da adoção de estilos de vida mais saudáveis. Foi desta forma que se procurou a prestação de cuidados proficientes, integrados, continuados e ajustados à pessoa, grupo ou comunidade.

A diversidade de atividades desenvolvidas em contexto de estágio e através do projeto “Agir para Prevenir”, promoveu a aquisição de conhecimentos no âmbito da investigação e do planeamento em saúde, assim como possibilitou momentos de engrandecimento pessoal no que respeita à autonomia, dinamismo, liderança, iniciativa e criatividade.

Como sugestão, fica a ideia de alargar a área geográfica da realização do diagnóstico de situação e conseqüentemente levar o projeto a mais recursos comunitários, alargando assim o seu raio de influência, o que abona em favor das comunidades e da sua saúde.

Refira-se que os objetivos preconizados foram alcançados, não só mediante a aplicação prática do conhecimento teórico, mas também em muito devido às experiências vivenciadas e ao acompanhamento da Enfermeira Orientadora e equipa de enfermagem, que de forma conjunta ajudaram a ultrapassar com sucesso os momentos mais conturbados de alguém que abraçou uma outra área da Enfermagem tão díspar daquela que fora até então, a sua.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARSLVT. (2015). *Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2013-2016*. Lisboa: DGS.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Correira, L. G., Boavida, J. M., De Almeida, J. P. F., Cardoso, S. M., Dores, J., Duarte, Duarte, R., Raposo, J. (2015). *Diabetes, Factos e Numeros Portugal 2015*. Observatório Nacional da Diabetes.
- DGS. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade. Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas*. Recuperado em 8 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2007). *A actividade física e o desporto : um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Recuperado em 12 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Recuperado em 4 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2012). *Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas*. Recuperado em 4 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2015a). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Recuperado em 18 de Novembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Recuperado em 2 de Outubro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2012a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares - Circular Normativa*. Recuperado em 21 de Outubro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- DGS. (2012b). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Orientações Programáticas*. Recuperado em 28 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- European Resuscitation Council. (2011). *Manual do Curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa*. European Resuscitation Council.
- Fortin, M. F., Côté, J., Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hill, M. M., Hill, A. (2000). *A Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imperatori, E., Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- INE. (2011). *Censos 2011: resultados definitivos - Portugal*. Recuperado em 4 de Setembro de 2015, de [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- INE. (2015). *Estatísticas da Saúde 2013*. Recuperado em 4 de Setembro de 2015, de [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2010). *Global Burden of Disease. University of Washington*. Recuperado em 11 de Setembro de 2015, de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Jorge, F. (2014). *Sobre determinantes da saúde*. Lisboa: DGS.
- Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. (1990). Diário da República Nº 195 - I Série.
- Macedo, M., Ferreira, R. (2013). A Hipertensão Arterial em Portugal 2013. Recuperado em 14 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Nunes, E., Narigão, M., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Somsen, E., Soares, A., Afonso, D. (2014). *Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números*. Recuperado

em 14 de Setembro de 2015, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Recuperado em 12 de Dezembro de 2015, de [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Peixoto, I. M. B. H. (2013). *Educação para a Saúde: Contributos para a Prevenção do Cancro*. Loures: Lusociência.
- Polit, D. F., Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, A. L. (2001). Empoderamento em Saúde: o papel do Enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 1(2).
- Saúde, A. C. do S. de. (2012). *Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Obesidade - Formação contínua*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público.
- Silva, L. F. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pntinha. (2015a). *Plano de Ação*. Loures: ACES Loures-Odivelas.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha (2015b). *Regulamento Interno*. Loures: ACES Loures-Odivelas.
- Valente, M., & Catarino, R. (2012). *SBV Suporte Básico de Vida*. Recuperado em 4 de

Outubro de 2015, de [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Villelas, J. (2009). *Investigação - O processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

World Health Organization. (2014). *World Health statistics 2014*. World Health Organization. Recuperado em 26 de Setembro de 2015, de [www.who.int](http://www.who.int).

World Health Organization [WHO]. (1978). *Declaração de alma-ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários*, Recuperado em 18 de Dezembro 2015, de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

World Health Organization [WHO]. (1986). *Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Recuperado em 18 de Dezembro 2015, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

World Health Organization [WHO]. (1991). *3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Sundsvall, Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde*. Recuperado em 18 de Dezembro 2015, de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WTKuHA-la3IJ:https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/declaracao-de-sundsvall-sobre-ambientes-favoraveis-a-saude-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

World Health Organization [WHO]. (1996). *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Recuperado em 18 de Dezembro 2015, de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf?ua=1)

World Health Organization [WHO]. (1997). *A declaração de Jacarta sobre promoção da saúde pelo século XXI*. Recuperado em 18 de Dezembro 2015, de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 5. <http://doi.org/10.1007/BF02506983>



## APÊNDICES



## **APÊNCICE 1 - FOLHA DE ROSTO DO PRÉ-TESTE**





## Formulário

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade “Nostra Pontinha” do ACES Loures-Odivelas, encontramos-nos a realizar um levantamento de necessidades relativas à Prevenção das doenças Cérebro-Cardiovasculares, com enfoque na promoção de estilos de vida saudáveis.

A sua colaboração é de extrema relevância para o desenvolvimento do nosso estudo.

Ao longo da investigação, a confidencialidade dos dados e o seu anonimato serão assegurados.



## **APÊNDICE 2 - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE**



Exma. Sr. Dra. Corália Rodrigues  
Presidente da União das Freguesias  
de Pontinha e Famões



*Assunto: Autorização para Aplicação de Pré-teste de Formulário*

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade "Nostra Pontinha" do ACES Loures-Odivelas, vimos por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de pré-teste de um formulário aos profissionais que colaboram com a instituição, visando a validação deste último, com o intuito de levar a cabo a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde de uma população na Freguesia da Pontinha.

Certa da atenção de V.Exa.,

Com os melhores cumprimentos

  
\_\_\_\_\_  
(Mestranda em Enfermagem Comunitária)

  
\_\_\_\_\_  
  
(Coordenadora da UCC)



## **APÊNCICE 3 – RESULTADO DO PRÉ-TESTE**







## **APÊNCICE 4 – AUTORIZAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO**



Exma. Sr. Dra. Maria de Jesus - Centro  
de Dia da Sagrada Família da Pontinha

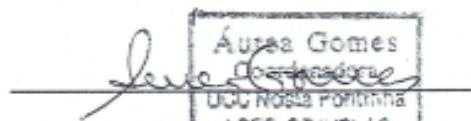
*Assunto: Autorização para Aplicação de Formulário*

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade “Nostra Pontinha” do ACES Loures-Odivelas, vimos por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um formulário aos profissionais que colaboram com a vossa instituição, visando a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde da referida população, tendo como propósito o planeamento de intervenções dirigidas às necessidades encontradas. Refira-se também a pretensão de implementar tais intervenções a partir de Setembro do decorrente ano.

Certa da atenção V. Exa.,

Com os melhores cumprimentos,

  
(Mestranda em Enfermagem Comunitária)

  
Áurea Gomes  
Coordenadora  
UCC Nostra Pontinha  
ACES ODIVELAS  
(Coordenadora da UCC)

Diretor do Agrupamento nº1 de Odivelas,

Sr. Prof. Jorge Nunes

*Assunto: Autorização para Aplicação de Formulário*

*Data: 05/05/2015*

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade "Nostra Pontinha" do ACES Loures-Odivelas, vimos por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um formulário aos profissionais que colaboram no JI Gil Eanes e na EB1 Mário Madeira, visando a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde da referida população, tendo como propósito o planeamento de intervenções dirigidas às necessidades encontradas. Refira-se também a pretensão de implementar tais intervenções a partir de Setembro do decorrente ano.

Certa da atenção V. Exa.,

Com os melhores cumprimentos,

  
(Mestranda em Enfermagem Comunitária)

  
  
(Coordenadora da UCC)

Exmo. Sr. Subcomissário

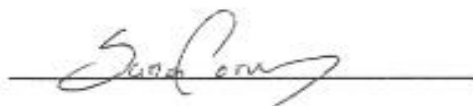
Luís Freitas – Comandante, PSP Pontinha

*Assunto: Autorização para Aplicação de Formulário*

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade “Nostra Pontinha” do ACES Loures-Odivelas, vimos por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um formulário aos profissionais que colaboram com a vossa instituição (PSP – Pontinha), visando a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde da referida população, tendo como propósito o planeamento de intervenções dirigidas às necessidades encontradas. Refira-se também a pretensão de implementar tais intervenções a partir de Setembro do decorrente ano.

Certa da atenção V. Exa.,

Com os melhores cumprimentos,



(Mestranda em Enfermagem Comunitária)

  
  
(Coordenadora da UCC)



**APÊNDICE 5 – POSTER - PLANO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES: UMA RECENSÃO CRÍTICA**



# Plano Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares – uma recensão crítica

Sara Correia, Mestranda do CMNP ICS UCP;  
 sara.correia@kustneti.com  
 Teresa Rasquilho Vidal, M.C.E.;  
 Amélia Simões Figueiredo, PhD.

## Introdução

As noções que estruturam o conceito de planeamento de saúde estão intimamente ligadas com a ideia de saúde individual e coletiva, bem como a forma de a melhorar. Trata-se assim da análise dinâmica e multissetorial de uma comunidade, com o intuito, em áreas específicas e prazos determinados, alcançar os melhores níveis de saúde das respetivas populações, utilizando os recursos disponíveis de modo racional e eficaz, promovendo o envolvimento dos vários setores socioeconómicos, atendendo sempre à realidade mutável e à sua evolução determinada por fatores incontroláveis.

É neste sentido, que de um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas de caráter estratégico, o Plano Nacional de Saúde visa maximizar os ganhos em saúde, exaltando áreas carentes de forte intervenção, com reflexo, entre outros, no Programa Nacional Prioritário para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – causa de morte com maior expressão em toda a Europa, incluindo Portugal.

## Objetivos

- Descrever a estrutura do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- Analisar o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares à luz do planeamento em saúde e suas etapas de processo.

## Metodologia

Método de Planeamento de Saúde – Etapas de processo: Diagnóstico de situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Elaboração de Programas e Projetos; Preparação da Execução; Execução e Avaliação.

Discussão dos principais resultados com o contributo de vários autores de estudos nacionais na área.

## Resultados

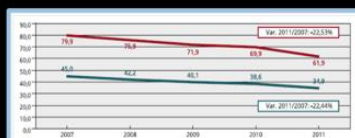


Figura 1 - Taxa de Mortalidade Padronizada por Doença Cerebrovascular e por Doença Isquémica do Coração, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011), Fonte : INE, IP (2013)

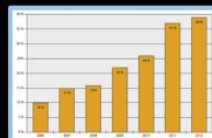


Figura 2 - Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC) em Portugal (2006-2012); Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

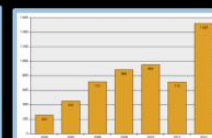


Figura 3 - Doentes Admitidos na Unidade Coronária pela Via Verde (INEM) em Portugal (2006-2012); Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Os resultados sugerem, apesar dos esforços reunidos para diminuir o número de pessoas portadoras de doença Cérebro-Cardiovascular não serem ainda suficientes, a melhoria dos indicadores de atividade. No entanto, é através dos dados que advirão dos registos e monitorização das instituições de saúde (encaminhamentos/referenciação, consultas e ativação de “Vias Verde”) que será possível obter valores reais para a avaliação do Programa.

## Conclusão

É essencial atuar de forma lógica, coerente e estruturada, na premência de planear e direcionar esforços para alcançar objetivos, com base na metodologia de planeamento. Assumem-se as doenças Cérebro-Cardiovasculares, como a principal causa de morte a nível nacional, apesar da tendência de redução progressiva, sustentada por medidas de prevenção, avanço significativo na terapêutica e adoção de estratégias organizativas.



## **APÊNCICE 6 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**





CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA  
PROFISSIONAL 2014/2016

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROJETO DE ESTÁGIO  
PREVENÇÃO DAS DOENÇAS  
CÉREBRO-CARDIOVASCULARES

Sara Raquel Duarte Correia

2015



## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	1
1. FUNDAMENTAÇÃO .....	1
2. FINALIDADE DO PROJETO .....	3
3. FINALIDADE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	3
4. HORIZONE TEMPORAL .....	3
5. POPULAÇÃO ALVO .....	3
6. OBJETIVOS .....	3
6.1 OBJETIVO GERAL .....	3
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
7. OBJETIVOS OPERACIONAIS .....	3
8. ESTRATÉGIAS.....	4
9. ATIVIDADES .....	4
9.1 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – “SOPA? SIM, OBRIGADO” .....	4
9.2 SESSÃO DE FORMAÇÃO – SUPORTE BÁSICO DE VIDA .....	5
9.3 SESSÃO DE TRABALHO .....	6
10. PLANIFICAÇÃO DE RECURSOS .....	6
11. AVALIAÇÃO.....	7
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	8



## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e no concerne ao Estágio no seu Módulo II, preconiza-se a realização de um Projeto de Intervenção, assente no Diagnóstico de Situação e conseqüentemente nos seus resultados, obtidos por meio do Módulo I.

Refletindo e avaliando todo o processo de consecução do Módulo I, nomeadamente as atividades levadas a cabo, partiu-se para a discussão dos resultados obtidos com a Enf<sup>a</sup> Orientadora, Enf<sup>a</sup> Coordenadora da UCC – Nostra Pontinha, sendo consensual em que direção o projeto de intervenção deveria rumar. Optou-se assim por desenvolver a temática associada à Prevenção das Doenças Cérebro-Cardiovasculares, com enfoque nos estilos de vida saudáveis, sendo o projeto estruturado em 3 eixos constituintes.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A temática dos fatores de risco com influência na saúde ganhou cada vez mais importância, sendo progressivamente mais evidente as preocupações legítimas e fundamentadas dos cidadãos no âmbito da sua saúde. Não obstante de no último século se terem registados avanços no controlo e prevenção das doenças, nem sempre os níveis de saúde da população são satisfatórios, indicando que as ações específicas desenvolvidas não se têm revelado suficientes.

Estudos da Organização Mundial de Saúde e de outros organismos europeus e nacionais evidenciam que muito continua ainda por fazer, nomeadamente no que respeita à prevenção da doença, à proteção da saúde e à promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (ARSLVT, 2015)

O Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde Pública encara os determinantes da Saúde como um dos principais fatores condicionantes da saúde, incluindo ações específicas em matéria de promoção da saúde e prevenção da doença.

É indo ao encontro, quer do Plano Nacional de Saúde, de onde emergem programas nacionais carentes de intervenção prioritária, entre os quais Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, quer das necessidades apresentadas pelo Plano

Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, assim como das necessidades específicas evidenciadas pela UCC, que se optou por abordar a temática supra citada.

Atendeu-se igualmente às características particulares de uma população, direcionando a intervenção para a população trabalhadora de uma delimitada área geográfica foco de intervenção da UCC. Não se pôde ficar alienado, reforçando a pertinência da temática, o facto de que as doenças cérebro-cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, tal como em todos os países europeus, reconhecendo-lhes um importante impacto económico decorrente da incapacidade por elas provocada, bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento (DGS, 2015a)

Encontram-se identificados os fatores que aumentam o risco de doença cérebro-cardiovascular, podendo a ausência destes diminuir até uma década o momento do episódio de desenvolvimento desta doença. De referir que alguns destes fatores não são modificáveis nomeadamente a idade mais avançada, o género masculino e a hereditariedade (Stanhope & Lancaster, 2008)

Por sua vez, e integrando os principais fatores de risco modificáveis, tratados ou controlados por mudanças de estilo de vida, encontra-se o tabagismo, a hipercolestolemia, a hipertensão, o sedentarismo, a diabetes e maus hábitos alimentares.

O reconhecimento da importância das medidas de prevenção, na redução da incidência e carga de doença na população, implica a definição de uma estratégia integrada, com múltiplos pontos de conexão e interdependências com outros programas nacionais. O aprofundamento de iniciativas comuns alargadas levará à criação de sinergias com grande utilidade e repercussões benéficas na saúde e condição de vida (Direcção-Geral da Saúde, 2012a).

É neste sentido que se torna, através do Projeto de Estágio, pretensão de informar sobre estas doenças, reconhecendo os seus fatores de risco, bem como sensibilizar para a adoção de estilos de vida saudáveis, promovendo o empowerment do indivíduo/família/comunidade. Acredita-se assim, que o progresso na evolução dos diferentes indicadores assentará em muito, na eficácia das medidas genéricas de prevenção, com ênfase na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção de fatores de risco modificáveis, a fim de se obter uma redução significativa da carga global de doença cérebro-cardiovascular com relevante impacto social.

## 2. FINALIDADE DO PROJETO

Prevenir as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, empoderando a comunidade para a responsabilização da saúde.

## 3. FINALIDADE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Capacitar para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

## 4. HORIZONE TEMPORAL

A realização deste projeto está prevista em duas fases.

## 5. POPULAÇÃO ALVO

Comunidade residente, estudante e/ou trabalhadora na Pontinha.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GERAL

- Promover a saúde e prevenir a doença mediante a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover junto da comunidade a adoção de estilos de vida mais saudáveis;
- Proporcionar o conhecimento dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde, aos recursos comunitários em estudo, promovendo o seu envolvimento no desenvolvimento do projeto;
- Capacitar para o reconhecimento e intervenção de vítima em paragem cardiorrespiratória.

## 7. OBJETIVOS OPERACIONAIS

Objetivos previstos para a **Fase 1** – Módulo II:

- Divulgar o projeto junto dos parceiros/recursos da comunidade;
- Procurar estabelecer parcerias com outros agentes da comunidade que permitam alargar os *settings* de intervenção deste projeto para a comunidade;
- Programar sessão de trabalho com parceiros da comunidade;
- Realizar SEPS nas escolas/ comunidade escolar.

- Realizar sessões formação de SBV para profissionais de saúde e para ajudantes familiares.

Objetivos previstos para a **Fase 2** – A realizar pela UCC:

- Apresentar aos representantes da JF as sugestões/opiniões dos parceiros sobre a temática e necessidades identificadas;
- Colaboração com a JF na dinamização das atividades planeadas e sua divulgação;
- Continuação da realização das SEPS e sessões de formação SBV, iniciadas na primeira fase.

## 8. ESTRATÉGIAS

- Reuniões com a Enf<sup>a</sup> Orientadora e Enf<sup>a</sup> Coordenadora da UCC;
- Promoção da saúde através da realização de SEPS realizadas nesta fase inicial do projeto e posteriormente mantidas pela equipa da UCC;
- Formação na área do SBV mediante componente teórico-prática, para posterior difusão pela equipa da UCC;
- Potenciamento e envolvimento da equipa da UCC;
- Pesquisa bibliográfica;
- Contacto exploratório com parceiros da comunidade, no sentido de promover a adoção de estilos de vida mais saudáveis, prevenindo as doenças cérebro-cardiovasculares.

## 9. ATIVIDADES

As atividades previstas serão apresentadas segundo os eixos constituintes dos projeto.

### 9.1 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – “SOPA SIM, OBRIGADO”

#### FASE 1

- Realização de reunião com a Enf<sup>a</sup> Orientadora e equipa de saúde escolar;

- Compilação da informação integrante do projeto de promoção da alimentação saudável e do exercício físico “Aprende a comer e toca a mexer” – Saúde escolar 2015-2016;
- Elaboração do material didático e audiovisual (roda dos alimentos 3D, capaz de produtos hortícolas, panfletos com vantagens da sopa, slides e vídeo);
- Apresentação de sessão de educação para a saúde: Alimentação saudável “Sopa sim, obrigado”.

## FASE 2

- Apresentação em outras escolas da área de influência da UCC, a sessão de educação para a saúde concebida na fase anterior.

### 9.2 SESSÃO DE FORMAÇÃO – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

- Realização de reunião de agendamento com a Enf<sup>a</sup> Orientadora, Enf<sup>a</sup> Sílvia Matias e representante do Centro de dia;
- Elaboração e reunião de material audiovisual e treino (slides, vídeos, manequim, pocket mask);
- Apresentação de sessão de formação “SBV”, com componente teórico-prática para profissionais de saúde da UCC;
- Apresentação de sessão de formação “SBV”, com componente teórico-prática para ajudantes familiares, no centro de dia, integrado no projeto “Formar para Cuidar”.

## FASE 2

- Apresentação da sessão de formação “SBV” em outros centros de dia que integrem o projeto da UCC “Formar para Cuidar”.

### 9.3 PAINEL/DINAMICA DE GRUPO – SESSÃO DE TRABALHO

- Estabelecer contacto com os representantes dos recursos comunitários (JF, UCC, PSP, Escola Mário Madeira, JI Gil Eanes, Centro de Dia), no sentido de aferir interesse em continuar a integrar o projeto;
- Realização de reunião com a Presidente da JF e seus colaboradores para apresentação do projeto;
- Agendar sessão de trabalho;
- Elaboração e reunião de meios audiovisuais;
- Apresentação da sessão de divulgação dos resultados obtidos através do DS. Locução de vídeo sobre estilos de vida saudáveis, servindo de motor de arranque para promover a dinâmica de grupo, aferindo ideias e sugestões dos parceiros;
- Criação de folheto motivacional – estilos de vida saudáveis;
- Compilação das ideias e sugestões resultantes da sessão.

#### FASE 2

Reunião com a JF para:

- Apresentar sugestões/ideias resultantes das sessões de trabalho com os parceiros comunitários;
- Reunião com os parceiros para divulgação dos eventos;
- Participação e colaboração na dinamização dos eventos.

### 10. PLANIFICAÇÃO DE RECURSOS

- Recursos humanos: Equipa da UCC, nomeadamente os enfermeiros do projeto de saúde escolar e do projeto “Formar para Cuidar”.
- Recursos Físicos e Materiais: Espaço físico cedido pelos recursos comunitários que integram o projeto (UCC, JF, Escolas, Centro de dia, PSP); material didático elaborado; datashow; manequim SBV; veículo para deslocação.

## 11. AVALIAÇÃO

Para este projeto foram definidos os seguintes indicadores de processo:

- Número de sessões de educação para a saúde (“Alimentação Saudável – Sopa sim, obrigado”) / Número de sessões de educação para a saúde previstas (“Alimentação Saudável – Sopa sim, obrigado”);
- Número de sessões de formação SBV realizadas / Número de sessões de formação SBV previstas;
- Número de reuniões com representantes da Junta de Freguesia Pontinha – Famões realizadas / Número de reuniões com representantes da Junta de Freguesia Pontinha – Famões programadas;
- Número de sessões de trabalho, com parceiros comunitários, realizadas / Número de sessões de trabalho, com parceiros comunitários, programadas.

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARSLVT. (2015). Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2013-2016

Direcção-Geral da Saúde. (2012a). Circular Normativa - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. *Programa Nacional Para a Doenças Cérebro-Cardiovasculares*.

DGS. (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (Lusodidacta, Ed.) (7ª edição). Loures.

**APÊNCICE 7 – PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:  
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – “SOPA? SIM, OBRIGADO”**



Tema: Alimentação Saudável – “Sopa? Sim, Obrigado.”

População-Alvo: alunos do 2º ano de escolaridade

Local:

Duração: 60 min

Data:

Hora:

Objetivo Geral: Promover a alimentação saudável, na comunidade escolar, como meio de prevenção precoce das Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Objetivos Operacionais: Compreender a relação entre a alimentação e a saúde; Aumentar o conhecimento e incentivar o consumo de produtos hortícolas assim como o consumo de sopa na alimentação quotidiana

	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Formador</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação ao grupo;</li><li>- Apresentação da temática e objetivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação dos formadores;</li><li>- Abordagem sumária dos conteúdos a serem desenvolvidos;</li><li>- Apresentação dos objetivos da sessão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores)</li><li>- Suporte Informático, vídeo</li></ul>		5'
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Difundir informação sobre a alimentação saudável, com enfoque no consumo de produtos hortícolas e sopa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definição de alimentação saudável;</li><li>- Roda dos alimentos</li><li>- Produtos hortícolas</li><li>- A sopa</li><li>- A água</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Interativo</li><li>- Exploratório</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores)</li><li>- Bancas práticas (1 rotação = 2 bancas) – material didático, roda dos alimentos 3D</li></ul>		40'
<b>Síntese/Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Resumir ideias chave;</li><li>- Esclarecer questões</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação sumária dos conteúdos abordados</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Interativo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores e população alvo);</li><li>- Suporte Informático; Vídeo</li></ul>		5'
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formular e direcionar questões para validar conhecimento adquirido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realização de perguntas sobre a informação transmitida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Interrogativo</li><li>- Exploratório</li><li>- Interativo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores e população alvo);</li><li>- Suporte informático</li></ul>		10'



**APÊNCICE 8 – DIPLOMA DE PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE: “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – SOPA? SIM, OBRIGADO!”**



# Diploma

Declara-se que o/a aluno/a \_\_\_\_\_, do 2º ano da Escola \_\_\_\_\_, esteve presente e participou na sessão de educação para a saúde: *Alimentação Saudável - "Sopa? Sim, obrigado!"*. Compreendendo a sua importância para a saúde, prometeu comer sopa todos os dias!

Assinatura

Data





**APÊNCICE 9 – DIAPOSITIVOS SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:  
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – “SOPA? SIM, OBRIGADO”**



## Alimentação Saudável



### Sopa?, Sim Obrigado!



O que vem a ser sopa?

Alimentação e Saúde → SAÚDE 

Produtos hortícolas (vegetais) → 

A importância da sopa → 



Vamos aprender e ajudar a escolher o que comer!




# Mesas da Alimentação



O que escolheu a Sopa? Agora nós já sabemos que é a melhor maneira para a nossa saúde!




## SOPA

Tijolo e económico 

Ajuda as crianças a comer vegetais 

Força e proteção 

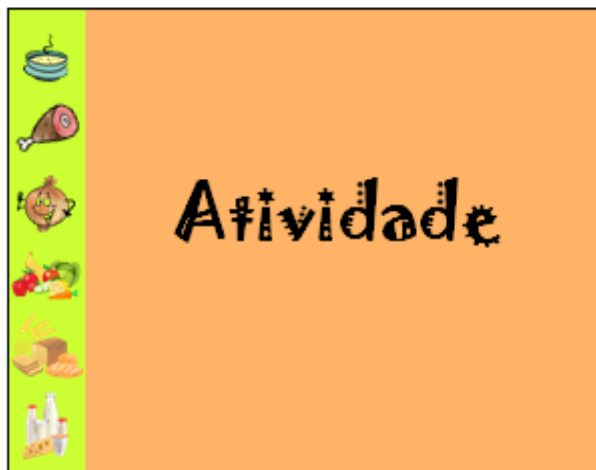
É diversida 

Regula o organismo 

Controla o peso 

Traz mais cálcio, minerais e fibras 



Assinale ✓ (certo) ou ✗ (errado) nas frases que se seguem

1 - A alimentação é muito importante para a nossa saúde e bem estar

2 - A água não faz falta ao nosso organismo

3 - A roda dos alimentos ensina-nos o que devemos comer, como devemos comer e em que quantidades

4 - Os biscoitos, chocolates e gomas aparecem na roda dos alimentos

Decorative elements include a green checkmark, a red X, and a cluster of colorful question marks.

5 - O grupo dos vegetais é dos maiores da roda dos alimentos

6 - A sopa é uma das melhores formas de comer vegetais

7 - A sopa tem muitas gorduras e por isso engorda muito

8 - Devemos comer sempre sopa antes do almoço e do jantar

9 - A sopa demora muito a fazer e fica muito cara

10 - Comer sopa, ajuda o nosso organismo a ficar mais forte e mais protegido

Decorative elements include a cluster of colorful question marks.



## **APÊNCICE 10 – DOCUMENTO RESUMO “SBV”**



## Sequência do Suporte Básico de Vida



## Posição lateral de Segurança (PLS)

Vítima inconsciente mas respira normalmente



## Desobstrução da Via Aérea

Se obstrução da Via Aérea Ligeira:

- Incentivar a tosse

Se obstrução da Via Aérea Severa:

- 5 pancadas interescapulares
- 5 compressões abdominais

Se inconsciente:

- Ligar 112
- Iniciar SBV



**APÊNCICE 11 – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “SBV” PARA  
AJUDANTES FAMILIARES**



Tema: Suporte Básico de Vida

População-Alvo: Ajudantes Familiares

Local: Centro de Dia da **Urmeira**

Duração: 2h

**Objetivo Geral:** Capacitar para o reconhecimento e intervenção precoces em situações de risco de vida iminente

**Objetivos Operacionais:** Compreender a importância do SBV; Reconhecer de forma sistematizada o algoritmo do SBV iniciando manobras de reanimação quando necessário; Identificar as situações em que está indicada a posição lateral de segurança; Reconhecer as manobras de desobstrução da via aérea

	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Formador</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação ao grupo;</li><li>- Apresentação da temática e objetivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação dos formadores;</li><li>- Abordagem sumária dos conteúdos a serem desenvolvidos;</li><li>- Apresentação dos objetivos da sessão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores)</li><li>- Suporte Informático, vídeo</li></ul>		10'
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Difundir informação sobre o reconhecimento e intervenção em situações de risco iminente</li><li>- Praticar o algoritmo do SBV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O que é o SBV e sua importância;</li><li>- Fases do algoritmo do SBV;</li><li>- Manobras de reanimação; -PLS;</li><li>- Desobstrução da Via aérea</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Componente prática, treino de abordagem e manobras de reanimação</li><li>- Exploratório</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores e população alvo)</li><li>- Suporte Informático, vídeo</li><li>- Manequim</li></ul>		85'
<b>Síntese/Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Resumir ideias chave;</li><li>- Esclarecer questões</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação sumária dos conteúdos abordados</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Interativo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores e população alvo);</li><li>- Suporte Informático</li></ul>		10'
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formular questões para validar conhecimento adquirido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preenchimento de questionário sobre a informação transmitida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Interrogativo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos (formadores e população alvo);</li><li>- Questionário</li></ul>		15'



**APÊNCICE 12 – SESSÃO DE FORMAÇÃO “SBV” PARA AJUDANTES  
FAMILIARES - PARTE 1**



**CURSOS DE ATUALIZAÇÃO**

# Suporte Básico de Vida (SBV)

Realizado por: Sara Correia | Mestranda em Enfermagem Comunitária  
Orientação de: Enft Teresa França  
Enft Silvia Matias

1

*Suporte Básico de Vida*

## Objetivos

**Geral:**

- Capacitar para o reconhecimento e intervenção precoces em situações de risco de vida iminente

**Específicos:**

- Compreender a importância do SBV;
- Reconhecer de forma sistematizada o algoritmo do SBV iniciando manobras de reanimação quando necessário;
- Identificar as situações em que está indicada a posição lateral de segurança;
- Reconhecer as manobras de desobstrução da via aérea

2

*Suporte Básico de Vida*

**PRIMEIRA AIDADA, DE**  
**Domingos Gomes**  
Médico UERJ  
(Ao telefone)

3

*Suporte Básico de Vida*

A paragem cardíaca súbita afeta cerca de 700.000 pessoas por ano em toda a Europa

A possibilidade de recuperar uma vítima em paragem cardiorespiratória com sucesso diminui entre 7 a 10% a cada minuto que se segue

**TEMPO = VIDA**

4

*Suporte Básico de Vida*

## O que é o Suporte Básico de Vida (SBV)?

- É um conjunto de medidas e procedimentos técnicos, que permitem ganhar tempo, mantendo alguma circulação e ventilação na vítima até à chegada de um socorro mais diferenciado, capaz de instituir procedimentos de Suporte Avançado de Vida (SAV, 2012).
- Conjunto de procedimentos que pode prevenir lesões dos órgãos vitais, tais como o cérebro e coração.

Uma rápida intervenção na realização das manobras de SBV permite aumentar a probabilidade de sobrevivência da vítima

5

*Suporte Básico de Vida*

## Cadeia de Sobrevivência

Traduz simbolicamente um conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas gerais e vítimas de paragem cardiorespiratória e é composta por 4 aspetos fundamentais

- Salvar uma vida envolve uma sequência de passos. Cada um influencia a sobrevivência

6



**Sequência do SBV**

Ordem dos passos para avaliar uma vítima em colapso

**Avalie o Estado de Consciência**



- Aberte os ombros com cuidado e pergunte em voz alta:
  - "Sente-se bem?"
  - "Está a ouvir-me?"
- Se a vítima não responde, grite por ajuda



**Os dois elementos fundamentais do SBV são:**



Compressões torácicas



Ventilações (com o ar expirado)

**Grite por Ajuda**



- Se houver alguém por perto, peça-lhe para ficar ao pé de si, pois pode necessitar de ajuda
- Se estiver sozinho grite alto por ajuda para tentar chamar a atenção de alguém, mas **não abandone a vítima**



**Abordar a Vítima em Segurança**



- Aproxime-se com cuidado, garantido que não existe perigo para si, para a vítima ou para terceiros



**ABERTURA DA VIA AÉREA**



Extensão da cabeça e elevação do queixo

- Coloque a vítima em decúbito dorsal; coloque a mão na região frontal, inclinando a cabeça para trás
- Eleve o queixo usando os dois dedos da outra mão colocados debaixo do queixo



### AVALIE A RESPIRAÇÃO



- Manter via aérea permeável
- Verificar se a vítima respira normalmente, realizando o VOS até 10 segundos
- **VER** os movimentos torácicos
- **OUVIR** os sons respiratórios saídos da boca e nariz
- **SENTIR** a respiração na face



**ATENÇÃO:** Respiração Anormal

Aborde a vítima em segurança

Avalie o estado de consciência

Gete por ajuda

Abertura da via aérea

Verifique a respiração

Ligue 112

13

### LIGAR 112



vítima inconsciente e não tem respiração normal

- **Se está sozinho:**
  - Ligue 112 (se necessário abandona a vítima)
  - Pegue no DAE logo que possível
- **Se estiver alguém junto a si:**
  - Peça para ligar 112
  - Caso haja, solicite para ir buscar o DAE enquanto inicia SSV

**Nota:** importância e precisão do pedido de ajuda

Aborde a vítima em segurança

Avalie o estado de consciência

Gete por ajuda

Permita a via aérea

Verifique a respiração

Ligue 112

14

### COMPRESSÕES TORÁCICAS



- Vítima - decúbito dorsal numa superfície rígida
- Deprima o esterno de forma rítmica em direcção à coluna dorsal
- O ritmo das compressões deve ser no mínimo 100/min e no máximo 120/min

Base da mão no centro do tórax

Base da outra mão por cima da primeira e entrelace os dedos

Ligue 112

30 Compressões Torácicas

2 Ventilações

15



- Com os cotovelos esticados levante os ombros até ficarem por cima da vítima
- Pressione o esterno entre 5 a 8cm
- Liberte a pressão mas sem perder o contacto com o tórax da vítima
- Faça 30 compressões
- Poderá ajudar de contar em voz alta

30 Compressões torácicas – 100 compressões/min

16



Compressões torácicas

30

Ventilações (com a ar expirado)

2

18

### Ventilações



- Manter a via aérea permeável e use os dedos que ilcinam a cabeça para tapar o nariz.
- Faça uma inspiração normal, coloque os lábios à volta da boca da vítima, selando-a
- Faça uma insuflação eficaz: durante cerca de 1 segundo
- Se possível olhe para o tórax da vítima para ver se este expande durante as insuflações

30 Compressões Torácicas

Ventilações

2 Ventilações por ciclo – 1 segundo/ventilação

17

### Quando interromper o SBV?

Nunca interromper o SBV



- Continuar **SEMPRE** com manobras até:
- > Chegar ajuda de profissionais diferenciados
  - > Ficar exausto
  - > A vítima começa a respirar normalmente

## Posição Lateral de Segurança (PLS)

### Posição Lateral de Segurança (PLS)

Vítima inconsciente mas respira normalmente



A PLS mantém a permeabilidade da via aérea numa vítima inconsciente que respira normalmente. Previne que a queda da língua obstrua a via aérea assim como permite a drenagem de fluidos da boca

## Desobstrução da Via Aérea

### Desobstrução da Via Aérea



- > Se obstrução da Via Aérea Leveira:
  - Incentivar a tosse
- > Se obstrução da Via Aérea Severa:
 

Consciente	Inconsciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>5 pancadas interescapulares</li> <li>5 compressões abdominais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lígar 112</li> <li>Iniciar SBV</li> </ul>



### Em Síntese...

- O SBV ganhar tempo, tentando assegurar funções vitais
- A vida de uma pessoa em colapso está dependente de uma abordagem e avaliação sistematizada
- Em vítima inconsciente, sem respirar ou com respiração anormal:  
30 compressões : 2 ventilações.  
Compressões e ventilações eficazes
- Vítima inconsciente, com respiração normal = PLS
- Fases da desobstrução da Via Aérea:  
Incentivar a tosse;  
Alternar 5 pancadões interescapulares  
com 5 compressões abdominais



25

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual do Curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (2012), European Resuscitation Council

Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual do Profissional (2011). American Heart Association

<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4774/1/Manual.SBV.DAE.2012.pdf>

<http://www.inem.pt/files/2/documentos/20121002154156903475.pdf>

<http://www.inem.pt/files/2/documentos/201401061623198930581.pdf>

26



27

★



28



**APÊNCICE 13 – SESSÃO DE FORMAÇÃO “SBV” PARA AJUDANTES  
FAMILIARES – PARTE 2**







**APÊNCICE 14 – DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE  
FORMAÇÃO “SBV”**



Tema: Suporte Básico de Vida

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assinalar a resposta Verdadeira em cada questão colocada

1.O que é o Suporte Básico de Vida?

- a) Procedimentos conjuntos de administração de medicamentos
- b) Conjunto de procedimentos que permite manter alguma circulação e ventilação, tentando prevenir lesões de órgãos vitais como o cérebro e o coração
- c) É um conjunto de manobras de ressuscitação que só profissionais da saúde podem fazer

2.Quais os elos da cadeia de sobrevivência que dizem respeito ao SBV?

- a) 1º e 2º
- b) 3º e 4º
- c) 2º e 3º

3.Qual a ordem correta do algoritmo do SBV?

- a) Iniciar compressões e ventilações – Gritar por ajuda – Ligar o 112 – Verificar ventilação – Abordar a vítima garantindo condições de segurança – Avaliar o estado de consciência – Permeabilizar via aérea
- b) Ligar 112 – Abordar a vítima garantindo condições de segurança – Avaliar o estado de consciência – Gritar por ajuda – Permeabilizar a Via aérea – Verificar ventilação – Iniciar compressões e ventilações
- c) Abordar a vítima garantindo condições de segurança – Avaliar o estado de consciência – Gritar por ajuda – Permeabilizar a via aérea – Verificar a ventilação – Ligar 112 – Iniciar compressões e ventilações

4.Qual a combinação de procedimentos que permite permeabilizar a Via aérea?

- a) Compressões torácicas
- b) Extensão da cabeça e do queixo
- c) Abanar os ombros

5.Quantas compressões e ventilações estão indicadas realizar-se?

- a) 35 Compressões e 2 Ventilações
- b) 30 Compressões e 1 Ventilação
- c) 30 Compressões 2 Ventilações

6.Quando está indicado colocar uma vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS)?

- a) Vítima inconsciente e com respiração normal
- b) Vítima consciente e com respiração normal
- c) Vítima inconsciente e com respiração anormal

7.Numa vítima consciente quais os passos para desobstrução da Via aérea?

- a) Incentivar a tosse
- b) Incentivar a tosse – 5 pancadas interescapulares e 5 compressões abdominais
- c) Incentivar a tosse - 3 pancadas interescapulares e 3 compressões abdominais

Score de Resposta:

Todas corretas = 5 pontos

Mais de 3 corretas = 3 pontos

Menos de 3 corretas = 1 ponto

Obrigada pela colaboração



**APÊNCICE 15 – PLANO DE SESSÃO DA APRESENTAÇÃO DOS  
RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE, NAS SESSÕES DE  
TRABALHO COM OS PARCEIROS COMUNITÁRIOS**



**Tema:** Projeto de Prevenção Primária das Doenças Cérebro-Cardiovasculares

**População-Alvo:** Representantes de recursos comunitários

**Local:** Junta de Freguesia Pontinha e Famões

**Duração:** 90 min

**Objetivo Geral:** Apresentar os resultados obtidos através do diagnóstico de saúde visando o encontro de soluções para problemas identificados

**Objetivos Operacionais:** Reconhecer a carga epidemiológica das doenças cérebro-cardiovasculares; Conhecer os principais resultados obtidos; Identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença; Reconhecer a importância dos estilos de vida na promoção da saúde e prevenção da doença; Identificar possíveis soluções para responder aos problemas identificados no diagnóstico de saúde


	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Formador</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação ao grupo;</li> <li>- Apresentação da temática e objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos formadores;</li> <li>- Abordagem sumária dos conteúdos a serem desenvolvidos;</li> <li>- Apresentação dos objetivos da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos (formadores)</li> <li>- Suporte Informático</li> </ul>	Sara Correia	5
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difundir informação sobre o impacto da doença na população portuguesa;</li> <li>- Informar sobre os resultados obtidos no diagnóstico de saúde;</li> <li>- Informar sobre a importância dos estilos de vida e fatores de risco na promoção da saúde e prevenção da doença;</li> <li>- Promover a dinâmica de grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as principais causas de morte em Portugal e suas variações;</li> <li>- Contextualização do diagnóstico de saúde;</li> <li>- Resultados obtidos por meio do diagnóstico de saúde;</li> <li>- Fatores de risco e estilos de vida;</li> <li>- Prevenção da doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Exploratório</li> <li>- Componente prática – reunião dos presentes em grupos a fim de trabalharem soluções para os problemas identificados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos (formadores e população alvo)</li> <li>- Suporte Informático</li> <li>- Material de escrita</li> </ul>	Sara Correia	60
<b>Síntese/Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumir ideias chave;</li> <li>- Apresentar soluções sugeridas</li> <li>- Esclarecer questões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação sumária dos conteúdos abordados</li> <li>- Reunião de soluções</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos (formadores e população alvo);</li> <li>- Suporte Informático</li> </ul>	Sara Correia e Enfa Teresa França	15
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a importância e pertinência da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionar sobre importância e pertinência da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos (formadores e população alvo);</li> </ul>	Sara Correia	10




## **APÊNDICE 16 - SESSÕES DE TRABALHO COM OS PARCEIROS COMUNITÁRIOS**



**PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES**




Realizado por: **Univ. Coimbra**, **Hospital de Coimbra** em  
 Interação Comunitária  
 Universidade de EP7 (Univ. Nova)



1

**O que são as doenças Cérebro-Cardiovasculares?**



**Acidente Vascular Cerebral - AVC**

**Enfarte Agudo do Miocárdio - EAM**

São as doenças que mais pessoas morrem em Portugal e no resto da Europa

2

**O que nos faz adoecer?**




**Como evitar? O que podemos nós fazer?**



3

**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



4

**Idade e Género**



5

**Resultados**

**1. Idade e Género?**



Idade	Mulheres (%)	Homens (%)	Todos (%)
< 54 anos de idade	22	11	11
> 54 anos de idade	11	11	11
<b>Todos</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

População em idade ativa

6

## Índice de Massa Corporal

**Índice de Massa Corporal**

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

IMC < 18,5 Baixo peso 18,5 - 24,9 Normal 25 - 29,9 Sobrepeso 30 - 34,9 Obesidade 35 - 39,9 Obesidade 40 - 49,9 Obesidade 50 - 59,9 Obesidade 60 - 69,9 Obesidade 70 - 79,9 Obesidade 80 - 89,9 Obesidade 90 - 99,9 Obesidade 100 e mais Obesidade

7

### 2. Índice de Massa Corporal?

**Resultados**

50% 38% 14%

- Peso normal
- Excesso de peso
- Obesidade

**Nota:** 64% das pessoas tem excesso de peso

Gráfico 5 - Distribuição do índice de massa corporal segundo o Índice de Massa Corporal

8

## Medida de Cintura

9

### 3. Medida de Cintura Homens/Mulheres?

**Resultados**

⚠ Quanto maior a gonfura abdominal maior é o risco

**HOMENS**

- Sem risco
- Risco Aumentado
- Risco Muito Aumentado

**MULHERES**

- Sem risco
- Risco Aumentado
- Risco Muito Aumentado

**Nota:** 56% dos homens encontram-se num escala saudável de perímetro abdominal  
79% das mulheres têm risco acrescido

Gráfico 6 - Distribuição do índice de massa corporal segundo o Índice de Cintura - Homens

Gráfico 7 - Distribuição do índice de massa corporal segundo o Índice de Cintura - Mulheres

10

## Exercício Físico

11

### 4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre?

**Resultados**

68% 32%


- Sim
- Não

**Nota:** 68% das pessoas não praticam actividade física regularmente

Gráfico 8 - Distribuição do índice de massa corporal segundo a prática de actividade física

12


## Vegetais e Fruta



13

### 5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

**Resultados**



Regularidade	Porcentagem
Toda a dia	41%
Amanhã	37%

**Fonte:**  
 41% dos inquiridos referiram ingerir regularmente de vegetais e/ou fruta.

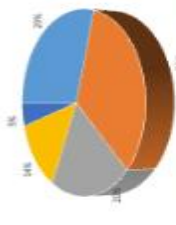
14

## Risco de Diabetes



15

### 9. Risco de ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos?



Risco	Porcentagem
Baixo	20%
Somente Baixo	14%
Moderado	38%
Alto	14%
Muito Alto	8%

**Fonte:**  
 71% das pessoas tem risco de desenvolver diabetes.

16

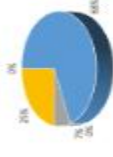
## Tabaco e Álcool



17

### 10. Habitualmente, quantos cigarros fuma por dia?

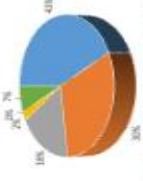
**Resultados**



Quantidade	Porcentagem
Não fuma (0)	26%
1 a 3	7%
4 a 9	20%
10 a 19	20%
Mais de 20	27%

**Fonte:**  
 45% dos inquiridos referem não fumar e 55% dos inquiridos referem fumar mais de 20 cigarros/dia.

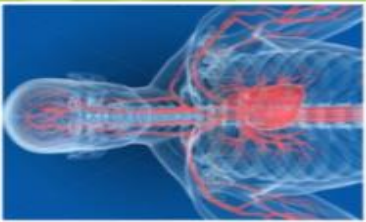
### 11. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?



Frequência	Porcentagem
Não bebe	26%
1 a 2 vezes por mês	18%
1 ou 2 vezes por semana	43%
3 a 4 vezes por semana	10%
Quase todos os dias	2%

**Fonte:**  
 45% dos inquiridos referem não consumir bebidas alcoólicas.

18



## História familiar de doença

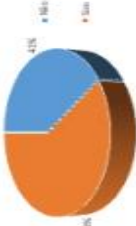
19

**Reconhecer os comportamentos a alterar e os estilos de vida a adotar é o primeiro passo para viver saudável**



22

### 14. Tem algum membro da família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado uma doença cérebro-cardiovascular?



Resposta	Porcentagem
Sim	30%
Não	70%

**Nota:** 59% das pessoas referiram história familiar de doenças cérebro-cardiovasculares, evidenciando-se assim a carga do componente hereditária.

20

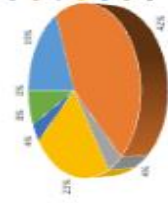
### Viver Saudável é uma escolha ...



**Viver Saudável**

23

### 15. Quais?



Doença	Porcentagem
DM	4%
AVC	25%
DM e AVC	23%
DM e DM	4%
DM, AVC e DM	42%

**Nota:** O AVC foi referido como a doença cérebro-cardiovascular mais incidente nos familiares dos hospitalizados. Carotídeos e eletrólitos de sua família.

21

24

24

**APÊNDICE 17 – FOLHETO MOTIVACIONAL PARA ADOÇÃO DE ESTILOS  
DE VIDA SAUDÁVEIS**



Seja feliz, SAÚDE. Agradeça todos os dias,

*Você* evite o **STRESS EXCESSIVO**, relaxe

Contrarie a **OBESIDADE**, corra, *nade*

**DANCE** até se cansar

Diga não ao **SEDENTARISMO**, caminhe ...

Caminhe contra a **HTA** e a **Insulinorresistência**,

*Ria*, desfrute, não ligue à idade, viaje, passeie,

**RESPIRAR PURO**, trave o **TABAGISMO**,

Descanse, durma, *seja ativo*

**Afirmante-se** bem,

Finte a **DIABETES**, *aplique-se*

*Ajude o outro*, divirta-se Muito

Posso, Soube, **Sônia**

Lute sempre... Promova a sua, a nossa saúde!





## **APÊNDICE 18 – LOGOTIPO DO PROJETO “AGIR PARA PREVENIR”**



**“AGIR PARA PREVENIR”**





**APÊNDICE 19 – DOCUMENTO RESULTANTE DA AGREGAÇÃO DE  
SUGESTÕES, APÓS SESSÕES DE TRABALHO COM OS PARCEIROS  
COMUNITÁRIOS**



# AGIR PARA PREVENIR



## **Projeto de Intervenção**

Sara Correia, Mestranda em  
Enfermagem Comunitária

UCC – Nostra Pontinha

As doenças Cérebro-Cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, tal como em todos os países europeus, tendo um importante impacto económico decorrente da incapacidade por elas provocada, bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento.

Foi partindo do conhecimento desta realidade, que surgiu o Projeto “Agir para Prevenir”, onde foram auscultados em vários recursos comunitários da Pontinha, estilos de vida e historia familiar de doença.

Feita a reunião de dados obtidos e sua análise, rapidamente foi percebida a forma de intervenção possível, a cada um de nós, e à comunidade, levando-nos a reafirmar a importância de medidas genéricas de prevenção, com ênfase na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção de fatores de risco modificáveis, visando a redução da carga global de doença cérebro-cardiovascular com relevante impacto social.

Decorrente desta linha de pensamento, e porque se considera uma franca mais-valia a percepção e opinião de quem trabalha e/ou reside na Pontinha, assim como o seu contributo e envolvimento no projeto, foram apresentados os resultados obtidos a elementos representativos dos recursos comunitários em estudo, a fim de se encontrarem, em parceria, estratégias de intervenção para os principais problemas identificados.

Na sequência da reunião de parceiros, foram diversas as estratégias e atividades sugeridas, podendo estas ser divididas em 3 grupos, para melhor serem interpretadas.

### **Prática de Atividade Física**

- Grupo de Caminhadas
  - Caminhadas realizadas em grupo, aumenta o fator motivacional;
  - Existência de um *team* leader com função de reunião, incentivar e motivar;
  - Caminhadas vigiadas (apoio da PSP) e com percursos planeados;
  - Ciclovias (estacionamento indevido condiciona as caminhadas);
  - Caminhadas que possam relacionar o fator exercício com a componente cultural;
  - Utilizar a Eco Pista Paiã;
  - Utilizar espaço da GNR.
  
- Demonstrações/aulas de atividade física
  - Aulas de zumba e dança;
  - Demonstração por parte de clubes/escolas da sua prática (meio de publicitar os mesmos) ex. Artes marciais, ténis.
  
- Criar ou reaproveitar zonas verdes com máquinas de manutenção
  
- Reavivar o grupo desportivo da Junta de Freguesia

## **Alimentação Saudável**

- *Workshop / showcooking*
  - Dicas para cozinhar mais rápido (identificou-se a falta de tempo no quotidiano como uma limitação para o consumo de alimentos mais saudáveis)
  - Transmitir a ideia que comer bem não significa comer mais caro
  - Encontro culinário, onde haja partilha de sugestões e receitas saudáveis
  - Concurso “prato saudável” para restaurantes locais (visando igualmente a promoção da gastronomia/estabelecimentos locais)

## **Gestão do stress**

- Massagem de relaxamento
  
- Atividades de bem-estar (voluntariado) ex yoga, pilates

Para além das sugestões supracitadas, a divulgação da informação foi uma questão referida nesta reunião de parceiros, como não podendo ser descurada, tendo a sua importância e pertinência sido enfatizadas.

Deste modo foi sugerido a criação de vários focos de divulgação da informação, nomeadamente:

- Divulgação dos clubes desportivos existentes na pontinha e suas práticas desportivas
- Divulgação de atividades organizadas nos diversos recursos da comunidade (JF, clubes desportivos, escolas, centros de dia, PSP, cafés, farmácias...)
- Aproveitar os encontros regulares já existentes nas coletividades para divulgar a informação
- Divulgação das atividades *on-line*

No que concerne aos espaços para a dinamização de atividades, também foi abordado pelos presentes sugerindo o seguinte:

- Espaços cedidos pela Junta de Freguesia
- Espaços cedidos pelos clubes desportivos
- Onde se realiza a feira
- Campo de ténis
- Espaços cedidos pelas escolas
- Espaços cedidos pela GNR
- 

Em suma e face ao exposto, considera-se que foi da maior importância dar voz a quem integra a comunidade, resultando por isso um enunciado de várias as estratégias e atividades que convergem para um objetivo único e para o bem-estar comum.



**APÊNDICE 20 – FOLHETO: “PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CÉREBRO-  
CARDIOVASCULARES”**



Unidade de Cuidados na Comunidade

*Nostra Pontinha*

Publicação Periódica



ACES LOURES - ODIVELAS

## Prevenção das Doenças Cérebro-Cardiovasculares



Promoção a saúde e Prevenção a doença

Seja feliz, **SAÚDE**, *Agradeça todos os dias,*

*Viva*, evite o **STRESS EXCESSIVO**, *relaxe*

Contrarie a **OBESIDADE**, *corra, **zãde***

**DANCE** até se cansar

Diga não ao **SEDENTARISMO**, *caminhe ...*

**Caminhe** contra a **HTA** e ao **COLESTEROL**  
**ELEVADO**,

**Ria**, *desfrute, não ligue à idade, viaje, passeie,*

**RESPIRE** AR PURO, *trave o **TABAGISMO**,*

*Descanse, durma, seja ativo*

**Alimente-se** bem,

Finte a **DIABETES**, *aplique-se*

**Ajude** o outro, *divirta-se* Muito

**Pense**, **sonhe**, **Sorria**

**Lute** sempre... **Promova** a sua, **a nossa saúde!**

## As principais Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

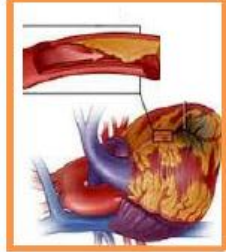
São a maior causa de morte em Portugal e na Europa

### AVC



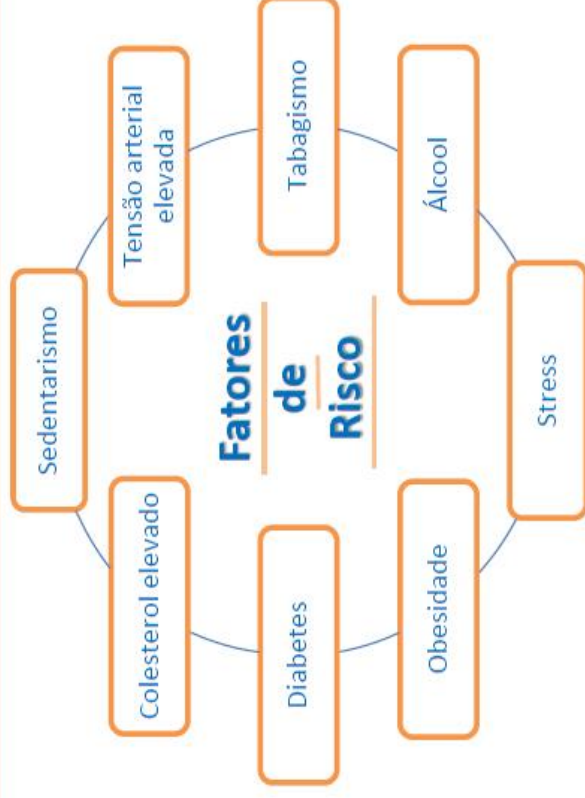
- Obstrução de uma **artéria do cérebro**
- A circulação do sangue para o cérebro é interrompido, não deixando que o oxigénio chegue às células cerebrais
- Morte das células do cérebro
- Capacidades como andar, falar e pensar podem ficar comprometidas

### EAM



- Obstrução de uma **artéria do coração**
- A circulação do sangue para o coração é interrompido, não deixando que o oxigénio chegue às células do coração
- Morte das células do músculo cardíaco
- Toda a circulação e muitos dos nossos órgãos podem ficar comprometidos

## Prevenção... O que saber?



## Prevenção... O que fazer?



Caminhe



Beba água



Alimente-se de forma saudável



Ande de bicicleta



Descanse



Conviva



Estímulo cognitivo



**Prevenir** =

Conhecer e controlar fatores de risco  
Adotar estilos de vida saudáveis

## **APÊNDICE 21 – FOLHETO: “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”**



## Unidade de Cuidados na Comunidade

### Nostra Pontinha

Publicação Periódica



ACES LOURES – ODIVELAS

## Alimentação Saudável



## Receita saudável

### BOLO DE CENOURA E LARANJA COM ESPECIARIAS

#### Ingredientes

- 2 ovos L
- 120g de açúcar amarelo
- 3 colheres sopa de azeite
- 1 cenoura
- 1 laranja
- 7 colheres de sopa de aveia
- 100g farinha integral
- 1 colher de sobremesa de fermento
- 1 Colher de sopa ou saqueta de chá preto
- 1 Colher de chá de noz-moscada
- 1 colher de café de cravinho em pó
- 1 colher de sopa de canela em pó



#### Preparação

Ligue o forno e regule-o para os 180ºC.

Bata as gemas com o açúcar na batedeira até obter um creme. Adicione o azeite, a cenoura, finamente ralada no crivo mais fino do ralador, a raspa da casca e o sumo da laranja e misture bem.

Junte a aveia, a farinha, o fermento, o chá e as especiarias e mexa até a mistura estar uniforme.

Bata as claras em castelo bem firme e incorpore-as delicadamente na massa. Deite tudo numa forma previamente untada e forrada com papel vegetal e leve ao forno durante 30 minutos.

## O que é a Alimentação?

É um processo de seleção de alimentos, que permite a cada indivíduo escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os seus hábitos e condições pessoais

### Objetivo

Obter energia, construir, reparar o corpo e regular o funcionamento do organismo

## Alimentação Saudável, porquê?

- ✓ Ao ser completa, variada e equilibrada, proporciona energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia.
- ✓ Previne doenças crónicas, ex: doenças cérebro-cardiovasculares, cancro, obesidade, diabetes
- ✓ Ajuda à manutenção do nosso estado físico e mental, contribuindo também para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes

## Como e o que comer?

### Roda dos Alimentos

Ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária



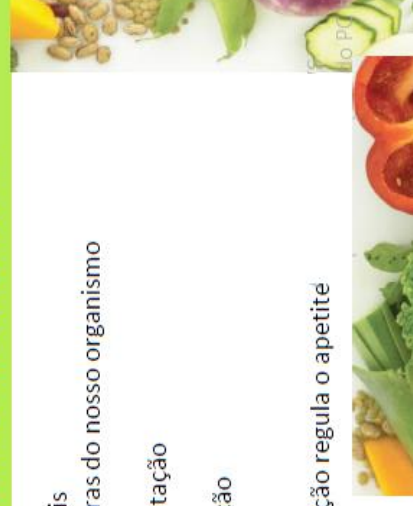
Grupo da roda	Principais Constituintes	Principais Funções	% a ingerir
1. Cereais e derivados, tubérculos	Hidratos de carbono	Energia, regulam a temperatura corporal	28%
2. Hortícolas	Vitaminas, sais minerais e fibras	Proteção do organismo	23%
3. Fruta	Vitaminas e minerais	Estimulam as defesas do organismo	20%
4. Laticínios	Cálcio	Fortalece ossos e dentes	18%
5. Carnes, pescado e ovos	Proteínas	Constroem e reparam os tecidos corporais	5%
6. Leguminosas	Hidratos de carbono, fibras, proteínas, vitaminas	Ajudam no processo digestivo	4%
7. Gorduras e óleos	Lípidos (gorduras)	Isolam o organismo	2%



Beba cerca de 1,5L de água diariamente

## O porquê da sopa? Benefícios do seu consumo

- ✓ Fonte de vitaminas e minerais
- ✓ Fornece substâncias protetoras do nosso organismo
- ✓ Fonte de fibras
- ✓ Ajuda a uma adequada hidratação
- ✓ Baixo valor calórico
- ✓ Fácil preparação e conservação
- ✓ Baixo custo
- ✓ Fácil digestão
- ✓ Consumida no início da refeição regula o apetite
- ✓ Ideal para todas as idades



**APÊNDICE 22 – APRESENTAÇÃO DO PROJETO “AGIR PARA PREVENIR”  
À EQUIPA DA UCC**




**APRESENTAÇÃO DO PROJETO**  
**"AGIR PARA PREVENIR"**

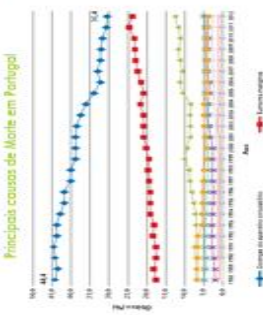
Recebido por Sara Correia; Mediadora  
 em Enfermagem Comunitária  
 Colaboração de: Emª Teresa França




1

**Doenças Cérebro-Cardiovasculares... que realidade em Portugal**

**Principais causas de Morte em Portugal**



As doenças Cérebro-Cardiovasculares (CCV) são a principal causa de morte a nível nacional e europeu.

Têm um importante impacto económico decorrente da incapacidade por elas provocada, assim como custos crescentes relacionados com o seu tratamento.

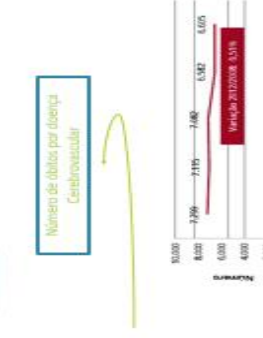
Apesar da tendência de decréscimo, continua a ser uma área prioritária de intervenção estruturada e planificada.

Fonte: - Federação de Abolição das Doenças Crónicas de Morte por Doença Crónica de Morte em Portugal

2

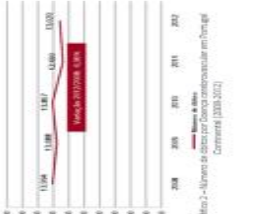
**Doenças Cérebro-Cardiovasculares... que realidade em Portugal**

**Numero de doentes por doença Cardiovascular**



Fonte: - Federação de Abolição das Doenças Crónicas de Morte por Doença Crónica de Morte em Portugal (2008-2012)

**Numero de doentes por doença Cardiovascular**



Fonte: - Federação de Abolição das Doenças Crónicas de Morte por Doença Crónica de Morte em Portugal (2008-2012)

3

**Diagnóstico de situação (DS) e Necessidades**



**Diagnóstico**

- Aplicação do Pê-Teste - Junta de Freguesia Fátima e Famões
- Área Geográfica - Fátima; Bairro Mário Madalena
- População Alto
- Centro de dia da Sagrada Família
- PSF - Fátima
- Escola Mário Madalena
- Jil Gil Exames
- Instrumento - Formulário (estilo de vida e história da doença)

**Necessidades**

- Formação SIV para profissionais de saúde e ajudantes familiares - Projeto UCC "Educar para Cuidar"

Bairro Mário Madalena

4

**Resultados do DS - com maior expressão**

9,4% com um excesso de peso  
 Índice de Massa Corporal

78% mulheres e 44% doentes com risco cardiovascular  
 Perímetro Abdominal

68% Não pratica atividade física  
 Atividade Física

5

**Resultados do DS - com maior expressão**

1,9% ingestão esportiva de fruta e vegetais  
 Alimentação Saudável

7,1% risco de desenvolver diabetes  
 Diabetes

5,9% em história familiar de doença hereditária  
 Hereditária

Risco de desenvolver DM em 10 anos

6

## O Projeto



**Finalidade do Projeto**

- Prevenção das Doenças Crônicas Cardiovasculares, empoderando a comunidade para a responsabilização da saúde

**Finalidade do Projeto de Intervenção**

- Capacitar para a adoção de estilos de vida saudáveis

**Horizonte temporal**

- Realização em 2 fases

**População alvo**

- Comunidade residente, estudante e/ou trabalhadora na Pratinha

7

★

## Objetivos

**Objetivo Geral**

- Promover a saúde e prevenir a doença mediante a adoção de estilos de vida saudáveis

**Objetivos Específicos**

- Promover junto da comunidade a adoção de estilos de vida mais saudáveis
- Preparar o conhecimento dos resultados, obtidos, aos membros comunitários em estudo, promovendo o seu envolvimento no desenvolvimento do projeto
- Capacitar para o reconhecimento e intervenção de vítima em paragem cardiopulmonar



8

★

## Objetivos Operacionais

**FASE 1**



- Agendar reunião com a Presidente da F e/ou seu representante
- Divulgar o projeto junto dos parceiros/recursos da comunidade
- Procurar estabelecer parcerias com outros agentes da comunidade que permitam alargar os settings de intervenção deste projeto para a comunidade
- Programar sessões de trabalho com parceiros da comunidade
- Realizar SPS (nas escolas/ comunidade escolar)
- Realizar sessões de formação de SBV para profissionais de saúde e para ajudantes familiares

9

★

## Estratégias



- Reuniões com a Enff Orientadora e Enff Coordenadora da UCC
- Promoção da saúde através da realização de SPS realizadas nesta fase inicial do projeto e posteriormente mantidas pela equipa da UCC
- Formação na área do SBV mediante componente teórico prática, para posterior difusão pela equipa da UCC
- Fortalecimento e envolvimento da equipa da UCC
- Pesquisas bibliográfica
- Contacto exploratório com parceiros da comunidade, no sentido de promover a adoção de estilos de vida mais saudáveis, prevenindo as doenças crônicas cardiovasculares

10

11

★

## Atividades – Fase 1

**Alimentação Saudável – “Sopa sim, obrigado”**



- Realização de reunião de agendamento com a Enff Orientadora com responsáveis da Escola Mário Madeira e Melo Felção;
- Compilação da informação integrante do projeto de promoção da alimentação saudável e do exercício físico “Aprende a comer e faz a meter” – Saúde escolar 2015-2016
- Elaboração do material didático e audiovisual (rota dos alimentos 3D, capaz de produtos hortícolas, panfletos com vantagens da sopa, slides e vídeos);
- Apresentação de 2 sessões de educação para a saúde: Alimentação saudável “Sopa sim, obrigado”

12

★

## Atividades – Fase 1

**Sessão de Formação – Suporte Básico de Vida (SBV)**



- Realização de reunião de agendamento com a Enff Orientadora, Enff Silvia Matias e representante do Centro de dia;
- Elaboração e reunião de material audiovisual e treino (slides, vídeos, manequim, pocket mask)
- Apresentação de sessão de formação “SBV”, com componente teórico-prática para profissionais de saúde da UCC
- Apresentação de sessão de formação “SBV”, com componente teórico-prática para ajudantes familiares, no centro de dia, integrado no projeto “Educar para Cuidar”

## Atividades – Fase 1

Panel/dinâmica – sessão de trabalho com parceiros comunitários

- ✓ Estabelecer contacto com os representantes dos recursos comunitários (JF, UCC, PSP, Escola Mário Madeira, Il Gil Eanes, Centro de Dia), no sentido de aliar interesse em continuar a integrar o projeto
- ✓ Realização de reunião com a Presidente da JF e seus colaboradores para apresentação do projeto
- ✓ Agendar 2 sessões de trabalho
- ✓ Criação de folha de divulgação das sessões de trabalho, entregue nos recursos em causa
- ✓ Elaboração e reunião de meios audiovisuais



## Atividades – Fase 1

Panel/dinâmica – sessão de trabalho com parceiros comunitários (cont.)

- ✓ Apresentação da sessão de divulgação dos resultados obtidos através do DS. Locução de vídeo sobre estilos de vida saudáveis, servindo de motor de arranque para promover a dinâmica de grupo, atermo ideias e sugestões dos parceiros
- ✓ Criação de folheto motivacional – estilos de vida saudáveis
- ✓ Compilação das ideias e sugestões resultantes da sessão
- ✓ Criação de documento escrito para apresentar na JF



## Ideias/Sugestões do Painel

### Prática de atividade Física

#### ➤ Grupo de Caminhadas

- Caminhadas realizadas em grupo, aumenta o fator motivacional
- Existência de um team leader com função de reunião, incentivar e motivar
- Caminhadas vigiadas (apoio da PSP) e com percursos planeados
- Circuitos (estacionamento invêido condiciona as caminhadas)
- Caminhadas que possam relacionar o fator exercício com a componente cultural
- Utilizar a Eco Pista para utilizar espaço da CNR



13

\*

## Ideias/Sugestões do Painel

### Prática de atividade física

- Demonstração/juiz de atividade física
  - Aulas de zumba e dança
  - Demonstração por parte de clubes/escolas da sua prática (meio de publicar os mesmos) ex. Artes marciais, ténis
- Crar ou reaproveitar zonas verdes com máquinas de manutenção
- Revisar o grupo desportivo da Junta de Freguesia



15

\*

## Ideias/Sugestões do Painel

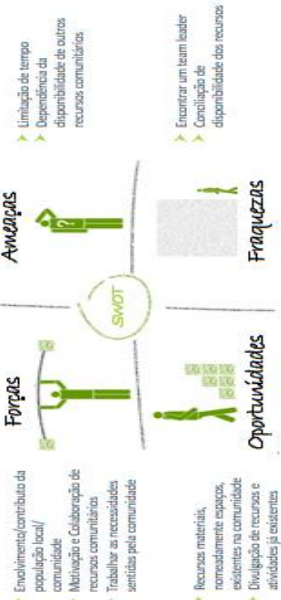
### Gestão do stress

- Massagem de relaxamento
- Atividades de bem-estar (voluntariado) ex yoga, pilates



Ativar a Mindaware

## Análise SWOT – sessões de trabalho



19

★

## Objetivos Operacionais

### FASE 2

- Apresentar aos representantes de JF as sugestões/opiniões dos parceiros sobre a temática e necessidades identificadas
- Reunir com a JF, apresentando a proposta da criação de um fim-de-semana desportivo e workshop sobre alimentação saudável
- Articular com parceiros da comunidade, promovendo a divulgação dos eventos
- Colaboração com a JF na dinamização das atividades planeadas
- Continuação da realização das SEPS e sessões de formação SBV, iniciadas na fase 1



20

★

## Atividades – Fase 2

### Fim de Semana Desportivo e Workshop Alimentação Saudável

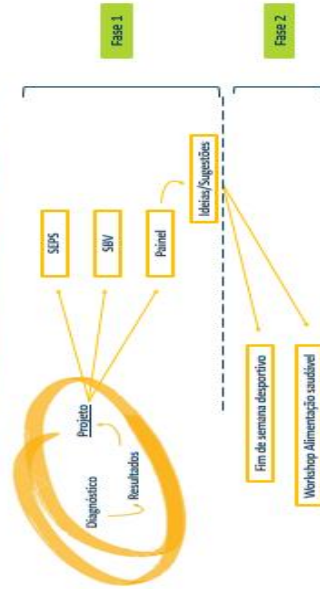
- Reunião com a JF para:
  - Apresentar sugestões/ideias resultantes das sessões de trabalho com os parceiros comunitários;
  - Sugerir a criação de um fim de semana desportivo e um workshop sobre alimentação saudável!
- Contactar e agendar reunião com o Centro de Formação Profissional para o setor alimentar
- Reunião com os parceiros para divulgação dos eventos
- Participação e colaboração na dinamização dos eventos



21

★

## Projeto - Resumo



22



23

## **ANEXOS**



## **ANEXO I – PRÉ-TESTE**



Código do questionário \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Não preenchido por:  Recusa

Falta

Outro \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

**GRUPO I** - Ficha de Avaliação do Risco de Diabetes em 10 anos; Fonte: www.dgs.pt

**Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.**

**1. Idade**

0 p. Menos de 45 anos

2 p. 45-54 anos

3 p. 55-64 anos

4 p. Mais de 64 anos

**2. Índice de Massa Corporal<sup>20</sup>**

0 p. Menos de 25 kg/m<sup>2</sup>

1 p. 25-30 kg/m<sup>2</sup>

3 p. Mais de 30 kg/m<sup>2</sup>

**3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)**

*HOMENS*

0 p. Menos de 94 cm

3 p. 94-102 cm

4 p. Mais de 102 cm

*MULHERES*

0 p. Menos de 80 cm

3 p. 80-88 cm

4 p. Mais de 88 cm

**4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?**

0 p. Sim

2 p. Não

**5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?**

0 p. Todos os dias

1 p. Às vezes

**6. Toma regularmente ou já tomou alguns medicamentos para a Hipertensão Arterial?**

0 p. Não

2 p. Sim

**7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?**

0 p. Não

5 p. Sim

**8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?**

0 p. Não

3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?

5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

**Nível de Risco Total**

○ Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é:

< 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença

7-11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença

12-14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença

15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença

> 20 Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

**GRUPO II**

Assinalar com uma cruz a(s) resposta(s)

1. Habitualmente, quantos cigarros fuma por dia?

- a) Não fumo (0)
- b) 1 a 5
- c) 5 a 10
- d) 10 a 20
- e) Mais de 20

2. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

- a) Aproximadamente 1 vez por mês
- b) 2 a 3 vezes por mês
- c) 1 ou 2 vezes por semana
- d) 3 a 4 vezes por semana
- e) Quase todos os dias
- f) Um vez por dia ou mais

3. Nas suas atividades de vida diária, considera haver fatores desencadeadores de stress?

- a) Não
- b) Sim

4. Toma regularmente ou já tomou alguns medicamentos para Hipercolesterolémia?

- a) Não
- b) Sim

5. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado uma doença cérebro-cardiovascular?

- a) Não
- b) Sim

5.1. Quais?

		Sim	Não
a)	EAM		
b)	AVC		
c)	DAP		

## **ANEXO II - FORMULÁRIO**





## Formulário

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade “Nostra Pontinha” do ACES Loures-Odivelas, encontramos-nos a realizar um levantamento de necessidades relativas à Prevenção das doenças Cérebro-Cardiovasculares, com enfoque na promoção de estilos de vida saudáveis.

A sua colaboração é de extrema relevância para o desenvolvimento do nosso estudo.

Ao longo da investigação, a confidencialidade dos dados e o seu anonimato serão assegurados.

Código do questionário \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Não preenchido por:  Recusa

Falta

Outro \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

**GRUPO I** - Ficha de Avaliação do Risco de Diabetes em 10 anos; Fonte: www.dgs.pt

**Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.**

**1. Idade**

0 p. Menos de 45 anos

2 p. 45-54 anos

3 p. 55-64 anos

4 p. Mais de 64 anos

**2. Índice de Massa Corporal<sup>20</sup>**

0 p. Menos de 25 kg/m<sup>2</sup>

1 p. 25-30 kg/m<sup>2</sup>

3 p. Mais de 30 kg/m<sup>2</sup>

**3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)**

*HOMENS*

0 p. Menos de 94 cm

3 p. 94-102 cm

4 p. Mais de 102 cm

*MULHERES*

0 p. Menos de 80 cm

3 p. 80-88 cm

4 p. Mais de 88 cm

**4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?**

0 p. Sim

2 p. Não

**5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?**

0 p. Todos os dias

1 p. Às vezes

**6. Toma regularmente ou já tomou alguns medicamentos para a Hipertensão Arterial?**

0 p. Não

2 p. Sim

**7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?**

0 p. Não

5 p. Sim

**8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?**

0 p. Não

3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?

5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

*Nível de Risco Total*

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é:

< 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença

7-11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença

12-14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença

15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença

> 20 Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

**PARTE II**

Assinalar com uma cruz a(s) resposta(s)

1. Habitualmente, quantos cigarros fuma por dia?

- a) Não fumo (0)
- b) 1 a 5
- c) 5 a 10
- d) 10 a 20
- e) Mais de 20

2. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

- a) Não bebo
- b) 2 a 3 vezes por mês
- c) 1 ou 2 vezes por semana
- d) 3 a 4 vezes por semana
- e) Quase todos os dias
- f) Um vez por dia ou mais

3. Nas suas atividades de vida diária, considera haver fatores desencadeadores de stress, tendo se dificuldade de controlar coisas importantes da sua vida, sentindo-se frequentemente nervoso?

- a) Não
- b) Sim

4. Toma regularmente ou já tomou alguns medicamentos para Hipercolesterolémia?

- a) Não
- b) Sim

5. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado uma doença cérebro-cardiovascular?

- a) Não
- b) Sim

**5.1. Quais?**

		Sim	Não
a)	EAM		
b)	AVC		
c)	DAP		