



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

HIPERTENSÃO: SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

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

Por Ana Daniela Correia Martins

LISBOA, Março de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

HIPERTENSÃO: SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Comunitária

Por Ana Daniela Correia Martins

Sob orientação da Professora Ana Resende

LISBOA, Março de 2012

RESUMO

A hipertensão é um problema de saúde pública tanto a nível nacional como mundial, sendo este o tema abordado no primeiro módulo que se realizou na Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (USFCO), onde se efectuou um diagnóstico de situação aos utentes hipertensos desta unidade. A temática da hipertensão vai de encontro às necessidades sentidas pela equipa, a qual, pelo facto de ter sido criada há cerca de um ano, referia que estes utentes estavam pouco estudados. Isto, aliado ao facto de a hipertensão ser um dos principais factores de risco de doenças cardiovasculares e a principal causa de morbilidade, invalidez e morte em Portugal, justifica a pertinência desta problemática (Marques da Silva, 2008).

Dos vários resultados obtidos com o diagnóstico de situação, definiu-se como prioritária a questão da alimentação, nomeadamente o consumo de sal e gorduras saturadas e a aprendizagem da leitura de rótulos de produtos alimentares. Neste sentido, no segundo módulo implementou-se um projecto de intervenção que se denominou “Coma com HiperAtensão”, actuando aos três níveis de prevenção. Este projecto foi alargado à comunidade através do estabelecimento de uma parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade Saúdar (UCC Saúdar), promovendo a capacitação dos utentes sobre os alimentos que ingerem.

O terceiro módulo, de vertente opcional, decorreu na UCC Saúdar, efectuando-se uma análise reflexiva das áreas de intervenção percorridas. Aliada a esta reflexão, estabeleceu-se uma parceria com a Unidade de Saúde Familiar São Julião (USFSJ) colaborando na implementação de um projecto, no sentido de conhecer a percepção dos utentes não utilizadores desta unidade a fim de promover a satisfação dos mesmos, sendo esta um padrão de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Ambos os projectos desenvolvidos contribuem para as respectivas unidades promoverem cuidados de enfermagem com maior abrangência e qualidade.

Palavras-chave – Hipertensão; Alimentação; Parceria; Capacitação; Satisfação dos utentes; Qualidade e Enfermagem.

ABSTRACT

Hypertension is a public health issue, both national and internationally. Therefore, it was the theme of the first module that took place at the “Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (USFCO)”, where a diagnosis was performed regarding the situation of the hypertensive patients of this unit. The hypertension thematic fulfils the needs felt by the team, which, having only been created a year earlier, mentioned that these patients were under-studied. This together with the fact that hypertension is one of the main risk factors of cardiovascular diseases, and the main cause for morbidity, disability and death in Portugal warrants the importance of this problematic (Marques da Silva, 2008).

From the numerous results obtained from the situation diagnosis, the priority defined was nourishing, namely the consumption of salt and saturated fats, as well as learning how to read labels of food products. In this sense, in the second module, it was implemented an intervention project designated “Coma com HiperAtensão”, which acted at the three levels of prevention. This project was extended to the community through a partnership with the “Unidade de Cuidados na Comunidade Saúdar (UCC Saúdar)”, by promoting the enablement of patients to control the food they ingest.

The third module, which was optional, took place at the “UCC Saúdar”, and was comprised of a reflexive analysis of the covered intervention areas. Associated with this reflection, it was established a partnership with the “Unidade de Saúde Familiar São Julião (USFSJ)” through a collaboration in the implementation of a project. The goal was to attain an awareness of the perception of patients, who are non-users of this unit, in order to promote their satisfaction, which constitutes a quality standard of the “Ordem dos Enfermeiros (OE)”.

Both developed projects contribute to the corresponding units that promote the nursing care with greater extent and quality.

Keywords – Hypertension; Nourishing; Partnership; Enablement; Patient satisfaction; Quality and Nursing.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha tutora, Professora Ana Resende, pelo seu incentivo e confiança depositada ao longo deste processo, promovendo o meu crescimento profissional e pessoal.

Um muito obrigado às minhas orientadoras, Enf.^a Maria José Vazão e Enf.^a Luísa Horta e Costa, por todo o conhecimento partilhado e pela disponibilidade demonstrada, apesar de ambas terem agendas sobrecarregadas. O seu contributo foi essencial para esta caminhada, com palavras de incentivo e orientações preciosas em momentos de dúvidas.

Às equipas da USFCO, UCC Saúdar e USFSJ agradeço a forma como fui recebida e integrada e a disponibilidade permanente ao longo destes meses.

Os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas com quem tive oportunidade de interagir ao longo deste estágio, nomeadamente nos centros de dia e CPCJ e, que de alguma forma contribuíram para ampliar o meu desenvolvimento e competências.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas da Cirurgia Cardiorotácia por me terem facilitado tantas trocas ao longo destes dezoito meses e, em particular, à minha antiga equipa por me “aguentar” nos momentos em que estava mais cansada ou desamimada.

Um muito obrigado à dietista Isabel pela colaboração e disponibilidade.

Agradeço aos meus colegas do Mestrado e de um modo especial aos de Comunitária o bom ambiente e companheirismo que se viveu ao longo desta etapa.

À Sofia, que foi sem dúvida o meu pilar ao longo de todo este percurso, por termos partilhado tantas dificuldades e sucessos, por ter estado sempre presente e por nos termos apoiado mutuamente. Apesar de todos os momentos difíceis porque passamos, em que “a luz ao fundo do túnel” parecia inexistente, podemos finalmente dizer que ultrapassamos esta etapa.

Aos meus amigos: Lara, Natália, Clara e Hugo, Patrícia, João, Catarina, André, Isa, Lúcia, Luís Pedro, Daniela, Carla, Lídia e tantos outros por me terem “suportado” durante estes meses em que as conversas iam sempre ter ao mesmo tema, pelos conselhos e apoio incondicional que me foi dado, que serviu de motor para aguentar as vicissitudes deste processo e essencialmente, por serem meus amigos e mais uma vez o terem demonstrado.

E por fim, mas não por último, à minha família, em especial aos meus pais por serem as pessoas fantásticas que são, por compreenderem as minhas ausências e me terem dado todo o apoio e incentivo nas alturas em que o desânimo parecia querer vencer.

*“Se há pessoas que não estudam ou que, se estudam, não aproveitam
elas que não se desencorajem e não desistam;*

*se há pessoas que não interrogam os homens instruídos para esclarecer as suas dúvidas ou o
que ignoram, ou que, mesmo interrogando-os, não conseguem ficar mais instruídas,
elas que não se desencorajem e não desistam;*

*se há pessoas que não meditam ou que, mesmo que meditem,
não conseguem adquirir um conhecimento claro do princípio do bem,
elas que não se desencorajem e não desistam;*

*se há pessoas que não distinguem o bem do mal ou que,
mesmo que distingam, não têm uma percepção clara e nítida,
elas que não se desencorajem e não desistam;*

*se há pessoas que não praticam o bem ou que, mesmo que o pratiquem,
não podem aplicar nisso todas as suas forças,
elas que não se desencorajem e não desistam;*

o que os outros fariam numa só vez, elas o farão em dez,

o que os outros fariam em cem vezes, elas o farão em mil,

porque aquele que seguir verdadeiramente esta regra da perseverança,

por mais ignorante que seja, tornar-se-á uma pessoa esclarecida,

por mais fraco que seja, tornar-se-á necessariamente forte.”

(Confúcio, in “A Sabedoria de Confúcio”)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

APN – Associação Portuguesa dos Nutricionistas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

DDR – Dose Diária Recomendada

DECO – Defesa do Consumidor

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ESH-ESC – *European Society of Hypertension – European Society of Cardiology*

ex. – exemplo

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

g – gramas

GADIS – Grupo de Apoio ao Desenvolvimento Interpessoal em Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

mmHg – milímetros de mercúrio

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIC – Núcleo de Intervenção Comunitária

N.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p. – página

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TA – Tensão Arterial

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFCO – Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras

USFSJ – Unidade de Saúde Familiar de São Julião

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Principais resultados dos questionários aplicados aos hipertensos da USFCO

p. 32

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	17
PARTE I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	21
1. Enquadramento do projecto “Coma com HiperAtensão” na USFCO	21
2. Enquadramento do tema no contexto da saúde a nível nacional e internacional	23
3. Objectivo geral do módulo I	27
3.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados	28
4. Objectivos específicos do módulo I	29
4.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados	30
PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	33
1. Definição de prioridades	33
2. Objectivos específicos do módulo II	35
2.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados	36
PARTE III – MÓDULO OPCIONAL	51
1. Análise reflexiva no contexto de uma UCC	51
1.1. Intervenção Comunitária – “Projecto Naus”	51
1.2. Projectos dirigidos à população infanto-juvenil de risco	53
1.3. Área de intervenção de saúde materna / infantil – projectos: “sensibilização para a parentalidade”, “Acontece”; área de intervenção de saúde materna: “intervenção à grávida com risco psicossocial na comunidade”	55
1.4. Área de intervenção: “Saúde Escolar”	56
1.5. Projecto: “Férias em Saúde”	57
2. Percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ – um projecto de intervenção	58
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	77
ANEXO I. Cronogramas do estágio	79
ANEXO Ia. Cronograma módulo I	81
ANEXO Ib. Cronograma módulo II	85
ANEXO Ic. Cronograma módulo III	89

ANEXO II. Pedidos de autorização para elaboração do estudo e consulta dos processos dos utentes hipertensos na USFCO	93
ANEXO IIa. Pedido de autorização à coordenadora da USFCO	95
ANEXO IIb. Pedido de autorização à coordenadora de enfermagem da USFCO	99
ANEXO III. Reflexões sobre algumas actividades efectuadas ao longo do estágio	103
ANEXO IV. Instrumentos de colheita de dados	113
ANEXO IVa. Tabela aplicada aos utentes hipertensos da USFCO	115
ANEXO IVb. Questionário aplicado aos utentes hipertensos da USFCO	119
ANEXO V. Aspectos metodológicos do diagnóstico de situação efectuado aos hipertensos da USFCO	123
ANEXO VI. Diapositivos da sessão de apresentação do diagnóstico de situação à equipa da USFCO	143
ANEXO VII. Acção de formação “Será que sabemos o que estamos a comer?”	153
ANEXO VIIa. Plano da sessão	155
ANEXO VIIb. Diapositivos da apresentação da sessão	159
ANEXO VIIc. Avaliação das sessões	173
ANEXO VIII. Sessão de educação para a saúde “Coma com HiperAtensão”	177
ANEXO VIII a. Plano da sessão	179
ANEXO VIIIb. Diapositivos da apresentação da sessão	183
ANEXO VIIIc. Divulgação da sessão no Dia Mundial da Diabetes na USFCO e UCC Saúdar	195
ANEXO IX. Acção de formação sobre “Autocuidado: vigilância da TA”	199
ANEXO IXa. Plano da sessão	201
ANEXO IXb. Diapositivos da apresentação da sessão	205
ANEXO IXc. Avaliação da sessão	215
ANEXO X. Instrumento de Avaliação da Acção de Formação utilizado pelo GADIS do ACES de Oeiras	219
ANEXO XI. Folhetos do projecto “Coma com HiperAtensão”	223
ANEXO XIa. “Se somos o que comemos... saiba o que come”	225
ANEXO XIb. “Cozinhe com menos sal, mantendo o sabor”	229
ANEXO XII. Poster “Aprenda a ler rótulos: faça a escolha certa”	233
ANEXO XIII. Desenho do projecto “Percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ”	237

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a especialização em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde, e de acordo com o plano de estudos do mesmo curso, foi realizado um Estágio para avaliação da Unidade Curricular.

O Estágio realizou-se em três módulos: no módulo I efectuou-se um diagnóstico de saúde de uma comunidade, no âmbito da saúde do adulto, mais concretamente a nível das doenças cardiovasculares; o módulo II decorreu do seguimento do I, no qual se implementou um projecto de intervenção que se denominou “Coma com HiperAtensão”; o módulo III, sendo um módulo opcional, realizou-se noutro contexto de modo a complementar os módulos anteriores.

Os três módulos realizaram-se no Agrupamento de Centros de Saúde de Oeiras (ACES), nomeadamente, os módulos I e II na USFCO e o III na UCC Saúdar, localizando-se ambas as unidades no mesmo edifício. Decorreram nos períodos de 26 de Abril a 18 de Junho, de 26 de Setembro a 19 de Novembro e de 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, respectivamente.

O facto do contexto de trabalho ser a nível hospitalar fez com que a opção dos primeiros módulos de estágio recaísse sobre uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma vez que é o local por excelência de prestação de cuidados de saúde personalizados à população, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto – Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto). Para o terceiro módulo optou-se por uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pelo facto de ser o local de maior contacto com pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco. Desta forma pretende-se, com este último módulo, complementar o conhecimento da realidade a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), obtendo uma visão mais alargada do trabalho que realmente é efectuado a nível da comunidade.

Tendo em conta o desconhecimento da realidade nos locais de estágio, em ambos os casos, o tema/problemática a estudar foi sugerido pela enfermeira orientadora, uma vez que, por ser alguém que está no local e conhece a realidade, sabe as necessidades que existem.

Os módulos I e II decorrem no contexto de uma USF, a qual, na altura do estágio, tinha sido criada há cerca de um ano. Por conseguinte, havia áreas que ainda estavam pouco estudadas, nomeadamente a nível da hipertensão (HTA), verificando-se que, na prática, os enfermeiros não conheciam a sua lista de utentes hipertensos. Tendo em conta que a HTA afecta 1/5 da população a nível mundial (Direcção Geral de Saúde (DGS), 2011), é responsável por 7,1 milhões de mortes por ano (Oliveira, 2011) e é também um dos principais factores de risco de doenças cardiovasculares, que no nosso país continuam a ser a principal causa de morbilidade, invalidez e morte (Marques da Silva, 2008), aliado ao facto da equipa da USFCO sentir a necessidade de estudar os seus hipertensos, foi feito um diagnóstico de situação dos mesmos no módulo I de estágio. Com os resultados deste diagnóstico, foi feita uma priorização dos problemas através da utilização da árvore de prioridades e reunião de

peritos e com os enfermeiros intervenientes, tendo-se estabelecido sobre que problemas actuar.

Deste modo, no módulo II de estágio, foi implementado um projecto de intervenção na USFCO dirigido mais directamente ao grupo estudado, envolvendo toda a equipa multidisciplinar no mesmo. O projecto foi alargado à UCC Saúdar, unidade funcional do ACES de Oeiras Ocidental, uma vez que, pelas suas características, se poderia inserir no projecto “Envelhecer com Saúde” desta unidade. Para outros problemas que surgiram do diagnóstico de situação, foram efectuadas algumas actividades que funcionaram como estratégias para minorar alguns problemas, que serão referidas na parte II do presente relatório.

O módulo III decorre numa UCC, um local com áreas diversificadas e de trabalho mais dirigido para a comunidade. Tendo em conta o factor tempo (8 semanas de estágio), foi sugerido pela enfermeira orientadora que conhecesse e participasse em actividades nas áreas de habitual menor contacto em termos profissionais, de forma a perceber, na realidade, a intervenção comunitária, uma vez que segundo a mesma, não haveria nenhuma área em que pudesse ser implementado um projecto no curto espaço de tempo do presente módulo. Foi também sugerido pela mesma a colaboração com ela num projecto que lhe tinha sido pedido pela USFSJ, unidade funcional que também integra o ACES de Oeiras, no sentido de conhecer a percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ, nomeadamente conhecer as razões pelas quais eles não utilizam a mesma.

A USF é uma unidade funcional do ACES e a legislação preconiza que *“cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES”* (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). Este tema é pertinente, uma vez que o mesmo decreto-lei prevê *“a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde”*. Indo de encontro às características do ACES, um dos princípios orientadores da UCC é a *“articulação com as outras unidades funcionais do ACES”* (Despacho n.º 10413/2009, de 16 de Abril).

A satisfação do cliente é um padrão de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) e segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-16, qualidade em saúde *“implica (...) a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”* (PNS 2011-16). O facto de conhecer a realidade da USF nos módulos I e II tornou-se uma mais-valia para a elaboração deste projecto e, tendo em conta que foi construído à luz do planeamento em saúde, permitiu a consolidação de competências neste âmbito.

O ACES de Oeiras tem como missão *“garantir para todos os utentes da área geográfica do concelho de Oeiras a melhoria progressiva da qualidade na promoção da saúde e prevenção da doença, da prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados e garantir uma acessibilidade eficiente”* (ACES Oeiras, 2012). Tem como área de actuação o município de Oeiras, abrangendo uma população de 172 120 residentes no concelho, sendo a percentagem de população feminina 53,4% (INE, 2011), a

Taxa Bruta de Natalidade referente a 2010 atinge os 11‰ e em Portugal a taxa é 9,5‰ (INE, 2011) e o Índice de Dependência Total é de 51,79, o qual é semelhante ao de Portugal (52), segundo os Censos 2011. Tem um Índice de Envelhecimento de 118,72 (ACES Oeiras, 2012), que fica ligeiramente abaixo do índice de envelhecimento de Portugal (120), (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011).

A reconfiguração dos centros de saúde assenta nos conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo da sua existência (1971-2005). Nesta caminhada, identificaram-se alguns princípios que são fundamentais para a modernização dos centros de saúde como *“estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde. [...] Destacam-se os seguintes: orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação”* (Missão para os CSP, 2006).

O ACES Grande Lisboa IV – Oeiras/Carnaxide desenvolve actividades de prestação de cuidados de saúde, de promoção da saúde e prevenção da doença, em articulação com outros serviços, para a continuidade de cuidados ao utente. Desenvolve também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados de saúde, participando ainda na formação de diversos grupos profissionais (ACES Oeiras, 2012). Resultou da fusão dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide. Com essa nova organização criaram-se várias Unidades de Saúde Funcionais, com autonomia administrativa e organizativa. É constituído por dez Unidades que prestam cuidados de saúde no âmbito da medicina familiar: seis Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e quatro USF, duas UCC, uma Unidade de Saúde Pública, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (que é integrada por psicólogos, assistentes sociais e técnicos de laboratório e técnicos superiores de laboratório, radiologista e técnico radiologista), uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e um Gabinete do Cidadão (ACES Oeiras, 2012).

A USFCO serve a população residente nas freguesias de Oeiras e São Julião da Barra e de Porto Salvo, sendo o número total de utentes inscritos na USF 13 161 (dados fornecidos pela UAG a 23/05/2011). O horário de funcionamento é das oito às vinte horas nos dias úteis e é constituída por nove médicos de Medicina Geral e Familiar, nove enfermeiros, cinco assistentes técnicos, uma assistente operacional e dois internos do Internato Geral (informação fornecida pela UAG em Abril, 2011). No entanto, uma enfermeira cessou funções entretanto ficando apenas oito enfermeiros na USF.

Cada médico trabalha directamente em articulação com um enfermeiro, destacando-se aqui a metodologia do enfermeiro de família. O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), *“surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos da vida, nos vários contextos da comunidade”* (Regulamento n.º 126/2011, de 18 de Fevereiro).

A UCC Saúdar é uma unidade integrante do ACES Oeiras Ocidental, que tem por área de influência cinco freguesias do concelho (29,9 km²), Oeiras e São Julião da Barra, Paço de

Arcos, Caxias, Porto Salvo e Barcarena. Estão inscritos 111 089 utentes, dos quais 12 880 não têm médico de família (11,6%) (UCC Saúdar, 2010). O horário de funcionamento é das oito às vinte horas nos dias úteis e é constituída por dezasseis enfermeiras, uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, duas em saúde materna e obstetrícia, três em reabilitação, uma em saúde pública, três em saúde infantil e pediátrica, sendo as restantes graduadas. A maioria está a tempo inteiro na UCC, no entanto há enfermeiras a tempo parcial, desempenhando também funções noutras unidades funcionais do ACES. É também constituída por três médicos, de acordo com o projecto em que estão inseridos, duas assistentes sociais, uma higienista oral, uma psicóloga e um enfermeiro especialista no idoso com dor crónica (UCC Saúdar, 2010).

Este relatório visa ser um método de avaliação da unidade curricular com o mesmo nome, tendo por base os estágios efectuados e tem como fio condutor ambos os Projectos de Estágio. Tem como objectivo relatar de uma forma clara o que foi feito ao longo dos estágios, referenciando os dados obtidos e as alterações que foram surgindo ao longo do percurso. Efectua-se também uma avaliação dos projectos efectuados, mencionando sugestões e limitações.

A parte I, que segue a introdução, é a fase do diagnóstico da situação, onde é feito um enquadramento do projecto na USFCO, fazendo uma análise reflexiva acerca da problemática em estudo no contexto local, nacional e internacional. Analisam-se também os objectivos gerais e específicos deste módulo do projecto de estágio, referindo as actividades que foram desenvolvidas e os recursos utilizados. Por fim, apresentam-se os principais resultados dos questionários aplicados aos utentes hipertensos da USFCO.

Em seguida, na parte II da implementação do Projecto de Intervenção, seguindo a mesma linha que a parte I, faz-se uma análise dos objectivos, actividades desenvolvidas e recursos utilizados, apresentando o processo de priorização dos problemas/necessidades de modo a definir qual o projecto a ser implementado. É apresentado o projecto em si, referindo as actividades que foram elaboradas no seguimento do mesmo.

Na parte III, que se aplica a um módulo opcional, inicia-se com uma reflexão crítica referente às áreas de intervenção/projectos complementados pelos objectivos específicos de estágio, seguindo uma lógica uniforme, enquadramento a nível dos CSP, articulação intra e extra Centro de Saúde e os “aspectos a desenvolver”, positivos ou negativos. Um segundo objectivo desta parte é a descrição de um projecto efectuado em parceria com a USFSJ denominado “Percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ”, seguindo a mesma lógica metodológica das partes I e II.

A parte final deste relatório consiste na conclusão, na qual são efectuadas reflexões acerca do trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, salientando os aspectos positivos, as limitações e dificuldades sentidas ao longo do percurso. Faz-se referência aos contributos deste trabalho a nível pessoal, institucional e até mesmo para a profissão, mencionando as sugestões pertinentes.

PARTE I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1. Enquadramento do projecto “Coma com HiperAtensão” na USFCO

Os módulos I e II de estágio decorrem no mesmo local, na USFCO, local onde será desenvolvido o objectivo geral de estágio que pretende realizar um diagnóstico de situação relativo a utentes hipertensos da USFCO. Deste modo, faz sentido fazer uma contextualização do local onde se realizaram estes módulos de estágio, a qual já se iniciou na introdução.

A missão da USFCO é *“prestar cuidados de saúde efectivos a uma população inscrita em listas de utentes por médico de família, garantindo a acessibilidade, a personalização, a continuidade, a globalidade e a coordenação de cuidados aos cidadãos utentes e a satisfação dos utilizadores e dos profissionais”* (USFCO, 2010). Presta CSP ao indivíduo em todas as etapas da vida, actuando aos três níveis de prevenção.

“Nos CSP o foco principal é a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, nas diferentes fases do ciclo de vida” Trindade (2007).

O PNS 2011-16 define como orientações relacionadas com os cidadãos a valorização da relação de confiança com o médico e enfermeiro de família, promovendo a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, reconhecendo-os como gestores de saúde e responsáveis pela referenciação a outros níveis.

Cada médico trabalha directamente em articulação com um enfermeiro, destacando-se aqui o enfermeiro de família, trabalhando todos todas as áreas de intervenção. Figueiredo (2009) refere que se evidencia um papel promissor do enfermeiro de família, funcionando *“como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica”*.

“As famílias estão sujeitas a tensões quando os factores de stresse (problemas) afectam as linhas de defesa da família. A reacção [desta] depende da forma como esses factores afectam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter a estabilidade. A reconstituição ou adaptação é a actividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais” (Regulamento n.º 126/2011, de 18 de Fevereiro). No fundo, fala-se de resiliência familiar que se pode definir como a capacidade de uma família responder positivamente a uma situação adversa e emergir dessa mesma situação sentindo-se fortalecida, com mais recursos e mais confiante, segundo informação fornecida na Unidade Curricular de Dinâmicas Familiares deste curso.

Segundo Atkinson e Murray (1989), as enfermeiras em cuidados de saúde primários, devido à sua proximidade relacional com a família, são as pessoas mais adequadas para efectuar uma avaliação da família, especialmente em momentos de crise, iniciando-se o processo de enfermagem na prestação de cuidados à família.

Para Hanson e Boyd (1996, citados por Hanson e Kaakinen, 1999), a definição de família é *“... dois ou mais indivíduos mutuamente dependentes emocional, física e/ou*

economicamente. Os membros da família identificam-se como tal. A saúde de um elemento da família afecta todo o funcionamento da mesma e vice-versa. Deste modo, *“a avaliação da saúde familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família individualmente e do sistema familiar como um todo”* (Hanson e Kaakinen, 1999). Os mesmos autores referem as várias abordagens dos cuidados de enfermagem à família de várias formas: família como contexto (o indivíduo é colocado em primeiro plano), família como cliente (em que a família é vista em primeiro plano e os indivíduos em segundo), família como sistema (no qual o sistema da família é interactivo, sendo o todo maior do que a soma das suas partes) e também família como um componente da sociedade (no qual a família é vista como muitas das instituições da sociedade).

Hanson e Kaakinen (1999) referem que o processo de enfermagem familiar *“é um método organizado dinâmico e sistemático de pensamento crítico sobre a família. É a resolução de problemas com a família para ajudar na adaptação da família, com sucesso, às necessidades de cuidados de saúde identificadas”*. Os autores definem a família como *“uma fonte primária de prestação e transmissão de cuidados de saúde”*.

A OMS tem evidenciado a importância de se implementarem metodologias de trabalho que promovam a adopção de um novo paradigma do cuidar direccionado para a família. O enfermeiro de família como modelo organizativo de cuidados é uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados à população, em especial a efectividade (adequação das respostas), proximidade (acessibilidade) e integralidade (visão global). Este modelo tem vindo a ser implementado em vários países e é uma realidade em muitos contextos da prática, em especial nos CSP (Ferreira, 2010).

“O enfermeiro de família afigura-se, assim, como o elo de referência entre o serviço de saúde e o utente/família, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um conjunto de famílias, nas diversas situações de crise e em todos os processos de saúde – doença. Afirma-se não só como um recurso para a família, mas também como um suporte qualificado nas respostas em cuidados de saúde, em geral, e de Enfermagem, em particular” (Ferreira, 2010).

O facto de esta realidade ser uma novidade, e como tal um terreno desconhecido, considerou-se como um dos objectivos específicos deste primeiro módulo apreender a forma de funcionamento da USF. Assim, para além da consulta dos documentos da USF, nomeadamente o Plano de Acção, Regulamento Interno, Indicadores, e de pesquisa bibliográfica a nível do trabalho de enfermeiro de família, foi efectuado um acompanhamento da enfermeira orientadora, nas diversas áreas de intervenção da USF, de modo a conhecer o trabalho que é desenvolvido na sua globalidade. Estes momentos foram importantes, na medida em que o trabalho efectuado com os utentes, actuando nos vários níveis de prevenção, amplia o leque de actuação e de competências dos enfermeiros, nomeadamente especialistas em enfermagem comunitária, uma vez que o indivíduo é parte integrante de uma comunidade.

Durante as primeiras semanas de integração, foi possível acompanhar os enfermeiros nas várias actividades, nomeadamente consultas de planeamento familiar e saúde materna,

consultas de saúde infantil e juvenil, consultas a doentes crónicos, nomeadamente diabéticos, consultas de cessação tabágica, na sala de tratamento, no atendimento a vários tipos de situações desde agudas a crónicas, nos três níveis de prevenção. Também foram efectuadas visitas domiciliárias, nas quais se faz uma avaliação mais próxima da realidade da situação familiar da pessoa, uma vez que é inserido no seu contexto. Em todas estas áreas de actuação é visível o trabalho multidisciplinar que existe nomeadamente entre médicos e enfermeiros, aumentando a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e família, uma vez que se complementam. Neste período, efectuaram-se diversas reuniões informais com os vários elementos da equipa de enfermagem e médica, de modo a ampliar a visão do trabalho que se efectua nesta área. De acordo com o PNS 2011-16, devem-se aproveitar períodos críticos e janelas de oportunidade, como, por exemplo a doença/morte de familiares próximos, a disfunção familiar, a depressão ou a não adesão terapêutica, uma vez que nestas alturas o potencial para a promoção de saúde e prevenção da doença são elevados, podendo sinalizar-se casos e promover a articulação com os cuidados de saúde.

O programa de saúde do adulto e idoso na USF engloba os cuidados promotores de saúde e preventivos da doença a estas faixas etárias, de acordo com as normas da DGS. Os cuidados são organizados de acordo com uma identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa, promovendo o bem-estar e a autonomia da pessoa e tendo em conta uma avaliação do seu estado global de saúde e os contextos familiar, social e ocupacional onde está inserido (Plano de Acção da USFCO, 2009).

As doenças cardiometabólicas fazem parte do programa de saúde do adulto e idoso da USFCO e tem como população alvo todos os utentes inscritos na USF.

O tema proposto pela orientadora destes dois primeiros módulos de estágio, que resultou de uma necessidade sentida e expressa pela equipa, nomeadamente de enfermagem, como já foi referido na introdução, vai de encontro a este item do programa da USFCO. Programa este que tem como objectivos: cumprir o programa-tipo do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares da DGS, com intervenção nas áreas do tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, e nutrição; reduzir a morbilidade e mortalidade provocadas por doenças cardiometabólicas; identificar os utentes hipertensos, diabéticos, obesos, fumadores e sedentários e promover o autocontrolo e a modificação de estilos de vida. Usando para tal estratégias: ensino da autovigilância e do autocontrolo, entre outras (Plano de Acção da USFCO, 2009). Ao efectuar-se o diagnóstico de situação dos utentes hipertensos da USF, contribuiu-se para alcançar estes objectivos, uma vez que se fica a conhecer a população em causa, delineando estratégias de actuação.

2. Enquadramento da problemática da HTA a nível nacional e internacional e no contexto da saúde

A HTA é um problema quer a nível nacional, quer a nível mundial. Segundo o Portal da Saúde, Portugal (2006) “em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos. Destes,

apenas metade tem conhecimento de que tem pressão arterial elevada, apenas um quarto está medicado e apenas 16% estão controlados”.

A hipertensão contribui em grande escala para o aparecimento das doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária. Além disso, segundo a DGS, as doenças cardiovasculares “*continuam a ser a principal causa de morbilidade, invalidez e morte em Portugal, em ambos os sexos. Em 2004, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 36,3% dos óbitos registados no nosso país: 45,2% atribuídos à doença cerebrovascular e 24% relacionados com a doença isquémica cardíaca*” (Marques da Silva, 2008).

A nível mundial, a OMS “*reportou que o número estimado de pessoas hipertensas em todo o mundo é de 1 bilião, atribuindo-se à hipertensão 7,1 milhões de mortes por ano*” (Oliveira et al., 2011).

Para se poder actuar em mudanças de estilos de vida e controlo dos factores de risco é necessário saber a real situação do país. “*A prevalência da HTA em Portugal Continental, em indivíduos com mais de 18 anos, verificada no Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, foi de 20%. No estudo AMALIA, recentemente publicado, a prevalência da HTA referida pelos 38.893 indivíduos inquiridos e que expressam uma amostra representativa da população portuguesa com idade igual ou superior a 40 anos, foi de 23,5%. Quando corrigido este valor percebido pelo indivíduo, pelo cenário do estudo piloto efectuado, em que o diagnóstico, da HTA era afirmado se a pressão arterial medida fosse igual ou superior a 140mmHg de sistólica e/ou 90mmHg de diastólica, ou se o indivíduo estava medicado para a HTA, ou se tinha o diagnóstico de HTA feito por um médico, verificámos uma prevalência estimada de 54,8%*” (Perdigão, 2010).

O estudo AMALIA é o maior estudo de prevalência dos principais factores de risco de doença cardiovascular realizado em Portugal (entre Outubro 2006 e Fevereiro 2007). Podemos assim verificar que neste estudo, provavelmente o mais fidedigno da realidade do nosso país, o valor de hipertensos é de 54,8%, o que apesar de ser uma estimativa, é consideravelmente superior ao valor dado pelo autor do artigo em relação à prevalência da HTA. No entanto, qualquer um dos dois são bastante elevados e, como tal, motivo de preocupação por parte dos profissionais de saúde. Ainda através deste estudo, verificou-se que a Região Autónoma dos Açores tem uma prevalência de 35,6%, seguida pela Região de Lisboa de Vale do Tejo com 28,4% e as regiões do Algarve com 18,3% e Norte com 19,3%, as duas regiões com as prevalências mais baixas. Um outro estudo sobre a prevalência da HTA efectuado na cidade de Castelo Branco entre Setembro 2009 e Abril 2010 refere que 62,4% das pessoas são hipertensas, valor que é superior à média nacional e também aos valores europeus e mundiais (Simões et al., 2011).

Foram feitos estudos epidemiológicos similares, no grupo etário dos 35 aos 64 anos, nos países europeus (Alemanha, Espanha, Inglaterra, Itália e Suécia) e, numa análise comparativa dos resultados, publicada em Janeiro de 2004, verificou-se que “*a prevalência de*

HTA encontrada [em Portugal] (47,1%) é similar à de Espanha (47%), superior às de Inglaterra (42%), Itália (38%) e Suécia (38%), mas inferior à da Alemanha (55%)” (Macedo, 2004).

Contrapondo um pouco esta ideia, análises de prevalência da HTA que têm sido feitas nas últimas duas décadas “mostram uma grande diferença entre as nações, sobretudo quando se comparam países desenvolvidos, em que a prevalência tem estabilizado (EUA, Austrália, Bélgica, Finlândia e outros) ao contrário do que tem acontecido em países em vias de desenvolvimento, em que, a prevalência tem aumentado (China, Índia e outros)” (Nazaré, 2010).

A HTA é uma elevação crónica da Tensão Arterial (TA) 140/90mmHg, de etiologia desconhecida em 90-95% dos doentes (HTA essencial – TA elevada a partir de uma causa indeterminada). Deve-se pensar sempre numa forma secundária corrigível de HTA, especialmente em doentes com menos de 30 anos de idade ou que se tornam hipertensos depois dos 55 anos. Neste caso, trata-se de HTA secundária, na qual a TA elevada tem uma causa identificada (como, por ex., na doença renal). A HTA sistólica isolada (TA sistólica > 160mmHg, diastólica < 90mmHg) é mais frequente em doentes idosos, devido à maior rigidez muscular (Braunwald *et al.*, 2004).

De acordo com Grangeia (2009), apenas metade dos doentes com HTA sabem que o são, sendo que destes apenas metade é medicada e dos que são medicados, só metade está controlada. Segundo o estudo AMALIA, “a diferença entre a prevalência da hipertensão referida pelos inquiridos (23,5%) e a prevalência estimada tendo por base o resultado do estudo piloto (54,8%)” faz-nos ir de encontro à “regra que há muito nos habituámos a verificar em múltiplos estudos populacionais, de que dos hipertensos existentes numa comunidade apenas metade estão identificados e têm conhecimento da sua condição de hipertensos” (Perdigão *et al.*, 2009).

Segundo Nazaré (2010) “no que se refere ao conhecimento e tratamento da HTA, tem havido um aumento significativo nos últimos anos, sobretudo nos EUA em que uma (última análise com publicação recente refere que cerca de 80,6% dos hipertensos sabe da sua doença, 75% dos doentes com HTA estão medicados e cerca de 50% estão controlados)”. Havendo um aumento do número de doentes com a TA controlada, isto poderá levar à diminuição de eventos vasculares e melhoria da mortalidade cardiovascular.

O que torna a HTA um perigo silencioso é o facto de a grande maioria das pessoas não ter sintomas relacionados com a subida da TA. Desta forma, normalmente só se manifesta com as suas consequências ou lesões terminais, nomeadamente Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), AVC, etc. Os sintomas como cefaleias, hemorragias espontâneas, tonturas, zumbidos, etc. raramente estão relacionados com a TA elevada. Desta forma o diagnóstico de HTA é habitualmente efectuado de forma acidental, numa consulta de rotina, num *check up*, em exames pré operatórios, etc. Por conseguinte, devem ser aproveitadas todas as oportunidades para fazer o despiste dos factores de risco e identificar os indivíduos em risco através de consultas de rotina ou rastreios populacionais (Perdigão *et al.*, 2009).

As *guidelines* da *European Society of Hypertension – European Society of Cardiology* (ESH-ESC) de 2007, que referem as recomendações actuais para a classificação da HTA, consideram que 120/80mmHg é o normal e desejável, enquanto que a normal alta ou pré-hipertensão é 130-139/85-89mmHg (informação confirmada via *e-mail* com a ESC).

Grande parte dos autores defende que o tratamento deve iniciar-se por alterações do estilo de vida. No entanto, há autores que referem que a pré hipertensão está lado a lado com a hipertensão e como se verifica pouca aderência ao exercício físico, alguns autores defendem o tratamento farmacológico desde o início (Perdigão, 2010).

De acordo com Grangeia (2009), a HTA tem causas não modificáveis, como o género, idade e raça, e causas modificáveis, como o consumo em excesso de sal, dislipidémia, obesidade, tabagismo, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. Em relação ao estado de ansiedade, este pode contribuir para a subida da TA, mas não pode ser responsabilizado por si só. Estes factores de risco vão de encontro ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2003). No entanto, segundo a DGS, o stresse excessivo também é factor de risco de HTA.

“A alta incidência de doença cardíaca coronária na maioria dos países industrializados não se deve a problema de uma minoria, mas à presença de altos níveis de factores de risco em toda a população” (Beaglehole, Bonita e Kjellstrom, 2003).

As principais causas de internamento hospitalar na população adulta são as doenças do aparelho circulatório (10,1%), segundo informação da Administração Central de Sistemas de Saúde (2010), referido no PNS 2011-16.

Segundo o PNS 2011-16, as doenças circulatórias são para ambos os sexos as principais causas de mortalidade (32%) e, como principais causas de mortalidade prematura, medidas através dos anos de vida potenciais perdidos, estão as doenças do aparelho circulatório em terceiro lugar com 10% (INE, 2009). Apesar das melhorias registadas, entre 2000 e 2008, a doença cerebrovascular (2000 – 2008: 25.909 – 15.707 anos) e a doença isquémica cardíaca (20.885 – 14.975 anos) mantiveram-se as causas mais expressivas dos anos de vida potenciais perdidos evitáveis por cuidados de saúde (INE, 2010). *“O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência da doença crónica, nomeadamente doenças cardiocerebrovasculares, HTA e diabetes. A HTA e a diabetes, para além de doenças crónicas, são também importantes factores de risco para outras. Entre 1999 e 2006, a população que reporta ter HTA aumentou 34% e diabetes 38% (INE/INSA, 4º INS)”* (PNS 2011-16).

Segundo o mesmo documento, a mortalidade prematura em Portugal, medida através dos anos de vida potencial perdidos por 100 000 habitantes, tem vindo a decrescer nos últimos anos. Os tumores malignos, as causas externas e as doenças do aparelho circulatório são os mais representativos. Os valores nacionais ainda se encontram distantes do melhor da União Europeia (Suécia), no entanto, a tendência é para que as diferenças sejam cada vez menores, uma vez que o decréscimo relativo em Portugal tem sido muito superior.

3. Objectivo geral do Módulo I

Este módulo de estágio teve apenas um único objectivo geral, o qual foi na sua globalidade atingido, através das actividades que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma, o qual se pode verificar no (ANEXO I a).

É importante salientar que a metodologia de portfólio foi essencial para a elaboração deste relatório, uma vez que durante todo o período de estágio, através desta metodologia, as actividades desenvolvidas, assim como as reflexões críticas e pessoais sobre as mesmas foram sendo registadas de modo a funcionarem como um instrumento para a construção deste relatório.

Com estes três capítulos, que se referem respectivamente aos três módulos de estágio, pretende-se que, para além da descrição dos objectivos e actividades desenvolvidas, se reflecta acerca da forma como todo este caminho percorrido contribuiu para a aquisição de algumas competências e desenvolvimento de outras, e também para o crescimento quer pessoal quer profissional, sendo de notar uma evolução e maturação ao longo de todo este período quer no contexto do estágio (CSP), quer no contexto laboral a nível hospitalar.

O objectivo geral traçado para este módulo I de estágio foi efectuar o diagnóstico de situação relativo a utentes hipertensos da USFCO, indo de encontro às necessidades sentidas pelos profissionais da USF, como foi referido anteriormente. Os objectivos de ambos os estágios, quer gerais, quer específicos, foram concebidos de forma a irem de encontro ao preconizado no Regulamento Geral do Curso para obtenção do Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

Foram também traçados, tendo por base o regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, acerca do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, em que o Artigo 3º refere que as *“a) competências comuns, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; b) competências específicas, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas; c) são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas”*.

Basearam-se também no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro), em que o Artigo 3º, no n.º 1, refere que as competências específicas são: *“a) estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de*

saúde de uma comunidade; b) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde; d) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

Foram também de encontro ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, em que no Artigo 5º refere: “os cuidados de enfermagem são caracterizados por: 1) terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; 2) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; 3) utilizarem metodologia científica [...]”. No Artigo 8º, em relação ao exercício profissional dos enfermeiros, refere que: “1 - no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos; 2 - o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social; 3 - os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”.

A formação académica permite desenvolver as competências acima mencionadas de modo a que os futuros enfermeiros especialistas prestem cuidados aos utentes, família e comunidade de forma responsável e de qualidade. É importante referir que, ao longo destes três estágios, estas competências foram sendo desenvolvidas através da consecução dos objectivos gerais e específicos estabelecidos e, por conseguinte, das actividades efectuadas para atingir os mesmos, sendo referidas ao longo do relatório e também através de reflexões críticas que descrevem actividades deste percurso e estão no (ANEXO III).

O caminho para atingir estas competências fez-se através de orientações dos profissionais e peritos das áreas em questão, de pesquisa bibliográfica (entre outras), mas também se pretende que esta aprendizagem muna os futuros enfermeiros especialistas de capacidades para terem pensamento crítico e para que possam também ser autónomos. Pensa-se que, para além do desenvolvimento das competências a nível profissional, também se desenvolveram em termos pessoais, o que é uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem com elevados padrões de qualidade, conforme as próprias recomendações da OE.

3.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

De modo a atingir os objectivos estabelecidos, realizaram-se várias actividades que foram de encontro ao cronograma elaborado (ANEXO Ia).

Foi feita pesquisa bibliográfica sobre a temática em causa, ampliando os conhecimentos sobre esta problemática, de modo a conhecer-se o que já existe sobre a mesma, contextualizando em termos nacionais e internacionais. Para tal, procedeu-se à consulta de variados documentos, sendo eles o Plano de Acção, Regulamento Interno e Indicadores da USF, Circulares Normativas, Circulares Informativas e Orientações Estratégicas

da DGS, Estratégias para a Saúde do Alto Comissariado da Saúde (ACS), vários Decretos-Lei, Despachos e Regulamentos do Conselho de Ministros, dados do INE, documentos electrónicos e leitura de obras e artigos nacionais e internacionais sobre o tema em questão.

Foram realizadas reuniões formais e informais com a enfermeira orientadora e com a tutora ao longo do estágio, que permitiram uma reflexão permanente sobre a evolução do mesmo, abordando as actividades que estavam a ser efectuadas, nomeadamente as reuniões com os profissionais da USF, e a forma como estas contribuíam para o desenvolvimento das competências anteriormente referidas a fim de atingir o objectivo geral, para além de servirem para colmatar dúvidas e funcionarem como fio condutor do estágio.

Os recursos utilizados para a consecução do objectivo geral e respectivas actividades desenvolvidas neste módulo foram essenciais para a concretização dos mesmos.

Os recursos humanos são constituídos por todos os que colaboraram para o desenvolvimento das actividades, nomeadamente a enfermeira orientadora e a tutora e os profissionais do ACES Oeiras Ocidental, nomeadamente os da USFCO e da UAG. A orientadora, tutora e profissionais da USFCO tiveram um papel importante, na medida em que se mostraram disponíveis, partilhando as suas ideias, conhecimento e experiência e facultando documentos e matéria sobre esta temática sempre que necessário.

Os recursos materiais foram a USFCO na sua globalidade, biblioteca da escola, sala de jantar na residência pessoal, Internet, livros, revistas, apontamentos das aulas do Curso de Mestrado de natureza profissional na área de especialização em Enfermagem Comunitária, relatórios e folhetos sobre a temática em causa.

O recurso temporal estabelecido no cronograma foi suficiente para a consecução do objectivo geral do estágio.

4. Objectivos específicos do módulo I

Para confirmar a necessidade referenciada pelos enfermeiros da USFCO, efectuando o diagnóstico de situação da temática em questão, traçaram-se os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar o concelho e ACES de Oeiras e USFCO;
- Aprender a forma de funcionamento da USF;
- Identificar o n.º de hipertensos da USFCO;
- Caracterizar os utentes hipertensos do ponto de vista demográfico, social e cultural;
- Identificar os principais problemas que o grupo tem relacionado com a doença;
- Conhecer os recursos para contribuir para a resolução dos problemas de saúde encontrados.

A problemática da HTA já foi mencionada anteriormente no ponto 2, quer a nível nacional quer a nível internacional, sendo uma das causas de anos de vida potencial perdidos, o que para além de ter consequências para a saúde das pessoas, quer física, quer mental, tem

também implicações a nível socioeconómico, uma vez que são pessoas que podem ficar com limitações físicas, sendo incapazes de trabalhar e diminuindo o nível da sua qualidade de vida.

Pensa-se que estes objectivos foram importantes para efectuar o diagnóstico de situação a fim de perceber os principais problemas que este grupo apresenta, de modo a delinear estratégias para intervir eficazmente. E como refere Tavares (1990), “o *planeamento em saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através do processo de ensino/ aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos*”.

4.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

De modo a atingir os objectivos estabelecidos, realizaram-se várias actividades que foram de encontro ao cronograma elaborado (ANEXO Ia).

A caracterização do ACES de Oeiras permitiu ter uma visão alargada do mesmo, percebendo quais as várias unidades que o integram e a sua localização física, que profissionais colaboram e a área de influência, de modo a conhecer os recursos do próprio centro de saúde, como foi descrito anteriormente.

A integração a nível da USF foi conseguida através da consulta bibliográfica efectuada, pesquisando também acerca desta metodologia de trabalho que é o enfermeiro de família, como foi feita uma abordagem no ponto 3, mas também através da observação do trabalho efectuado pelos profissionais da USF, nomeadamente a enfermeira orientadora, participando sempre que possível. Acompanhar a enfermeira orientadora, que é especialista nesta área, permitiu conhecer na prática, as funções de enfermeiras especialistas, fazendo com que se reflectisse sobre a forma como estas funções se podem efectuar. A realização de visitas domiciliárias foi também interessante, na medida em que permitiu conhecer a realidade das pessoas em questão, conhecendo o seu funcionamento familiar, das redes de apoio que têm, da integração social da família, de forma a perceber as necessidades dos utentes a fim de actuar activamente em função das mesmas, mobilizando os profissionais necessários para proporcionar cuidados de saúde de qualidade.

A obtenção do número de hipertensos vigiados (designação que é dada pelos critérios do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE) foi efectuada através da consulta do programa Sistema de Apoio ao Médico (SAM) *estatístico* na USFCO pela enfermeira orientadora. A data considerada foi 5 de Maio de 2011, por ser a data em que se recolheu esta informação, sendo que nessa altura havia um total de 2381 utentes hipertensos vigiados na USFCO.

A caracterização dos utentes hipertensos vigiados da USFCO foi a actividade através da qual se obtiveram as necessidades do grupo em questão, funcionando como que o ponto de partida, após outras etapas do planeamento em saúde, para a intervenção propriamente dita. Deste modo, desenvolveram-se várias actividades nesta fase, de forma a se poder caracterizar o grupo em questão.

Para efectuar esta caracterização, e por sugestão da enfermeira orientadora, foi elaborado um questionário para aplicação aos utentes (ANEXO IVb), através de entrevista telefónica em Maio de 2011, segundo uma amostragem aleatória estratificada. O questionário foi submetido previamente a um pré-teste. A realização de entrevistas telefónicas, apesar de ser um processo mais rápido, foi dificultada pelo facto de nem sempre ser fácil fazer com que as pessoas respondam sem ver a outra pessoa. Deste modo, pensa-se que seja pertinente fazer uma análise reflexiva sobre esta actividade, a qual se encontra no (ANEXO III).

Anteriormente à entrevista, foram recolhidos dados através do SAPE e Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde (SINUS) acerca da amostra dos utentes hipertensos, nomeadamente o peso e a altura, se fazia medicação antihipertensora, a existência ou não de antecedentes pessoais relevantes, tais como doenças mentais graves, cegueira, surdez. Isto, por um lado, para perceber até que ponto as pessoas quando questionadas estão a dizer a verdade e, por outro lado, para criar critérios de exclusão de acordo com o tipo de patologias que possuem. Essa informação foi registada numa tabela (ANEXO Iva) que foi elaborada para o efeito de modo a facilitar a recolha dos dados. Após a aplicação do questionário, tendo-se realizado 85, o que corresponde a 3,6% da população, efectuou-se o tratamento de dados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), obtendo-se os resultados, o que permitiu caracterizar os utentes hipertensos da USFCO. Para efectuar este estudo, foi efectuado um pedido de autorização à coordenadora da USFCO (ANEXO IIa) e dado também conhecimento à coordenadora de enfermagem (ANEXO IIb), para além de consentimento telefónico dado oralmente pelas pessoas contactadas.

Os procedimentos metodológicos do diagnóstico de situação encontram-se detalhadamente descritos no (ANEXO V), fazendo-se uma apresentação e análise dos resultados, comparando com alguns estudos e finalizando com uma síntese dos mesmos.

A amostra é constituída na sua maioria por pessoas do sexo feminino (63,53%), com idade superior a 65 anos de idade (52,54%), com o 1º ciclo do ensino básico completo (40%), reformadas (54,12%), com vencimento mensal fixo/reforma (78,82%), tendo nascido em Portugal (83,53%) e casadas (63,53%).

Em relação ao tabagismo, a maior percentagem é de pessoas que nunca fumaram (63,53%), no entanto 58,82% referem consumir álcool. Em termos de hereditariedade, a maioria tem familiares com HTA (55,29%), no entanto 34,12% não sabe se tem esse antecedente nos progenitores. Dos que sabem, a mãe é o progenitor com HTA mais frequente (53,19%) e 25,53% têm ambos os progenitores com HTA. Não é frequente ter EAM (2,35%), nem AVC (7,06%). A maioria não é diabética (36,47%), no entanto 70,59% tem dislipidémia.

A identificação dos principais problemas que o grupo tem relacionado com esta patologia efectuou-se através da análise dos resultados dos questionários efectuados.

Apresentam-se em seguida os principais resultados do estudo.

Problemas identificados	Principais resultados
Obesidade/excesso peso	Obesos – 41,18%
	Excesso de peso – 35,29%
	Obesidade e excesso de peso – 76,47%
Nível de stresse	Médio – 38,82%
	Muito – 23,53%
Autocuidado vigilância da TA	Não faz terapêutica correctamente – 2,5%
	Vê a TA diariamente – 10,59%
	Não associa os sintomas da HTA à HTA – 20%
Exercício físico	Não pratica – 52,94%
Consumo de sal	Referem ingerir pouca quantidade de sal – 58,82%
	Levam saleiro para a mesa – 3,53%
	Utilizam o sal para temperar (mesmo utilizando ervas aromáticas) – 63,53%
Consumo de gorduras (saturadas)	Utilizam óleo para fritar (não de amendoim) – 56,47%
	Utilizam óleo, manteiga ou natas para fritar – 10,59%
	Utilizam azeite para fritar – 32,94%
Leitura de rótulos	Não lêem – 71,76%

Quadro 1 – Principais resultados dos questionários aplicados aos hipertensos da USFCO

Apesar de terem sido estes os resultados obtidos, é importante referir possíveis aspectos que podem ser considerados de modo a justificar algumas respostas e a sua veracidade. De acordo com Ribeiro (1999) um desses aspectos pode ser a desejabilidade social, uma vez que *“tem sido demonstrado que pessoas de diferentes níveis escolares, culturas e níveis socioeconómicos tendem a concordar com as respostas que são mais adequadas socialmente”*. Outros aspectos podem ser as respostas aleatórias (quando as pessoas não são capazes de responder) e a falsificação (quando se distorce a realidade propositadamente).

O conhecimento ou identificação dos recursos da comunidade permitiu saber o que existe a nível do Concelho de Oeiras, os projectos e as actividades desenvolvidas por várias entidades, nomeadamente a Câmara Municipal de Oeiras, de modo a otimizar os recursos existentes para delinear possíveis estratégias em função das necessidades verificadas no diagnóstico de situação.

Os recursos humanos e materiais foram adequados para a concretização das actividades programadas. No entanto, em termos do recurso temporal, foi necessária a utilização das horas de trabalho do aluno, para além das horas de estágio, contempladas no Regulamento Geral deste Curso entre os módulos I e II de estágio, para o tratamento de dados dos questionários e respectiva análise dos resultados obtidos, de modo a implementar um projecto de intervenção no módulo II de estágio de acordo com o diagnóstico de situação efectuado.

PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

1. Definição de prioridades

De acordo com Tavares (1990), *“no final de um diagnóstico de situação, que é em si mesmo um projecto de investigação, há sempre a certeza de que ele está incompleto [...]. Daí que deva ser permanentemente actualizado, sem deixar de avançar para a etapa seguinte”*.

O mesmo autor refere que independentemente de ser exaustivo ou breve, o diagnóstico de situação *“deve terminar sempre com uma lista de problemas, sobre os quais vai cair a escolha do(s) que se pretende(m) solucionar ou minimizar”*.

Ainda de acordo com o autor, é necessário avançar para a etapa seguinte do planeamento em saúde, que é a determinação das prioridades. Deste modo, após os resultados obtidos através do estudo efectuado aos hipertensos da USFCO, que se encontram detalhadamente no (ANEXO V), fez-se uma síntese dos mesmos, a qual foi referida no último capítulo da Parte I do presente relatório.

Esta primeira fase, correspondente às duas primeiras semanas de estágio do módulo II, como se pode verificar no cronograma (ANEXO Ib), consistiu na apresentação e discussão dos resultados do estudo, nomeadamente com a enfermeira orientadora, e, através de um *brainstorming*. Aqui foram definidos os problemas mais visíveis detectados, através de uma priorização ainda embrionária desses mesmos problemas, a fim de tentar encontrar estratégias de actuação para cada um deles, de modo a compreender o que seria mais pertinente para os utentes e também para os profissionais da USF, para uma continuidade do projecto. Esta técnica é uma actividade que no fundo pretende explorar a potencialidade criativa de um indivíduo ou grupo.

De acordo com Benner (2001), *“a perita, que tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (...) Ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global”*. Segundo Dreyfus e Dreyfus (1997, citado por Benner, 2001) uma pessoa experiente não se rege inteiramente pelas regras, sendo pessoas maleáveis e com elevado nível de adaptabilidade e de competências. De acordo com o modelo de Dreyfus, a experiência e o domínio fazem com que a competência se transforme, melhorando as actuações. É evidente o reconhecimento em relação aos enfermeiros peritos por parte dos colegas e dos utentes (Benner, 2001). Segundo Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982, citados por Benner (2001), a experiência está relacionada com *“melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”*. *“A prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender na teoria”* (Benner, 2001), daí a importância de toda a visão de um perito na área.

Desta forma, identificaram-se alguns problemas relacionados com os utentes e estes foram priorizados também através da árvore de determinação de prioridades (Pineault e Daveluy, 1986, citado por Tavares, 1990). O quadro com estes resultados encontra-se nos

diapositivos referentes ao diagnóstico de situação dos hipertensos da USFCO apresentado à equipa, que se encontram no (ANEXO VI).

Verificou-se que o autocuidado vigilância da TA e o sal escondido e consumo de gorduras saturadas foram os que tiveram a cotação maior em termos de recomendações desta grelha, fazendo a diferença por serem considerados os mais exequíveis, quer em termos do recurso temporal, quer de recursos materiais e humanos.

De acordo com Tavares (1990), a determinação de prioridades “*não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação*”, trata-se de uma questão de disponibilidade de recursos (humanos, físicos e/ou financeiros).

Para além da utilização desta grelha de análise para determinação de prioridades, efectuaram-se reuniões informais com todos os enfermeiros da USFCO, de modo a dar conhecimento aos mesmos dos resultados do estudo, envolvendo-os assim no estudo/projecto. Para além disso, essas reuniões, que funcionaram também como *brainstorming*, serviram para saber qual a opinião deles em relação ao tema mais exequível como projecto e que tem maior interesse para os enfermeiros de forma a darem continuidade ao mesmo.

Deste modo, tendo em conta que todos expressaram a sua opinião, sugerindo também ideias, verificou-se que todos os enfermeiros consideraram que o problema que fazia mais sentido na população de hipertensos da USFCO era o relacionado com os cuidados com a alimentação, nomeadamente o consumo de sal e gorduras saturadas e a aprendizagem da leitura de rótulos. Relativamente ao mais exequível, tendo em conta os recursos existentes, nomeadamente o temporal, verificou-se que metade considerava que o tema do sal escondido nos alimentos era o que mais se adequava. No entanto, a outra metade considerava que era o autocuidado vigilância da TA. No que concerne ao respectivo nível de interesse, enquanto enfermeiros da USF, e a fim de poderem dar continuidade ao projecto no futuro, todos consideraram o tema do sal escondido nos alimentos o mais interessante. Contudo, a enfermeira orientadora, apesar de considerar esse tema o mais adequado para dar continuidade na USF, também referiu interesse em delinear algumas estratégias para a problemática do autocuidado vigilância da TA.

As ideias sugeridas pelos enfermeiros foram bastante pertinentes, funcionando como algumas das estratégias para fazer face aos problemas identificados.

De acordo com o documento de contribuição para o PNS 2011-16 de Miguel e Sá (2010), uma das áreas específicas de intervenção em CSP durante este período é a melhoria dos comportamentos alimentares, uma vez que a obesidade se está a tornar cada vez mais um flagelo da sociedade actual e um factor de risco para inúmeras doenças, nomeadamente a hipertensão, a qual contribui em grande escala para o aparecimento das doenças cardiovasculares.

E, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993), após a determinação das necessidades e da identificação do problema prioritário, segue-se a etapa de fixação dos objectivos.

2. Objectivos específicos do módulo II

Antes da reflexão e descrição dos objectivos e actividades traçados para este segundo módulo de estágio, que surgem na sequência das estratégias sugeridas pelos enfermeiros da USFCO, como foi referido anteriormente no capítulo referente à etapa de definição de prioridades, é de salientar que todos eles foram alcançados de acordo com o cronograma (ANEXO Ib).

Deste modo estabeleceram-se como objectivos específicos:

- Envolver os elementos da equipa multidisciplinar da USFCO no projecto “Coma com HiperAtensão”, com alargamento à equipa da UCC Saudar;
- Promover o conhecimento, relembrando conteúdos sobre a temática “Alimentação: sal escondido nos alimentos e leitura de rótulos” às equipas da USFCO e UCC Saúdar;
- Sensibilizar a população da USFCO e UCC Saúdar para a temática “Alimentação: sal escondido nos alimentos e leitura de rótulos”, actuando nos três níveis de prevenção;
- Promover o conhecimento acerca do “Autocuidado vigilância da TA dos utentes” aos elementos da equipa de enfermagem da USFCO.

É importante realçar que estes objectivos foram traçados tendo em atenção os resultados do diagnóstico de situação face às necessidades dos utentes e às necessidades sentidas pela equipa, uma vez que foi auscultada de modo a ser envolvida no projecto.

Com a Declaração de Alma-Ata, que resultou da Conferência Internacional sobre os CSP, na qual se “*afirma a saúde como direito humano fundamental e meta social mundial que exige vontade política, participação organizada da população e responsabilidade e autodeterminação das pessoas*” (Silva *et al.*, 2002), emerge o conceito de cidadania em saúde, em 1978, que é “*o direito e dever das populações em participar individual e colectivamente no planeamento e prestação dos cuidados em saúde*” (Alma-Ata, 1978, citado pelo PNS 2011-16). E, segundo o PNS 2011-16, o estado de saúde depende de vários factores, sendo eles a educação, o comportamento e os estilos de vida, a gestão da doença crónica e a aliança terapêutica, o aumento do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde, quer a nível individual, quer colectivo.

Este projecto foi concebido tendo em conta estes aspectos, reforçando a cidadania em saúde através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integra a partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde) através das actividades desenvolvidas no projecto. A capacitação do cidadão, neste caso dos utentes, também foi promovida, com base numa cultura de proactividade, aumentando quer a responsabilidade quer a autonomia individual, fomentando assim a participação activa dos utentes e como tal o *empowerment*.

Um estudo efectuado entre o *empowerment* e o tratamento da diabetes concluiu que as pessoas que têm poder de intervenção sobre a sua doença conseguem ganhos mais significativos do que aqueles que adoptam uma posição mais passiva. Normalmente os doentes crónicos assumem uma postura de dependência, com ausência de poder face aos

profissionais de saúde. No entanto, não tem de ser assim, devendo haver uma participação do doente.

A Carta de Ottawa em 1986, onde emergiu o conceito de *empowerment*, “*sugere que as pessoas, e em particular os doentes, devem ganhar controlo sobre as suas condições de trabalho e de vida, de forma a desenvolver estilos de vida saudáveis*” (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

As maiores vantagens desta teoria aplicada à promoção de saúde consistem no facto de as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades cognitivas e de procedimento, que lhes proporcionam poder de intervenção, tendo em vista a mudança social e uma distribuição dos bens e serviços de saúde mais igualitária, bem como o facto de este processo de participação ser também um processo de aprendizagem, uma vez que participam nele conhecimentos que favorecem a mudança de estilos de vida e a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

Estudos de Hohn (1997) revelam que a divulgação através da comunicação social e de materiais escritos não é suficiente para divulgar hábitos de vida saudáveis. O que se verifica é que essa mensagem não chega a quem mais precisa (normalmente grupos e comunidades com elevadas taxas de iliteracia), ao contrário dos programas promotores de saúde, influenciados pela teoria do *empowerment*. Estes conseguem melhores resultados, uma vez que os indivíduos estão envolvidos no processo de concepção, execução e avaliação das actividades como intervenientes e há uma participação activa de todos. Os interesses e as necessidades dos intervenientes são colocados no centro do processo. Este novo paradigma de promoção de saúde integra novas características: “*a definição de saúde e das suas condicionantes inclui o contexto social e económico em que as pessoas vivem, a ênfase vai para além do estilo de vida individual e da mudança comportamental para incluir estratégias públicas de mudança das condições de vida, a capacitação das pessoas é um objectivo central, o envolvimento comunitário é uma exigência [...] permite ganhos maiores e mais duradouros e oferece uma perspectiva holística e integrada da resolução dos problemas de saúde*” (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

O facto de auscultar os profissionais, através de reuniões durante todo o processo, desde o início do estudo até à definição de prioridades, assim como nas estratégias delineadas, também promove a participação dos mesmos, envolvendo a equipa no projecto, o que vai de encontro à ideia acima abordada.

2.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

A fim de atingir os objectivos específicos para este módulo II de estágio, foram desenvolvidas actividades para cada um deles, as quais serão referidas de seguida, sendo que algumas foram motivo de alguma análise reflexiva, as quais se encontram no (ANEXO III).

De modo a envolver os elementos da equipa multidisciplinar da USFCO no projecto “Coma com HiperAtensão”, para além do *brainstorming* com a equipa de enfermagem da

USFCO, como já foi mencionando anteriormente, uma das actividades efectuadas neste módulo foi:

- A apresentação do diagnóstico de situação à equipa multidisciplinar da USFCO.

Esta apresentação decorreu numa das reuniões semanais que a equipa multidisciplinar realiza todas as quartas feiras, tendo demorado cerca de quinze minutos e na qual estiveram presentes toda a equipa de enfermagem, sete dos nove médicos (77,8%), a coordenadora, dois administrativos (que assistem habitualmente à reunião) e duas alunas do curso de licenciatura em Enfermagem do 4º ano.

Foram apresentados os principais resultados do estudo, a forma como foi determinado o problema prioritário e as estratégias de intervenção delineadas para actuar perante a problemática em questão. Este momento foi muito importante, uma vez que permitiu que toda a equipa da USFCO ficasse a conhecer os resultados do diagnóstico de situação de uma parte da sua população de hipertensos e, por outro lado, foi um momento também de partilha de ideias, tendo toda a equipa, incluindo a parte médica, manifestado interesse na acção de formação sobre a temática “alimentação: sal escondido nos alimentos e leitura de rótulos”, a qual já tinha sido uma estratégia sugerida pelos enfermeiros na altura do *brainstorming*. No (ANEXO VI) encontra-se a apresentação do diagnóstico de situação à equipa da USFCO.

Ainda dentro da consecução deste objectivo, uma outra actividade efectuada foi:

- Realização de uma reunião com a enfermeira coordenadora da UCC Saúdar.

Esta reunião surgiu por sugestão da professora tutora e enfermeira orientada numa das reuniões de tutoria durante o estágio, na medida em que, estando este curso no âmbito da Enfermagem Comunitária, o projecto pudesse ser alargado à comunidade, caso houvesse condições para tal ou assim se justificasse. Nesta reunião, a enfermeira orientadora também esteve presente.

Tendo em conta que a UCC Saúdar é uma unidade integrante do ACES de Oeiras Ocidental e que, de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, a intercooperação entre as unidades funcionais do centro de saúde e do ACES está garantida, realizou-se esta reunião, na qual foi dada a conhecer a temática em questão, apresentando de uma forma sintética o diagnóstico de situação e o projecto que iria ser implementado. Deste modo, a reunião serviu também para conhecer os projectos que a UCC desenvolve e perceber se este tema poderia contribuir para os mesmos, estabelecendo-se assim uma parceria entre as unidades.

De acordo com a coordenadora da UCC, que considerou o tema bastante interessante e pertinente pela abordagem diferente da problemática do sal na HTA, este projecto de intervenção enquadrar-se-ia dentro do projecto “Envelhecer com Saúde” da UCC, tendo feito de imediato o encaminhamento para uma das enfermeiras responsáveis pelo projecto, de modo a reunir posteriormente com ela e definir estratégias de intervenção.

O Projecto “Envelhecer com Saúde” surge a fim de satisfazer as necessidades expressas pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social que existem naquela comunidade, promovendo a saúde, a qualidade de vida e a dignidade da população, de modo a

capacitar a população no desenvolvimento da sua autonomia e autocuidado. Contempla os utentes que frequentam os centros de dia ou de convívio, que manifestaram interesse em integrar o projecto destas Instituições da área de abrangência da UCC Saúdar. De acordo com o PNS 2011-16, os serviços da comunidade para os mais idosos permitem reduzir os internamentos e melhorar a qualidade de vida.

Para além disso, mostrou interesse em assistir juntamente com a restante equipa à acção de formação sobre a rotulagem dos alimentos e sensibilização sobre o sal e as gorduras saturadas. Esta reunião foi também bastante interessante, tendo sido mais um momento de partilha de ideias com uma enfermeira perita na área da comunidade, a qual sugeriu questões pertinentes a serem abordadas na acção de formação, enriquecendo as estratégias utilizadas.

De acordo com as estratégias para a saúde (cidadania em saúde), o PNS 2011-16 preconiza como eixos estratégicos, processos de sensibilização, formação e educação como sessões e educação oportunista com os profissionais de saúde. No entanto o documento também refere que profissionais mais competentes demonstram uma melhor comunicação com o utente e, como tal, uma melhor satisfação, com menos ansiedade e maior adesão à terapêutica (Ramos V, 2010, citado pelo PNS 2011-16, 2011).

Para ir de encontro ao objectivo que visa promover o conhecimento, relembrando conteúdos sobre a temática “alimentação: sal escondido nos alimentos e leitura de rótulos” às equipas da USFCO e UCC Saúdar, foi efectuada a actividade:

- Realização de uma acção de formação “Será que sabemos o que estamos a comer?” às equipas da USFCO e UCC Saúdar.

Esta estratégia surgiu como sugestão da própria equipa da USFCO a fim de ser uma forma de “reciclar” alguns conhecimentos, adquirir outros, promovendo a sensibilização para alguns aspectos, e ser também uma forma de uniformizar cuidados e ensinamentos aos utentes.

A preparação desta acção de formação exigiu pesquisa bibliográfica sobre esta temática através de livros, internet, estudos, orientações da DGS acerca da HTA, na plataforma contra a obesidade e no *site* da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN) acerca de alimentação. Para além disso, foi efectuada uma reunião com uma perita na área, uma dietista que trabalha há vários anos no contexto hospitalar com doentes do foro cardíaco, sendo que a grande maioria tem HTA como antecedente pessoal.

Esta reunião foi fundamental pelo facto de alertar para os comportamentos mais frequentes e mais perigosos, focando áreas que grande parte das vezes são descuradas pelas pessoas por ignorância, salientando, deste modo, os aspectos que pelo seu conhecimento e experiência considera essenciais serem abordados.

Para além disso, uma vez que esta temática abordava os alimentos, nomeadamente os rótulos, sentiu-se necessidade de ir a alguns supermercados pesquisar alguns produtos, focando a atenção essencialmente na rotulagem, nomeadamente em termos de sal e gorduras saturadas. Esta actividade foi bastante curiosa pela diversidade de situações encontradas, que são referidas mais detalhadamente no (ANEXO III). No entanto, devido a ter-se encontrado informação que não era totalmente correcta nos produtos alimentares, verificando-se em

alguns casos um teor de sal superior em 10% ao valor que referem ser a Dose Diária Recomendada (DDR) e também pelo facto de muitas pessoas se queixarem do tamanho das letras nos rótulos, foi enviado um e-mail à Defesa do Consumidor (DECO), enquanto entidade reconhecida pela informação fornecida ao consumidor, de modo a informar a mesma e tentar perceber se têm noção destas questões.

Esta acção de formação, denominada de “Será que sabemos o que estamos a comer”, decorreu em duas datas diferentes, a fim de ser alargada ao maior número de pessoas.

A primeira sessão decorreu a 24 de Outubro e a segunda a 9 de Novembro de 2011.

A primeira foi divulgada através de uma folha afixada na sala das enfermeiras na UCC Saúdar e outra na sala dos enfermeiros na USFCO, para além de ter sido marcado no quadro que existe na sala de reuniões da USFCO, conforme regra da própria USF e dito oralmente às pessoas de forma informal. A segunda sessão decorreu numa das reuniões semanais da equipa multidisciplinar da USFCO, tendo sido divulgada na reunião anterior.

Decorreram ambas na sala de reuniões da USFCO, tendo demorado cerca de 45 minutos. Encontra-se no (ANEXO VII) o plano da acção de formação, os diapositivos apresentados na sessão e avaliação feita pelos formandos. Para efectuar a mesma, foi utilizado o instrumento de avaliação para acção de formação do ACES de Oeiras, que foi disponibilizado pela enfermeira responsável pela formação do ACES – GADIS como se pode visualizar no (ANEXO X).

Outro dos indicadores de avaliação utilizado foi o número de participantes. Na primeira sessão, estiveram presentes 14 pessoas, 5 enfermeiros da USFCO, duas alunas de enfermagem do 4º ano do curso de licenciatura que se encontravam a estagiar na USFCO e 7 enfermeiros da UCC Saúdar, nomeadamente a coordenadora e 80% das enfermeiras que fazem parte do projecto “Envelhecer com Saúde”. Na segunda sessão, estiveram presentes 3 enfermeiros da USFCO, duas administrativas e nove médicos, dos quais um era interno como se pode ver no (ANEXO VIIc).

Ambas as sessões foram momentos interessantes, em que de uma forma geral houve uma partilha de ideias entre os formandos, que se mostraram sensibilizados com esta temática e satisfeitos com a sessão. É também de salientar que foram feitas algumas sugestões pertinentes.

Quanto ao objectivo que visava sensibilizar a população da USFCO e UCC Saúdar para a temática “alimentação: sal escondido nos alimentos e leitura de rótulos”, actuando nos três níveis de prevenção, foram efectuadas várias actividades a fim de implementar o projecto propriamente dito.

Em seguida, serão abordadas as actividades efectuadas na UCC Saúdar, pelo que a primeira foi:

- Realização de uma reunião com as enfermeiras da UCC responsáveis pelo projecto “Envelhecer com Saúde”.

Esta foi realizada no sentido de conhecer melhor os objectivos e características do projecto, o tipo de população que abrange, as características dos centros de dia,

nomeadamente se têm cozinha no local para envolver a cozinheira também, enquadrando o projecto “Coma com HiperAtensão” com o já existente. Após escolha de alguns centros de dia que as enfermeiras responsáveis consideraram mais pertinentes, foram agendadas datas para as sessões e também para reuniões prévias com as pessoas responsáveis pelos centros de dia, nomeadamente assistentes sociais ou psicólogas.

As reuniões com as assistentes sociais e psicólogas dos centros de dia decorreram no seguimento da necessidade que se sentiu em conhecer melhor a população em causa. As reuniões realizaram-se com as pessoas responsáveis por cada centro de dia, uma vez que seriam as pessoas que mais informações poderiam fornecer dentro do tempo disponível. Foi um momento em que também se esteve com alguns dos utentes dos centros de dia, já que foi aí que decorreram as reuniões. Desta forma, conheceu-se melhor o tipo de população de cada centro de dia, quais as suas maiores necessidades e que estratégias de intervenção seriam mais pertinentes face às características do grupo, a fim de envolver o maior número de pessoas. No seguimento disso, foi aberto o convite também aos profissionais dos centros de dia e familiares dos utentes para assistirem à sessão. Foi também uma forma de estabelecer um primeiro contacto mais directo com as pessoas, criando uma ligação mais próxima, cujo momento foi objecto de uma análise reflexiva (ANEXO III).

Para a consecução do objectivo de sensibilizar os utentes da USFCO e UCC Saúdar foi também realizada a seguinte actividade:

- Realização das sessões de educação para a saúde nos quatro centros de dia escolhidos previamente.

Estas decorreram entre os dias 3 e 10 de Novembro de 2011 no Centro Social e Paroquial de Porto Salvo, Centro de Dia Oeiras e São Julião, Centro Social e Paroquial São Julião da Barra e Centro de Convívio de Leceia. As sessões duraram cerca de uma hora cada e proporcionaram momentos muito interessantes para todos. Também foi efectuada a promoção em saúde, abordando este tema de uma forma nova, o que suscitou não só o interesse dos utentes dos centros de dia, como também dos profissionais que lá trabalham, nomeadamente as cozinheiras e assistentes de cozinha e as próprias psicólogas e assistentes sociais. Pensa-se ser importante reflectir e analisar estes momentos, que foram essenciais para sensibilizar as pessoas, pelo que, no (ANEXO III) se encontra uma análise reflexiva do mesmo.

As sessões foram divulgadas pelas responsáveis dos centros de dia aos utentes. Todas as sessões decorreram nas salas de convívio dos respectivos centros de dia, tendo sido apresentados diapositivos que foram os meios audiovisuais utilizados para expor o tema, através do *data show*. Os diapositivos apresentados nestas sessões do projecto “Coma com HiperAtensão” encontram-se no (ANEXO VIII), assim como o respectivo plano de sessão. A avaliação das mesmas, por ter cariz subjectivo, foi efectuada na análise reflexiva do (ANEXO III).

A equipa da UCC Saúdar, nomeadamente uma das enfermeiras responsáveis pelo projecto “Férias em Saúde” realizado anualmente, e que tinha conhecimento do projecto “Coma

com HiperAtensão” que estava a ser desenvolvido, fez um convite para alargar este projecto aos utentes que participaram nas “Férias em Saúde”, no Dia Mundial da Diabetes nas instalações da sede do ACES de Oeiras.

Deste modo, no dia 14 de Novembro de 2011, decorreu uma outra sessão de educação para a saúde do projecto “Coma com HiperAtensão”, que estava em conformidade com o plano de sessão das outras sessões. A comemoração deste dia foi uma actividade conjunta entre a UCC Saúdar e a USFCO, tendo sido efectuada a divulgação através de afixação de cartazes pelas unidades, que se encontra no (ANEXO VIIIc). As actividades abrangeram não só os utentes que participaram nas “Férias em Saúde”, como também as pessoas que estavam nas instalações do centro de saúde e demonstraram interesse em participar. Este momento também foi bastante interessante, tendo sido feita uma análise reflexiva sobre o mesmo, onde se faz também uma avaliação dessa actividade (ANEXO III).

Para além das actividades desenvolvidas com os utentes abrangidos pela UCC Saúdar, era também importante que o projecto se dirigisse aos utentes hipertensos da USFCO, nomeadamente aos que participaram no estudo.

Deste modo, agendaram-se duas sessões para estes utentes, a decorrer nos dias 15 e 16 de Novembro de 2011, na sala de reuniões da USFCO, que foram autorizadas pela coordenadora da USFCO e marcadas no quadro da sala de reuniões da USFCO, que existe para o efeito. Por conseguinte, uma outra actividade desenvolvida foi:

- Estabelecimento dos contactos telefónicos aos utentes hipertensos da USFCO que participaram no estudo.

Esta foi a estratégia utilizada para divulgar a sessão de educação para a saúde aos utentes. Foi efectuada entre os dias 8 e 14 de Novembro de 2011, de modo a não ser muito antes das sessões em si, para não correr o risco de as pessoas se esquecerem. Esta actividade foi muito interessante, tendo havido vários tipos de reacção da parte das pessoas. O convite foi alargado também a familiares e/ou a pessoas significativas. Nos contactos telefónicos, verificou-se que havia pessoas que desde logo se mostraram muito interessadas em assistir. Algumas conseguiram, outras não, tendo lamentado a sua ausência e manifestado o interesse de oportunidades futuras em participar. Apesar disso, houve também algumas pessoas que se mostraram indisponíveis para participar, mostrando algum desinteresse. Com outras, não foi possível estabelecer contacto telefónico após três tentativas de contacto sem sucesso.

Independentemente da opção das pessoas em participarem nas sessões de educação para a saúde, é de salientar que se notou que este contacto, através do qual foi dado um *feedback* do estudo em que participaram foi muito importante, uma vez que as pessoas se sentiram parte integrante de todo este processo, promovendo a sua participação futura em outras iniciativas.

Deste modo, desenvolveu-se mais uma actividade:

- Realização de duas sessões de educação para a saúde “Coma com HiperAtensão” aos utentes hipertensos da USFCO.

Ambas foram muito enriquecedoras, uma vez que as pessoas foram bastante participativas, com dúvidas pertinentes, partilhando hábitos alimentares e de vida, experiências e estratégias que já tinham utilizado para modificar certos comportamentos, servindo de exemplos uns aos outros e sentindo que não são os únicos e que têm o apoio dos profissionais de saúde. Notou-se também que algumas pessoas ficaram sensibilizadas para a leitura dos rótulos uma vez que aprenderam como se interpretam.

Desta forma, procedeu-se à capacitação das pessoas, munindo-as de informação a fim de potenciar o autocuidado e a autonomia, responsabilizando-as pelos comportamentos e promovendo uma participação activa e o *empowerment* de acordo com as Declarações de Alma-Ata (1978). Por outro lado, esta partilha e troca de experiências fez com que os participantes fossem eles próprios agentes de mudança, indo de encontro à Carta de Otawa (1986), que identificou como uma das grandes áreas interdependentes da promoção em saúde o desenvolvimento das capacidades individuais (PNS 2011-16).

Na primeira sessão participaram oito pessoas, das quais algumas participaram no estudo, e respectivos familiares. Na segunda, participaram cinco pessoas, maioritariamente utentes que participaram no estudo, mas havendo também pessoas significativas desses utentes.

Do mesmo modo que nas actividades anteriores, foi seguido o mesmo plano de sessão (ANEXO VIIIa). No entanto, as estratégias de intervenção utilizadas para os utentes que participaram no estudo foram motivo de uma análise reflexiva que se encontra no (ANEXO III), assim como a avaliação das respectivas sessões de educação para a saúde efectuadas aos utentes da USFCO.

Uma outra actividade desenvolvida neste projecto foi a:

- Elaboração de dois folhetos sobre esta temática.

Estes folhetos foram distribuídos a todos os que participaram nas sessões, que, por serem informativos, permitiram complementar a informação fornecida oralmente na sessão de educação para a saúde.

Um dos folhetos intitulado “Se somos o que comemos... saiba o que come” (ANEXO XIa) tinha como objectivo explicar a leitura do rótulo, indicando as quantidades recomendadas dos vários grupos nutritivos, fazendo referência aos principais cuidados a ter com a alimentação, não esquecendo o exercício físico, e alertando para os factores de risco cardiovascular.

O outro folheto, intitulado “Cozinhe com menos sal, mantendo o sabor” (ANEXO XIb), foi elaborado no sentido de as pessoas terem estratégias para não utilizarem sal na confecção da alimentação, funcionando como uma alternativa sugerida. Deste modo, foram sugeridas algumas ervas aromáticas de uso mais comum em culinária e que potenciam o sabor dos alimentos, evitando o sal. O folheto sugeria também “regras de ouro” para a confecção dos alimentos propriamente dita.

Ambos foram elaborados de acordo com recomendações da OMS, da DGS, da Associação Portuguesa dos Nutricionistas, e entre outras. Foram submetidos a aprovação pelo

conselho técnico e coordenação da USFCO, tendo previamente sido analisados por alguns enfermeiros da USFCO e UCC Saúdar, médicos e administrativos e utentes da USFCO, os quais foram escolhidos por conveniência, uma vez que eram os mais facilmente acessíveis. Esta metodologia foi de encontro à técnica de Delphi que segundo Fortin (2009) é “*um método de colheita dos dados que consiste numa série de envios e retornos (...) visando estabelecer um consenso num grupo de peritos sobre um assunto em particular*”. Assim, visa saber a opinião daqueles que o vão utilizar, se é compreensível e atractiva.

A elaboração destes folhetos permitiu que este processo de capacitação fosse alargado às famílias (uma vez que alguns idosos vivem com os filhos e outros familiares), aos vários funcionários dos centros de dia e aos utentes da USFCO e também da UCC Saúdar, tendo em conta que estes foram disponibilizados em todas as sessões efectuadas nos vários locais. Foram também disponibilizados em ambas as unidades para que a informação fosse fornecida não só aos utentes hipertensos, como também aos que não o são, quer tenham ou não factores de risco. Desta forma, actuou-se ao nível da prevenção não só secundária e terciária, mas também primária, alertando estes grupos para a relevância da prevenção.

Para Beaglehole, Bonita e Kjellstrom (2003), a prevenção primária tem como objectivo “*limitar a incidência de doença controlando as causas e os factores de risco*”, a secundária “*visa curar os doentes e reduzir as consequências mais importantes da doença através do diagnóstico e tratamento precoces*”, aplicando medidas disponíveis aos indivíduos para intervir eficazmente na doença e a terciária “*visa reduzir a progressão ou as complicações de uma doença já estabelecida e constitui um importante aspecto da terapêutica e da reabilitação médica*”. Esta última, nos casos de doença crónica, visa prevenir recorrências. A reabilitação dos doentes com AVC é importante na medida em que permite reinseri-los na vida social, podendo proporcionar uma melhoria no bem-estar individual e rendimento familiar, quer a nível dos países desenvolvidos, quer nos países em vias de desenvolvimento (Beaglehole, Bonita e Kjellstrom, 2003).

Uma outra actividade desenvolvida neste projecto foi a:

- Elaboração de um poster - “Aprenda a ler os rótulos: faça a escolha certa”.

Da mesma forma que os folhetos, o poster (ANEXO XII) tem como objectivo capacitar as pessoas que utilizam os serviços da USFCO para esta temática, através da explicação da leitura dos rótulos dos alimentos.

Deste modo, abrangeu pessoas com outros factores de risco cardiovascular, nomeadamente pessoas com excesso de peso/obesidade, não se restringindo apenas aos hipertensos.

A obesidade é considerada pela OMS como a epidemia global do século XXI, estimando-se que em 2025, 50% da população mundial será obesa. Na União Europeia, incluindo Portugal, a incidência e a prevalência da obesidade têm vindo a aumentar, constituindo um importante problema de saúde pública. Em Portugal, 50% da população tem excesso de peso, sendo 15% obesa, estimando-se que os custos directos da obesidade

absorvam 3,5% das despesas totais da saúde, segundo informação recolhida do site da Plataforma contra a obesidade da DGS.

Foi referido que esta actividade permitiu abranger não apenas os hipertensos da USFCO, mas também outros utilizadores, pelo facto de a informação contida no poster ser adequada à população em geral e também porque o poster foi estrategicamente colocado, na altura do estágio, numa das duas salas de espera da USFCO, após autorização da coordenadora. A própria coordenadora sugeriu também que fosse colocado um igual na outra sala de espera da USFCO.

A elaboração do poster foi submetida ao mesmo processo que os folhetos, quer ao nível do processo de elaboração, quer ao nível da aprovação pelo conselho técnico da USFCO.

De modo a ir de encontro ao objectivo de promoção do conhecimento acerca do tema “autocuidado vigilância da TA dos utentes” aos elementos da equipa de enfermagem da USFCO, foi elaborada uma acção de formação destinada aos enfermeiros da USFCO. Esta foi sugerida pela própria equipa, na altura do *brainstorming* na fase de priorização do problema sobre o qual intervir, uma vez que, no estudo, se verificou que os utentes tinham alguns comportamentos menos indicados (por exemplo, havia bastantes pessoas a vigiar a TA diariamente, o que segundo alguns estudos pode desencadear stresse) e os próprios profissionais revelaram ser importante abordar a forma adequada de aconselhamento aos utentes no seu autocuidado da vigilância da TA. As recomendações da ESH-ESC 2007 insistem na necessidade de envolver o doente e a família no tratamento. É importante informar o doente sobre os riscos da HTA e dos benefícios de um tratamento eficaz, promovendo a toma da medicação sempre e não a pará-la só porque se sente melhor. Medir regularmente a TA é uma forma de o doente ser activo no seu tratamento, controlando os seus valores (Perdigão, 2010). Estas recentes recomendações propõem uma maior valorização da TA medida em casa pelos doentes, de forma a haver uma maior divulgação do problema da HTA junto da comunidade. Esta prática deve-se tornar uma rotina nos doentes HTA (Perdigão *et al.*, 2009).

Neste sentido foi desenvolvida uma actividade para essa problemática:

- Realização de uma acção de formação aos enfermeiros da USFCO acerca do “Autocuidado: vigilância da TA”.

Os diapositivos da apresentação da sessão encontram-se no (ANEXO IXb). Esta decorreu em cerca de 30 minutos, na sala de reuniões da USFCO, no dia 17 de Novembro de 2011. Foi divulgada através de uma folha afixada na parede previamente, marcada com antecedência na agenda de acções de formação destinadas apenas aos enfermeiros da USFCO, para além de ter sido dito oralmente, de uma forma informal, aos enfermeiros. Na acção de formação, estiveram presentes seis enfermeiros (75%) e duas alunas do 4º ano do curso de licenciatura em Enfermagem (100%). O plano da sessão e a avaliação da mesma encontram-se no (ANEXO IX). Para os enfermeiros que não puderam estar presentes, foi disponibilizada a informação em suporte de papel e digital.

Esta acção de formação foi interessante, na medida em que promoveu o conhecimento dos participantes, fazendo uma “reciclagem” de alguns conceitos e indicações, e essencialmente pela partilha de experiências e conhecimento, permitindo o esclarecimento de dúvidas que alguns não sabiam que tinham e também a uniformização do aconselhamento efectuado aos utentes.

É de salientar que, para todas estas actividades, tal como foi referido na elaboração da acção de formação aos profissionais da USFCO e da UCC acerca do sal escondido nos alimentos, foi necessário efectuar uma pesquisa bibliográfica exaustiva acerca dos temas em questão, através de livros, internet, estudos e orientações da DGS.

Foram também efectuadas, ao longo deste percurso, reuniões informais com vários profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, tanto do contexto de CSP, como do contexto hospitalar, que promoveram momentos de reflexão.

As reuniões com a enfermeira orientadora ao longo de todo este percurso foram fundamentais para esta caminhada, promovendo a partilha de experiências, conhecimento e reflexões permanentes, servindo de fio condutor a este trabalho desenvolvido ao longo de quatro meses no terreno.

Apesar de estas terem sido mais frequentes, as reuniões com a professora tutora também foram de grande importância, na medida em que serviram de apoio e orientação em momentos de dúvida, fazendo um ponto da situação. Através da partilha de experiências e conhecimento, permitiram reflectir e alargar a visão em todo este processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Ao longo de todo este processo, foram identificados os recursos existentes ao nível da comunidade, nomeadamente programas e projectos da Câmara Municipal de Oeiras, que faz parte da Rede das Cidades Saudáveis (projecto que emergiu da Declaração de Atenas -1998, no décimo aniversário do movimento Cidades Saudáveis na Europa, movimento este que proveio do conceito de Política Pública Saudável da Declaração de Adelaide em 1988). A Rede de Cidades Saudáveis da OMS dá ênfase à promoção de actividade física e alimentação saudável entre outras vertentes de acordo com o PNS 2011-16. Segundo o mesmo documento, as políticas saudáveis “*devem promover uma visão positiva da saúde como um recurso que permite ao cidadão, famílias e comunidades, a realização de todo o seu potencial*”. Durante os contactos telefónicos, na fase da colheita de dados, verificou-se que muitas pessoas estavam informadas da oferta do concelho.

A Câmara de Oeiras tem sido bastante dinâmica em várias vertentes, nomeadamente a nível da promoção e educação alimentar através de vários projectos e também ao nível da promoção de actividade física com várias iniciativas ao longo do ano para a população, indo de encontro ao compromisso na Declaração de Atenas em relação à saúde e ao desenvolvimento sustentável. Silva *et. al* (2002) refere as prioridades da Declaração de Atenas que são a equidade (compromissos políticos, tornando a saúde mais acessível e melhor para as populações), a sustentabilidade (implementação de políticas que conjugam objectivos económicos, sociais e de saúde, protegendo os mais fracos), a cooperação intersectorial

(participação conjunta de diversos sectores da sociedade para a promoção de saúde e desenvolvimento sustentável) e a solidariedade (apoio mútuo e partilha de recursos, conhecimentos e informação).

Um dos programas da Câmara ao nível da promoção e educação alimentar é o “Programa Peso” que é um programa de educação alimentar que se efectua em parceria com a Faculdade de Motricidade Humana (FMH). Este programa é gratuito e tem como objectivo promover a prática de actividade física regular, a adopção de hábitos alimentares saudáveis e a redução de peso corporal ou prevenção da obesidade. Em termos de formato, é constituído por 15 sessões educativas de 90 minutos, em horário pós-laboral (18h30 - 20h00) e de frequência semanal, realizando-se duas vezes por ano.

Tendo em conta os resultados do estudo efectuado no módulo I, pelo elevado número de pessoas com excesso de peso e obesas, aliado ao número de pessoas que não praticam exercício físico, considerou-se pertinente a existência deste programa a nível do concelho para encaminhar possíveis utentes que vão de encontro às características do mesmo. Deste modo, informou-se a equipa da USFCO da sua existência, a fim de todos terem conhecimento do mesmo para, se necessário, no futuro, encaminharem os utentes para este programa.

Foi também estabelecido contacto com os responsáveis do programa via e-mail, perguntando sobre a possibilidade dos profissionais da USFCO encaminharem utentes que achassem que se enquadravam na população alvo do programa, após os contextualizar acerca da problemática em questão e do motivo do contacto. A responsável pelo programa deu um parecer positivo, afirmando que se podiam encaminhar os utentes da USF e agradecendo o interesse demonstrado. Definiu-se como indicador para esta actividade o n.º de pessoas encaminhadas para o “Programa Peso” da FMH. Pensa-se que isto possa ser uma mais-valia, no sentido em que aumenta as estratégias de intervenção dos profissionais de saúde da USFCO perante os utentes, que cada vez mais têm excesso de peso/obesidade.

Para que seja possível dar continuidade ao projecto no futuro, foi disponibilizada toda a informação, nomeadamente os diapositivos de ambas as acções de formação, da sessão de educação para a saúde aos utentes, os folhetos e o poster Também foi disponibilizada a informação recolhida durante a pesquisa bibliográfica, que se achou pertinente colocar, tal como orientações da DGS e da APN, e também os programas, projectos e iniciativas da Câmara Municipal de Oeiras neste âmbito, quer em suporte de papel, quer em suporte digital na USFCO. Foi entregue também na UCC Saúdar, em suporte digital, informação relativa ao projecto “Coma com HiperAtensão”, nomeadamente a acção de formação aos profissionais, a sessão de educação para a saúde efectuada aos utentes e os folhetos. Tendo como objectivo traçado para este projecto sensibilizar a população da USFCO e UCC Saúdar sobre a temática “Alimentação: sal escondido nos alimentos e leitura de rótulos”, actuando nos três níveis de prevenção, foram estabelecidos os indicadores:

- N.º de folhetos impressos na USFCO.
- N.º de folhetos impressos na UCC Saúdar.
- N.º de folhetos distribuídos na USFCO.

- N.º de folhetos distribuídos durante as visitas domiciliárias da USFCO.
- N.º de folhetos distribuídos pela UCC Saúdar.
- N.º de folhetos distribuídos nos centros de dia pela UCC Saúdar.
- $$\frac{\text{N.º total de folhetos distribuídos pelos hipertensos da USFCO}}{\text{População total de hipertensos da USFCO}} \times 100$$

Estes são indicadores de processo, que segundo Donabedian (1980), citado por Imperatori e Giraldes (1993) referem-se à cobertura de detecção de casos (métodos, grupos em risco,...) entre outros, enquanto os de resultado medem o final da linha (Zambon, 2008), sendo os ganhos potenciais em saúde, segundo o PNS 2011-16, “os que resultam da capacidade de intervenção sobre causas evitáveis, controláveis ou resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível internacional, nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades”.

O Modelo de Promoção da Promoção de Saúde de Nola Pender, publicado em 1982, teve como *background* a perspectiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem social de Bandura como alicerces (Sakraida, 2004).

Este modelo inclui comportamentos para melhorar a saúde, estendendo-se a todo o ciclo vital. Foi sendo aperfeiçoado ao longo dos anos, centrando-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde.

De acordo com Sakraida (2004), o modelo apresenta alguns conceitos, definindo-se inicialmente pelas características e experiências individuais que afectam as acções de saúde, caracterizadas então pelo comportamento anterior relacionado (frequência de comportamento igual ao passado) e pelos factores pessoais, podendo estes ser biológicos (como a idade, Índice de Massa Corporal (IMC), força, agilidade,...), psicológicos (auto-estima, auto-motivação, estado de saúde percebido,...) e socioculturais (raça, etnia, educação, estatuto socioeconómico,...).

Uma outra componente do modelo refere-se aos conhecimentos e afectações próprios do comportamento que são importantes em termos de motivação, podendo estas variáveis modificar-se através de acções de enfermagem. Esses conhecimentos ou sentimentos sobre o comportamento podem ser benefícios da acção percebidos (resultados positivos que decorrem de um comportamento de saúde), barreiras percebidas à acção (dificuldades e custos pessoais de determinado comportamento), auto-eficácia percebida (julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção de saúde), actividade relacionada com a apresentação (sentimentos positivos ou negativos subjectivos que ocorrem na altura do comportamento baseados nas propriedades do estímulo do comportamento em si, sendo que quanto mais positivo o sentimento subjectivo, maior o sentimento de eficácia), as influências interpessoais (conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros, sendo os mais comuns a família, os pares e os prestadores de cuidados de saúde) e as influências situacionais (o ambiente envolvente pode facilitar ou dificultar determinados comportamentos de promoção de saúde).

Por último, definem-se os conceitos relativamente aos resultados do comportamento, sendo eles o compromisso com um plano de acção (o conceito de intenção e identificação de uma estratégia planeada conduz à implementação de um comportamento de saúde), as exigências e preferências de competição imediatas (comportamentos que as pessoas têm e que podem ser influenciados pelas exigências normalmente em termos de trabalho ou familiares sobre as quais têm um menor controlo, ou as preferências sobre as quais têm um grande controlo) e, finalmente, o comportamento de promoção de saúde (resultado de acção orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos, como o bem-estar, a realização pessoal e a existência produtiva), que consiste no resultado de implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

Segundo Sakraida (2004), pelo facto deste modelo se aplicar ao longo do ciclo vital e ter utilidade em diversos contextos, os profissionais de enfermagem consideram-no muito relevante. Este modelo *“enfatiza a qualidade de vida juntamente com o salvar vidas”* (Sakraida, 2004), fornecendo estratégias para compreender como as pessoas podem ser motivadas a fim de atingir a saúde pessoal. O modelo é também uma ferramenta cada vez mais utilizada a nível do ensino de Enfermagem graduado e pós graduado nos Estados Unidos, para além de ser um instrumento de investigação.

Nola Pender *“identificou a promoção da saúde como um objectivo para o século XXI, [... e este] modelo pode influenciar potencialmente a interacção entre a enfermeira e o consumidor. Pender respondeu ao ambiente político, social e pessoal do seu tempo para clarificar o papel da enfermagem na prestação de serviços de promoção da saúde a pessoas de todas as idades”* (Sakraida, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde, é um modelo com um âmbito de médio alcance, sendo generalizável às populações adultas. Caracteriza-se pela simplicidade, uma vez que as suas definições conceptuais são claras, tornando a complexidade dos fenómenos do comportamento de saúde mais compreensível (Sakraida, 2004).

De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2006), as teorias baseadas em estratégias de mudança de comportamentos têm sido descritas como formas de serem utilizadas pelas enfermeiras, de modo a modificar comportamentos de saúde em indivíduos, famílias e comunidade, promovendo mudanças desejáveis e capacitando as pessoas com competências para continuarem a sua mudança e a sua actualização. Essa aprendizagem pode funcionar de forma vitalícia, permitindo envolver as pessoas numa mudança de comportamentos a fim de melhorar a sua saúde e bem-estar.

Este modelo serve de base para compreender a forma como se pode ajudar as pessoas a mudarem comportamentos de saúde, que é uma tarefa difícil, uma vez que, como é visível no próprio modelo de Nola Pender, a mudança de hábitos depende de vários factores, uns mais controláveis pelo indivíduo do que outros. No entanto, este modelo permite ao enfermeiro desenvolver estratégias de actuação para ajudar as pessoas a atingirem o bem-estar, permitindo que estas tenham um papel activo na gestão dos seus comportamentos de saúde.

De acordo com Melo (2001), *“a acção educativa deve proporcionar situações de aprendizagem em relação às problemáticas do quotidiano dos sujeitos de forma a desenvolver competências que possam ser aplicadas em todas as fases e momentos de vida dos adultos”*. Este autor, baseado na filosofia de Paulo Freire, refere que a sociedade também evolui quando os cidadãos empreendem um processo de aprendizagem colectiva através da acção reflectida.

Nas várias sessões de educação para a saúde efectuadas, quer para os utentes da USFCO quer para os da UCC Saúdar, estabeleceram-se momentos de partilha de conhecimento e experiências, através do diálogo e também do confronto de ideias, entre os utentes e os enfermeiros que promoveram a sensibilização dos participantes para a problemática do sal na alimentação das pessoas. Estes momentos vão de encontro às palavras de Paulo Freire que diz, citado por Melo (2001) *“o intelectual precisa de saber que a sua capacidade crítica não é superior nem inferior à sensibilidade popular; a leitura do real requer as duas”*.

A educação para a saúde tem sido reconhecida internacionalmente como essencial para a prevenção da doença e promoção da saúde. *“A saúde é um bem e a educação para a saúde é uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didáctico e de investigação”* (Goleman, 1995, citado por Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

O PNS 2004-2010 já refere os conceitos de combinação de meios, aprendizagem planificada, facilitação de mudança, autonomia e decisão voluntária, comportamentos de saúde, parcerias, *settings*.

A qualidade de vida das pessoas depende da consciência ecológica de cada um, do respeito, solidariedade e da acção partilhada. Desta forma, a promoção de estilos de vida saudáveis depende de diversos actores sociais, podendo ser os pais, pares, professores, profissionais de saúde, políticos e cidadãos (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

Quando consideramos a literatura científica, há um grupo de pessoas numa posição mais privilegiada para exercer este papel, sendo que, para (Greene e Simons-Morton, 1976, citado por Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005), um educador de saúde é *“um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada”*.

Para Silva et al. (2002), *“a saúde não é só uma realidade objectiva que tem a ver com o bom funcionamento do nosso corpo, mas uma realidade também subjectiva que se relaciona com a nossa forma de pensar, de a representarmos mentalmente”*, e as pessoas como são diferentes, pensam na saúde de formas diferentes. A OMS refere-se à saúde/doença também na dimensão social, como um estado que também engloba as condições de vida da sociedade.

A promoção de saúde, de acordo com a Conferência de Jakarta (1997), é um elemento essencial para o desenvolvimento a fim de *“aumentar a esperança de saúde e reduzir as diferenças entre países e grupos populacionais”* (Silva et al., 2002).

Normalmente, as pessoas vivem de uma forma despreocupada em relação à saúde até sentirem que algo está mal. Esta é a visão da saúde como ausência de doença. Vários estudos

têm demonstrado que as pessoas das classes mais baixas na escala de estratificação social, nomeadamente com menor instrução e que fazem trabalho manual, frequentam menos consultas médicas do tipo preventivo e mais consultas de urgência, e são internadas mais vezes. Isto deve-se não só às suas condições de vida, mas essencialmente ao menor grau de informação, conhecimento e crença sobre os riscos e a prevenção. Verifica-se que há uma forma diferente de pensar a saúde (Silva *et al.*, 2002).

Nas últimas décadas, vários estudos têm demonstrado que há menos recurso aos serviços de CSP pelas classes mais desfavorecidas a nível económico, verificando-se que as desigualdades sociais se reflectem na saúde. Essas desigualdades têm a ver com a estrutura da sociedade (já que diferenças de vencimento influenciam as condições de vida das pessoas), desigualdades geográficas (regiões mais pobres têm piores serviços), diferenças no tratamento nos serviços (consultas das pessoas de classes trabalhadoras são normalmente menos demoradas que as classes médias e altas – as pessoas perguntam menos, dando os médicos menos explicações, havendo menor empatia), o comportamento e a cultura das pessoas das classes trabalhadoras estão submetidos a maior risco (fumam e bebem mais, fazem menos exercício, usam menos os serviços) e, por último, a selecção social, isto é, as pessoas com menos saúde tendem a descer na escala social (menos escolaridade, piores empregos, maior absentismo), estabelecendo-se desta forma uma relação entre pobreza e “menor” saúde (Silva *et al.*, 2002).

O projecto “Envelhecer com Saúde”, no qual se integraram as sessões de educação para a saúde “Coma com HiperAtensão” aos utentes, visa a promoção do envelhecimento com saúde, através da informação fornecida nas sessões, desempenhando um papel importante na motivação dos idosos para a adaptação a novas situações e “atrasando” o próprio envelhecimento quer físico, psicológico ou social (Silva *et al.*, 2002).

Segundo a OMS, envelhecimento activo é “o processo que permite a optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, promovendo uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo” (OMS, 2005), tendo uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e autonomia. Ser activo está relacionado com a uma participação social, cultural, espiritual e cívica no seio da sociedade, e não apenas ao estar activo (OMS, 2005).

De acordo com Silva *et al.* (2002), os objectivos da educação para a saúde na doença crónica é fazer com que o indivíduo adopte uma atitude positiva em relação à mesma, conhecendo a sua doença e autocontrolando-a. A educação para a saúde dirigida à comunidade visa transmitir-lhe conhecimentos e motivá-la a colaborar. Como refere o PNS 2011-16, segundo o Chronic Disease Management, a gestão da doença crónica “é um instrumento de qualidade em saúde, promotor da capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos”. A participação do cidadão na decisão é muito importante, de acordo com o PNS 2011-16, uma vez que a sua capacitação e contributo para o planeamento dos serviços pode influenciar a qualidade.

PARTE III – MÓDULO OPCIONAL

1. Análise reflexiva no contexto de uma UCC

Como foi referido anteriormente na introdução do presente relatório, este módulo de estágio decorreu na UCC Saúdar, unidade funcional do ACES de Oeiras Ocidental, tendo a sua caracterização também sido descrita no mesmo capítulo.

A UCC Saúdar tem como missão *“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente, estudante e trabalhadora da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES Oeiras”* (ACES Oeiras, 2012).

Esta análise reflexiva seguirá uma metodologia uniforme para os objectivos específicos estabelecidos neste projecto de estágio, que contemplam as áreas de intervenção percorridas durante o módulo III. Os objectivos específicos vão de encontro ao geral que visava desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na UCC Saúdar, através de várias actividades efectuadas conforme se pode visualizar no (ANEXO Ic).

1.1 – Intervenção Comunitária – “Projecto Naus”

Um dos objectivos específicos visava participar no projecto de apoio a comunidades mais vulneráveis, Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) – “Projecto Naus”, que se destina à população de um bairro de realojamento da freguesia de Porto Salvo, que por evidenciar um forte desvio da realidade nacional, nomeadamente a nível de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar, beneficia de uma Unidade Móvel desde 2002. Estas funcionam como uma forma de chegar a grupos populacionais específicos que habitualmente não recorrem aos serviços de saúde convencionais, prestando cuidados de saúde primários.

A OMS recomenda que se dê prioridade máxima a estes grupos mais desfavorecidos da sociedade, verificando-se já a nível nacional e internacional que deve coexistir uma abordagem proactiva e em parceria. De acordo com as Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP (2006), as unidades móveis são *“uma boa estratégia de aproximação à comunidade, permitindo um melhor conhecimento dos contextos locais, valorizando as diferentes culturas existentes, a participação comunitária e o empowerment”*.

O conceito de *empowerment*, segundo a literatura é definido como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem controlo sobre as suas próprias vidas. É uma forma em que o poder não pode ser visto da forma tradicional, o *empowerment* caracteriza-se pela colaboração, partilha e mutualidade (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

O PNS 2011-16 prevê, como estratégias para a saúde, reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença, garantindo cuidados de saúde de qualidade assegurados de acordo com as necessidades de saúde e o nível económico das famílias.

Desta forma, o trabalho desenvolvido neste projecto baseia-se numa lógica de Intervenção Comunitária, indo de encontro aos princípios de desenvolvimento local que, de acordo com Amaro (1993), é um processo de mudança, centrado numa comunidade, sendo a

própria o ponto de partida onde as suas necessidades não satisfeitas são a génese da construção de um projecto. Isto baseia-se sempre numa procura de responder a estas a partir da própria comunidade, usando recursos endógenos que capacitam a população através de uma dinâmica e pedagogia de participação comunitária, numa lógica de *empowerment*. Recorre, no entanto, a recursos exógenos, de modo a fertilizar os endógenos numa perspectiva integrada e procurando ganhos mútuos. O trabalho em parceria é também um elemento fundamental neste conceito, definindo acções conjuntas, cooperando, negociando conflitos e utilizando a solidariedade local e pretende que haja um impacto na comunidade, que serve de exemplo. Este processo procura a mudança e a renovação, através de um esforço permanente para ir de encontro às necessidades de uma comunidade, visando uma melhoria da qualidade de vida para todos. De acordo com Carvalhosa, 2010, “a intervenção comunitária tem como objectivo específico provocar uma mudança na comunidade”.

Nesta perspectiva de trabalho de intervenção comunitária, a comunicação é também algo a considerar, uma vez que é a forma que possuímos para chegar à população. Para Teixeira (2005), “a comunicação é o processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos ou sentimentos entre as pessoas”, o que se aplica não só aos membros da comunidade, como também aos parceiros.

A ida ao Bairro dos Navegadores foi muito proveitosa para se perceber o que isto do desenvolvimento local é na prática, onde é notória a empatia entre os moradores e as enfermeiras que os conhecem há vários anos, permitindo uma aproximação à população. Este projecto articula-se em rede de parceria com as entidades constituintes da Comissão Social da Freguesia de Porto Salvo e, por estar inserido neste âmbito, permitiu participar nessas reuniões, o que constituiu uma forma de perceber como as várias entidades articulam entre si tendo como objectivo colmatar as necessidades da comunidade, orientando-se pelos princípios metodológicos do desenvolvimento local. Ainda durante a ida ao Bairro dos Navegadores, foi possível efectuar algumas visitas domiciliárias, que são de extrema importância no acompanhamento de situações de grande complexidade que são as situações de risco.

Para além dos factores que influenciam a saúde, tais como a dieta, o exercício físico, os comportamentos sexuais de protecção e o consumo de álcool, há também outros factores que a influenciam, nomeadamente as desigualdades económicas, o isolamento social, o stresse, a depressão, a pertença a grupos minoritários e os factores relacionados com o trabalho e o desemprego (Bennett, 2002).

Um dos factores que contribui para a existência de comunidades mais saudáveis são as parcerias, que através da participação cívica desenvolvem a própria comunidade. A parceria “remete para um estilo de trabalho que procura promover a troca continuada de informação para benefício mútuo, a consolidação ou a conjugação de esforços para a resolução de problemas comuns e contextos em que os membros são considerados como parte integrante de uma rede com níveis de poder idênticos” (Vargas-Moniz e Morgado, 2010). Os programas europeus para a promoção de coesão social têm potenciado o estabelecimento de parcerias nos últimos vinte anos.

De acordo com Putnam (2000), citado por Vargas-Moniz e Morgado (2010), “o *envolvimento cívico tem impacto positivo e aumenta a probabilidade de sucesso das instituições sociais pois estas tornam-se, (...) mais assentes nas redes sociais e promovem a confiança social*”. Segundo este autor, podem-se utilizar grupos de afiliação como grupos de voluntariado, ou até mesmo pessoas reformadas, para colaboração.

Segundo Vargas-Moniz e Morgado (2010), as parcerias dependem das potencialidades e vicissitudes dos contextos e, por outro lado, das características e capacidades dos seus membros. De acordo com Albee (2006, citado por Ornelas e Vargas-Moniz, 2007), as parcerias “*são contextos privilegiados para a implementação de programas preventivos*”. Wolff (2001, citado por Ornelas e Vargas-Moniz, 2007) define critérios para que um processo social seja uma parceria. Segundo o autor, a parceria é composta por membros da comunidade, foca-se em questões locais e baseia-se em recursos comunitários. A parceria deve ser sustentável no tempo, numa perspectiva de longo-prazo, trabalhando em colaboração para se atingirem benefícios comuns.

O PNS 2011-16 também prevê, como estratégias para a saúde, que as instituições dentro e fora do sector da saúde tenham a capacidade e a responsabilidade de monitorizar o estado de saúde das populações que servem e incluir acções de melhoria nos seus planos.

Em termos de aproveitamento dos recursos da comunidade, “*as empresas, como membros importantes e influentes da sociedade, são responsáveis por ajudar a manter e melhorar o bem-estar dessa mesma sociedade como um todo*” (Teixeira, 2005), sendo esta uma visão contemporânea da responsabilidade social. Este envolvimento nos problemas sociais tem vantagens para as empresas, uma vez que lhes permite criar uma imagem pública positiva. Também é preferível evitar os problemas sociais através do envolvimento social, usando as mesmas como recursos, do que ter de tratar esses problemas. Na reunião de parceiros, verifica-se que há uma preocupação da parte dos intervenientes de envolver todos os recursos de que dispõem, nomeadamente a nível de empresas do concelho e em muitos casos, com *feedback* positivo.

Com as actividades efectuadas neste objectivo, verifica-se que a saúde é apenas uma *peça do puzzle* e que deve haver uma abordagem holística dos problemas comunitários. Os enfermeiros que lá trabalham referem que não é fácil trabalhar a nível dos bairros sociais, no entanto, sentem uma boa receptividade da população local. As pessoas têm dificuldade em deslocar-se às unidades de saúde fixas por questões económicas e até mesmo por questões culturais, limitando assim a sua acessibilidade aos cuidados de saúde e daí a pertinência deste projecto.

1.2 – Projectos dirigidos à população infanto-juvenil de risco

A participação nas reuniões da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), quer a nível da comissão restrita, quer a nível da alargada, consistiu numa actividade muito interessante, uma vez que serviu como uma oportunidade única de conhecer o contexto de trabalho deste parceiro da comunidade, que lida com questões tão problemáticas como as de

crianças e jovens, uma vez que esta entidade funciona como segunda linha na protecção das crianças.

A CPCJ de Oeiras é uma entidade oficial não judiciária com autonomia funcional que visa promover os direitos da criança e do jovem ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento integral (artigo 12º, n.º 1 da Lei 147/99, Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

A CPCJ de Oeiras, a nível da comissão restrita, é composta por uma equipa interinstitucional e interdisciplinar, que inclui as valências de serviço social, psicologia, educação e saúde. Estas pessoas actuam a nível do concelho e têm competência em matéria de infância e juventude. São também juristas com competências a nível de legislação. Esta multidisciplinidade é uma *mais-valia* para um desempenho de qualidade. Na altura do estágio, a presidente desta Comissão era a enfermeira orientadora deste estágio. Nos casos de maior complexidade, a CPCJ tem como parceiro a pedopsiquiatria do Hospital São Francisco Xavier. Estas entidades articulam de forma a perceber os reais problemas da criança e meio envolvente que pode ser a família ou não, de modo a desenvolverem acções no sentido do bem maior da criança. Ter a oportunidade de estar presente neste tipo de reuniões confere uma visão mais alargada das problemáticas nesta área.

A CPCJ mantém as parcerias instituídas e procura alargar o envolvimento a todas as entidades da comunidade com competência nesta matéria, através da dinamização e realização de acções no âmbito da prevenção e promoção dos direitos da criança, espalhando a sua actividade por todo o concelho e procurando dar resposta às necessidades encontradas. Os projectos caracterizam-se por uma dinâmica de trabalho por objectivos, com equipas activas e coesas que mantiveram a continuidade dos projectos, o que vai de encontro a toda a metodologia de desenvolvimento local, abordada mais pormenorizadamente no ponto anterior.

A constituição do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) no ACES de Oeiras constitui um factor facilitador de articulação e de agilização de procedimentos. Prova disso foi o decréscimo no número de novos processos abertos do ano de 2009 para 2010, segundo o relatório Anual de Avaliação da Actividade da CPCJ de Oeiras (2010), o que evidencia o reconhecimento da parte da comunidade pela sua responsabilidade enquanto entidades de primeira linha na protecção à criança.

A participação na reunião do NACJR no ACES de Oeiras complementou a visão do trabalho que é desenvolvido a nível da CPCJ, uma vez que foi possível conhecer o trabalho desenvolvido por quem faz a ponte entre as unidades locais de saúde e a entidade de segunda linha da protecção à criança.

A DGS cria o NACJR através do despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro. O NACJR é constituído por uma equipa multidisciplinar, duas enfermeiras com especialidade em saúde infantil e juvenil, uma médica, uma assistente social e uma psicóloga. As principais atribuições do NACJR são incrementar a formação aos profissionais, prestando apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde; fomentar os mecanismos de colaboração

dentro do ACES e com os recursos comunitários; e assegurar a articulação funcional com os Núcleos a nível hospitalar, unidades coordenadoras funcionais, CPCJ e Tribunais.

Pretende-se com o NACJR que seja feita um diagnóstico rigoroso das disfunções familiares que motivam os maus tractos às crianças, fazendo um relatório que é remetido para as entidades competentes em função da situação e aplicando medidas no sentido de cessar a situação de risco, envolvendo a família de forma a esta ser integrada.

Verifica-se que as unidades funcionais do ACES de Oeiras recorrem ao NACJR quando necessitam e também o núcleo procura informações junto das unidades acerca das crianças que lhes estão sinalizadas, estando neste momento a ser elaborado um projecto a fim de facilitar essa articulação.

1.3 – Área de intervenção de saúde materna/infantil – projectos: “Sensibilização para a parentalidade”, “Acontece”; área de intervenção de saúde materna: “intervenção à grávida com risco psicossocial na comunidade”

O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) salienta a valorização do contexto familiar como área de intervenção e a gravidez como etapa fundamental do ciclo de vida. No sentido de haver um desenvolvimento integrado e saudável da criança no núcleo familiar, foi elaborado o projecto “Sensibilização para a parentalidade”, preparando o casal para a evolução normal da gravidez, parto e puerpério. O projecto pretende abranger dois tipos de população diferentes, um grupo que inclui os “casais grávidos” residentes na área do ACES de Oeiras Ocidental e um segundo grupo que inclui as famílias identificadas numa base de risco materno-infantil, prestando apoio na comunidade às famílias de risco.

A oportunidade de assistir a uma sessão do curso para o primeiro grupo permitiu verificar o apoio que os futuros pais sentem, aumentando as suas competências, tranquilizando-os, o que diminui a recorrência aos cuidados de saúde em situações que eles são capazes de resolver. É uma forma de viverem esta fase com tranquilidade, de forma a ser aproveitada ao máximo, sentindo-se apoiados pela enfermeira e também pelos outros pais presentes.

Relativamente ao segundo grupo, durante o período de estágio não se estava a efectuar. Segundo a enfermeira responsável pelo projecto, deveu-se à falta de tempo aliada às características específicas desse segundo grupo, por se tratar de pessoas que, ao contrário do outro grupo, não procuram informação, uma vez que preparação para o parto a este nível não é uma prioridade para elas. A enfermeira refere ser importante reavaliar as estratégias a fim de chegar a essas mães.

A reunião com a enfermeira perita na área foi uma importante fonte de informações, promovendo uma reflexão sobre esta temática. Partilhou as suas experiências de trabalho com esse grupo, que requer necessariamente estratégias de actuação diferentes e está inserido no projecto “intervenção à grávida com risco psicossocial na comunidade”. Para além disso, este projecto contempla também o encaminhamento para a assistente social ou até mesmo entidades como a Ajuda de Mãe ou o Banco Alimentar em função da situação da pessoa em

causa. As USF e UCSP do ACES Ocidental referenciam as suas grávidas nesta situação, estabelecendo assim uma parceria com a UCC. Nestes casos, por vezes torna-se necessário efectuar visitas domiciliárias, o que vai de encontro ao PNS (2004-10), que salienta que subsistem franjas da população com cuidados de saúde reprodutiva inadequados e considera por exemplo, como uma estratégia e intervenção necessária, desenvolver acções dirigidas a públicos específicos, nomeadamente incentivando as actividades de visita ao domicílio. As USF e UCSP informam também os casais do primeiro grupo da existência do curso de parentalidade.

O projecto “Acontece” tem como população alvo os adolescentes até aos 20 anos residentes na área de abrangência da UCC ou que frequentem as escolas públicas abrangidas pelo programa de saúde escolar. Segundo o PNS 2004-10, os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Desta forma, deverão ser reforçadas as iniciativas no sentido de adequar a melhoria das condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde. Inserida nesta orientação do PNS, existe então este projecto de consulta de adolescentes, que é constituído por uma equipa multidisciplinar (enfermeiras, médica e psicóloga). Pretende-se que este projecto crie condições para que os adolescentes desenvolvam capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos saudáveis face à sexualidade e assentes em valores e atitudes individuais.

Na linha do projecto anterior, a reunião com a enfermeira do projecto, que é a mesma pessoa, foi essencial para conhecer a dimensão do mesmo. Aliada a esta actividade, o facto de se ter assistido a consultas de enfermagem de atendimento a adolescentes permitiu consolidar o transmitido com exemplos práticos, nos quais se verifica a disponibilidade e confiança transmitida que faz com que as adolescentes se sintam apoiadas, ao mesmo tempo que se capacita a jovem para ser consciente dos seus comportamentos. Há uma grande partilha e cooperação da equipa. Algumas adolescentes que frequentam a consulta residem no Bairro dos Navegadores, enquanto outras foram informadas da mesma através das sessões de educação para a saúde realizadas nas escolas, pela saúde escolar, o que demonstra a articulação que existe entre as várias áreas de intervenção desta unidade.

1.4 – Área de intervenção: “Saúde Escolar”

A Saúde Escolar de Oeiras desenvolve as suas actividades há cerca de vinte anos, em parceria com a comunidade educativa dos Jardins de Infância, escolas do ensino básico, segundo e terceiro ciclo e secundárias, tendo como referência o Programa Nacional de Saúde Escolar, acompanhando as mudanças ao longo dos tempos e adaptando-se às novas realidades, indo de encontro às necessidades da população. São constituídas por enfermeiras e têm um coordenador médico de Saúde Pública. A equipa de saúde escolar é a ponte entre a escola e os serviços de saúde.

A reunião com uma das enfermeiras deste programa foi útil, visto que na semelhança das outras áreas de intervenção permitiu conhecer, de uma forma sucinta, o trabalho

desenvolvido nesta área na primeira pessoa de alguém que trabalha na área há muitos anos. Foi possível desta forma perceber os problemas mais frequentes, a forma como são detectados e encaminhados e a articulação que se efectua com as escolas.

Para além do Programa Nacional de Saúde Escolar de carácter obrigatório, a saúde escolar tem outros projectos específicos que têm por base a metodologia de projecto, onde se faz um diagnóstico da situação, sendo que grande parte das vezes é a própria escola a referir as necessidades que sente e posteriormente actua-se em função das mesmas. Neste sentido, há diversos projectos na saúde escolar para as várias idades. Alguns destes projectos contemplam sessões de educação para a saúde que são efectuadas nas escolas, em horário de aula. A pertinência de assistir a uma dessas sessões decorre do facto de ampliar a visão da área em questão, utilizando o contexto escolar para tal. Deste modo, a sessão escolhida foi “Crescer com afecto” que se destina às turmas de oitavo e nono ano, indo de encontro à população que é abrangida pelo projecto “Acontece” da UCC Saúdar referido anteriormente.

O PNS 2004-10 reforça uma intervenção na saúde do adolescente e o despacho 25995/2005 implementa uma educação sexual na escola positiva e eficaz, que ajuda o adolescente a crescer e a obter uma vivência sexual responsável e saudável. A adolescência caracteriza-se por uma multiplicidade de condutas que determina a socialização nesta fase. As incertezas que o adolescente sente poderão evoluir num sentido desfavorável, tendo comportamentos de risco (Almeida *et al.*, 2006). Justifica-se a existência deste projecto que vai de encontro a todas estas razões. Assistir a esta sessão foi uma experiência muito rica, uma vez que os adolescentes, tantos os rapazes, como as raparigas foram bastante participativos, com questões pertinentes que tornaram a sessão bastante didáctica. Verificou-se também que muitos deles já tinham conhecimento da consulta de adolescentes da UCC e alguns até já utilizavam.

1.5 – Projecto: “Férias em Saúde”

Este projecto insere-se dentro da área de intervenção “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis”, que já existe desde 1988 e se destina a utentes do ACES de Oeiras Ocidental e Oriental, de idade igual ou superior a 65 anos com patologias específicas, nomeadamente depressão, diabetes, HTA, doenças osteoarticulares, sequelas de AVC, propostos pelo ACES de Oeiras e pelos responsáveis das Instituições de Solidariedade Social, sendo seleccionados pela equipa coordenadora do projecto. É feito em parceria com a Câmara Municipal de Oeiras, que disponibiliza recursos monetários e humanos. Este projecto é integrado por vários profissionais do ACES, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, participando também voluntários de associações. Estas actividades têm um efeito positivo não só na saúde e bem-estar de quem é ajudado, mas também no próprio voluntário.

Fazer com que os idosos se mantenham activos, contribuindo de uma forma positiva no meio onde estão envolvidos, quer na família quer ao nível da comunidade, permite-lhes ter uma vida mais saudável. Para além de promover um envelhecimento activo, este projecto é uma forma de combater a solidão. Segundo Neto (1989), “a solidão é experienciada pelo ser

humano em qualquer que seja o lugar que habite". De acordo com Perlman & Peplau, 1982, citado por Neto, 1989, "a solidão é o sentimento aflitivo que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos", podendo as pessoas sentirem-se sós mesmo quando estão com outras pessoas. Neto (1989) refere que "o âmago da solidão é a insatisfação em relação ao nosso relacionamento social". Este projecto promove também a saúde mental das pessoas, funcionando como uma alternativa ao isolamento.

Com este projecto, pretende-se proporcionar aos utentes um envolvimento activo através de actividades físicas, intelectuais e sociais e também com a expectativa de poderem funcionar como agentes de mudança na sua comunidade, o que vai de encontro à Carta de Ottawa (1986), que refere que o doente do século XXI "é *decisor, gestor e co-produtor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão activo cuja voz deve influenciar os decisores em saúde*" (PNS 2011-16).

Este projecto, apesar de já existir há muitos anos, vai de encontro às estratégias para a saúde a nível da qualidade em saúde do PNS 2011-16, que pretende a diversificação dos contactos com os utentes como é o caso deste projecto, dando uma resposta integrada ao doente crónico, de modo a ser ele a gerir a sua doença.

Partilhar alguns dias com este grupo permitiu comprovar a razão pela qual é um projecto sustentável, que é um dos princípios do PNS 2011-16, e foi possível alargar o mesmo a outras actividades efectuadas ao longo do ano como, por exemplo, um magusto.

De uma forma geral, com esta análise reflexiva, pode-se constatar que em todos estas áreas de intervenção existe uma base na missão para os cuidados de saúde primários, uma articulação com os recursos intra e extra ACES de Oeiras, numa lógica de desenvolvimento local, em que o trabalho de equipa é evidente. O trabalho em equipa caracteriza-se por dois aspectos, "a articulação das inúmeras acções executadas pelos distintos profissionais da equipa, e a comunicação entre os seus componentes, orientada para o entendimento" (KurcGant *et al.*, 2005).

É pertinente referir neste contexto que se pensa ter atingido globalmente o objectivo geral e os específicos. Os recursos humanos, materiais e o temporal foram adequados para a execução das actividades programadas no projecto de estágio.

2. Percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ – um projecto de intervenção

A pertinência da participação neste projecto foi descrita na introdução do presente relatório. Em relação à pertinência do mesmo, para a USF em questão, será feito um enquadramento do projecto em seguida. A USFSJ já realiza um inquérito de satisfação semestralmente aos utentes. E, segundo um estudo efectuado por esta unidade acerca do cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar, "a maioria das expectativas é cumprida pelo médico, (...) a satisfação no final da consulta é elevada e correlaciona-se positivamente com o cumprimento das expectativas" (Pinto, Coutinho

e Rezende, 2009). Esta opinião vai de encontro aos dados nacionais, de acordo com o estudo “Monitorização da Satisfação dos Utilizadores da USF”, efectuado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), em 2009, junto dos utentes de USF. Este estudo revela que 93,7% dos utentes recomendariam fortemente a sua USF a amigos, um valor bastante diferente do estudo “A voz dos utilizadores dos centros de saúde” efectuado em 2003/2004 pelo Instituto de Qualidade em Saúde e pelo CEISUC, no qual 38,9% dos utentes não recomendava o serviço e o médico de família aos amigos. Curiosamente, este estudo de 2009, em relação à satisfação com os recursos humanos, revela que 91,6% estão bastante satisfeitos com os médicos, 93% com os enfermeiros e 87,7% com os administrativos (Cuidados de Saúde Primários, 2009). Verifica-se, deste modo, um aumento da satisfação e da confiança nos CSP.

Apesar de haver esta opinião por parte de quem utiliza os serviços, não se sabe a razão pela qual 32,68% dos utentes inscritos na USFSJ não utilizaram a mesma durante o ano de 2011 (valores apenas referentes até Outubro, uma vez que este projecto se iniciou em Novembro), segundo o indicador “taxa de utilização global de consultas” da USF, sendo que muitas destas pessoas não têm utilizado há um ano ou mais. Verifica-se que este valor tem decrescido ligeiramente desde 2008, no entanto, a equipa desconhece os motivos da não utilização. Esta necessidade é sentida e manifestada pela equipa normalmente quando se apresentam e se discutem os resultados dos inquéritos de satisfação que são efectuados aos utilizadores semestralmente. A USF presta cuidados personalizados ao utente, antecipando as necessidades do mesmo.

A auscultação da população é uma das estratégias e recursos promotores de Cidadania em Saúde, como refere o PNS 2011-16, uma vez que “a avaliação da satisfação conclui sobre a necessidade de maior envolvimento do utente na organização dos cuidados” (PNS, 2011-16). O mesmo documento refere como orientação a promoção de processos de melhoria contínua do exercício de cidadania, através de avaliações regulares das necessidades do cidadão, como se pretende com este projecto. Para além disso, “o acesso à informação, inclusão e participação, a responsabilização e capacidade de organização local são os elementos base de uma estratégia bem-sucedida de cidadania em saúde” (Ramos V, citado por PNS 2011-16).

No âmbito do estágio, a intervenção neste projecto tem como objectivo colaborar com a equipa da USFSJ na concretização do indicador “taxa de utilização global de consultas”, através da acessibilidade a utentes considerados não utilizadores da USF. Segundo a nomenclatura dos indicadores, considera-se por utentes não utilizadores os utentes que não utilizaram a USF para consulta médica, pelo menos, durante o ano de 2011. Para tal, como primeiro objectivo específico do estágio, definiu-se conhecer a necessidade sentida pela equipa da USFSJ em relação a este tema, desenvolvendo para tal actividades, nomeadamente reuniões com a enfermeira coordenadora da USF e elementos da equipa.

Este projecto tem como objectivo geral aumentar o indicador Taxa de utilização global de consultas da USFSJ para 70% em 2012, através da acessibilidade a utentes considerados

não utilizadores da USF; e como objectivos específicos, conhecer as razões pelas quais os utentes não utilizaram a USFSJ e incentivar os utentes não utilizadores a utilizarem a USFSJ.

Desta forma, elaborou-se um questionário para aplicar a estes utentes como instrumento de colheita de dados, que foi posteriormente submetido a um pré-teste. A faixa etária considerada foi dos 20 aos 64 anos de idade, uma vez que os indicadores demonstram que os utentes das outras faixas etárias utilizam mais os serviços, como se pode verificar no desenho do projecto (ANEXO XIII).

O questionário tem como finalidade ser uma fonte de dados dos utentes não utilizadores da USFSJ. Foi construído tendo por base reuniões com os intervenientes no processo e peritos na área. Tem uma primeira parte de colheita de dados de identificação, cuja informação deverá ser recolhida antes do contacto telefónico, de modo a facilitar o mesmo, tornando-se mais rápido e também sendo uma forma de detectar alguma informação (através dos lembretes computadorizados) que deva ser dita aquando do contacto, de forma a incentivar a utilização dos serviços e alertar os utentes para a importância da sua vigilância de saúde, procurando os serviços adequadamente, como consequência da percepção da saúde e do serviço como a resposta mais vantajosa. Os profissionais capacitam o utente ao acesso adequado aos serviços de saúde quer de forma oportunista, quer de forma proactiva e organizada.

O questionário tem opções de três dimensões, em termos informativos, em termos de vigilância de saúde e também em termos da percepção que os utilizadores têm nomeadamente a nível de experiências anteriores em relação aos funcionários da USF (médicos, enfermeiros e administrativos). Caso haja alguma questão que não esteja contemplada nestas dimensões, é aplicada na opção de resposta aberta para posterior categorização.

De acordo com o PNS 2011-16, o acesso adequado é um factor na saúde determinante na redução das desigualdades. Este depende da oferta de serviços e da utilização pelo cidadão. Os serviços devem ser proporcionais e suficientes às necessidades de saúde do cidadão.

Para Pereira e Furtado (2010), citado pelo PNS 2011-16 (2011), o acesso adequado resulta de várias dimensões que estão interrelacionadas, como a procura adequada dos serviços (percepção de que é uma resposta mais vantajosa), disponibilidade para as necessidades da população, proximidade, custos directos (como aquisição de serviços) e indirectos (como faltas ao emprego, transportes), qualidade (organização dos serviços em termos técnicos e humanos) e a aceitação (que resulta das expectativas, atitudes e comportamentos do cidadão).

A reforma dos CSP tem como objectivos a melhoria do acesso a cuidados próximos e adequados (PNS 2011-16).

O PNS 2011-16 refere como orientações para as instituições que estas devem estabelecer políticas de qualidade, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correcção de erros.

O *Institute of Medicine* (1994), citado por Marquis e Huston (2005) “define a qualidade dos cuidados de saúde como o grau em que os serviços para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de obter resultados de saúde desejados e consistentes com o actual conhecimento profissional”. Marquis e Huston (2005) referem que “o controlo da qualidade fornece aos funcionários o feedback sobre a qualidade de seu atendimento e sobre a forma como o cuidado oferecido pode ser aperfeiçoado”.

Controlar a qualidade pressupõe actividades que se realizam a fim de avaliar, monitorizar ou regular serviços prestados aos consumidores, sendo estes considerados o elemento central do qual depende a produção e o serviço (Marquis e Huston, 2005).

A fim de se avaliar os resultados obtidos com este questionário e também os objectivos do projecto, confirma-se se ficou alguma consulta agendada e posteriormente valida-se a sua comparência ou não, para se considerar a continuação desta metodologia.

O projecto foi apresentado à equipa da USF, tendo sido proposto que a selecção da amostra fosse aleatória e que o questionário fosse aplicado através de entrevista telefónica, que é o meio mais eficaz de chegar a esta população, funcionando como um sistema de informação e de monitorização do acesso. O contacto telefónico funciona também, como uma forma de encaminhamento de algumas situações e despiste/marcação de consultas médicas ou de enfermagem. Para além disso, ao falarem com as pessoas, cria-se desde logo um elo de ligação, uma relação empática, estreitando os laços entre o enfermeiro e o utente, que pode funcionar como facilitador das vindas à USF, tornando-se “impulsionador”. Os critérios de exclusão e a forma de condução do questionário estão descritos no (ANEXO XIII).

A apresentação do projecto foi bastante interessante, tendo sido um momento de partilha de ideias de todos os elementos que se mostraram bastante empenhados e motivados para este projecto. Verifica-se também que este é um projecto sustentável, tendo em conta que colmata as necessidades actuais e não compromete o futuro, uma vez que, como projecto que é, é dinâmico, podendo ser alterado, sempre que se justifique.

Com a elaboração deste projecto, pensa-se ter atingido os objectivos de estágio neste sentido e os recursos humanos, materiais e temporal foram adequados para a execução das actividades programadas no projecto de estágio.

CONCLUSÃO

O caminho percorrido ao longo destes meses permitiu ampliar horizontes, vendo muito para além do contexto de trabalho, já que este é a nível hospitalar. É pertinente salientar que se adquiriu uma visão alargada do trabalho que se efectua a nível da comunidade, no qual a saúde é apenas uma das “peças do puzzle” como muitas vezes foi dito pelas pessoas que estão no terreno, nomeadamente no contexto do módulo III.

Outro aspecto que foi motivo de reflexão tem a ver com a inevitável comparação do contexto hospitalar com o dos CSP, sendo perceptível que a noção de tempo difere nos dois locais. Uma vez que a nível hospitalar, de um modo geral, o tempo de internamento é relativamente curto e, tendo em conta que são cuidados mais específicos, as pessoas habitualmente recorrem apenas para tratar algo mais ou menos imediato. Por outro lado, nos CSP, nomeadamente nos projectos de intervenção comunitária, verifica-se que é necessário tempo para estudar a população em causa, de modo a envolvê-la no processo de desenvolvimento, constatando-se assim que os resultados são mais demorados.

Um aspecto menos positivo do estágio ser fora do contexto de trabalho, prende-se com o facto de não se conhecer a realidade e, deste modo, não conhecer as necessidades dos enfermeiros, nem da população em causa, o que em termos de diagnóstico de situação acabou por ser mais demorado. No entanto, o facto de ser tudo uma novidade permitiu também explorar todo este contexto, desenvolvendo competências existentes e descobrindo outras.

O estágio foi iniciado numa USF e, pelo motivo acima referido, foi necessária uma integração, de modo a conhecer o trabalho efectuado na USFCO, nomeadamente ao nível do conceito do enfermeiro de família. Paralelamente a isto, foi efectuado um diagnóstico de situação face à problemática proposta pelos enfermeiros da USF, tendo em conta as suas necessidades, o qual recaiu sobre a execução de um diagnóstico de saúde aos hipertensos da USFCO, uma vez que é uma população que os enfermeiros ainda não conhecem bem e é também um problema de saúde pública, de acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2008).

Este diagnóstico de situação seguiu as etapas do planeamento em saúde, pelo que se iniciou pela identificação das necessidades, tendo nesta fase sido aplicado um questionário, após ter sido elaborado e submetido a um pré-teste aos utentes hipertensos da USFCO.

Os resultados obtidos mostram vários problemas detectados, pelo que foi necessário efectuar uma priorização dos mesmos, a fim de se definir sobre que problemática iria recair o projecto de intervenção. Esta fase de estabelecimento de prioridades foi ultrapassada através da utilização da grelha de análise para a determinação de prioridades de Pineault e Daveluy (1986) e também através de reunião de peritos com os enfermeiros da USF. Nesta, através do *brainstorming*, identificaram-se os problemas prioritários definidos por eles em função dos recursos, nomeadamente temporais, e do que achavam mais interessante para ser dada continuidade. Deste modo, considerou-se que a temática relacionada com o sal escondido nos alimentos, as gorduras saturadas e o facto de a grande maioria das pessoas não saber ler

rótulos justificava a pertinência de um projecto de intervenção neste âmbito, que se denominou de “Coma com HiperAtensão”.

O módulo II de estágio, que se efectuou no mesmo local do módulo I, decorre deste, sendo a altura em que o projecto de intervenção resultante do diagnóstico de situação se operacionaliza.

O projecto “Coma com HiperAtensão” inicialmente visava uma prevenção secundária, uma vez que era dirigido aos utentes hipertensos. No entanto, verificou-se, com a evolução do próprio projecto e as actividades que foram sendo desenvolvidas, que para além da terciária, se efectuou prevenção primária. Uma vez que o projecto foi evoluindo ao longo deste curto espaço de tempo, e pela forma como foi acolhido pelos profissionais quer da USFCO, quer da UCC Saúdar, foi possível delinear estratégias, abrangendo mais pessoas do que os utentes hipertensos da USFCO.

Este projecto abordou a temática da HTA e os cuidados com a alimentação, nomeadamente o consumo de sal, de uma forma original e criativa, capacitando as pessoas através da informação fornecida acerca deste tema, nomeadamente promovendo a aprendizagem da leitura de rótulos, aumentando as suas competências e sensibilizando-os assim para a questão da alimentação, não só para quem já tem doença crónica, como também para os que não têm.

O conhecimento foi promovido também aos profissionais de saúde das duas unidades do ACES de Oeiras, de modo a aumentarem as suas competências nesta área e sensibilizarem os utentes futuramente.

Ao longo da implementação do projecto, verificou-se que este pode servir de exemplo a outros projectos, nomeadamente dentro do mesmo tema, podendo, por exemplo, ser aplicado a outras faixas etárias, isto porque durante a fase em que se convocaram via telefónica os utentes da USFCO, uma das utentes, que era professora do ensino básico, achou que este tema seria pertinente para os seus alunos, manifestando interesse em contactar a saúde escolar.

As estratégias de implantação do projecto passaram por efectuar acções de formação aos profissionais da USFCO e da UCC Saúdar, a fim de promover o seu conhecimento acerca desta temática, efectuar sessões de educação para a saúde aos utentes dos centros de dia incluídos no projecto “Envelhecer com Saúde” da UCC Saúdar, estabelecendo uma parceria entre as duas unidades neste projecto. Também foram efectuadas sessões de educação para a saúde aos utentes da USFCO, mais precisamente aos que participaram no estudo.

Através dos folhetos elaborados que foram distribuídos aos utentes nas sessões e do poster que também foi elaborado e afixado numa das salas de espera da USFCO, o processo de capacitação foi alargado igualmente às famílias dos utentes e a todos os utilizadores da USFCO que se mostraram interessados em aprender. Isto foi possível, uma vez que a informação está disponível de uma forma perceptível para a grande maioria das pessoas, sensibilizando-as para esta questão, já que muitas pessoas diziam que não sabiam o que

tinham de procurar no rótulo e, como tal, não o faziam. Desta forma, este material aumenta os recursos dos profissionais para abordar esta temática.

Como foi referido no presente documento, o percurso percorrido com a Unidade Curricular Estágio permitiu o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública como refere o Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro, nomeadamente no que concerne à avaliação do estado de saúde de uma comunidade através da metodologia do Planeamento em Saúde. Uma outra competência que foi desenvolvida, através das actividades que se foram efectuando no “terreno”, prende-se com a contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades. A integração de coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário que vão de encontro os objectivos do PNS, como está patente no referido Regulamento é uma das competências que também se desenvolveu.

É pertinente referir que os objectivos traçados para ambos os módulos de estágio foram na sua globalidade atingidos, tendo sido concretizadas as actividades inicialmente estabelecidas, bem como outras que foram surgindo ao longo do estágio em função das necessidades sentidas.

Este relatório refere também os recursos materiais, humanos e temporais, sendo todos eles essenciais para a concretização das actividades.

De acordo com o planeamento em saúde, após traçar os objectivos e delinear estratégias para desenvolver actividades, é necessário proceder à avaliação. A maioria das actividades efectuadas foi avaliada em folha própria, outras através de reflexões sobre as próprias actividades e encontram-se ambas no (ANEXO III) numa apreciação global.

A aprendizagem de todo este percurso proporcionou o desenvolvimento de competências. No entanto, esta foi possível através de um conjunto de estratégias utilizadas, nomeadamente a metodologia de portfólio que foi fundamental ao longo do estágio como fio condutor, assim como o está a ser na elaboração deste relatório.

O facto de se atingir os objectivos e as actividades determinadas permitiu a aquisição de conhecimentos, nomeadamente na temática em questão. Enquanto alguns conceitos foram apenas revistos, outros foram estudados aprofundadamente, através de pesquisa bibliográfica. Permitiu também, como já foi mencionado anteriormente, o desenvolvimento de competências, as quais se traduziram quer em crescimento pessoal, quer profissional, possibilitando assim a prestação de melhores cuidados de enfermagem. É importante referir que mesmo em contexto hospitalar esta aprendizagem é relevante, uma vez que o hospital acaba por ser um contexto “fechado” em que muitas vezes não se tem noção de como as coisas se processam “cá fora”. Deste modo, sente-se que uma das competências adquiridas foi precisamente a aquisição de uma visão alargada do indivíduo como um todo, na saúde e na doença e integrado numa família e também numa comunidade.

Em termos pessoais, houve uma grande aprendizagem, nomeadamente através da possibilidade de participar em projectos diferentes, tais como os locais abrangidos pelo módulo III de estágio como o Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) no Bairro dos Navegadores e a

CPCJ, por serem locais de intervenção comunitária de elevado risco e por toda a problemática que envolvem.

Foi também, interessante constatar que, uma psicóloga que era responsável por um dos centros de dia onde se implementou o projecto “Coma com HiperAtensão” no módulo II, e que também fazia parte de um dos projectos em que se participou no módulo III, pediu a opinião acerca de outro problema com que se estavam a deparar. O que demonstra a confiança depositada no trabalho desenvolvido.

As pessoas que acompanharam este processo, mais concretamente as enfermeiras orientadoras, detentoras de grande conhecimento e experiência (uma mais ligada ao indivíduo e à família em si e a outra mais na área do risco na comunidade), foram ambas exemplos de enorme aprendizagem que enriqueceu e permitiu um desenvolvimento tanto pessoal como profissional.

Para além de ter permitido relembrar conceitos a nível de metodologia de investigação, houve uma aprendizagem com o programa informático SPSS na altura de se realizar o tratamento de dados, possibilitado pela enfermeira orientadora.

Como em qualquer processo de aprendizagem, houve momentos de dificuldades e dúvidas ao longo deste trajecto, que foram sendo ultrapassadas com orientações por parte das enfermeiras orientadoras e da professora tutora, para além de muitas outras pessoas que foram contribuindo para este trabalho.

No que concerne a dificuldades e limitações, pode-se afirmar que estas se resumiram à metodologia de investigação, uma vez que os conceitos tiveram de ser revistos, e também ao tratamento de dados com o SPSS. No entanto, pensa-se que as dificuldades tenham sido ultrapassadas.

De uma forma geral já foram referidos os contributos do projecto para todas as unidades onde se interveio ao longo dos três estágios (USFCO, UCC Saúdar e USFSJ). No entanto, é pertinente referir o envolvimento de todos os profissionais de saúde da USFCO, os enfermeiros da UCC Saúdar e da USFSJ nos respectivos projectos, verificando-se uma mobilização de conhecimentos e estratégias utilizados para a operacionalização dos projectos.

A UCC Saúdar (na altura do módulo II que estava a ser efectuado na USFCO) recebeu bem o projecto “Coma com HiperAtensão”, tendo sido inclusivamente pedidas mais sessões quer pela equipa da UCC, quer pelos centros de dia do projecto “Envelhecer com Saúde”.

Uma das orientações do PNS 2011-16 consiste em investir nos CSP, nomeadamente em estratégias de promoção da saúde, potenciando os níveis de saúde e minimizando o risco de doença e da necessidade do apoio social.

A saúde é um recurso do quotidiano individual e social. Promover a saúde significa que, colectiva e individualmente, as pessoas procuram controlar os processos que actuam sobre a sua saúde e a saúde da sua comunidade e procuram melhorá-la, com vista ao bem-estar (Silva et. al, 2002).

O projecto elaborado na USFSJ, durante o módulo III, durante o qual se trabalhou mais directamente com a enfermeira coordenadora, também foi muito bem recebido pela equipa,

tendo em conta que eles próprios tinham sentido essa necessidade há já algum tempo. Este projecto sobre a percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ, permite contribuir para saber quais os motivos pelos quais as pessoas não utilizam os serviços. Pensa-se que seria interessante dar continuidade a este trabalho, uma vez que saber o motivo pelo qual as pessoas não recorrem à USF, dá a conhecer aos intervenientes o seu próprio desempenho e onde poderão ou deverão incidir mais.

Tendo em conta que foram elaborados projectos nas três unidades do ACES de Oeiras, mesmo apesar de o estágio não se estar a efectuar na respectiva unidade, é importante constatar a dinâmica que existe entre estas unidades, que facilmente estabelecem parcerias entre si, aproveitando recursos e potenciando-se umas às outras.

A informação referente aos projectos efectuados nas unidades ficou disponível em todas elas, aumentando os recursos para informar as pessoas através dos folhetos e do poster, para além das sessões de educação para a saúde. Estas podem ser utilizadas não só pelos enfermeiros como também pelos médicos que mostraram bastante interesse no conteúdo dos folhetos. Tudo isto permite uma uniformização dos ensinamentos aos utentes.

Foram também efectuadas intervenções pontuais em dois outros problemas, nomeadamente a nível do autocuidado dos utentes na vigilância da sua TA e também a nível da elevada percentagem de excesso de peso e obesidade. Por conseguinte, foi contactada a FMH, por ter um programa neste âmbito, de modo a se poder encaminhar utentes para lá. Para além disso, na sequência da pesquisa para a acção de formação sobre o sal escondido nos alimentos às equipas da USF e UCC, encontraram-se algumas informações incorrectas pelo que se entrou em contacto via e-mail com a DECO a fim de dar a conhecer esta questão.

Tendo em conta que o estágio decorreu num período de tempo limitado, foi sugerido à USFCO dar continuidade à abordagem deste tema, não só através dos folhetos, como também através de mais sessões de educação para a saúde “Coma com HiperAtensão”, uma vez que os próprios utentes que foram contactados e não puderam vir manifestaram interesse, lamentando o facto de não poderem estar presentes nas que se realizaram.

As sugestões que foram feitas à USFSJ para o projecto ser implementado já foram anteriormente referidas, no momento em que foi descrito esse mesmo projecto na parte III deste relatório.

A título de conclusão, durante todo este processo que teve como referência os projectos de estágio, pensa-se ter alcançado o que ambos os projectos preconizavam, apesar de terem sido sujeitos a alterações, no entanto a estrutura manteve-se. Espera-se também que ambos os projectos tenham ido de encontro às necessidades dos enfermeiros e dos utentes, uma vez que o caminho percorrido foi de encontro às do mestrando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES OEIRAS – Disponível em: http://www.acesoeiras.pt/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=20&Itemid=162. Acedido a 29-01-2012.

ACS – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Versão Discussão)*. Lisboa: ACS, 2011.

ALMEIDA, I. ; BRAGA, M. ; CARDOSO, M. ; MARTINS, S. – Projecto de Intervenção Comunitária Comportamentos de Risco na Adolescência. *Informar*. Porto. XII:37 (Julho/Dezembro 2006) 153-158.

AMARO, R. R. – *Desenvolvimento Local*, 1993. Disponível em: http://www.consumoresponsavel.com/wp-content/RNCR_Ficha_A2_1.pdf. Acedido a 30-01-2012.

AMARO, R. R. – Desenvolvimento: um conceito ultrapassado ou em renovação? – da teoria à prática e da prática à teoria. *Cadernos de Estudos Africanos* (ISCTE). Lisboa. 4 (Janeiro/Julho 2003).

ANDRADE, J. – *À conversa com uma especialista em nutrição no supermercado*, 2012. Disponível em: <http://sabores.sapo.pt/saude-e-nutricao/artigo/-conversa-com-uma-especialista-em-nutricao-no-supermerc>. Acedido a 18-02-2012.

ATKINSON, L. ; MURRAY, M. E. – *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1989. ISBN 85-226-0328-6.

AZEVEDO, C. A. M. ; AZEVEDO, A. G. – *Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. ISBN 978-972-54-0212-2.

BEAGLEHOLE, R. ; BONITA, R. ; KJELLSTROM, T. – *Epidemiologia Básica*. 1ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. ISBN 972-98811-2-X.

BENNER, P. – *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BENNETT, P. – *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-033-2.

BERTOQUINI, Susana; PAIS-RIBEIRO, José; POLÓNIA, Jorge – Relação da pressão arterial no consultório com optimismo, stress, ansiedade e depressão em sujeitos normotensos, hipertensos e hipertensos de bata branca. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Amadora. ISSN 1646-8287. 13 (2009) 31-32.

BRAUNWALD, E. *et al.* – *Harrison: Manual de Medicina*. 15ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda, 2004. ISBN 972-773-178-3.

CARREGUETA, M. – Estilos de vida e doença cardiovascular. In MORAIS, J. *et al.* – *Guia prático para a prevenção da doença aterotrombótica*. Lisboa: Permanyer Portugal, 2008. ISBN 978-972-733-224-3, p.1-5.

CARVALHOSA, S. – Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária: Gerações. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. XXVIII:3 (Julho/Setembro 2010) 479-490.

COUTINHO, C. P. – *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, S. A., 2011. ISBN 978-972-40-4487-3.

CSP – *Utentes aplaudem modelo USF*, 2009. Disponível em: de <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?id=2770>. Acedido a 27/11/2011.

DECRETO – LEI 104/98 de 21 de Abril. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República n.º 93, 1ª Série A*.

DECRETO – LEI 560/99 de 18 de Dezembro. Directivas comunitárias adoptadas em matéria de rotulagem dos géneros alimentícios. *Diário da República n.º 293, 1ª Série A*.

DECRETO – LEI 298/2007 de 22 de Agosto. Regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 161, 1ª Série*.

DECRETO – LEI 28/2008 de 22 de Fevereiro. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da República n.º 38, 1ª Série*.

DGS – *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais estratégia de saúde para todos*. Lisboa: DGS, 2004.

DGS – Plataforma contra a obesidade. *Origem e missão*. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=115&exmenuid=113&SelMenuId=115>. Acedido a 11-02-2012.

DGS – Plataforma contra a obesidade. *Que quantidade de actividade física necessitamos para nos mantermos saudáveis?* Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=387&menuid=139&exmenuid=-1>. Acedido a 3-10- 2011.

DESPACHO 16415/2003 de 22 de Agosto. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (DGS). *Diário da República n.º 193, 2ª Série*.

DESPACHO 25995/2005 de 16 de Dezembro. Princípios Orientadores das conclusões dos documentos no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde. *Diário da República n.º 240, 2ª Série*.

DESPACHO 31292/2008 de 5 de Dezembro. Maus tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde. *Diário da República n.º 236, 2ª Série.*

DESPACHO 10143/2009 de 16 de Abril. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República n.º 74, 2ª Série.*

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY – *Recomendações de 2007 para o tratamento da HTA.* Disponível em: www.escardio.org/guidelines . Acedido a 30-09-2011.

FAÉ, A. *et al.* – Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista de Enfermagem UERJ.* Rio de Janeiro. ISSN 0104-3552. 14: 1 (2006) 32-36.

FERREIRA, L. – *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?* Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>, 2010. Acedido a 8-02-2012.

FIGUEIREDO, M. H. – *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar.* Porto: Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar. 2009. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem.

FORTIN, M. - F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, M. - F. – *O processo de investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-8075-10-X.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA – *Doenças Cardiovasculares,* 2008. Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/docs/MensageirodoCoracaoN0.pdf>. Acedido a 12-02-2012.

GIRERD, X. ; DIEGOS-HASNIER, S. ; HEUZEY, J.Y. – *Guia Prático Climepsi da Hipertensão Arterial.* 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-027-8.

GRANGEIA, L. – Hipertensão arterial: perigo silencioso. *IESS (Informação de Espírito Santo Saúde).* Lisboa. 3 (Novembro 2008/ Janeiro 2009) 66-67.

HANSON, S. ; KAAKINEN, J. – Avaliação familiar de Enfermagem. *In* STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. – *Enfermagem Comunitária: promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos.* Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3, p. 543-565.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, Mª do R. – *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2011 – resultados provisórios*. Disponível em: www.ine.pt, 2011. Acedido a 30-01-2012.

KURCGANT, P. *et al.* – *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2005. ISBN 85-277-1029-3.

LEI 147/99 – Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República* n.º 204/99, Série I-A, de 1 de Setembro de 1999.

MACEDO, M. – Estudo da prevalência, tratamento e controlo da Hipertensão Arterial em Portugal. *ANAMNESIS*. Lisboa. ISSN 0872-0894. XIII:130 (2004) 7-8.

MARQUES DA SILVA, P. – O doente com dislipidémia: a importância particular da terapêutica hipertensiva. In MORAIS, J. *et al.* – *Guia prático para a prevenção da doença aterosclerótica*. Lisboa: Permanyer Portugal, 2008. ISBN 978-972-733-224-3, p. 39-60.

MARQUIS, B. ; HUSTON, C. – *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0375-1.

MATOS, M. – Psicologia da Saúde e Saúde Pública. In TEIXEIRA, José, org. – *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-275-4, p. 43-70.

MEIRELES, Ana Catarina - *Alma-Ata e Ottawa – As Conferências de Entre as Conferências...* Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm, 2008. Acedido a 10-02-2012.

MELO, Alberto – Agir localmente, pensar globalmente: testemunho de um percurso inspirado em Paulo Freire. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Coimbra. ISSN 0870-418. 1 (2001) 115-122.

MIGUEL, L. ; BRITO de SÁ, A. – *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – contribuição para o PNS 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2010.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: MCSP, 2006.

NAZARÉ, J. – Conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. ISSN 0304-4750. 29:12 (2010) 1793-1797.

NETO, F. – Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*. Lisboa. 2 (1989) 65-79.

NOBREGA, A.; CASTRO, R.; SOUZA, A. – Estresse mental e hipertensão arterial sistémica. *Revista Brasileira Hipertensão*. 14(2) (2007) 94-97.

OGDEN, J. – *Psicologia da saúde*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-092-8.

OLIVEIRA, J. *et al.* – Exercício físico e Hipertensão Arterial. *Factores de Risco*. Lisboa. ISSN 1646-4834. 20 (2011) 18-27.

OLIVEIRA, Luísa – Mexa-se pela sua saúde. *Visão*. Queluz de Baixo. ISSN 0872-3540. 952 (2011) 86-92.

OMS – *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORNELAS, J. ; VARGAS-MONIZ, M. – Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. XXV:1 (Janeiro/ Março 2007) 153-158.

PENDER, Nola ; MURDAUGH, Carolyn ; PARSONS, Mary Ann – *Health Promotion in Nursing Practice*. 5ª ed. USA: Pearson Prentice Hall, 2006. ISBN 0-13-119436-4.

PERDIGÃO, C. – O que há de novo na Hipertensão Arterial? *Factores de Risco*. Lisboa. ISSN 1646-4834. 16 (2010) 32-38.

PERDIGÃO, C. *et al.* – Prevalência e caracterização da Hipertensão Arterial em Portugal. Implicações numa estratégia de prevenção. Uma análise do estudo AMALIA. *Factores de risco*. Lisboa. ISSN 1646-4834. 13 (2009) 14-22.

PEREIRA, A.. *SPSS Guia prático de utilização*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2006. ISBN 972-618-425-8.

PEREIRA, M. – Família, saúde e doença: teoria, prática e investigação. In TEIXEIRA, José, org. – *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-275-4, p. 251-271.

PINTO, D. ; COUTINHO, S. ; REZENDE, C. – Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Lisboa. ISSN 0870-7103. 25 (2009) 405-417.

PORTAL DA SAÚDE – *Doenças Cardiovasculares*, 2009. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm> . Acedido a 20-07-2011.

PORTAL DA SAÚDE – *Hipertensão*, 2006. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>. Acedido a 20-05-2011.

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 978-972-662-275-8.

REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA – *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade*. Lisboa, 2011.

REGULAMENTO 122/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 35, 2ª Série*.

REGULAMENTO 126/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 35, 2ª Série*.

REGULAMENTO 128/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35, 2ª Série*.

REIS, J. – Contribuições da Psicologia para os processos preventivos e de promoção de Saúde. In TEIXEIRA, José, org. – *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-275-4, p. 101-128.

RESENDE, A. M. – *Relatório de Estágio*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde. 2009. Tese de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária.

RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-8449-44-5.

RIBEIRO, J. L. P. – *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Lisboa: Legis Editora, 2007. ISBN 972-8082-77-0.

RIBEIRO, P.; GIRÃO, F.; HENRIQUES, P. – O sal na consulta de hipertensão: determinação do consumo via ionograma urinário. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Mem Martins. ISSN 1646-8287. 16 (2010) 26.

RODRIGUES, C. – Psicologia da Saúde e pessoas idosas. In TEIXEIRA, José, org. – *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-275-4, p. 235-250.

RODRIGUES, M. ; PEREIRA, A. ; BARROSO, T. – *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2005. ISBN 972-8485-52-2.

SAKRAIDA, T. – Modelo de Promoção de Saúde. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 699-708.

SILVA, I. F. *et al.* – *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2002. ISBN 972-674-361-3.

SIMÕES, C. *et al.* – Prevalência de Hipertensão Arterial na cidade de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Mem Martins. ISSN 1646-8287. 21 (2011) 12-18.

SOARES, Liliana; BRAGA Solange – Auto-medição da pressão arterial, indicadores, vantagens, procedimentos e limitações. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Mem Martins. ISSN 1646-8287. 19 (2010) 22.

TAVARES, António. – *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990.

TEIXEIRA, J. – Psicologia da Saúde. In TEIXEIRA, José, org. – *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-275-4, p. 17-42.

TEIXEIRA, S. – *Gestão das organizações*. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de Espanha, S.A.U., 2005. ISBN 844-814-617-4.

TRINDADE, I. – Psicologia nos cuidados de saúde primários. In TEIXEIRA, José, org. – *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-275-4, p. 129-146.

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional*. Lisboa: UCP-ICS/ESPS, 2009.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE SAÚDAR – *Plano de Acção 2010-2012*. Oeiras, 2010.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CONDE DE OEIRAS – *Plano de Acção*. Oeiras, 2009.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CONDE DE OEIRAS – *Regulamento Interno*. Oeiras, 2010.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SÃO JULIÃO – *Regulamento Interno*. Oeiras, 2010.

VARGAS-MONIZ, M. ; MORGADO, J. – Parcerias e coligações comunitárias: potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. XXVIII:3 (Julho/Setembro 2010) 395-409.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/10/reducing-salt-intake/frequently-asked-questions-about-salt-in-the-who-european-region>, 2010. Acedido a 30-09-2011.

WRIGHT, L. M. ; LEAHEY, M. – *Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002. ISBN 85-7241-346-4.

ZAMBOM, L. – *Indicadores de processo e resultado*. Última revisão a 15/12/2008. MedicinaNet. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/1442/indicadores_de_processo_e_resultado.htm. Acedido a: 24-02-2012.

ANEXOS

ANEXO I – Cronogramas do estágio

ANEXO Ia – Cronograma módulo I

ANEXO Ib – Cronograma módulo II

ANEXO Ic – Cronograma módulo III

**ANEXO II – Pedidos de autorização para
elaboração do estudo e consulta dos processos
dos utentes hipertensos na USFCO**

ANEXO IIa – Pedido de autorização à coordenadora da USFCO

Ao Cuidado de:
Exma. Senhora Coordenadora da USF Conde de Oeiras

Eu, Ana Daniela Correia Martins, no âmbito da Unidade Curricular Estágio do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) / Instituto de Ciências da Saúde, a decorrer na Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (USF) do vosso ACES, sob tutoria da Enfermeira Ana Resende (docente da UCP) e orientação da Enfermeira Maria José Vazão, venho por este meio requerer que me seja concedida autorização para a elaboração de um estudo que visa a realização de um diagnóstico em saúde a um grupo específico da população utente do ACES, com utilização de metodologia de investigação como suporte. Para o meu projecto de estágio foram identificados os utentes hipertensos e com excesso de peso/obesidade da USF Conde de Oeiras como população alvo do estudo a desenvolver, colmatando assim uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem.

Venho também solicitar que me seja concedida autorização para a recolha de dados referentes aos utentes hipertensos da referida USF. Os dados recolhidos serão apenas utilizados para realização do diagnóstico de situação em saúde, implícita na concretização do Módulo I de Estágio, e serão divulgados no relatório final de Estágio, respeitando-se, no entanto, todos os procedimentos éticos.

Sem outro assunto de momento e agradecendo desde já a atenção dispensada por V^a Ex.^a, peço deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 18 de Maio de 2011

Autorizada

Am
20/05/2011
Coordenadora USF CO

A estudante

Daniela Martins

(Ana Daniela Correia Martins)

A orientadora de Estágio

Maria José Vazão

(Maria José Vazão)

ANEXO IIb – Pedido de autorização à coordenadora de enfermagem da USFCO

Ao Cuidado de:
Exma. Senhora Coordenadora de Enfermagem da USF Conde de Oeiras

Eu, Ana Daniela Correia Martins, no âmbito da Unidade Curricular Estágio do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) / Instituto de Ciências da Saúde, a decorrer na Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (USF) do vosso ACES, sob tutoria da Enfermeira Ana Resende (docente da UCP) e orientação da Enfermeira Maria José Vazão, venho por este meio requerer que me seja concedida autorização para a elaboração de um estudo que visa a realização de um diagnóstico em saúde a um grupo específico da população utente do ACES, com utilização de metodologia de investigação como suporte. Para o meu projecto de estágio foram identificados os utentes hipertensos e com excesso de peso/obesidade da USF Conde de Oeiras como população alvo do estudo a desenvolver, colmatando assim uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem.

Venho também solicitar que me seja concedida autorização para a recolha de dados referentes aos utentes hipertensos da referida USF. Os dados recolhidos serão apenas utilizados para realização do diagnóstico de situação em saúde, implícita na concretização do Módulo I de Estágio, e serão divulgados no relatório final de Estágio, respeitando-se, no entanto, todos os procedimentos éticos.

Sem outro assunto de momento e agradecendo desde já a atenção dispensada por V^a Ex.^a, peço deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

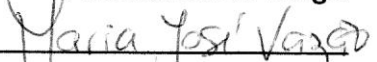
Lisboa, 18 de Maio de 2011

A estudante



(Ana Daniela Correia Martins)

A orientadora de Estágio



(Maria José Vazão)

*Autoriza
fulc. b.*

*Coordenadora de Estágio
(Unidade de Saúde Familiar
USFCO)*

ANEXO III – Reflexões sobre algumas actividades efectuadas ao longo do estágio

▪ **Elaboração e aplicação do questionário (módulo I)**

A elaboração do questionário foi uma tarefa que exigiu alguma pesquisa, tal como foi referido no relatório. No entanto, a aplicação do mesmo através de entrevistas telefónicas foi uma etapa que marcou, pelo facto de cada contacto ser um novo desafio em que era necessário “conquistar” as pessoas, uma vez que não viam quem estava do outro lado e também não conheciam a pessoa em questão como conhecem os nomes de algumas enfermeiras da USF. Foi necessário desenvolver estratégias para se realizar os questionários, verificando-se várias situações. Apesar de algumas pessoas, mesmo após uma segunda explicação, aderirem com alguma renitência, sentiu-se que durante a aplicação do questionário grande parte delas já estavam conquistadas e interessadas, fazendo elas próprias perguntas, o que vai de encontro ao PNS 2011-16 quando refere, para a promoção de cidadania em saúde, uma crescente preocupação e interesse, por parte do cidadão, pelas questões de saúde e de bem-estar.

O PNS 2011-16 refere precisamente como estratégias e recursos promotores de Cidadania em Saúde os mecanismos de consulta e auscultação da população, o que no fundo foi o que se fez ao entrevistar os utentes da USFCO.

O facto de as entrevistas serem por via telefónica dificultou a comunicação e, segundo Chitty (2001), citado por Marquis e Huston (2005) a comunicação é *“a troca complexa de pensamentos, ideias ou informações em, pelo menos, dois níveis: verbal e não-verbal. A comunicação tem então início, no momento em que duas ou mais pessoas percebem a presença umas das outras. Entretanto o que acontece quando os pensamentos, as ideias e as informações trocadas não têm o mesmo significado? (...)”*. Isto torna-se mais fácil de acontecer na comunicação por telefone, uma vez que as próprias características dos utentes, nomeadamente a diminuição de acuidade auditiva, são barreiras de comunicação. Foi necessário estabelecer uma comunicação assertiva, uma comunicação directa e apropriada, sem infringir os direitos das pessoas (Marquis e Huston, 2005). À medida que se efectuavam mais contactos, estas habilidades eram trabalhadas de modo a se aperfeiçoarem ao longo dos 85 contactos efectuados com sucesso. No entanto, no caso daqueles que optaram por não colaborar, também se verificou importante este comportamento assertivo.

Para Teixeira (2005) *“comunicar é o processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos ou sentimentos entre as pessoas”*. A capacidade de comunicar tornou-se determinante para se realizarem estes questionários por via telefónica, de modo a ter a colaboração das pessoas. Verificou-se ser importante o desenvolvimento de alguns atributos como a empatia, o saber ouvir, a escolha do vocabulário, tentando-se entender as razões das pessoas actuarem de determinada forma. Saber ouvir implica ter uma audição empática, entendendo não só as palavras mas também os sentimentos, o que está por detrás das palavras que as pessoas dizem (Teixeira, 2005).

O facto de se ter entrado em contacto com as pessoas, de terem sido auscultadas também as fez sentirem-se parte de algo que estava a ser efectuado na USF, mostrando-se

bastantes vezes agradecidas por se terem lembrado delas, satisfeitas por poderem contribuir e disponíveis para futuros contactos.

De acordo com o PNS 2011-16, “o cidadão compreende o investimento em intervenções estratégicas e valoriza os ganhos obtidos”. Através dos contactos telefónicos, constatou-se que muitas pessoas gostaram de participar e dar a sua opinião, explicando as razões dos seus comportamentos.

▪ **Levantamento de produtos alimentares no supermercado (módulo II)**

Como foi referido no relatório, na altura em que se estava a efectuar pesquisa sobre o tema da alimentação, nomeadamente a leitura de rótulos, foi necessário conhecer o que existe no mercado e ao que as pessoas têm realmente acesso, para se perceber o que pode ser usado como recurso e também o que se detecta como dificuldade acrescida para as pessoas, mais precisamente os idosos que têm mais *deficits*, nomeadamente da acuidade visual.

De acordo com Andrade (2012), que entrevistou uma dietista que durante um ano estudou os produtos existentes nas pequenas e grandes superfícies, esta refere que a grande variedade dos produtos podem tornar-se uma grande dificuldade para escolhas alimentares saudáveis. A dietista Patrícia Nunes refere que as pessoas se alimentam mal, essencialmente pela qualidade das suas escolhas alimentares, e que se verifica também que os portugueses têm vontade de mudar os seus hábitos, segundo o que constata nas suas consultas. Um dos motivos pelos quais se “come mal” tem a ver com os estilos de vida e os papéis sociais actuais, uma vez que as pessoas têm pouco tempo para fazer uma análise daquilo que estão a comprar. A informação está presente, no entanto, é necessário saber interpretá-la. Ainda de acordo com a dietista, verifica-se que “há muitos alimentos que induzem informação nos seus rótulos”. Para ela, conhecer um alimento não passa apenas por ler a informação nutricional, mas também perceber a lista de ingredientes. É importante ler bem o rótulo dos alimentos e a lista de ingredientes e perceber que o 0% nem sempre é “bom” como a indústria formatou as mentes. É também importante cruzar informação, isto é, comparar preços e prazos de validade, de modo a poder efectuar compras saudáveis e económicas (Andrade, 2012).

De acordo com Bennett (2002), muitas vezes as escolhas alimentares não se baseiam apenas em questões de saúde, mas também em factores sociais e culturais.

Tendo em conta que se encontraram algumas informações erradas nos produtos em diferentes superfícies, enviou-se um e-mail para a DECO, enquanto entidade reconhecida pela qualidade de informação fornecida ao consumidor, contextualizando-os de uma forma geral acerca da problemática e informando-os da situação, no sentido de saber se há mais queixas desta natureza, se eles têm noção desta problemática e se está a ser efectuado algo neste sentido. O próprio PNS 2011-16 preconiza que as Associações de Consumidores participem activamente na cidadania em saúde, envolvendo-se. As instituições e os profissionais de saúde “são o meio mais acessível e apropriado de informação – medicina oportunista e de

proximidade" (PNS 2011-16). Neste sentido, percebe-se a importância de comunicar a esta entidade (DECO) esta questão.

Constatou-se assim que há informação a ser fornecida aos consumidores que não está correcta em relação à dose diária de sal (ou sódio) recomendada, verificando-se, em alguns casos, um teor de sal superior em 10% ao valor que referem ser a Dose Diária Recomendada (DDR).

A título de exemplo, verificou-se que o "arroz de polvo da marca pingo doce" com 350g tem 4g de sal, segundo informação do rótulo, o que segundo as respectivas contas são 67% da DDR. Se considerarmos as recomendações da OMS em relação à quantidade máxima diária de sal (5g/dia), deveria ser 80% da DDR. Aparentemente, o valor de 67% de DDR pode corresponder a 6g de sal por dia, um valor que, segundo a OMS, já não está actualizado. Na verdade, pode ser apenas 1g, mas quando o tecto é 5g, um grama a mais pode fazer a diferença.

Outra questão que também foi mencionada no contacto com a DECO foi o facto de a maioria das pessoas ter muita dificuldade na leitura dos rótulos, uma vez que, em quase todos, as letras/números têm dimensões pequenas. Praticamente todas as pessoas que participaram na sessão de educação para a saúde, e até mesmo os entrevistados, referiram essa questão. A legislação portuguesa através do Decreto-Lei n.º 560/99 de 18 de Dezembro, artigo 22.º, refere que "*As indicações obrigatórias a constar na rotulagem dos géneros alimentícios devem ser inscritas em caracteres indeléveis, facilmente visíveis e legíveis, num local em evidência, e redigidas em termos correctos, claros e precisos, não podendo qualquer delas ser dissimulada, encoberta ou separada por outras menções ou imagens*".

O e-mail foi enviado no final do módulo II de estágio, no final de Novembro de 2011, e até à presente data de elaboração do relatório em Fevereiro de 2012 ainda não se obteve nenhuma resposta por parte da DECO.

- **Reuniões com as responsáveis dos centros de dia e sessões de educação para a saúde nos centros de dia (módulo II)**

As reuniões com as responsáveis pelos centros de dia efectuadas previamente à realização das sessões de educação para a saúde foram determinantes, tendo permitido conhecer as características dos locais e das pessoas, para além de se estabelecer desde logo um primeiro contacto, estreitando os laços entre os intervenientes.

Em seguida, será feita uma descrição das sessões de educação para a saúde em cada centro de dia com a respectiva análise.

No dia 3 de Novembro de 2011, a sessão de educação para a saúde decorreu no Centro Social Paroquial Nossa Senhora de Porto Salvo.

Estavam presentes cerca de 50 pessoas, entre as quais a cozinheira, duas assistentes de cozinha/auxiliares do lar e a psicóloga responsável. Constatou-se que, sendo um grupo tão numeroso, se torna mais complicado gerir o tempo e as pessoas.

Alguns participantes foram muito participativos, enquanto outros apenas colocaram as dúvidas em privado, aquando da entrega dos folhetos. Verificou-se que alguns ainda fazem compras e cozinham em casa, enquanto outros têm hortas, uma vez que gostam de saber o que estão a comer. Aos que não se encontravam com capacidade para absorver a informação dada na sessão, foi-lhes explicada a importância de mostrar aos filhos e a quem cuida deles, tendo em conta que é quem cozinha. Foi uma sessão animada, na qual as pessoas estavam contentes pela partilha, tendo-se tirado também fotografias como forma de recordação.

Nas respostas às questões colocadas no final da sessão, as pessoas de uma forma geral foram respondendo a tudo, na grande maioria, correctamente.

Foi enviado à psicóloga responsável um e-mail com os folhetos a fim de se divulgar esta temática, para distribuição pelas pessoas do centro de convívio de Porto Salvo que não puderam estar presentes devido a condições climáticas. Enviou-se também informação sobre alimentação saudável na restauração, uma vez que este centro tem uma cozinheira. Foi enviado um documento sobre dicas de escolhas alimentares e um documento sobre receitas saudáveis e económicas, de modo a ser transmitido a quem a psicóloga considerar que se justifica. Esta mostrou-se bastante satisfeita com a sessão, referindo ter sido um momento agradável, esclarecedor e útil, que esperava que viesse a dar frutos, uma vez que, segundo ela, é importante insistir nos temas mesmo na população idosa, tendo em conta que há sempre algo que fica.

No dia 8 de Novembro de 2011, a sessão de educação para a saúde realizou-se no Centro de Dia Oeiras e São Julião, onde também se tinha realizado previamente uma entrevista com a assistente social do local a fim de conhecer a população.

Na sessão, estiveram presentes cerca de 20 pessoas, algumas com antecedentes de HTA e diabetes, bem como algumas funcionárias. A maioria foi muito participativa, havendo, no entanto, algumas que apenas colocaram as dúvidas na altura da entrega dos folhetos. Todas fazem compras e cozinham em casa e referiram que aprenderam. A quem não sabia ler, foi dado o folheto e explicada a importância de passar a informação à família.

No dia 9 de Novembro de 2011, a sessão realizou-se no Centro Social e Paroquial São Julião da Barra, onde se tinha realizado previamente uma entrevista com a psicóloga responsável pelo local.

Estiveram presentes 11 pessoas, 9 utentes, 1 funcionária e a psicóloga. O facto de serem apenas mulheres permitiu controlar melhor a sessão, fugindo-se menos ao tema. No grupo havia hipertensas e diabéticas e quase todas cozinhavam em casa e iam às compras sozinhas. Às que não viviam sozinhas, foi-lhes explicada a importância de partilhar o folheto com a família. Foram colocadas questões, algumas mais em particular, possivelmente por timidez, e as questões finais foram correctamente respondidas.

Foi enviado um e-mail à psicóloga responsável com os folhetos a fim de serem distribuídos pelos utentes que não puderam assistir.

No dia 10 de Novembro de 2011, decorreu a sessão no Centro Social e Paroquial de Barcarena e Centro de Convívio de Leceia, tendo-se efectuado previamente a reunião com a assistente social.

Estiveram presentes cerca de 20 pessoas, de entre as quais utentes, uma funcionária e duas assistentes sociais. Havia pessoas com HTA e outras com Diabetes. Muitos referiram que cozinham em casa e fazem as compras. Fizeram algumas questões demonstrando o seu interesse e, de uma forma geral, acertaram nas questões colocadas. Na sequência do que havia sido feito nos outros centros de dia às pessoas que não cozinhavam ou não iam às compras, fez-se o ensino para entregar aos familiares. Verificou-se também que havia pessoas que pediam mais do que um folheto, precisamente para entregar aos familiares.

Foram disponibilizados à assistente social os folhetos para entregar a quem achasse que se justificava e também as mesmas informações acerca da alimentação saudável na restauração, uma vez que, apesar de não se encontrar presente, este centro de convívio tem uma cozinheira. Deste modo, estimulou-se activamente a figura das pessoas que estão próximas dos utentes, tais como cuidadores informais, voluntários ou a nível do sector social.

- **Convocatórias aos utentes da USFCO e sessões de educação para a saúde aos mesmos (módulo II)**

A convocatória das pessoas por telefone foi a estratégia utilizada para a divulgação da sessão de educação para a saúde aos utentes, que no fundo é o projecto de intervenção para o diagnóstico de situação no qual estes utentes participaram. Tentou-se estabelecer contacto com todas as 85 pessoas que responderam ao questionário, no entanto, algumas não atenderam o telefone.

Foi efectuada entre os dias 8 e 14 de Novembro de 2011, de modo a não ser muito antes das sessões em si, para não se correr o risco de as pessoas se esquecerem. Esta actividade foi muito interessante, tendo havido vários tipos de reacção da parte das pessoas. O convite foi alargado também a familiares e/ou a pessoas significativas. Nos contactos telefónicos, verificou-se que havia pessoas que desde logo se mostraram muito interessadas em assistir. Algumas conseguiram, outras não, tendo lamentado a sua ausência e manifestado o interesse de oportunidades futuras em participar. Apesar disso, houve também algumas pessoas que se mostraram indisponíveis para participar, mostrando algum desinteresse. Com outras, não foi possível estabelecer contacto telefónico após três tentativas de contacto sem sucesso.

Independentemente da opção das pessoas em participarem nas sessões de educação para a saúde ou não, é de salientar que se notou que este contacto, através do qual foi dado um *feedback* do estudo em que participaram foi muito importante, uma vez que as pessoas se sentiram parte integrante de todo este processo, promovendo a sua participação futura em outras iniciativas.

Uma das sessões realizou-se no dia 15 de Novembro de 2011. Estavam previstas 11 pessoas, tendo comparecido 8, sendo uma um familiar a acompanhar.

Esta actividade foi muito interessante, uma vez que se dirigiu a um grupo que já estava envolvido na temática. As pessoas colocaram questões muito pertinentes e havia inclusivamente uma pessoa a anotar informações. De uma forma geral, responderam correctamente às questões colocadas no final da sessão.

No dia 16 de Novembro de 2011, decorreu a 2ª sessão para os utentes da USFCO que participaram no estudo. Participaram 5 pessoas, 4 utentes e uma amiga de uma das pessoas que tem como factor de risco dislipidémia. Foi interessante ver as pessoas a envolverem-se e a participarem. Mesmo não sendo utentes da USF, verifica-se que há um envolvimento na vida de pessoas significativas e, neste caso, também uma preocupação com o conhecimento das formas adequadas de se alimentarem para o seu próprio cuidado.

Foi uma experiência muito enriquecedora, tendo-se partilhado muitas ideias de uma forma bem-disposta e participativa. Os participantes responderam correctamente às questões colocadas no final da sessão e referiram que gostaram bastante. Foi também um momento que serviu de encaminhamento de um HTA diabético para a consulta de diabetes, podendo-se desta forma constatar que se devem aproveitar todas as oportunidades para a promoção da saúde e prevenção da doença.

“Os factores genéticos, mas sobretudo o estilo de vida e os factores ambientais desempenham um papel determinante no estado de saúde e ritmo de envelhecimento. Diminuindo a exposição aos factores de risco negativos e aumentando os mecanismos naturais de protecção e reparação, o ritmo de envelhecimento pode ser reduzido. Deste modo, diminuímos o risco de doença e aumentamos a quantidade e esperança de vida” (Carregueta, 2008).

De acordo com Silva *et al.* (2002), a educação para a saúde, tendo em conta o ser humano enquanto ser biopsicossocial, *“é o meio que melhor combate um envelhecimento precoce”*. *“A educação para a saúde é um processo consciente de planificação, preparação científica e técnica, [pondo em prática (...)] diversos meios de comunicação baseado nos conhecimentos biomédicos (...) bem como em resultados de investigação, com vista a restaurar, manter ou melhorar a saúde dos indivíduos, de grupos ou da sociedade na sua globalidade”* Silva *et al.*, 2002.

Neste processo activo *“o educador estimula a curiosidade e o receptor encontra uma vontade própria”* (Silva *et al.*, 2002), adquirindo responsabilidade individual perante a doença. A autora refere que é uma acção multidisciplinar e multissectorial, com o objectivo de informar e motivar o indivíduo na escolha de um conjunto de comportamentos, o mais favorável possível à sua saúde.

Quando a educação para a saúde se destina a idosos, a comunicação deve ser direccionada para os mesmos e para a família, em simultâneo. Nestes grupos a comunicação não-verbal é relevante (Silva *et al.*, 2002).

Pereira (2007) refere que as doenças crónicas relacionadas com estilos de vida aumentaram substancialmente e que *“a partir do momento que falamos de estilo de vida, atitudes e hábitos, falamos obrigatoriamente de família, pois é na família que aprendemos os comportamentos de saúde e os desenvolvemos até sermos adultos”* Baranowski e Nader (1985), citado por Pereira (2007).

Segundo Bennett (2002), a representação cognitiva da saúde difere de pessoa para pessoa, tendo um componente psicológico, que permite que as pessoas se envolvam em actividades físicas e sociais. É importante que os profissionais envolvidos nos cuidados aos indivíduos compreendam os processos psicológicos que influenciam o seu comportamento, uma vez que a crença sobre a doença e as emoções associadas à mesma podem ser mais determinantes para o resultado da doença do que o processo fisiológico.

Ogden (2004) refere que os factores psicológicos como crenças de saúde, comportamentos de saúde, personalidade, mecanismos de *coping* e qualidade de vida, desempenham um papel no aparecimento e evolução da doença (cardíaca) e longevidade, sugerindo que *“a doença é melhor conceptualizada, não como um problema biomédico, mas como uma interacção complexa de factores psicológicos e fisiológicos”*.

A saúde é definida pela OMS como um *“estado de bem-estar físico, psicológico, social, económico e espiritual e não somente na ausência de doença, surgindo como um constructo multifactorial cujos determinantes incluem idade, sexo, factores hereditários, estilo de vida individual, influências sociais e comunitárias, condições de habitação e trabalho, bem como condições socioeconómicas, culturais e ambientais”* Teixeira, 2007. A promoção da saúde e prevenção a nível de promoção de comportamentos alimentares saudáveis é uma das intervenções clínicas que a própria psicologia da saúde foca, de modo a *“facilitar uma mudança comportamental adequada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas que se lhes deparam”* Bennett (2000), citado por Teixeira (2007). A educação para a saúde não se pode basear apenas numa abordagem sanitária e específica da doença. Implica também uma resposta organizada, fazendo com que a educação para a saúde tenha repercussão na vida das pessoas, falando-se então de valorização pessoal, participação social, equidade, felicidade e bem-estar da pessoa (Matos, 2007).

O estudo do desenvolvimento sociocognitivo, isto é, da capacidade das pessoas interpretarem e compreenderem os processos de saúde e doença, referem que *“existem temas de significação típicos para cada uma das faixas etárias que constituem o ciclo de vida do adulto”* Reis e Fradique (2003), citado por Reis (2007) e um dos resultados deste estudo refere que 20% dos idosos menciona o isolamento social e a solidão como causas de doenças, enquanto outras faixas etárias praticamente não referem essa resposta.

Rodrigues (2007) refere que *“se é verdade que o envelhecimento é um fenómeno particular a cada indivíduo, certo é também que o envelhecimento é cada vez mais um fenómeno colectivo”*. A população idosa tem vindo a aumentar e, segundo a Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), (2002), citada por Rodrigues (2007), estima-se que em 2050 os grandes idosos (acima dos 80 anos) representem cerca de 20% da população idosa.

Ao longo das décadas, tem aumentado a esperança média de vida e a qualidade da saúde das pessoas idosas (Lubitz e col., 2003, citado por Rodrigues, 2007). Deste modo, espera-se *“cada vez mais que as pessoas idosas sejam activas e gozem de um envelhecimento saudável, que se caracteriza pela baixa probabilidade de ocorrência de limitações decorrentes de doença, por um elevado nível de capacidades funcionais e pelo envolvimento activo na vida”* Rodrigues, 2007.

Leventhal (1984, citado por Idler, 1993, citado por Rodrigues, 2007) refere que os idosos têm respostas menos afectivas à doença como raiva, medo ou vergonha do que pessoas mais jovens, podendo ser considerada uma estratégia adaptativa que resulta numa capacidade de diminuir o significado da doença.

ANEXO IV – Instrumentos de colheita de dados

**ANEXO IVa – Tabela aplicada aos utentes
hipertensos da USFCO**

**ANEXO IVb – Questionário aplicado aos utentes
hipertensos da USFCO**

Questionário para utentes hipertensos da USFCO:

O meu nome é Daniela Martins e sou estudante do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde/ Universidade Católica Portuguesa (UCP), a decorrer na Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras e estou a realizar um estudo em utentes hipertensos e com excesso de peso/obesidade.

A informação que me facultar com este questionário tem como finalidade fazer um diagnóstico de situação dos utentes hipertensos desta USF e é garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. A sua participação é importante para o estudo, mas pode desistir do mesmo a qualquer momento.

1. Sexo:
Masculino ___ Feminino ___
2. Idade ___ (anos)
 - 2.1. Classe etária: 15 - 30 A ___
30 - 45 A ___
46 - 64 A ___
≥ 65 A ___
3. Habilitações literárias:
Não sabe ler nem escrever ___
Sabe ler e escrever, mas não tem o 1º ciclo ___
1º ciclo do ensino básico ___
2º ciclo do ensino básico (antigo 2º ano) ___
3º ciclo do ensino básico (antigo 5º ano) ___
Ensino Secundário (antigo 7º ano) ___
Ensino Superior ___
4. Profissão: _____
5. Fontes de rendimento familiar:
A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida ___
Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados ___
Vencimento mensal fixo/ reforma ___
Salários (remuneração por semana, jorna, horas ou à tarefa ___
Sustentados pela beneficência pública ou privada/ desempregado com subsídio ___
Outra ___
6. Qual é o seu país de origem? _____
7. Estado Civil:
Casado ou em união de facto ___
Solteiro ___
Divorciado ___
Viúvo ___
8. Peso: ____ (kg) Altura: ____ (m) IMC: ____
 - 8.1. Faixa onde se enquadra:
< 18,5 sub peso ___
18,5 - 24,9 peso normal ___
25 - 29,9 Excesso peso ___
30 - 34,9 Obesidade grau I ___
35 - 39,9 Obesidade grau II ___
≥ 40 Obesidade grau III ___
9. Considera que tem uma vida:
Sedentária ___
Actividade média ___
Muito activa ___
10. Considera que tem uma vida com:
Nenhum stress ___
Pouco stress ___
Médio stress ___
Muito stress ___
11. Quando foi diagnosticada a HTA:
< 10 anos ___
10 - 20 anos ___
> 20 anos ___
Não sabe ___
12. Faz terapêutica anti-hipertensora?
Sim ___
Não, nunca fez ___
Não, já parou ___ Porquê? _____
Não sabe ___
13. Se sim, toma a medicação correctamente?
Sim ___
Não ___
14. Vigia a TA de quanto em quanto tempo?

 - 14.1. Onde?
Casa ___
Médico/ enfermeiro ___
Farmácia ___
Casa/ farmácia ___
15. Costuma ter estes sintomas?
Cefaleias ___
Tonturas ___
Cefaleias/Tonturas ___
Outro ___
Não ___ (avançar para questão 17)
16. Se sim, o que faz quando tem? _____

17. É fumador?
 Sim ____ Quantos cigarros fuma por dia? ____
 Não, já deixei de fumar ____ Há quanto tempo deixou? ____
 Não, nunca fumei ____
18. Ingere bebidas alcoólicas?
 Sim ____ Que quantidade e quando? ____
 Não ____
19. Tem familiares com HTA (pai/mãe)?
 Sim ____ Quem? ____
 Não ____
 Não sabe ____
20. Já teve algum EAM?
 Sim ____
 Não ____
21. Já teve alguma doença vascular cerebral (trombose)?
 Sim ____
 Não ____
22. Tem diabetes?
 Sim ____
 Não ____
23. Tem dislipidemia?
 Sim ____
 Não ____
24. Pratica algum tipo de exercício físico regular?
 Sim ____
 Não ____ (avançar para questão 27)
25. Tipo de exercício físico que pratica:
 Caminhada ____
 Hidroginástica ____
 Bicicleta ____
 Ginástica ____
 Outro ____ Qual? ____
26. Frequência mínima de exercício físico regular que pratica:
 Quantas vezes por semana ____
 Quanto tempo de cada vez ____
27. Considera que ingere sal em:
 Pouca quantidade ____
 Média quantidade ____
 Grande quantidade ____

28. Tem por hábito ingerir:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Enchidos (presunto/ chouriço)					
Aperitivos com sal					
Pratos congelados prontos					
Refrigerantes					
Comida enlatada					
Sopa pré-preparada					
Molhos pré-confeccionados					
Fast-food					
Queijos (não magros)					

29. Costuma levar o saleiro para a mesa?
 Sim ____
 Não ____
30. Tem por hábito usar ervas aromáticas ao invés de sal para temperar/confeccionar a comida?
 Sim ____ Quais usa? ____
 Não ____
 Usa ervas aromáticas, mas não retira o sal ____
31. Que gorduras coloca no pão?
 Manteiga ____
 Margarina ____
 Não coloca ____
32. Para fritar usa:
 Óleo ____
 Azeite ____
 Óleo + manteiga ou natas ____
33. Usa azeite:
 Sim, excepto para fritar ____
 Sim, para tudo ____
 Não ____
34. Costuma ler o rótulo dos alimentos para ver a quantidade de sal que contém?
 Sim ____
 Não ____

**ANEXO IV – Aspectos metodológicos do
diagnóstico de situação efectuado à equipa da
USFCO**

▪ **Metodologia**

Em função da problemática levantada no módulo I do estágio na USFCO, foi necessário fazer um diagnóstico de situação para perceber as necessidades desse grupo a fim de implementar um projecto de intervenção que pretenda colmatar essas mesmas necessidades.

Para Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação deverá corresponder às necessidades de saúde da população.

Tendo em conta que a identificação das necessidades é a primeira etapa do planeamento em saúde, o processo iniciou-se desse modo. Para tal, utilizou-se metodologia de investigação que, segundo Fortin (2009), constrói o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos, distinguindo-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso. Esta metodologia permite recolher dados de uma forma válida e também analisar e interpretar os resultados obtidos (Fortin, 1999).

A identificação das necessidades iniciou-se com a recolha de dados através do programa Sistema de Apoio ao Médico (*SAM*) estatístico na USFCO para se identificar a dimensão da população em causa.

Para Bowling (1998), citado por Ribeiro (1999), o método de investigação está relacionado com as técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados.

Ribeiro (1999) refere que o objectivo da metodologia é descrever como o estudo foi realizado, salientando fundamentalmente três partes, sendo elas os participantes, o material e o procedimento, resumindo, esta última, os passos da execução do estudo.

Deste modo, neste capítulo serão descritos os aspectos metodológicos utilizados no estudo desta problemática, contextualizando-a, referindo o tipo e objectivo específico do estudo, os participantes, o método de colheita de dados e os procedimentos, referindo os aspectos éticos e também a estratégia utilizada para o tratamento de dados. Em seguida, são apresentados os resultados mais significativos deste estudo.

▪ **Contextualização do estudo**

Este estudo visa identificar as necessidades dos hipertensos da USFCO de modo a efectuar um diagnóstico de situação destes utentes.

A opção por este estudo recaiu sobre as necessidades sentidas pelos profissionais da USFCO, uma vez que esta USF existia há pouco mais de um ano antes da realização do mesmo, sendo desconhecidas as características e as necessidades deste grupo. É possível verificar que esta patologia é um problema à escala mundial, tal como foi referida no enquadramento do tema a nível nacional e internacional.

Pretende-se desta forma, em função do diagnóstico de situação efectuado, implementar um projecto de intervenção, delineando estratégias de actuação que permitem contribuir para minorar o problema.

▪ **Caracterização do estudo**

Perante o que se pretendia estudar, foi efectuada a caracterização dos dados de determinada amostra, tendo-se também explorado e determinado as relações entre variáveis a fim de descrever essas relações, que segundo Fortin (1999), é um primeiro nível dos estudos correlacionais. Deste modo, escolheu-se um estudo descritivo-correlacional (transversal) com carácter exploratório.

Segundo Fortin (2009), este tipo de estudo tem por objectivo explorar relações entre variáveis e descrever as mesmas.

Os estudos descritivos visam obter mais informações, nomeadamente acerca das características da população (Fortin, 1999). Deste modo, foi feita uma análise maioritariamente descritiva da amostra em questão. No entanto, também se exploraram as possíveis relações entre as variáveis em estudo.

De acordo com Ribeiro (2007), os estudos descritivos fornecem informação acerca da população em estudo. O mesmo autor refere que os estudos transversais “*focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento*”.

O estudo de carácter exploratório, de acordo com Babbie (1997), citada por Coutinho (2011), visa fornecer pistas para estudos futuros.

▪ **Objectivo específico**

Efectuar o diagnóstico de situação relativo aos doentes hipertensos vigiados da USFCO.

▪ **Participantes**

De acordo com Ribeiro (1999), a designação de participantes “*indica quem participa no estudo (a população ou o universo), quantos são e como foram seleccionados (a amostra)*”, incluindo também as variáveis sociodemográficas relevantes para o estudo.

A população considerada foi o número total de hipertensos vigiados pelo SAPE, na data escolhida para a recolha da informação (5 de Maio de 2011), que foram 2381 utentes. Segundo Fortin (2009), a primeira etapa do processo de amostragem é definir a população que será objecto de estudo.

De acordo com esta autora (2009), *“a amostragem é o processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira”*.

Tendo em conta que a população é composta por elementos de natureza diferente, é necessário definir uma população, estabelecendo-se critérios de selecção dos elementos e definindo-se a população em estudo por critérios de inclusão, que são características essenciais aos elementos da população. No entanto, é necessário estabelecerem-se critérios de exclusão, de modo a determinar quem não fará parte da amostra (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão são os utentes hipertensos considerados vigiados pelo SAPE da USFCO na data de 5 de Maio de 2011.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: não serem utentes hipertensos considerados vigiados pelo SAPE, surdez, demência, alterações de memória (informação referidas como antecedentes pessoais no processo do utente através do SAPE) e não terem contacto telefónico, por impossibilitarem a comunicação eficaz entre o investigador e os utentes. Por último, como critério de exclusão, efectuar no máximo 3 contactos telefónicos sem sucesso, uma vez que este estudo é feito no contexto de um módulo de estágio com tempo limitado.

A amostra, segundo Fortin (2009), *“é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”*, devendo ser representativa da população. A sua constituição pode variar de acordo com o objectivo procurado, os constrangimentos ocorridos no terreno e até mesmo a capacidade de acesso à população em causa (Fortin, 2009).

O tamanho da amostra para ser representativa, isto é, para garantir a qualidade dos resultados, é uma preocupação da maioria dos investigadores (Coutinho, 2011). Esta autora, baseada em Schutt (1999), refere que apesar de se saber que, de uma forma geral, as amostras grandes pressupõem uma maior generalização, pelo facto de diminuírem o erro amostral, nem sempre uma amostra grande é possível ou necessária. Por conseguinte, muitos autores *“defendem ser mais importante o cuidado na selecção da amostra do que propriamente o tamanho da mesma”* (Best & Kahn, 1993; Charles, 1998; Mertens, 1998; citados por Coutinho, 2011). Coutinho (2011) refere também que, pelo facto de o número não ser o factor mais importante numa amostra, com frequência, pela sua aplicabilidade prática neste tipo de investigação, apontam-se valores para o tamanho ideal da amostra, surgindo assim *“o número 30, como o número mágico da amostra ideal: de facto, amostras inferiores a 30 têm poucas probabilidades de reflectirem fielmente os traços da distribuição de uma dada população e compreender os resultados da investigação”*. Refere também que *“mesmo que amostras mais pequenas representem fielmente a população, o seu tamanho reduz a possibilidade de os resultados do tratamento estatístico obtido terem significado”* (Coutinho, 2011).

De acordo com Fortin (2009), nos métodos de amostragem probabilística é necessária a inclusão de menor número de sujeitos do que na não probabilística.

Tendo em conta todos estes autores, a amostra inicialmente estabelecida tinha sido de 120 utentes, o que equivale a 5% da população. No entanto, 35 destes utentes foram

excluídos, alguns durante a fase de recolha de dados, de acordo com os critérios de exclusão definidos. Pelo facto de este estudo pretender fazer um diagnóstico de situação e tendo em conta que se realiza em contexto de um módulo de estágio com limite de tempo, a amostra constituiu-se por 85 utentes (3,6% da população).

O método de amostragem utilizado foi a amostragem aleatória estratificada (sendo mais diversificada). Este método, de acordo com Fortin (2009), “*consiste em dividir a população alvo em subgrupos relativamente homogéneos chamados «estratos» e depois [escolher] ao acaso uma amostra em cada estrato*”. A característica de estratificação definida foi o médico de família, existindo assim nove estratos, que equivalem ao número de médicos de família e respectivas listas de utentes.

Este tipo de amostragem (aleatória estratificada) “*permite ao investigador utilizar uma amostra mais pequena e obter o mesmo grau de representatividade que com uma amostra maior*” (Fortin, 2009). A mesma autora (2009) refere que, “*com os métodos de amostragem probabilística é preciso incluir menos sujeitos do que com métodos não probabilísticos*”.

O número de cada estrato “*pode variar de forma proporcional ao número de características ou de indivíduos da população estudada*” (Fortin, 2009), tratando-se de uma amostra aleatória estratificada proporcional. Neste caso, retirou-se um utente de 20 em 20 de dentro de cada estrato, sendo que o número de indivíduos em cada estrato não é igual.

A listagem foi adquirida através do SINUS. Dos utentes totais, foi retirado um utente com HTA vigiada (considerado pelo SAPE) de 20 em 20 de cada um dos nove médicos da USF, caso seja hipertenso não vigiado, ou é seleccionado o utente imediatamente abaixo com HTA vigiada.

Antes de terminar este ponto, é pertinente fazer a caracterização da amostra estudada do ponto de vista sociodemográfico.

A amostra é constituída por 36,47% de utentes do sexo masculino e 63,53% do sexo feminino.

A faixa etária com mais utentes é ≥ 65 anos com 52,94%, seguida da dos 46 aos 64 anos com 41,18% e apenas com 5,88% dos 30 aos 45 anos.

Relativamente a habilitações literárias, as pessoas com o 1º ciclo são a maior percentagem com 40%, seguidas do secundário (antigo 7º ano) com 20%, 3º ciclo (antigo 5º ano) com 12,94%, 1º ciclo incompleto com 11,76%, ensino superior com 8,24%, 5,88% não sabem ler nem escrever e 1,18% têm o 2º ciclo (antigo 2º ano).

Os reformados são em maior número, com 54,12%, seguidos das domésticas com 11,76%, 10,59% de operários especializados (modista, cozinheira, mecânico, vigilante, cabeleireiro, auxiliar de acção educativa, comercial), 9,41% de trabalhadores manuais (empregado de comércio, auxiliar de limpeza, empregado de balcão, pedreiro, mulher a dias), 5,88% com títulos universitários/empresários (jurista, professora, jornalista), 4,71% de técnicos superiores (técnico de electrónica, supervisor comercial, técnico de acupunctura, administrativa) e, por fim, 3,53% de desempregados (a classificação das profissões foi efectuada tendo por base a classificação de *Graffar*).

Em termos de fonte de rendimento, há 78,82% com fonte de rendimento fixo/reforma, 11,76% com fonte de rendimento não fixa, 8,24% com outra fonte de rendimento que corresponde a 2 que têm a reforma do marido e 5 que não recebem nada. Há 1,18% que corresponde a uma pessoa que recebe subsídio de desemprego.

83,53% são oriundos de Portugal, 5,88% de Angola, 3,53% de Moçambique, 2,35% do Brasil e 4,71% de outras zonas (sendo elas Cabo Verde, Macau, Goa e São Tomé e Príncipe).

Há 63, 53% casados, 28,24% divorciados/viúvos e 8,24% solteiros.

A percentagem de fumadores é de 11,76%, 24,71% já deixaram e 63,53% nunca fumou. Dos que fumam, 50% fuma cerca de um maço por dia, 30% menos que 10 cigarros/dia, 10% fuma cerca de 2 maços/dia e 10% não sabe/não responde. Dos que pararam, 33,33% foi há mais de 30 anos, 23,81% parou há 3 - 10 anos, 19,05% parou há menos de 3 anos, 14,29% há 20 - 30 anos e 9,52% há 10 – 20 anos.

Consumem bebidas alcoólicas 58,82%, enquanto 41,18% não consome. Em termos de quantidade, a maioria não sabe ou não respondeu (56%). 20% ingere um copo, 14% dois copos, 6% meio copo e 4% três ou mais copos. Relativamente a quando ingere, 32% ingere às refeições, 30% apenas em festas, 18% apenas numa das refeições, 10% nas refeições e fora delas, 8% socialmente e 2% não sabe/não responde.

Cerca de 55,29% tem familiares com HTA, 10,59% não têm e 34,12% não sabe. Dos que têm, 53,19% é a mãe, 21,28% o pai e 25,53% ambos têm HTA.

97,65% nunca teve EAM e 2,35% já teve (2 pessoas).

92,94% nunca teve AVC e 7,06% já teve (6 pessoas), uma das quais mais do que uma vez.

A percentagem de diabéticos é de 36,47% e de pessoas com dislipidémia é de 70,59%.

▪ **Método de colheita de dados**

Nesta etapa do processo de investigação, compete ao investigador escolher o tipo de instrumento de medida que mais se adequa ao objecto de estudo, de modo a recolher a informação que é necessária.

Segundo Fortin (2009), quando se trata de descrever as relações entre variáveis, isto é, no caso de estudo descritivo correlacional, opta-se geralmente por questionário e escalas de medida.

O instrumento deve ter fidelidade e validades suficientes. Devem ser também considerados os aspectos éticos, nomeadamente a obtenção das autorizações necessárias para realizar o estudo.

O método utilizado foi o questionário que foi efectuado através de entrevista telefónica.

De acordo com Fortin (2009), é o método mais utilizado pelos investigadores, tem por objectivo recolher informação factual, nomeadamente sobre acontecimentos, atitudes, entre outros. É bastante flexível em termos de estrutura e forma de recolher a informação, podendo ser distribuídos a grupos de qualquer tamanho. E, segundo esta autora, entre outras formas,

podem ser preenchidos pelo investigador ou pelo assistente de investigação na presença do participante ou por telefone.

O método de colheita de dados escolhido foi o questionário administrado através de uma entrevista telefónica por ser mais rápido e permitir o acesso a um maior número de respostas. É menos dispendioso que face a face e menos complexo do que o questionário auto-administrado, uma vez que o entrevistador comunica verbalmente com o entrevistado (FORTIN, 2009).

De modo a facilitar a colheita de dados, efectuou-se previamente à aplicação dos questionários uma pesquisa dos dados dos utentes através do SAPE e SINUS, a qual foi registada numa tabela elaborada para o efeito. Esta encontra-se no (ANEXO IVa) e pretende identificar idade, altura, peso, IMC, data do diagnóstico da HTA, medicação antihipertensora, antecedentes pessoais relevantes (neste caso, artroses, depressões, doenças mentais, surdez, cegueira) e factores de risco para a HTA, HTA vigiada ou não (de acordo com o SAPE), últimas 3 avaliações da TA e alguma observação que fosse considerada pertinente.

Uma vez que não foi encontrado nenhum questionário que permitisse recolher a informação pretendida, foi elaborado um, (ANEXO IVb). O questionário construído foi baseado numa revisão bibliográfica dos factores associados à HTA e obesidade efectuada através de estudos, recomendações da DGS e da OMS, de pesquisa de outros questionários, de *Graffar* adaptado para caracterização da amostra em termos económicos, de *brainstorming* com os enfermeiros da USF e outros profissionais da área da saúde e recolha de informação junto da USFSJ e UCSP Oeiras (reunião informal com enfermeiros do serviço que facultaram informação sobre a sua colheita de dados aos hipertensos). Também se baseou nas indicações de aspectos metodológicos para a elaboração do mesmo, bem como na própria experiência profissional.

A primeira parte do questionário relaciona-se com a caracterização sociodemográfica da população. Na segunda parte, as questões permitem saber os antecedentes pessoais e familiares dos utentes, a forma como auto cuidam da sua HTA, os hábitos e/ou estilos de vida e os hábitos alimentares.

É um questionário com questões maioritariamente fechadas e com algumas abertas que foram posteriormente sujeitas a categorização em função das respostas. São elas as questões relativas à profissão, país de origem, o motivo pelo qual parou a terapêutica hipertensora, de quanto em quanto tempo vigia a TA, atitudes que tem quando tem sintomas de TA elevada, o n.º de cigarros que fuma por dia, o tempo de paragem para quem é *ex-fumador*, a quantidade de álcool que ingere por dia e em que tipo de ocasiões, a frequência de exercício físico que pratica por semana e o tipo de ervas aromáticas que usa. As questões fechadas são dicotómicas, de escolha múltipla e questões filtro. Foi também usada uma escala de Likert, a qual fez parte da colheita de dados efectuada na entrevista telefónica. Segundo Fortin (2009), “a escala de Likert é constituída por uma série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema”, ou seja, as escolhas de respostas dizem respeito a uma frequência de utilização ou de aplicação.

Após a construção do esboço do questionário, foi submetido à apreciação de pessoas peritas na matéria, como refere Fortin (2009). Foi o caso da enfermeira orientadora, especialista em saúde comunitária e que trabalha no local, pelo que sabe as questões que pretende ver esclarecidas, dos enfermeiros da USFCO e também dos médicos que apesar de não trabalharem no contexto da USF, são de Medicina Interna e, como tal, a temática da HTA é dominante.

Posteriormente, a isso foi efectuado o pré-teste, “ *que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo*” (Fortin, 2009). Esta etapa foi fundamental, uma vez que permitiu verificar a redacção, a ordem das questões e corrigir o questionário, procedendo à sua alteração, se necessário. Uma vez que não foram efectuadas mudanças significativas, não foi necessário efectuar um segundo pré-teste, tendo sido apenas alterada a ordem de algumas questões e modificada alguma linguagem para se tornar mais acessível.

O pré-teste foi aplicado a dez utentes, cinco numa entrevista face a face por conveniência e cinco por entrevista telefónica. Esta opção foi tomada no sentido de saber se a forma como era efectuada a entrevista tinha interferência na informação colhida. Apesar de se notar que era mais difícil adquirir a confiança das pessoas através da entrevista por via telefónica, de uma forma geral, pode-se constatar que a informação necessária era igualmente fornecida. O pré-teste foi aplicado de 16 a 20 de Maio de 2011.

▪ **Procedimentos e Aspectos éticos**

Após elaboração do método de colheita de dados e escolhido o tipo de amostra, passa-se à fase de recolha de dados propriamente dita, que, no fundo, é a aplicação no terreno do plano estabelecido de acordo com Fortin (2009).

No entanto, antes da colheita de dados propriamente dita junto dos participantes, é necessário pedir autorização para efectuar o estudo (Fortin, 2009). Deste modo, a recolha de dados efectuou-se após a aprovação em Maio de 2011 pela coordenação da USFCO, tendo sido também dado conhecimento à enfermeira coordenadora da mesma. (ANEXOS IIa e IIb) Apesar da autonomia funcional e organizativa da USF, foi também dado conhecimento à direcção clínica do ACES de Oeiras Ocidental, nomeadamente ao director. Este pedido foi de encontro às normas éticas, uma vez que para além do pedido de autorização para a recolha dos dados na USFCO, foi também explicitado o objectivo do estudo e a natureza da participação dos sujeitos.

De acordo com o código de ética, foi pedido o consentimento informado e, uma vez que a colheita de dados foi feita via telefónica, a autorização dos participantes foi obtida oralmente. Os participantes foram informados da natureza do estudo na altura do contacto telefónico, tendo-lhes sido explicada a sua finalidade, esclarecendo as dúvidas colocadas e assegurando o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados. Foi também referido que era possível

desistir do mesmo a qualquer momento, conforme a vontade, respeitando-se desta forma os aspectos éticos.

De acordo com Ribeiro (2007), “*sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa*”.

O questionário foi então aplicado através de entrevista telefónica de 23 de Maio a 3 de Junho de 2011 na USFCO, respeitando os aspectos éticos, como foi referido anteriormente.

O questionário demorou, em média, cerca de quinze minutos a ser preenchido, dependendo um pouco das características dos participantes.

Na altura da aplicação do questionário, ao explicitar a finalidade do estudo, foi também explicado aos participantes que os resultados obtidos iriam ser partilhados e, em função das necessidades identificadas, implementar-se-iam intervenções para colmatar essas necessidades, havendo a possibilidade de serem contactados novamente nessa fase para poderem, caso quisessem, integrar o projecto de intervenção.

▪ **Estratégia para a análise de dados**

Os resultados obtidos foram submetidos a análise estatística através do programa informático SPSS (versão 17), tendo sido feita uma estatística descritiva e avaliadas correlações *v de Kramer*. O SPSS constitui um auxiliar essencial para recolhas de dados quantitativos, cujo objectivo da análise seja descrever ou relacionar (Coutinho, 2011).

▪ **Apresentação e análise dos resultados**

IMC

São maioritariamente obesas (41,18%) e com excesso de peso (35,29%). Verifica-se também que, com excesso de peso/obesidade, existe 76,47%.

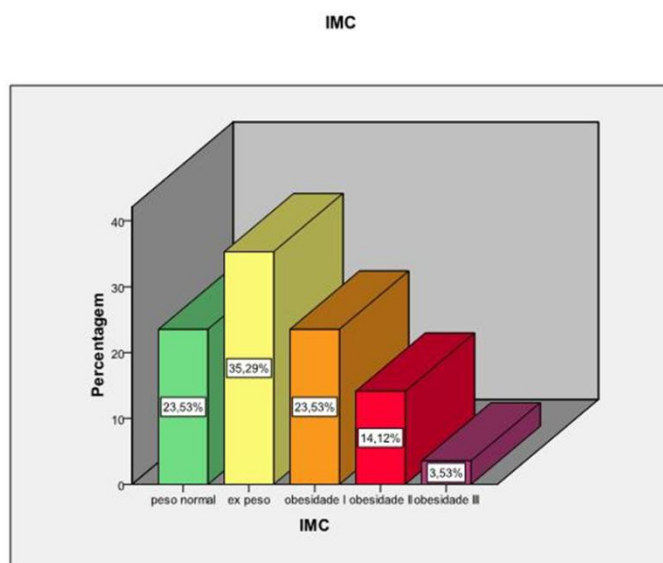


Gráfico 1 – Percentagem de utentes hipertensos de acordo com o IMC

Em relação à obesidade, a amostra vai de encontro aos estudos efectuados na área. O risco cardiovascular aumenta com o excesso de peso, mesmo na ausência de outros factores de risco. A obesidade abdominal é particularmente perigosa, uma vez que se caracteriza por um excesso de gordura na região do abdómen (Portugal - Portal da Saúde, 2009). O estudo AMALIA refere que a prevalência de HTA é máxima na obesidade mórbida (53,5%), baixa nos indivíduos com peso normal (15,8%) ou baixo peso (14,7%) e com um valor intermédio nos indivíduos com excesso de peso (27,3%) (Perdigão *et al.*, 2009).

Estudos sugerem que pode existir uma predisposição genética para a obesidade, a qual se reflecte em pouca actividade física e em consumo de gorduras elevado (Ogden, 2004).

Actividade física

56,47% considera ter uma actividade física média.

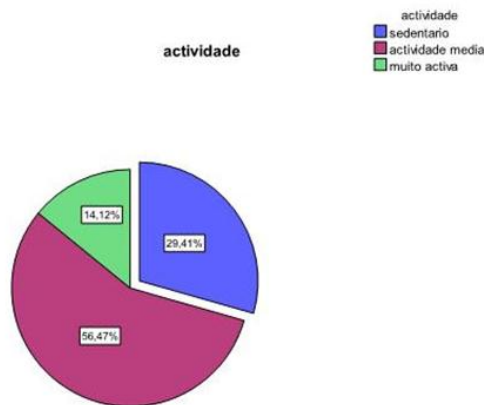


Gráfico 2 – Percentagem de utentes hipertensos e o nível de actividade de física que consideram ter

Relação entre IMC e nível de actividade física

Nesta amostra, verifica-se que 84% dos doentes com excesso peso/obesidade se consideram sedentários. ($\nu=0,04$; $\alpha<0,05$)

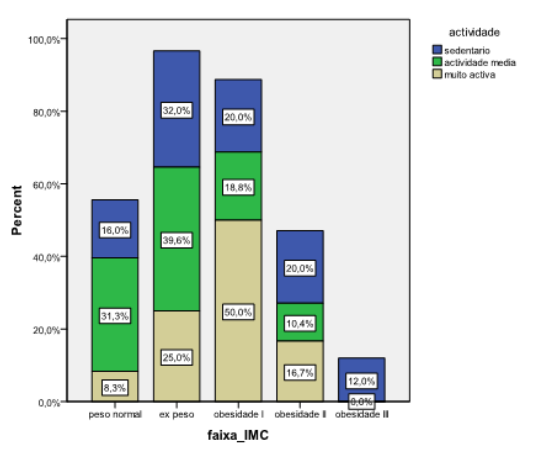


Gráfico 3 – Relação entre o valor do IMC e o nível de actividade física que os utentes consideram ter

Nível de stresse

A maioria refere ter níveis de stresse médio (38,82%), seguida de 23,53% que refere níveis de muito stresse.

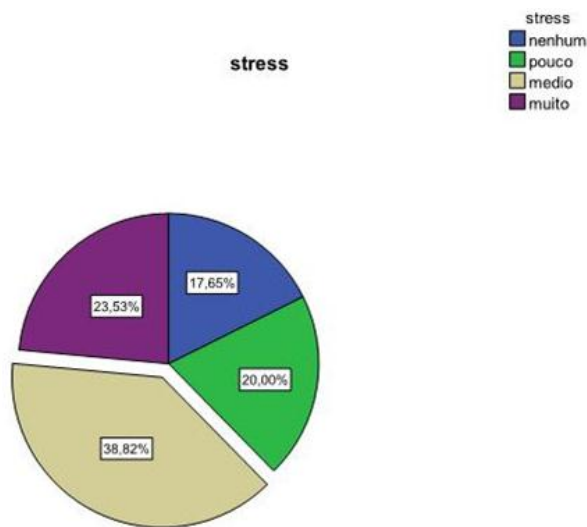


Gráfico 4 - Percentagem de utentes hipertensos e o nível de stresse que consideram ter

Segundo o artigo de Nobrega, Castro e Souza (2007), estudos revelam que o stresse mental crónico tem sido um factor importante no aparecimento de HTA, principalmente em homens de baixo nível socioeconómico sujeitos a trabalho com pouco poder de decisão.

Um estudo feito para avaliar a relação entre a TA no consultório com optimismo, stresse, ansiedade e depressão em sujeitos normotensos, hipertensos e hipertensos de bata branca mostra que estes factores psicológicos estão relacionados com as médias da TA sistólica e diastólica, sugerindo que estas variáveis influenciam os valores da TA no momento da sua medição, principalmente nos indivíduos de HTA da bata branca, já que são os que apresentam níveis de ansiedade mais elevados (Bertoquini, Pais-Ribeiro e Polónia, 2009).

De acordo com Bennett (2002), *“tanto o stresse crónico como o agudo podem ter um impacto nos processos fisiológicos e provocar um enfarte do miocárdio”*.

Para Ogden (2004) o conceito de stresse considera como fonte de stresse o que é causado pelo ambiente externo (problemas de trabalho), como resposta ao sofrimento (sensação de tensão), sendo que este conceito é visto como algo que envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas.

Autocuidado vigilância da TA

44,71% sabe que tem HTA há menos de 10 anos, 30,59% sabe que é hipertensa entre 10 e 20 anos, 21,18% sabe que é há mais de 20 anos e 3,53% não sabe há quanto tempo é hipertensa.

94,12% faz terapêutica anti-hipertensora, 3,53% nunca fez e 2,35% já parou. Destes, um foi por indicação médica e o outro não refere o motivo.

97,50% toma a medicação correctamente e 2,5% (2 pessoas) não.

A TA é vigiada 1x mês por 38,82% das pessoas, 1x semana por 24,71%, 1x dia por 10,59%, 8, ou seja, 74,12% vigia regularmente a TA, 8,24% vê a TA de 2 em 2 meses e a mesma percentagem apenas quando se sente mal. 7,06% duas vezes por ano, 1,18% uma vez por ano e 1,18% não sabe.

O local de vigilância mais usado, por 51,76% das pessoas, é em casa. 29,41% vigia na farmácia, 14,12% apenas vigia junto do médico/enfermeiro e 4,71% vigia habitualmente quer em casa quer na farmácia.

52,84% refere não ter sintomas de TA elevada. Dos que referem ter, 18,82% refere tonturas, 14,12% cefaleias, 9,41% cefaleias e tonturas e 4,71% tem outro tipo de sintomas (sono, zumbidos, muito cansaço).

Em relação à atitude face aos sintomas, 62,50% vê a TA quando sente sintomas, 20% não associa, 10% não faz nada, 5% vê a TA e coloca um comprimido por baixo da língua e 2,5% não sabe/não responde.

Relação entre o tempo de vigilância da TA (de quanto em quanto tempo é vista) e a existência ou não de sintomas de HTA

Na amostra, verifica-se que todos (100%) os que não sabem quando vêm a TA, não têm sintomas de HTA Este facto pode querer dizer que não ter sintomas possa ser um ponto de partida para não vigiar a TA, daí o perigo da HTA silenciosa. ($v=0,013$; $\alpha<0,05$)

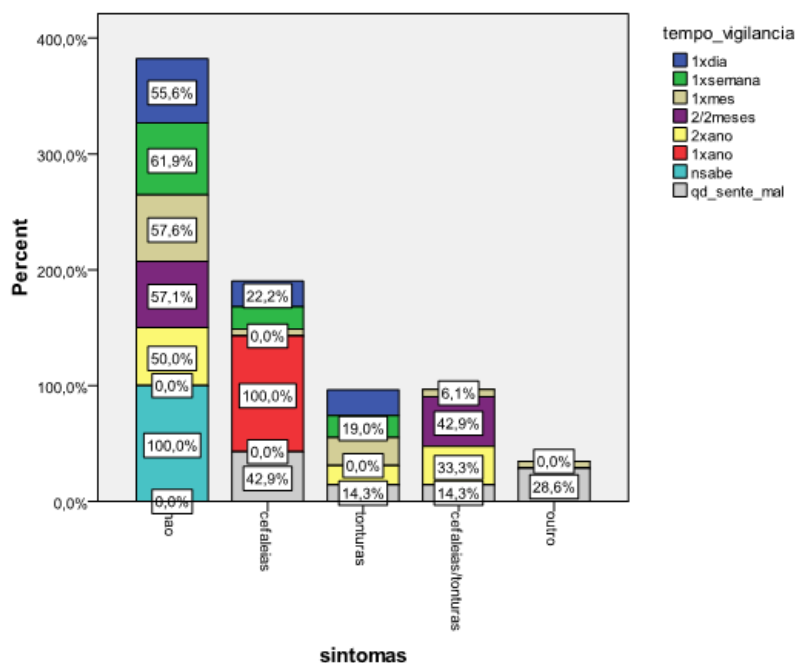


Gráfico 5 - Relação entre o tempo de vigilância da TA (de quanto em quanto tempo é vista) e a existência ou não de sintomas de HTA

Relação entre o tempo de viglância da TA e a atitude face aos sintomas da TA

Verifica-se que 50% das pessoas que vêm a TA uma vez por dia não associa os sintomas de HTA à mesma, sendo que, deste modo, uma das possíveis razões possa ser estas pessoas verem a TA “por ver”. ($v=0,010$; $\alpha<0,05$)

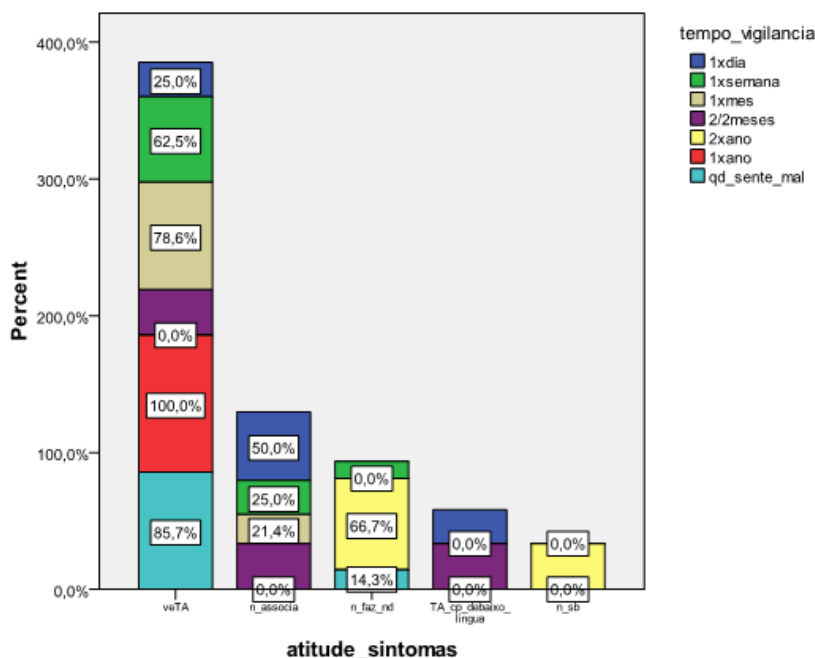


Gráfico 6 – Relação entre o tempo de viglância da TA e a atitude face aos sintomas da TA

Estudos revelam que a adesão terapêutica e o cumprimento do tratamento anti-hipertensor pelo doente é mau e é difícil de verificar se é bem efectuado, mas pode ser melhorado através de um melhor seguimento dos doentes através de redes de cuidados e auto medição, uma vez que o doente é responsabilizado e encorajado a prosseguir o tratamento perante os valores de TA mais baixos. O tratamento pode também ser optimizado através de uma toma única diária e pela informação dos doentes acerca dos objectivos e benefícios do tratamento, que limita as complicações da HTA e melhora a morbilidade cardiovascular a longo prazo (Girerd, Diegos – Hasnier e Heuzey, 2004).

As recomendações da ESH-ESC 2007 insistem na necessidade de envolver o doente e a família no tratamento. É importante informar o doente sobre os riscos da HTA e dos benefícios de um tratamento eficaz, promovendo a toma da medicação sempre e não parar só porque se sente melhor. Medir regularmente a TA é uma forma de o doente ser activo no seu tratamento, controlando os seus valores (Perdigão, 2010).

Dos que dizem tomar a medicação correcta, não se sabe até que ponto o faz – desejabilidade social pode estar aqui subentendida, uma vez que as pessoas muitas vezes tendem a dizer o que é desejado socialmente. Por outro lado, quanto mais complexo for o

esquema terapêutico, mais difícil será para as pessoas o seguirem. A HTA silenciosa é extremamente perigosa, uma vez que com a ausência de sintomas, as pessoas não sentem a doença, logo, tendem a ter comportamentos de risco. O facto de 10,59% ver a TA todos os dias pode ser um motivo causador de stresse e as pessoas podem também apenas ver a TA sem dar a devida importância. Há 20% de pessoas que não associa os sintomas de HTA à mesma, o que mostra o desconhecimento ou uma despreocupação com este facto.

Um estudo feito no sentido de rever as indicações, vantagens, procedimentos e limitações da auto-medição da TA permitiu concluir que, ao aumentar o envolvimento do doente e a sua percepção acerca da sua saúde, a auto-medição da TA melhora a adesão e o controlo tensional e pode diminuir os custos com os cuidados de saúde. No entanto, é fundamental que os doentes tenham formação por técnicos especializados e que usem apenas aparelhos automáticos validados e com capacidade de memorização de dados [ou que os registem em suporte de papel] (Soares e Braga, 2010).

A hipertensão da bata branca é real e há estudos que o demonstram. Uma boa forma de a “combater” é precisamente a auto-medição da TA. Segundo a ESH-ESC 2007, a HTA da bata branca é a TA que na consulta é persistentemente > 140/90 mmHg. Os valores normais da TA diurna em casa devem ser inferiores a 130-135/85 mmHg.

Um dos maiores desafios do tratamento da HTA tem sido o controlo da TA e adesão ao tratamento. Num estudo efectuado em 2003, no Brasil, constatou-se que as pessoas aderentes (tomavam medicação anti-hipertensiva nos últimos 30 dias, com dieta hipossódica e com actividade física regular) ao tratamento da HTA, comparados com os não aderentes, apresentavam mais conhecimentos sobre a dieta, maior ganho com a prática de exercício físico, enfrentavam os problemas mais adaptativamente, a interacção social e familiar era mais satisfatória, tinham uma manutenção adequada da saúde, uma melhor percepção da TA elevada e expectativa favorável ao lazer. Há um esforço do profissional de saúde, mas também um empenho do doente (Faé *et al.*, 2006).

De acordo com Bennett (2002), quando há várias opções para um tratamento, a adesão ao mesmo é normalmente reduzida. Ley (1997, citado por Bennett, 2002) refere que mesmo pequenos aumentos na complexidade do tratamento podem ter um impacto adverso na adesão terapêutica. Segundo Ley (1998, citado por Bennett, 2002), a adesão ao tratamento depende da compreensão da pessoa sobre o regime terapêutico, a recordação da informação fornecida e a satisfação com a consulta em que a informação é dada. Para além da complexidade do tratamento, depende das crenças da pessoa sobre o mesmo e as estratégias de *coping* adoptadas para enfrentar a doença.

Bennett (2002) refere que a informação disponibilizada na doença crónica tem por objectivo “ajudar o paciente a controlar eficazmente a sua condição crónica”. Isto vai de encontro ao que refere Ogden (2004), quando diz que “dar informação aos doentes pode (...) ser um meio de melhorar a sua adesão”.

Exercício físico

A maioria refere que não pratica exercício físico (52,94%), no entanto, 41,18% pratica. Aos restantes 5,88% não se aplica, pelos seguintes motivos: sofreu uma queda, anda de cadeira de rodas, está acamada, teve uma fractura da coluna, tem dificuldade em andar/artrose.

Dos que praticam, 80% faz caminhadas, 8,57% faz hidroginástica, a mesma percentagem faz ginástica e 2,86% faz corrida. 48,57% pratica exercício físico todos os dias, 31,43% uma a duas vezes por semana e 20% três a cinco vezes por semana. 31,43% pratica cerca de uma hora, 28,57% trinta minutos e 22,86% entre trinta minutos a uma hora de cada vez.

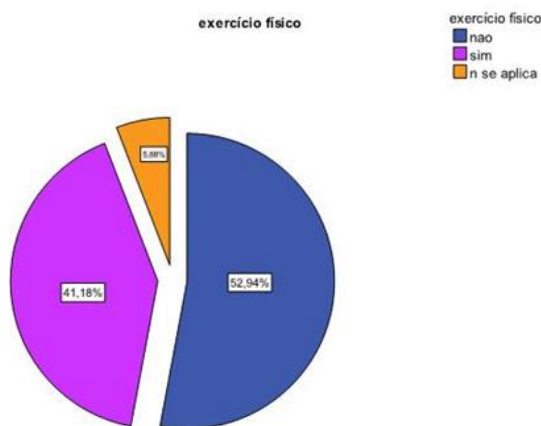


Gráfico 7 – Percentagem de utentes que pratica exercício físico

Nos resultados do estudo AMALIA, “a prevalência da HTA é maior nos indivíduos que não praticam exercício físico (25,6%), é menor nos que praticam (18,3%) e apresenta valores intermédios nos que deixaram de praticar (21,8%)” (Perdigão et al., 2009). Estes valores vão de encontro aos resultados deste estudo.

“Dados do estudo prospectivo Women`s Health Study envolvendo uma amostra de 22.055 mulheres saudáveis, as quais foram seguidas durante um período de 11 anos, mostraram que a actividade física estava associada à redução da pressão arterial e eventos cardiovasculares (em 30 - 40%). Adicionalmente, os autores deste estudo estimaram que as alterações da pressão arterial associadas à actividade física contribuíram em 27% para a redução do risco de ocorrência de eventos cardiovasculares” (Oliveira et al., 2011).

De acordo com um estudo realizado por Paffenbarger e colaboradores (1986, citado por Ogden, 2004), as possíveis relações entre o exercício físico e a longevidade são a redução da TA, redução de peso e obesidade, protecção contra a osteoporose e o enfraquecimento dos ossos e a redução da doença coronária.

Smith e Jacobson (1986, citado por Ogden) referem que os benefícios do exercício físico podem melhorar a função cardiovascular, entre outros. Para além dos benefícios físicos,

estudos afirmam que o exercício pode melhorar o bem-estar psicológico, verificando-se mudanças positivas no humor (Ogden, 2004).

Consumo de sal

Em relação ao consumo de sal, 58,82% considera que ingere pouca quantidade de sal, 35,29% que consome média quantidade de sal e 5,88% considera que consome muita quantidade.

	Nunca (%)	Raramente (%)	Às vezes (%)	Muitas vezes (%)	Sempre (%)
Enchidos (presunto/chouriço)	34,14	23,53	34,12	8,24	0
Aperitivos com sal	69,41	16,47	11,76	2,35	0
Pratos congelados prontos	85,88	5,88	5,88	1,18	1,18
Refrigerantes	75,29	3,53	16,47	3,53	1,18
Comida enlatada	38,82	17,65	41,18	2,35	0
Sopa pré-preparada	96,47	0	3,53	0	0
Molhos pré-confeccionados	75,29	9,41	14,12	1,18	0
Fast-food	75,29	14,12	10,59	0	0
Queijos (não magros)	16,47	16,47	34,12	15,29	17,65

Tabela 1 – Consumo de produtos alimentares ricos em sal e gorduras saturadas

O facto de as pessoas dizerem que consomem pouco sal pode não ser um dado muito fidedigno, pois pode haver uma componente de desejabilidade social. Ribeiro (1999) refere que *“tem sido demonstrado que pessoas de diferentes níveis escolares, culturas e níveis socioeconómicos tendem a concordar com as respostas que são mais adequadas socialmente”*. Por outro lado, medir a quantidade de sal que se ingere não é fácil e não foi possível pelos recursos de tempo e materiais disponíveis neste estudo mensurar isso. Como tal, ficamo-nos pela opinião das pessoas em relação ao consumo de sal, sendo uma medida subjectiva. Pode-se também verificar que as pessoas podem ter consumido mais sal anteriormente e, agora que sabem que são HTA, diminuem o consumo. No entanto, ainda não é o desejável.

Segundo um estudo efectuado, pode-se demonstrar que *“um aumento do consumo de sal corresponde a um aumento de TA [...], a relação com a TA é independente do esquema terapêutico usado, mas verifica-se uma necessidade de maior número de fármacos com maior consumo de sal. Assim é notória a necessidade de adoptar medidas de restrição salina, não só*

individuais mas também a nível comunitário, com vista à redução não só da TA mas também dos órgãos-alvo” (Ribeiro, Girão e Henriques, 2010).

96,47% não tem por hábito levar o saleiro para a mesa, mas 3,53% ainda o faz. 36,47% das pessoas refere que tempera com ervas aromáticas. No entanto, algumas, apesar de usarem ervas para temperar, não retiram o sal (29,41%), verificando-se que 63,53% tempera com sal.

As ervas mais utilizadas (28,57%) são os coentros. Muitas pessoas não especificam que ervas usam, no entanto, as pessoas também usam salsa, orégãos, “limão”, que apesar de não ser uma erva aromática, é muito utilizado para temperar a comida, hortelã, tomilho, psejo, erva da província, louro, arruda, noz-moscada e cominhos.

A título de curiosidade, nesta amostra verificou-se que todas as pessoas que referiram levar o saleiro para a mesa eram homens. ($v=0,020$; $\alpha<0,05$) Verificou-se também que, todos os que levavam o saleiro para a mesa, já tinham deixado de fumar e 65,9% dos que não levavam, nunca tinha fumado. ($v=0,009$; $\alpha<0,05$)

Gorduras

A manteiga é usada como gordura colocada no pão por 54,12% das pessoas, enquanto que 25,88% não colocada gordura e 20% coloca margarina.

56,47% usa óleo para fritar, 32,94% utiliza azeite e 10,59% usa óleo e manteigas ou natas.

67,06% das pessoas confecciona a alimentação com azeite, excepto para fritar, enquanto que 32,94% utiliza o azeite para tudo, incluindo para fritar.

A título de curiosidade, as pessoas provenientes do Brasil apenas usam azeite para fritar, as de Moçambique usam óleo, as de Angola usam maioritariamente óleo e manteiga. Os provenientes de Portugal, na sua maioria, usam óleo, mas logo em seguida usam azeite. ($v=0,040$; $\alpha<0,05$)

Leitura do rótulo

71,76% não lê o rótulo dos alimentos, aspecto que não está relacionado com a escolaridade ($v=0,51$).

Muitas pessoas referiram que não sabiam ler os rótulos, não entendiam o que a informação significava e não conheciam os valores tidos como referência para estabelecer comparações.

▪ **Síntese dos resultados**

A amostra é constituída, na sua maioria, por pessoas do género feminino (63,53%), com idade igual ou superior a 65 anos de idade (52,54%), com o 1º ciclo do ensino básico completo (40%), reformadas (54,12%), com vencimento mensal fixo/reforma (78,82%), casadas (63,53%), tendo nascido na sua maioria em Portugal (83,53%).

Em relação ao tabagismo, a maior percentagem é de pessoas que nunca fumaram (63,53%), no entanto, 58,82% referem consumir álcool.

Em termos de hereditariedade, a maioria tem familiares com HTA (55,29%), contudo, 34,12% não sabe se tem esse antecedente nos progenitores. Dos que sabem, a mãe é o progenitor com HTA mais frequente (53,19%), no entanto, 25,53% tem ambos os progenitores com HTA.

Não é frequente ter EAM (2,35%), nem AVC (7,06%). A maioria não é diabética (36,47%), no entanto, 70,59% tem dislipidemia.

São maioritariamente obesas (41,18%) e com excesso de peso (35,29%), verificando-se que, com excesso de peso/obesidade, existem 76,47%.

56,47% considera ter uma actividade física média. Em termos de níveis de stresse, a maioria refere ter níveis médios (38,82%), seguida de 23,53% que refere níveis de muito stresse.

A maioria sabe que é hipertensa há menos de 10 anos (44,71%). Grande parte faz terapêutica anti-hipertensora (94,12%) e toma-a correctamente, no entanto, 2,5% não a toma correctamente. A TA é maioritariamente vigiada 1x mês (38,82%) e em casa (51,76%). No entanto, há 10,59% das pessoas que vê a TA todos os dias. A grande maioria não tem sintomas de TA elevada (52,94%). Os que têm, vêem a TA nesse momento (62,50%), mas ainda há 20% das pessoas que refere que não associam os sintomas à HTA.

A maioria refere que não pratica exercício físico (52,94%), no entanto, 41,18% pratica. Dos que praticam, é mais frequente a caminhada (80%) todos os dias (48,57%) e cerca de uma hora de cada vez (31,43%).

Grande parte considera que consome pouca quantidade de sal (58,82%), verificando-se que a maior parte refere nunca, ou às vezes, comer enchidos. De uma forma geral, não comem aperitivos, pratos congelados, refrigerantes, sopa pré-feita, molhos e *fast-food*. Os enlatados e queijos (não magros) consome às vezes.

96,47% não tem por hábito levar o saleiro para a mesa, mas 3,53% ainda o faz. A maioria das pessoas utiliza sal para temperar a comida (63,53%), mesmo utilizando ervas aromáticas, sendo os coentros as ervas mais utilizadas (28,57%).

Apenas 25,88% não colocada gordura no pão, enquanto os restantes colocam margarina ou manteiga. 56,47% usa óleo para fritar (referindo todos que não era o de amendoim), 32,94% utiliza azeite e 10,59% usa óleo e manteiga ou natas.

71,76% das pessoas não lê o rótulo dos alimentos, aspecto que não está relacionado com a escolaridade.

Apesar de estes terem sido os resultados obtidos, é importante referir possíveis aspectos que podem ser considerados de modo a justificar algumas respostas e a sua veracidade. De acordo com Ribeiro (1999), um desses aspectos pode ser a deseabilidade social, como já foi referido anteriormente. Outros aspectos podem ser as respostas aleatórias (quando as pessoas não capazes de responder) e a falsificação (quando se distorce a realidade propositadamente).

**ANEXO VI – Diapositivos da sessão de
apresentação do diagnóstico de situação à
equipa da USFCO**



Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde
Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Enfermagem Comunitária

Diagnóstico de situação dos hipertensos vigiados da USF Conde de Oeiras



Enf.ª Daniela Martins – aluna
Enf.ª Maria José Vazão - orientadora
Prof.ª Ana Resende - tutora

26 de Outubro de 2011

Investigação

- **Objectivo do estudo:** diagnóstico de situação dos hipertensos vigiados na USFCO.
- **Tipo de estudo:** estudo exploratório descritivo correlacional (paradigma quantitativo).
- **População:** N= 2391, n° total de hipertensos vigiados na USF a 5 de Maio de 2011 (dados colhidos no SINUS).
- **Amostra:** 85 utentes, 3,6% dos hipertensos vigiados da USFCO.
- **Método de amostragem:** amostra probabilística estratificada (de 20 em 20 utentes de cada um dos nove médicos).
- **Instrumento de colheita de dados:** questionário feito através de entrevista telefónica.
- **Tratamento de dados:** análise estatística através do SPSS (versão 17), feita estatística descritiva e avaliadas correlações v de Kramer.

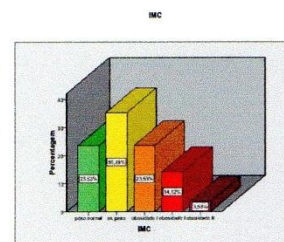
Caracterização da amostra (maioria)

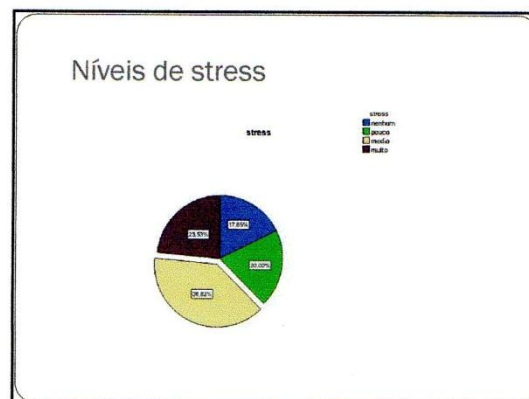
- Mulheres (63,53%).
- Idade \geq 65 anos (52,54%).
- 1º ciclo do ensino básico completo (40%).
- Reformadas (54,12%).
- Vencimento mensal fixo/ reforma (78,82%).
- Nascidas em Portugal (83,53%).
- Casadas (63,53%).

IMC


• Maioria obesa (41,18%) e excesso peso (35,29%)

• Excesso peso/ obesidade (76,47%)





Auto-cuidado vigilância da TA



- 2,5% não toma a medicação correctamente.
- 38,82% vigia a TA (1x mês), 24,71% vigia (1x semana), mas há 10,59% que vigia uma vez por dia.
- 50% das pessoas que vêem a TA 1x dia, não associam os sintomas de HTA à mesma ($v=0,01; \alpha<0,05$).
- 52,94% não tem sintomas. Perigo da HTA silenciosa.
- 20% não vê a TA quando tem sintomas de HTA (logo não associa).

Caracterização da amostra

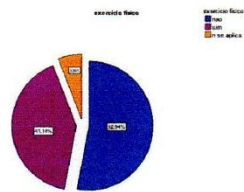
- A maioria nunca fumou (63,53%).
- Consomem álcool (58,82%).
- Familiares com HTA – 55,29%.
- A mãe é o progenitor mais frequente (53,19%).
- EAM – 2,35%.
- AVC – 7,06%.
- Diabetes – 36,47%.
- Dislipidémia – 70,59%.

Exercício físico

• Caminhada é a mais frequente – 80%.

• Maioria pratica todos os dias – 48,57%.

• Cerca de uma hora – 31,43%.



Consumo de sal

- Maioria considera que ingere pouca quantidade – 58,82%.
- 3,53% tem o hábito de levar o saleiro para a mesa.
 - Homens ($\gamma=0,02$; $\alpha<0,05$).
 - Todos que levam o saleiro para a mesa já deixaram de fumar e 65,9% dos que não levam, nunca fumou ($\gamma=0,009$; $\alpha<0,05$).
- Em relação ao uso de ervas aromáticas:
 - 36,47% usam.
 - 29,41% usam, mas não retiram sal.
 - 34,12% não usa (usa apenas sal).

63,53% tempera com sal

Gorduras e rótulos

- 54,12% das pessoas coloca manteiga no pão.
- 56,47% usa óleo para fritar, 32,94% azeite e 10,59% usa óleo, manteiga ou natas.
 - Brasil – apenas azeite para fritar.
 - Moçambique – apenas usam o óleo.
 - Angola – usam mais o óleo, manteiga ou natas.
 - Portugal – maioria usa óleo e em seguida azeite. ($\gamma=0,04$; $\alpha<0,05$).
- 71,76% não lê o rótulo dos alimentos.
 - E não está relacionado com a escolaridade ($\gamma=0,51$).

Grelha de análise para determinação de prioridades

PROBLEMA	Importância	Relação entre factor de risco e problema	Capacidade técnica de intervenção	Executibilidade	Recomendações (1 a 14)
Obesidade	+	+	+	-	2
Stress	+	+	-	-	4
Autocuidado na vigilância da TA	+	+	+	+	1
Exercício físico	+	+	+	-	2
Sal escondido	+	+	+	+	1
Consumo gorduras saturadas	+	+	-	+	1

(Pineault e Daveluy, 1986)

Determinar o problema prioritário

- Realizadas entrevistas semi-estruturas aos enfermeiros da USFCO com o objectivo de:
 - Dar a conhecer os resultados do estudo feito sobre os hipertensos da USF.
 - Saber a opinião dos enfermeiros sobre:
 - quais os problemas em que consideram prioritário intervir.
 - o problema em que acham mais exequível intervir em termos dos recursos existentes, nomeadamente o tempo.
 - o que consideram mais interessante e pertinente, no sentido de darem continuidade à intervenção no futuro.
- Problema: sal escondido nos alimentos, gorduras e aprender a ler rótulos. "Será que sabemos o que estamos a comer?"

Estratégias de intervenção

- Formação às equipas da USFCO e UCC Saudar sobre "HTA – sal escondido. Será que sabemos o que estamos a comer?"
- Acções educativas em grupo aos hipertensos da USF e familiares sobre sal escondido e leitura de rótulos.
- Acções educativas aos utentes de 4 centros de dia, familiares e a quem confecciona as refeições, sobre a mesma temática integrados no projecto "Envelhecer com saúde" da UCC Saudar.
- Acção de formação à equipa da USFCO acerca da forma correcta de avaliar a TA. (2º problema)

Bibliografia

- FORTIN, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- PEREIRA, Alexandre. *SPSS Guia prático de utilização*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2006. ISBN 972-618-425-8.
- TAVARES, António. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990. p. 89.



Obrigada

ANEXO VII – Acção de formação “Será que sabemos o que estamos a comer?”

ANEXO VIIa – Plano da sessão

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Será que sabemos o que estamos a comer?”

Data: 1ª sessão a 24 de Outubro de 2011

2ª sessão a 9 de Novembro de 2011

Duração: 45 minutos

Formadora: Daniela Martins, Mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária do ICS-UCO, 2011

Destinatários: Equipa multidisciplinar da USFCO (1ª e 2ª sessão) e de enfermagem da UCC Saúdar (1ª sessão)

Local: Sala de reuniões da USFCO

Metodologia: Expositiva, demonstrativa e interactiva

Objectivos gerais:

- Transmitir conhecimentos teóricos sobre alimentação no doente hipertenso, nomeadamente sal escondido nos alimentos e alimentos ricos em gorduras.
- Transmitir conhecimentos teóricos e práticos sobre rotulagem dos alimentos.

Objectivos específicos:

- Promover a leitura de rótulos dos alimentos.
- Esclarecer dúvidas sobre alimentação saudável e rotulagem.

Avaliação:

Em folha própria. Questionário de avaliação existente no GADIS – núcleo de formação do ACES de Oeiras (ANEXO X).

Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010 para trabalhar os conteúdos da avaliação.

Os resultados serão apresentados em gráficos.

ESTRUTURA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

	Conteúdos	Metodologia	Duração	Recursos
Introdução	Apresentação dos objectivos. Explicação da metodologia aplicada para a presente sessão.	Expositiva	3 min	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
Desenvolvimento	<p><u>Apresentação dos conteúdos teóricos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - HTA, prevalência e factores de risco cardiovascular - sal, quantidades recomendadas, sal escondido nos alimentos, lei de restrição de sal no pão - tipo de gorduras e alimentos ricos em gorduras - leitura de rótulos dos produtos alimentares - alimentação saudável - exercício físico <p><u>Parte prática:</u> Leitura de rótulos de vários produtos alimentares</p>	Expositiva Demonstrativa Interactiva	30 min	Prelector Computador Visualização de Diapositivos Embalagens de produtos alimentares
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas/ reflexão final.	Interactiva	10 min	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
Avaliação	Preenchimento de folha de avaliação.		2 min	Folha de avaliação

ANEXO VIIb – Diapositivos da apresentação da sessão

Será que sabemos o que estamos a comer?



9 de Novembro de 2011

Enf.ª Daniela Martins – aluna
Enf.ª Maria José Vazão - orientadora
Prof. Ana Resende - tutora

Prevalência da HTA



- ▶ “A HTA afecta 1/5 da população a nível mundial.” (DGS, 2011)
- ▶ “Atribui-se à HTA 7,1 milhões de mortes por ano.” (Oliveira, 2011)
- ▶ “Em 2004, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 36,3% dos óbitos registados no nosso país: 45,2% (doença cérebro vascular) e 24% (doença isquémica cardíaca).” (Morais et al., 2008)

Definição de HTA



- ▶ HTA - TA > 140/90 mmHg (ESH-ESC, 2007)
- ▶ Pode ser de etiologia desconhecida (90-95%) dos doentes.
- ▶ Há HTA secundária – causa identificada de HTA (apneia do sono, hiperaldosteronismo primário,...)
- ▶ **Risco cardiovascular:** valores da TA, coexistência de factores de risco e se há lesões em órgãos vitais – cérebro, vasos sanguíneos e rins.

Factores de risco cardiovascular

▶ Factores não modificáveis:

- Género
- Idade
- Raça
- Hereditariedade



▶ Factores modificáveis (estilo de vida inadequado):

▶ Hábitos sociais/ culturais

- Tabagismo
- Consumo de álcool e sal em excesso
- Sedentarismo (20 a 30%)
- Obesidade (em 50% da população mundial em 2025 – OMS)
- Maus hábitos alimentares (gorduras saturadas em excesso)
- Stress excessivo



Sal



- ▶ Inicialmente para conservar.
- ▶ NaCl
- ▶ Retenção de líquidos ↑ TA, sobrecarga renal.
- ▶ Sal cozinha refinado, sal marinho ou sal mineral, flor de sal.

Sal



O sal escondido nos alimentos é preocupante.

Quantidade máxima diária de sal recomendada pela OMS:

5g sal (NaCl) = 2g sódio (Na+) = 1 colher de chá de sal



Produtos com elevado teor de sal

- ▶ **Produtos charcutaria, alimentos fumados** (fiambre, presunto, chouriços, alheiras, bacon);
- ▶ **Sopas instantâneas;**
- ▶ **Caldos concentrados** (caldos de carne, peixe, marisco, vegetais);
- ▶ **Intensificadores de sabor** como glutamato monossódico ou bicarbonato de sódio;
- ▶ **Rissóis, croquetes, chamuças, bolinhos de bacalhau, panados, ...**
- ▶ **Alimentos enlatados;**
- ▶ **Ketchup, mostarda, molho de soja;**
- ▶ **Folhados;**
- ▶ **Determinados tipos de queijo** (aconselham-se os frescos ou os fundidos pois têm menor teor de sal e gordura saturada);
- ▶ **Refeições congeladas prontas a consumir** (pizzas, lasanhas, bacalhau à brás, panados de carne, peixe, queijo ou fiambre);
- ▶ **Margarinas, manteiga e outras gorduras para barrar;**
- ▶ **Batatas fritas de pacote e outros aperitivos muito salgados;**
- ▶ **Azeitonas;**
- ▶ **Águas minerais gasificadas.**



Sal – o que fazer?



- ▶ **Ler os rótulos dos alimentos na compra** (adquirir aqueles com menor teor de sal).
- ▶ Lista de **Ingredientes** (ter atenção): glutamato monossódico e bicarbonato de sódio.
- ▶ **Não levar o saleiro para a mesa.**
- ▶ **Substituir o sal** por ervas aromáticas, especiarias, vinho ou limão.
- ▶ Deixar a carne a marinar antes de confeccionar, em vinha de alho ou outros temperos sem sal (comida mais saborosa).
- ▶ Enriqueça os cozinhados com **alimentos coloridos** (tomate, cenoura, pimentos, brócolos, ananás, maçã, ...).



Pão português

- ▶ **12 de Agosto de 2010** – lei que determina máximo de sal no pão. (Lei nº 73/2009 de 12 de Agosto, Diário da República, 1ª série – N.º 155)
- ▶ **1,4g de sal ou 0,55g de sódio (por 100g de pão).**
 - 1 pão (papo seco) 40g contém 0,56g de sal.
 - 1 pão (mafrinha) 113g contém 1,6g de sal.
- ▶ Excepto pão tradicional tipo broa de Avintes e pão de Faveias.
- ▶ **Fiscalização pela ASAE** e podem ter coimas até 5 mil euros.



Quanto à rotulagem a lei diz:

"Proporcionar uma informação objectiva, simples, que inclua dados sobre a quantidade relativa e absoluta de sal na embalagem, por percentagem do produto e por porção/dose"

"Incluir caracteres gráficos bem visíveis, de fácil leitura, que identifiquem claramente do ponto de vista qualitativo e quantitativo o teor salino dos alimentos pré-embalados"

Gorduras ou lípidos

- ▶ Devem ser **30% do valor energético total diário.**
- ▶ Fornecem ácidos gordos essenciais, fundamentais para a manutenção do estado de saúde físico e mental dos adultos.
- ▶ Grande capacidade de saciar o apetite (diminuem os alimentos consumidos).
- ▶ Devemos consumir **1/3 de cada tipo de gordura.**
- ▶ Uma pessoa de 70kg pode ingerir 23,3g de gordura saturada por dia. (1g/kg/dia).



Gorduras: em excesso...



- ▶ Eleva o risco de **excesso de peso/ obesidade.** (valor energético diário)
- ▶ Aumenta o risco de **aparecimento de doenças cérebro e cardiovasculares,** HTA, colesterol sanguíneo elevado, aterosclerose, ...
- ▶ Sobreaquecidas, decompõem-se, formando **substâncias tóxicas e cancerígenas** prejudiciais à saúde.

Gordura monoinsaturada

- ▶ É líquida à temperatura ambiente.
- ▶ Consumo associado à diminuição da fracção LDL do colesterol sanguíneo.

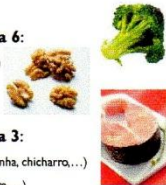
Alimentos ricos nesta gordura:

- ▶ **Azeite**
- ▶ **Óleo de amendoim**
- ▶ Frutos oleaginosos (amêndoa, nozes, amendoim, avelã, ...)
- ▶ Abacate



Gordura polinsaturada

- › Líquida à temperatura ambiente.
- › Essenciais na resposta à infecção; melhor funcionamento do sistema cardiovascular e proteção do indivíduo em relação a doenças cardíacas e vasculares.
- › Alimentos ricos em **ácidos gordos ómega 6**:
 - › Óleos vegetais (amendoim, soja, girassol, milho,...)
 - › Frutos oleaginosos
 - › Cereais integrais e sementes
- › Alimentos ricos em **ácidos gordos ómega 3**:
 - › Gordura ou óleo de fígado de peixe (salmão, sardinha, chicharro,...)
 - › Hortícolas de cor verde escura (brócolos, espinafre,...)



Gordura saturada

- › Sólida à temperatura ambiente.
- › Em excesso, aumento do risco de doenças cardiovasculares, aumento do colesterol sanguíneo (LDL),...
- › Alimentos ricos neste tipo de gordura:
 - › Manteiga
 - › Queijos gordos
 - › Banha de porco
 - › Óleo de palma e de côco
 - › Gordura de carne de vaca
 - › Margarinas (duras – ex. vaqueiro)
 - › Produtos de charcutaria (chouriço, alheiras, salsichas,...)



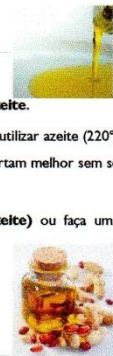
Gordura hidrogenada *trans*

- › Pode-se originar por:
 - › Transformação bacteriana dos ácidos gordos polinsaturados no aparelho digestivo de animais ruminantes (raca passa para a carne).
 - › Hidrogenação industrial das gorduras polinsaturadas (estado líquido no pastoso ou sólido).
 - › Aquecimento e fritura de óleos vegetais a altas temperaturas.
- › São prejudiciais para a saúde (aumento LDL e triglicéridos, diminui o HDL), maior incidência de doenças cardiovasculares.
- › Fontes alimentares:
 - › Pão forma industrial
 - › Bolachas e biscoitos e alguns gelados
 - › Fast-food e batatas fritas de pacote
 - › Aperitivos e snacks de chocolate
 - › Produtos de pastelaria e confeitaria, bolos embalados
 - › Refeições prontas a consumir (congeladas ou não)



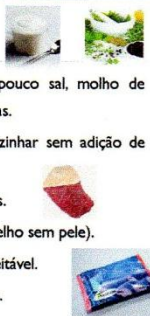
Gorduras – o que fazer?

- › **Ler o rótulo** dos alimentos.
- › Reduzir a gordura para cozinhar e temperar, preferir **azeite**.
- › **Evitar fritar** – preferir cozer, grelhar, estufar. Se fritar, utilizar azeite (220°) ou óleo de amendoim (180°) – temperaturas que suportam melhor sem se degradarem.
- › Se **assar no forno adicione pouca gordura (azeite)** ou faça uma marinada e rejete o molho que fica na assadeira.
- › Faça refogado com mais cebola, água e pouco azeite.
- › Para gratinar utilize pão ralado ou queijo magro.



Gorduras – o que fazer?

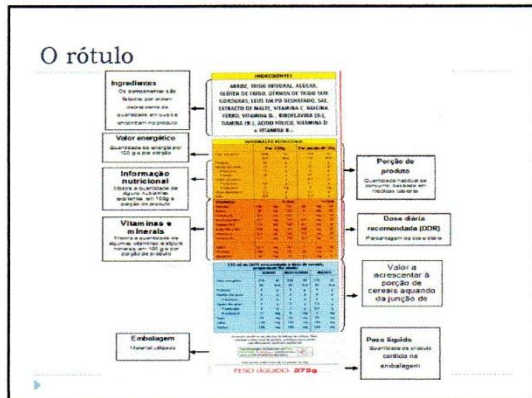
- › **Tempere saladas** com sumo de limão, pouco sal, molho de iogurte natural não açucarado, ervas aromáticas.
- › Nas **frigideiras antiaderentes** pode-se cozinhar sem adição de gordura.
- › **Retire toda a gordura visível** dos alimentos.
- › **Preferir peixe e carnes magras** (aves e coelho sem pele).
- › Peixe ultracongelado – alternativa segura e aceitável.
- › Leite ou derivados com baixo teor de gordura.
- › Coloque **pequenas porções** de manteiga ou margarina no pão.



Rótulos

- › **A sua leitura deve ser um hábito**, para sabermos o que levamos para casa.
- › Para além das calorias, refere os ingredientes e o perfil nutricional.
- › É **obrigatório, por lei**, que todos os alimentos enlatados contenham um rótulo com informações precisas, claras e em português.
 - › Ingredientes, validade, lote, origem/ fabricante, peso líquido e tabela nutricional
- › Preferir alimentos com:
 - › Baixo teor: gordura (sobretudo saturada)
 - › Baixo teor de sódio
 - › Amido e pobres em açúcares simples
- › Lista de ingredientes por ordem decrescente do peso que tem no produto. (primeiro em maior quantidade)





Rótulo: o BI de um produto alimentar

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Valores Médios	Por 100 g	Por 2 fatias (=45 g) %VDV*	
Valor energético	1083 kJ 257 kcal	487 kJ 116 kcal	6%
Proteínas	9,9 g	4,3 g	
Hidratos de Carbono dos quais Açúcares	41,1 g 3,3 g	18,5 g 1,5 g	2%
Lípidos dos quais Saturados	4,4 g 0,7 g	2,0 g 0,3 g	3%
Fibras Alimentares	7,5 g	3,4 g	2%
Sódio	0,41 g	0,185 g	14%
Equivalente em Sal	1,0 g	0,5 g	8%

- ### Descodificar o rótulo
- Preferir **alimentos com menor densidade calórica** (kcal/100g). (mais do que 400Kcal por 100g de produto é muito elevado).
 - Produtos ricos em **hidratos de carbono com mais de 6g de fibra e proteína (por 100g)** são boas escolhas, > a 10g seria excelente.
 - Nas **gorduras**, procurar valores **inferiores a 10g por cada 100g** de produto. Quanto menos gordura saturada (hidrogenada ou trans) melhor, optando pelas mono e polinsaturadas.
 - Comparar produtos semelhantes e escolher os que têm **menos açúcar e sal**.
 - Optar por alimentos com lista de ingredientes o mais reduzida possível (mais simples, menos processados e com menos aditivos - mais saudáveis.)

- ### Aditivos alimentares
- Com ou sem valor nutritivo, adicionados aos alimentos em pequenas quantidades, com a finalidade de conservar ou melhorar as suas características ou aparência.
 - Principais grupos de aditivos:
 - Corantes (E100 a E199): função estética.
 - Conservantes (E200 a E299).
 - Antioxidantes (E300 a E399): evita a oxidação pelo contacto do alimento com o ar.
 - Espessantes, gelificantes, emulsionantes e outros estabilizadores do equilíbrio físico (E400 a E499), actuam sobre a consistência do alimento, modificando-a.
 - Intensificadores de sabor.
 - Reguladores de acidez.
 - Acidificantes.
 - Edulcorantes: sabor doce semelhante ao da sacarose.



- ### Alimentação saudável
- Ingerir **sopa de legumes** 1 vez por dia.
 - Três peças de **fruta** (por dia).
 - Peixe** pelo menos 5 vezes por semana.
 - Preferir **cereais complexos** (pão escuro e cereais integrais).
 - Não ficar mais do que **3h30** sem comer.
 - Cozinhar às cores** (hortaliças, leguminosas, legumes e frutos).
 - Se ingerir uma sandes acompanhe com vegetais.
 - Pese-se** com regularidade.

- ### Alimentação saudável
- Beber no mínimo **1,5L de água por dia**.
 - Comer porções de todos os grupos alimentares.
 - Ingerir **25g de fibras/ complantix por dia**.
 - Consumir **400g de frutas e vegetais por dia**. (baixo consumo destes é responsável por 31% da doença cardiovascular isquémica e 11% dos EAM). (OMS)
 - Temperar – azeite, limão e ervas aromáticas (sem sal).
 - Cozinhar sem gordura (usar azeite em peq. quantidades).

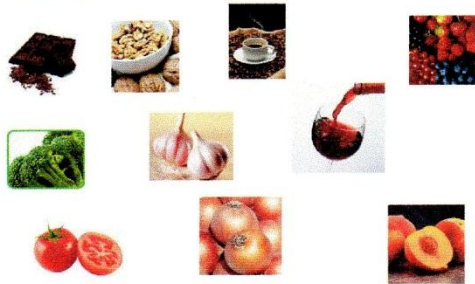
Tornar os cozinhados mais aromáticos

Substituir o sal por:	Parte mais utilizada	Usos mais comuns em culinária
alho	caules e folhas - fresco	Sopas, caldos de carne, estufados e cozidos de carne
alho	bolbo	Sopas de legumes, estufados, assados, cru em molhos como o molho verde
caril	em pó	Peixe, moluscos, molhos, aves, ovos, arroz, massas, estufados
cebola	bolbo	Cozidos, grelhados, assados no forno, estufados, carnes, peixes, saladas, legumes, feijão, molhos
coentro	folhas, grão	Saladas, sopas, arroz, massas, ervilhas, fevas, marinadas
orégão	folhas ou raminhos - secos	Saladas, pizzas, molho de tomate, estufados de carne, pratos de peixe, azeitonas, massas
pimenta	grãos	Pode ser usada em praticamente todas as preparações culinárias
salsa	fresca	Bacalhau, saladas, feijão,...

Fitoquímicos

- Químicos protectores que existem nos alimentos de origem vegetal:
 - Carotenóides** (doenças cardiovasculares) 
 - Fitoesteróis** (reduzem os níveis de colesterol da alimentação, logo baixam os do sangue)
 - Licopeno** (vários tipos de cancro e doenças cardiovasculares)
 - Flavonóides** (inflamação, reacções alérgicas e infecções virais) 
- Antioxidantes** são químicos, que previnem e reparam os danos celulares causados por radicais livres e existem nos alimentos (não só nos de origem vegetal).

Alimentos com fitoquímicos ou antioxidantes



Ter em atenção...

- Quando **comer fora** deve:
 - Como entrada escolha sopa.
 - Acompanhe a refeição com salada ou legumes.
 - Fruta para sobremesa.
 - Preferir pratos cozidos ao vapor, grelhados, assados sem molhos.
 - Pratos de peixe ou carnes magras.
 - Após a refeição passeie a pé.
- Quando for às **compras**:
 - Leve uma lista.
 - Não faça compras com fome.
 - As marcas mais caras são as que estão ao nível dos nossos olhos.
 - Leia os rótulos, porque **tudo começa no supermercado e acaba no nosso prato.**

Actividade física / exercício físico

- Praticar actividade física moderada pelo menos **30 min. por dia** ou 5000 passos diários (pedómetro).
- Reduz a TA sistólica cerca de 5 a 20mmHg.
- Pode aumentar a esperança média de vida em 3 a 5 anos.
 - Caminhar a passo moderado 4Kcal/Kg/hora.
 - Subir escadas com compras 2Kcal/Kg/hora
 - Nadar 6Kcal/Kg/hora.
 - Correr 8Kcal/Kg/hora.
- Benefícios:
 - Reduz risco de doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, osteoporose, ajuda a controlar peso, risco de incapacidade motora por quedas (mais 65 anos - melhora flexibilidade, equilíbrio e o tônus muscular) e ajuda a reduzir o stress e ansiedade, depressão e sensação de solidão.

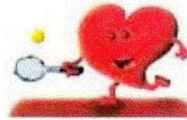
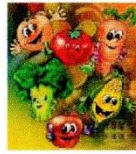
Em resumo...

- Pessoas que consomem frutos, legumes e hortaliças, têm menores níveis de colesterol sanguíneo
- ↓
Principal factor risco
- Doenças cardiovasculares**
- Plano alimentar com **baixo teor de gordura saturada, sal e açúcar** reduz o risco de EAM e AVC.



Bibliografia

- » GIRERD, Xavier; DIEGOS-HASNIER, Sophie; HEUZÉY, Jean-Yves. Le – *Guia Prático Climeps da Hipertensão Arterial 1ª ed.* Lisboa: Climeps Editores, 2004. ISBN 972-796-027-8.
<http://www.platafarmaciaofitoterapia.com/cha-verde-tratamento-para-hipertensao-arterial.html>
4-(19-20) | 1435
- » HARA, Y.; MATSUZAKI, T.; SUZUKI, T. – *Green Tea: health benefits and applications*. 2001.
<http://www.critcarex.net/abid/358/ang.nge/pt-PT/Defvdt.aspx>
- » <http://dca.pdp.dfi.edu/2009/08/15/5090522505226.pdf>
- » <http://www.tvi24.tvi.pt/sociedade/tvi24-sao-sal-tej-multa-so-ciedade/10816524071.html>
- » <http://www.platafarmaciaofitoterapia.com/cha-verde-tratamento-para-hipertensao-arterial.html>
- » <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/287/28730212.pdf>
- » MORAIS, J. [et al.] – *Guia prático para a prevenção da doença aterotrombótica*. Lisboa: Permaryer Portugal, 2008. ISBN 978-972-733-224-3.
- » OLIVEIRA, L. – *Mexa-se pela sua saúde. Visão. Queluz de Baixo*. ISSN 0872-3540. N.º 952 (2011) 86-92.
- » OLIVEIRA, J. et al. – *Exercício físico e Hipertensão Arterial. Factores de Risco*. Lisboa. ISSN 1646-4834. 20 (2011) 18-27.
- » OZ, M. – *A dieta de Dr. Oz Visão. Queluz de Baixo*. ISSN 0872-3540. N.º 969 (2011) 80-88.
- » *Recomendações de 2007 para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (ESH-ESC)*.
- » *Recomendações de 2007 para o tratamento da Hipertensão Arterial (ESH-ESC)*.
- » www.dgpc.pt
- » www.fpcardiologia.pt



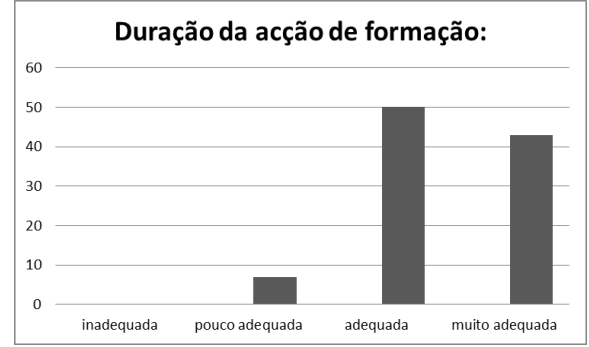
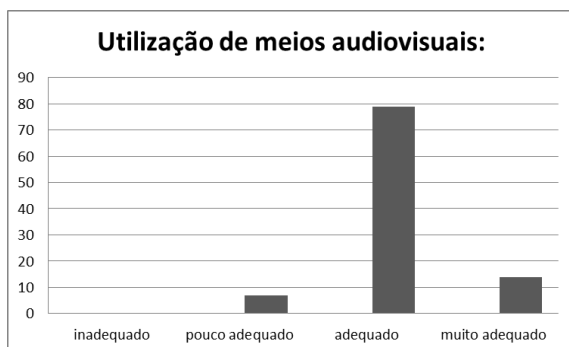
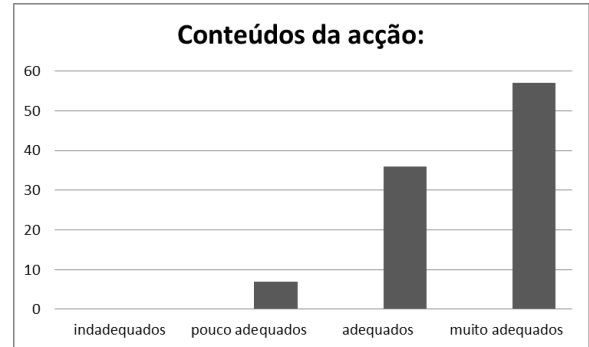
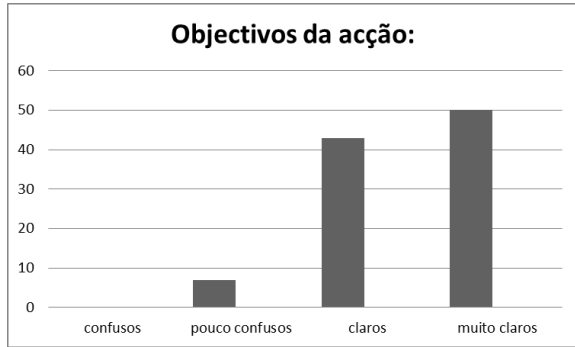
Obrigada pela vossa presença

ANEXO VIIc – Avaliação das sessões

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Taxa de participação na formação (1ª sessão): 5 enfermeiros USFCO (62,5%) e 7 enfermeiras da UCC Saúdar, sendo 4 do projecto “Envelhecer com Saúde” (80%)

Resultados do instrumento de avaliação da acção de formação (1ª sessão):



Percepção dos profissionais de enfermagem da USFCO acerca da acção de formação:

Objectivos – muito claros: 50%

Conteúdos – muito adequados: 57%

Conhecimentos novos proporcionados – muito: 57%

Grau de satisfação – muita satisfação: 72%

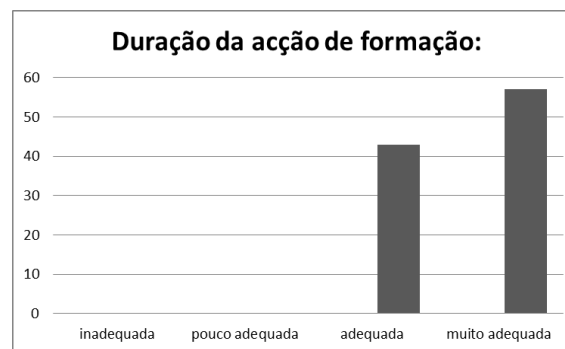
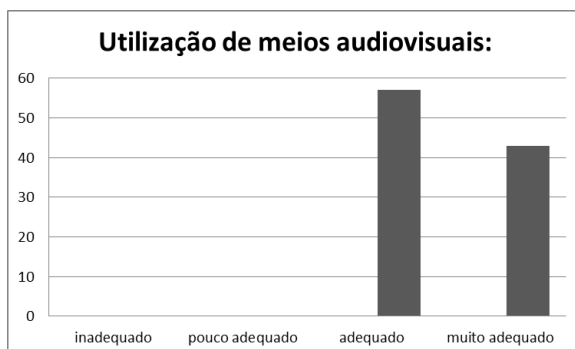
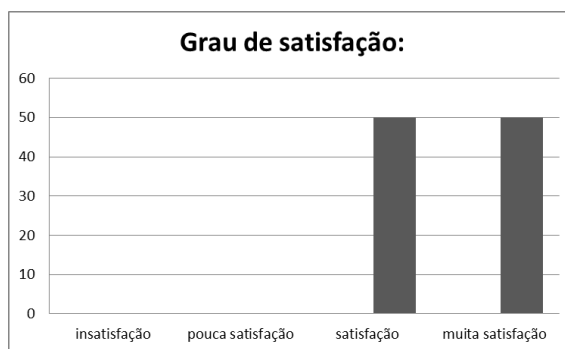
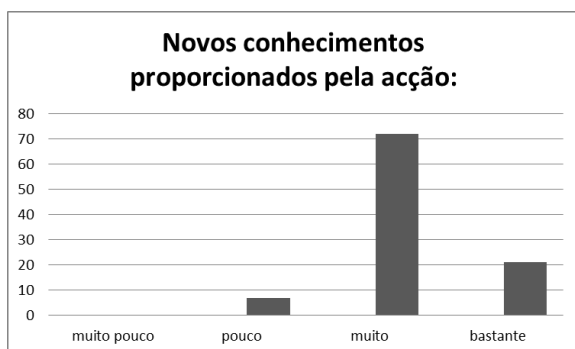
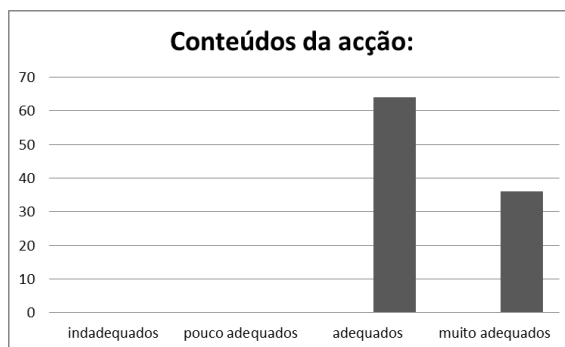
Meios audiovisuais utilizados – adequados: 79%

Duração – adequada: 50%

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Taxa de participação na formação (2ª sessão): 5 enfermeiros USFCO (37,5%, perfazendo com a 1ª sessão os 100%), 2 administrativas (33,3%), 1 interno de medicina (100%) e 8 médicos da USFCO (88.9%)

Resultados do instrumento de avaliação da acção de formação (2ª sessão):



Percepção dos profissionais de enfermagem da USFCO acerca da acção de formação:

Objectivos – claros: 57%

Conteúdos – adequados: 64%

Conhecimentos novos proporcionados – muito: 72%

Grau de satisfação – muita satisfação: 50%

Meios audiovisuais utilizados – adequados: 57%

Duração – muito adequada: 57%

ANEXO VIII – Sessão de educação para a saúde “Coma com HiperAtensão”

ANEXO VIIIa – Plano da sessão

PLANO DE SESSÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: “Coma com HiperAtensão”

Datas: 3, 8, 9, 10, 14,15,16 de Novembro de 2011

Duração: 1 hora

Formadora: Daniela Martins, Mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária do ICS-UCO, 2011

Destinatários: Utentes e funcionárias dos vários centros de dia/ convívio (quatro sessões) do projecto “Envelhecer com Saúde” da UCC Saúdar, utentes do projecto “Férias em saúde” da UCC Saúdar na comemoração do Dia Mundial da Diabetes e utentes da USFCO (duas sessões)

Local: Sala de convívio dos centros de dia, espaço aberto no Piso –1 do edifício do ACES de Oeiras e sala de reuniões da USFCO

Metodologia: Expositiva e interactiva

Objectivos gerais:

- Transmitir conhecimentos sobre alimentação no doente hipertenso, nomeadamente sal escondido nos alimentos.
- Transmitir conhecimentos sobre rotulagem dos alimentos.

Objectivos específicos:

- Promover a leitura de rótulos dos alimentos.
- Esclarecer dúvidas sobre alimentação saudável e rotulagem.

Avaliação:

Pelo cariz subjectivo que estas sessões têm foi efectuada uma análise reflexiva das sessões efectuadas e respectiva avaliação da mesma que se encontra no (ANEXO III c e III e).

ESTRUTURA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

	Conteúdos	Metodologia	Duração	Recursos
Introdução	<p>Apresentação.</p> <p>Apresentação dos objectivos.</p> <p>Explicação da metodologia aplicada para a presente sessão.</p>	Expositiva	5 min	<p>Prelector</p> <p>Computador</p> <p>Visualização de Diapositivos</p>
Desenvolvimento	<p><u>Apresentação dos conteúdos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - HTA, prevalência e factores de risco cardiovascular - sal, quantidades recomendadas, sal escondido nos alimentos, alimentos com muito sal - leitura de rótulos de produtos alimentares - importância da alimentação saudável - sugestões para idas às compras - importância do exercício físico 	<p>Expositiva</p> <p>Interactiva</p>	40 min	<p>Prelector</p> <p>Computador</p> <p>Visualização de Diapositivos</p>
Conclusão	<p>Pequeno questionário colectivo efectuado de modo a avaliar algumas indicações dadas durante a sessão.</p> <p>Esclarecimento de dúvidas/ reflexão final.</p>	Interactiva	15 min	<p>Prelector</p> <p>Computador</p> <p>Visualização de Diapositivos</p>

ANEXO VIIIb – Diapositivos da apresentação da sessão

USF CONDE DE OEIRAS


Saudar

COMA COM HIPERTENSÃO





Enfª Daniela Martins

Hipertensão arterial




- “A HTA afecta 1/5 da população a nível mundial.” (DGS, 2011)
- “As doenças cardiovasculares são responsáveis por 40% das mortes em Portugal!” (Portal da Saúde, 2009)
- TA > 140/90 mmHg (ESH-ESC, 2007)

Quem pode ser hipertenso?



- Factores não modificáveis:
 - Género
 - Idade
 - Raça
 - Hereditariedade
- Factores modificáveis (estilo de vida inadequado):








O sal...

Quantidade máxima diária de sal: (OMS)

5g sal (NaCl) = 2g sódio (Na+) = 1 colher de chá de sal



O sal escondido nos alimentos...



Alimentos com muito sal: (a evitar)

- Produtos charcutaria, alimentos fumados.
- Sopas instantâneas.
- Caldos concentrados (caldos de carne, peixe, marisco, vegetais).
- Rissóis, croquetes, chamuças, bolinhos de bacalhau, panados, ...
- Alimentos enlatados.
- Ketchup, mostarda, molho de soja.
- Folhados.










Alimentos com muito sal: (a evitar)

- Determinados tipos de **queijo** (aconselham-se os frescos ou os fundidos);
- Refeições congeladas prontas a consumir** (pizzas, lasanhas, bacalhau à brás);
- Margarinas, manteiga e outras gorduras para barrar.
- Batatas fritas de pacote e outros **aperitivos muito salgados**.
- Azeitonas.
- Águas minerais gasificadas.



Regras de ouro...



- Fazer pelos menos **5 refeições** por dia (PA, meio manhã, almoço, lanche e jantar) de preferência a **horas certas**.
- Não ficar mais do que **3h30 sem comer** (jejuns nocturnos não superiores a 8-9h).
- Não comer em demasia.
- Mastigar** e ensalivar **bem** os alimentos (comer calmamente).
- Cozinhar uma quantidade maior de alimentos e depois dividi-los em doses diárias e guardar no frigorífico ou no congelador (para quando estiver mais cansado).
- Comer sopa de legumes uma vez por dia.



Regras de ouro...

- Ingerir cerca de **6 a 8 copos de água por dia** (2L) mesmo sem sentir sede. (chá ou infusões sem adição de açúcar).
- Ingerir pelo menos **5 porções de fruta e vegetais por dia** (podem ser congelados) - (preferir **os da época**).
- Preferir as **carnes magras e brancas** às gordas e vermelhas, retirar a gordura visível da carne.
- Consumir **peixe pelo menos 5 vezes por semana**.



Regras de ouro...

- Evitar consumir alimentos fritos e assados** com muita gordura, fumados, enchidos e enlatados. (Se fritar, utilizar **azeite** ou óleo de amendoim).
- Se assar no forno adicione pouca gordura (**azeite**) ou faça uma marinada e rejeite o molho que fica na assadeira.
- Não levar o saleiro para a mesa**. Substituir o sal por ervas aromáticas, especiarias, vinho, limão, iogurte natural não açucarado.



Regras de ouro...

- Aumentar a ingestão de **cereais integrais** ("escuros") e comer uma porção de **leguminosas** (ervilhas, grão de bico, feijão,...) **por dia**.
- Aumentar ingestão de **cálcio** - máximo 3 porções/dia.
- Evitar **queijos** com mais 30% de gordura (preferir os **frescos ou fundidos**).
- Diminuir o consumo de açúcar e produtos açucarados.
- Coloque **pequenas porções** de manteiga ou margarina no pão.
- Evitar deitar-se imediatamente a seguir à refeição.



Ler o rótulo

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Valores Médios	Por 100 g	Por 2 fatias (=45 g) 3EVD*	
Valor energético	1083 kJ 257 kcal	487 kJ 116 kcal	6%
Proteínas	9,9 g	4,3 g	
Hidratos de Carbono	41,1 g	18,3 g	
dos quais Açúcares	3,3 g	1,5 g	2%
Lípidos	4,4 g	2,0 g	3%
dos quais Saturados	0,7 g	0,3 g	2%
Fibras Alimentares	7,9 g	3,4 g	14%
Sódio	0,41 g	0,185 g	
Equivalente em Sal	1,0 g	0,5 g	8%

Boas opções...

- Ler os rótulos das embalagens.
- Praticar pelo menos **30 minutos de exercício físico moderado por dia**. (reduz a TA, aumenta a auto-estima, reduz o risco de doenças cardiovasculares,...) caminhada antes de comer – estimula o apetite.
- Evitar **bebidas alcoólicas** (máximo: homens 2cp dia/ mulheres 1cp dia – vinho tinto).



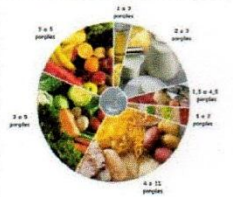
Quando for às compras...

- Leve uma lista.
- Não faça compras com fome.
- As marcas mais caras são as que estão ao nível dos nossos olhos.
- Escolher embalagens de tamanho familiar e dividir em casa em pacotes individuais por refeição.
- Leia os rótulos, porque **tudo começa no supermercado e acaba no nosso prato**.

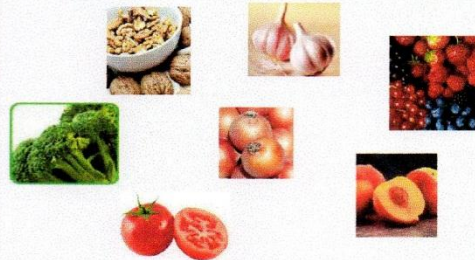


Não esquecer...

Grupo de alimentos	Porções aconselhadas
Cereais, derivados e tubérculos	9 porções
Hortícolas	3 porções
Fruta	3 porções
Lactínios	3 porções
Carne, peixe ou ovos	3 porções
Leguminosas	2 porções
Gorduras	2 porções
Água	1,5 a 2 litros



Alimentos “bons” para o coração



Podemos ingerir moderadamente...



Em resumo...

- Pessoas que consomem frutos, legumes e hortaliças, têm menores níveis de colesterol sanguíneo.



Principal Factor de Risco

Doenças cardiovasculares

- Plano alimentar com **baixo teor de gordura saturada, sal e açúcar** reduz o risco de EAM e AVC.



VAMOS FAZER UM JOGO



1 – A HTA está relacionada com:

- A) Consumo de sal e gorduras em excesso.
Falsidade
- B) Não praticar exercício físico e ter peso a mais.
Falsidade

2 – A quantidade máxima de sal que podemos consumir por dia é:

- A) 5g
- B) 6g
- C) 1 colher de sopa de sal

3 – Em relação à fruta/ vegetais:

- A) Comer 5 porções de fruta e vegetais por dia.
Falsidade
- B) Preferir os produtos da época.
Falsidade

4 – Em relação à carne:

- A) Deve ser vermelha e gorda.
Falso
- B) Deve ser branca e magra.
Falsidade
- C) Não devemos retirar a gordura visível da carne.
Falso

5 – Por dia deve-se beber:

- A) 6 a 8 copos de água.
- B) 3 copos de água.
- C) 1 copo de água.

ANEXO VIIIc – Divulgação da sessão no Dia Mundial da Diabetes na USFCO e UCC Saúdar

Dia Mundial da Diabetes

14 Novembro 2011

Venha comemorar connosco...

Piso - 1

14h30 – Sessão de Movimento (promovido pelas Enf^{as} Carla Magueja/Teresa Gadanho¹/Fátima Chumbo² com a colaboração de Alunas de Enfermagem: Ana Miralto/Rita Frasquilho³

15h – Sessão de Educação para a Saúde: “Coma com HiperAtensão” (Enfermeira Daniela Martins)⁴

16h – Lanche/Encerramento

¹ Enfermeiras de Reabilitação da ECCI

² Enfermeira Coordenadora da UCC Saúdar

³ No âmbito do Ensino Clínico V da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação das Enfermeiras Cláudia Miranda/Sandra Silva – USFCO

⁴ Aluna de Especialidade Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Enfermeira Zé Vazão - USFCO

Junte-se a nós!

imagem retirada de: <http://www.unitedfordiabetes.org/>



**ANEXO IX – Acção de formação sobre
“Autocuidado: vigilância da TA”**

ANEXO IX – Plano da sessão

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Autocuidado: vigilância da TA”

Data: 17 de Novembro de 2011

Duração: 30 minutos

Formadora: Daniela Martins, Mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária do ICS-UCO, 2011

Destinatários: Equipa de enfermagem da USFCO

Local: Sala de reuniões da USFCO

Metodologia: Expositiva e interactiva

Objectivos gerais:

- Transmitir conhecimentos sobre avaliação da TA, abordando a forma adequada de aconselhamento aos utentes no seu autocuidado.

Objectivos específicos:

- Esclarecer dúvidas sobre autovigilância da TA dos utentes.

Avaliação:

Em folha própria. Questionário de avaliação existente no GADIS – núcleo de formação do ACES de Oeiras (ANEXO X).

Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010 para trabalhar os conteúdos da avaliação.

Os resultados serão apresentados em gráficos.

ESTRUTURA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

	Conteúdos	Metodologia	Duração	Recursos
Introdução	Apresentação dos objectivos. Explicação da metodologia aplicada para a presente sessão.	Expositiva	3 min	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
Desenvolvimento	<u>Apresentação dos conteúdos:</u> - HTA, prevalência, classificação e risco cardiovascular - sintomatologia da HTA - aparelhos de medição da TA - método de avaliar a TA - HTA no ambulatório e auto-medição da TA - HTA da bata branca e casos especiais - tratamento da HTA - seguimento do hipertenso e adesão terapêutica	Expositiva Interactiva	20 min	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas/ reflexão final.	Interactiva	5 min	Prelector Computador Visualização de Diapositivos
Avaliação	Preenchimento de folha de avaliação.		2 min	Folha de avaliação

ANEXO IX – Diapositivos da apresentação da sessão


Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde
 Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Enfermagem Comunitária

Autocuidado: vigilância da TA



Enf.ª Daniela Martins – aluna
 Enf.ª Maria José Vazão – orientadora
 Prof. Ana Razeide – tutora

17 de Novembro de 2011

Hipertensão em Portugal

- Em Portugal, existem cerca de **dois milhões** de hipertensos.
- E destes, apenas...
 - **50% sabe** que sofre desta patologia;
 - **25% está medicado**;
 - **11%** tem a tensão efectivamente controlada.

(Federação Portuguesa de Cardiologia)

Classificação da TA (ESH-ESC, 2007)

Categoria	Categoria	Categoria	Categoria
Óptima	< 120	e	< 80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão de grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão de grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão de grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	e	< 90


A hipertensão sistólica isolada deve ser classificada (1, 2, 3) de acordo com valores de Pressão Diastólica nos intervalos indicados, desde que os valores diastólicos sejam <90mmHg.

Risco cardiovascular (ESH-ESC, 2007)

- **Valores da TA, existência de factores de risco, órgãos alvo afectados ou se existe doença.**

	Pressão arterial (mmHg)				
	Normal PRS 120/129 ou PRO 80/84	Normal alta PRS 130/139 ou PRO 85/89	HT Grau 1 PRS 140/159 ou PRO 90/99	HT Grau 2 PRS 160/179 ou PRO 100/109	HT Grau 3 PRS ≥180 ou PRO ≥110
Outros factores de risco, LO ou doença					
Ausência de outros factores de risco	Risco moderado	Risco moderado	Risco afectado baixo	Risco afectado moderado	Risco afectado alto
1-2 factores de risco	Risco afectado baixo	Risco afectado baixo	Risco afectado moderado	Risco afectado moderado	Risco afectado muito alto
3 ou mais factores de risco, SM, LO ou Diabetes	Risco afectado moderado	Risco afectado alto	Risco afectado alto	Risco afectado muito alto	Risco afectado muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco afectado muito alto	Risco afectado muito alto	Risco afectado muito alto	Risco afectado muito alto	Risco afectado muito alto

Sintomatologia



- Normalmente **silenciosa!!!**
- Mas as pessoas podem referir:
 - Cefaleias.
 - Palpitações.
 - Epistaxe.
 - Zumbidos.
 - Vertigens.
 - (...)

Aparelhos de medição da TA

- **Manómetro aneróide:**
 - mais fácil de transportar, menos frágil
 - útil nas medições nos domicílios dos doentes
 - exactidão de 5mmHg
- **Aparelho electrónico**
 - com validade clínica




Aparelhos de auto-medição da TA

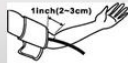
- Monitores com **braçadeira no braço ou pulso** (estes são fiáveis se o pulso estiver ao nível do coração).



- Nos doentes com frequência cardíaca irregular, esta medição pode ser impossível e a FC pode não ser real (FA).

• Braçadeira:

- adaptada ao perímetro braquial;
- centrada sobre a artéria, três centímetros acima do cotovelo;
- se não for tamanho adequado para o braço – colocar antebraço;
- não deve ser colocado num braço do lado mastectomizado ou com fistula de HD.



Como avaliar a TA?



- Pessoa em decúbito dorsal ou sentada com o braço nu. Evitar a manga arregaçada (braço apertado).
- 5 a 10 minutos em repouso.
- Braço ao nível do coração, pernas descruzadas, palma da mão virada para cima.
- Exame inicial: nos 2 braços, se for o mesmo valor, a posterior medição será só num braço.

Como avaliar a TA?



- Pesquisa de hipotensão ortostática (diferença > 20mmHg entre a posição de decúbito dorsal e a posição de pé para a TAs) – frequente nos idosos (induzida por certos fármacos) e nos diabéticos (frequente por neuropatia vegetativa e alteração do barorreflexo – tonificações alteradas).

- 1ª medição decúbito dorsal
- 2ª medição depois de passar a posição ortostática

Como avaliar a TA?



- Medição feita na ausência de (qualquer acontecimento que possa alterar os valores):
 - stress;
 - após uma refeição;
 - um esforço;
 - exposição ao frio;
 - consumo de álcool, tabaco ou café na meia hora precedente;
 - episódio doloroso;
 - toma de simpaticomiméticos (ex. epinefrina).
- Bexiga vazia (curiosidade).
- Ritmo circadiano: TA aumenta ao longo da manhã, descendo gradualmente ao longo do dia, acentuando-se à noite. Pico: madrugada e primeiras horas da manhã.

HTA no ambulatório (MAPA)



- Registo de valores de TA durante um dia de actividade normal. O braço deverá estar imóvel durante a medição.
- Doente deve anotar as actividades ao longo do dia.
- **Interesse** no despiste da hipertensão da "bata branca", cuidados com HTA refractária nos tratamentos e em casos de suspeita de hipotensão no hipertenso em tratamento.
- Confirmação da HTA sistólica nos idosos – despiste de "pseudo-hipertensos" (TA elevada na consulta, mas Tas < 140mmHg neste tipo de medição em período de actividade).

Auto-medição da TA



- Usada no domicílio pelo próprio doente.
- As pessoas devem saber as regras de utilização.
- Fácil utilização e bem aceite.
- Auto-medição – medição consciente e voluntária da TA pelo indivíduo.
- Escolher um aparelho que tenha sido testado e que esteja de acordo com os critérios de qualidade.
- Medições a horas regulares.
- Melhor forma de reproduzir os valores da TA (circunstâncias).
- Não é aconselhado em certos casos de ansiedade – medição permanente e exagerada.

Aparelhos de auto-medição da TA

Aparelhos de auto-medição da TA	Nível atribuído pela British Hypertension Society* (sistólica / diastólica)
Omron HEM-705cp, Omron MI, Omron M4	A/B
Philips HP-5532	C/A
DS 175	D/A
Tensioplus UA 316	A/A

*Características dos principais aparelhos de auto-medição validados segundo os critérios da British Hypertension Society, que atribui uma nota de A a D. Somente os aparelhos de nível A e B são considerados.

HTA da bata branca (HTA isolada na consulta)

- $TAs > 140\text{mmHg}$ ou $TAd > 90\text{mmHg}$ na consulta e $TAs < 135\text{mmHg}$ e $TAd < 85\text{mmHg}$ na auto-medição ou medição em ambulatório em período de actividade.
- Associada a situações de stress no momento da medição potenciado pela presença de um profissional de saúde.
- **Crítérios indirectos para suspeita:** não atingir os órgãos alvo da HTA, ineficácia dos medicamentos apesar de terapêutica bem conduzida e má tolerância ao medicamento (hipotensão em ambulatório).
- Risco idêntico ou ligeiramente superior aos normotensos (por isso é que não se justifica a medicação anti-hipertensora), mas deve haver seguimento → auto-medição da TA.

Casos especiais

- **Diabéticos:** reduzir os valores da TA provoca efeito protector no aparecimento e progressão da lesão renal – nefropatia. **Objectivo:** $< 140/90\text{mmHg}$
- **Síndrome metabólica:** obesidade visceral, DM, dislipidemia, HTA → aumenta o risco cardiovascular.
- **HTA resistente:** $TA > 140/90\text{mmHg}$ apesar de tratamento medicamentos com 3 fármacos (um dos quais diurético) em doses adequadas e após exclusão de HBB.
 - Causas: fraca adesão ao esquema terapêutico, não alteração do estilo de vida, ingestão de substâncias que podem aumentar a TA (cocaína, glucocorticóides, alcaçuz, anti-inflamatórios não esteróides).
- **Idosos:** HTA sistólica isolada > rigidez muscular.
 - Risco de hipotensão postural – avaliação da TA com doente em pé.

Tratamento da HTA

- Tratamento **farmacológico**.
- Tratamento **não farmacológico**:
 - diminuir o sal na alimentação, usando ervas aromáticas;
 - dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
 - praticar exercício físico regularmente (30 minutos / dia);
 - consumir álcool moderadamente;
 - cessar hábitos tabágicos;
 - reduzir peso em excesso;
 - lutar contra o stress.

Seguimento do hipertenso

- Visitas devem ser frequentes até a TA alvo ser atingida.
- Os doentes de baixo risco ou HTA grau I podem ser observados de 6 em 6 meses, os que têm risco elevado ou muito elevado e os que não fazem terapêutica devem ser observados com maior frequência.
- O tratamento deve ser continuado para toda a vida.
- **Interrupção da medicação** em doentes controlados → retorno há HTA. Pode reduzir-se lenta e progressivamente o tratamento em curso em doentes de baixo risco.

Adesão terapêutica

- **Auto-medição da TA:** doente sente-se responsabilizado e encorajado a prosseguir o tratamento perante os valores de TA mais baixos relativamente aos obtidos no consultório.
- **Optimização da terapêutica anti-hipertensora:**
 - preferir a toma única diária (limita os esquecimentos);
 - toma matinal (mais bem aceite pelos doentes, menos esquecida);
 - informar aos doentes os objectivos e benefícios do tratamento que limita as complicações da HTA e melhora a morbilidade cardiovascular a longo prazo.
- Adaptar o regime do tratamento ao estilo de vida e às necessidades do doente.
- Envolver a família nos planos de tratamento e informações sobre a doença.

Bibliografia



- GIRERD, Xavier; DIEGOS-HASNIER, Sophie; HEUZÉY, Jean-Yves Le – *Guia Prático Clíptico da Hipertensão Arterial*. 1ª ed. Lisboa: Clíptico Editores, 2004. ISBN 972-796-027-8.
- <http://familydoctor.org/online/famdocen/home/common/heartdisease/treatment/122.html>
- <http://www.medicoassistente.com/varios/monitorizacao-ambulatoria-da-pressao-arterial-map-pneurometria-arterial>
- <http://www.minc-saude.pt/portal/contudos/enciclopedia/da/saude/doencas/doencas/do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>
- <http://www.news-medical.net/news/20110408/Blood-pressure-internal-circadian-rhythm-does-not-appear-to-increase-morning-hsra-articles.aspx?page=2>
- <http://www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/guide/hypertension-home-monitoring>
- Recomendações de 2007 para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (ESH-ESC).
- Recomendações de 2007 para o tratamento da Hipertensão Arterial (ESH-ESC).
- TRIGO, Miguel; COELHO, Rui; ROCHA, Evangelista – *Fatores de Risco Clássicos e Sócio-demográficos da doença das artérias coronárias: revisão de literatura*. Porto: Sociedade Portuguesa de Psicosomática, 2001. ISBN 9874-4696.
- www.sdp.pt
- www.fisiofisiologia.pt



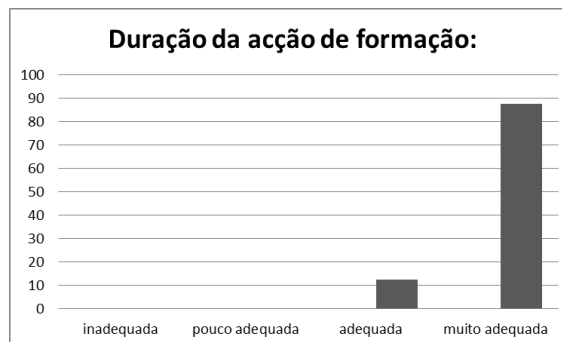
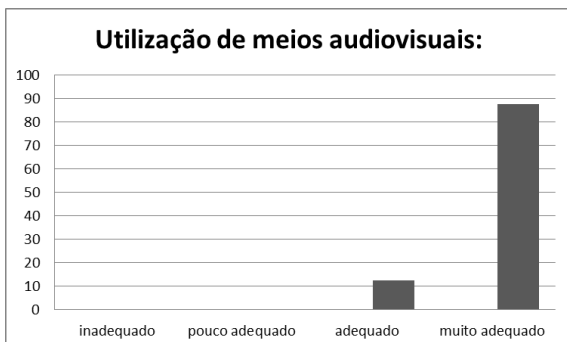
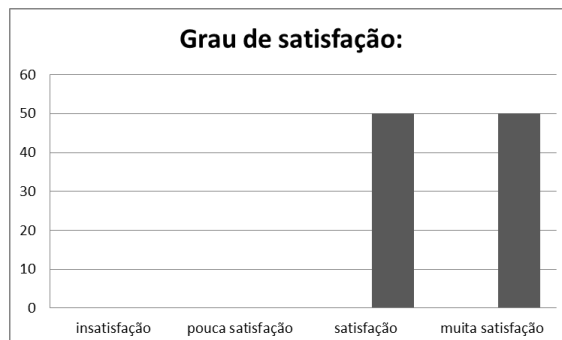
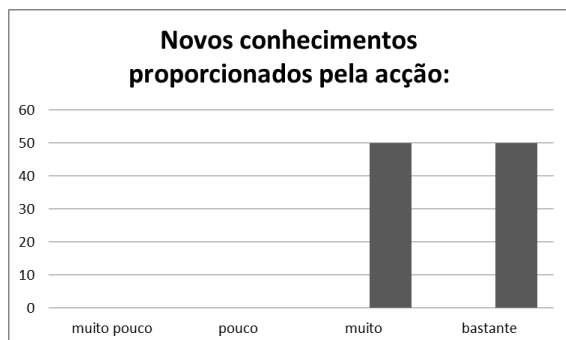
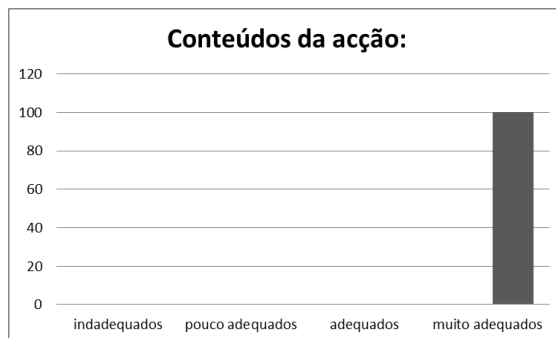
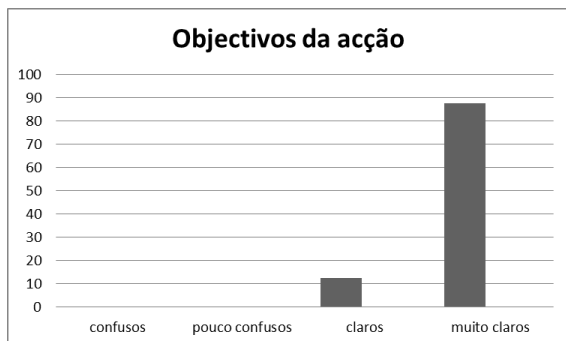
Obrigada...

ANEXO IXc – Avaliação da sessão

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Taxa de participação na formação: 6 enfermeiros (75%) e 2 alunas de enfermagem (100%)

Resultados do instrumento de avaliação da acção de formação:



Percepção dos profissionais de enfermagem da USFCO acerca da acção de formação:

Objectivos – muito claros: 87,5%

Conteúdos – muito adequados: 100%

Conhecimentos novos proporcionados – bastante: 50%

Grau de satisfação – muita satisfação: 50%

Meios audiovisuais utilizados – muito adequados: 87,5%

Duração – muito adequada: 87,5%

**ANEXO X – Instrumento de Avaliação da Acção
de Formação utilizado pelo GADIS (Grupo de
Apoio ao Desenvolvimento Interpessoal em
Saúde) do ACES de Oeiras**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

1 – Identificação da Acção

TEMA: _____

Data: ___ / ___ / _____

Duração: _____

2 – Programa de Formação

2.1 – OBJECTIVOS DA ACÇÃO:

(Confusos) 1 — 2 — 3 — 4 (Muito claros)

2.2 – CONTEÚDOS DA ACÇÃO:

(Inadequados) 1 — 2 — 3 — 4 (Muito adequados)

2.3 – A FORMAÇÃO PROPORCIONOU NOVOS CONHECIMENTOS:

(Muito pouco) 1 — 2 — 3 — 4 (Bastante)

2.4 – GRAU DE SATISFAÇÃO:

(Insatisfação) 1 — 2 — 3 — 4 (muita satisfação)

2.5 – UTILIZAÇÃO DE SUPORTES/DOCUMENTOS/MEIOS AUDIOVISUAIS:

(Inadequado) 1 — 2 — 3 — 4 (Muito adequado)

2.6 – DURAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:

(Inadequada) 1 — 2 — 3 — 4 (Muito adequada)

3 – Sugestões/Observações:

Obrigado pela participação

ANEXO XI – Folhetos do projecto “Coma com HiperAtensão”

ANEXO XIa – “Se somos o que comemos... saiba o que come”

HIPERTENSÃO: risco cardiovascular

Em Portugal, uma em cada cinco pessoas é hipertensa.

Um terço das mortes por ano no mundo são por doenças cardiovasculares.

Se:

- tem familiares com antecedentes de hipertensão
- fuma
- consome álcool em excesso
- consome sal em excesso (> uma colher de chá de sal por dia)
- consome gorduras saturadas em excesso
- tem peso a mais
- não pratica exercício físico

... está em risco de ser uma dessas pessoas!!

E porque tudo começa no supermercado e acaba no nosso prato, quando for às compras...

- **leia o rótulo** dos produtos alimentares.
- **não faça compras com fome.**
- leve uma **lista**.



Informações retiradas de:

www.dgs.pt

www.rituais.net

Imagens retiradas de:

www.nutricao-nob.blogspot.com

www.nutricionistadecuritiba.blogspot.com

www.portaldasaude.pt



Contacto geral: 214400100

Elaborado por:

Enf.ª Daniela Martins (aluna da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica)

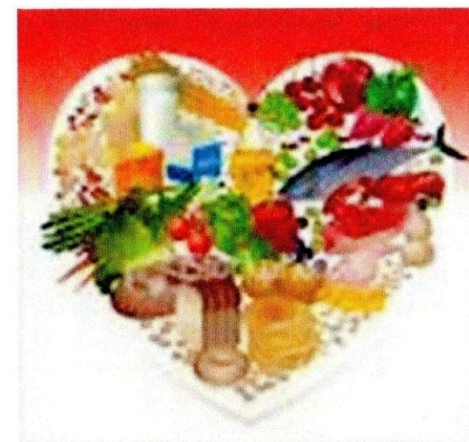
Enf.ª Maria José Vazão (enfermeira orientadora -USFCO)

Prof. Ana Resende (tutora da Universidade Católica)

(última revisão Nov./ 2011)



SE SOMOS O QUE COMEMOS... SAIBA O QUE COME



APRENDA A LER OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS: FAÇA A ESCOLHA CERTA

Descodificar o rótulo

O que fazer?



VALOR ENERGÉTICO:
menos que 400Kcal por 100g de produto é o ideal.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL — mostra a quantidade de alguns nutrientes existentes no produto.

VDR = DDR - dose diária recomendada.

Os **AÇÚCARES** devem ser menos que 10% de açúcares totais do produto.
3,3g / 41,1g = 8%

A **GORDURA SATURADA** tem de ser menos de 30% da Gordura total do produto.
0,7g / 4,4g = 15,9%

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Valores Médios	Por 100 g	Por 2 fatias * (=45 g)	%VDR*
Valor energético	1083 kJ 257 kcal	487 kJ 116 kcal	6%
Proteínas	9,5 g	4,3 g	
Hidratos de Carbono	41,1 g	18,5 g	
dos quais Açúcares	3,3 g	1,5 g	2%
Lípidos	4,4 g	2,0 g	3%
dos quais Saturados	0,7 g	0,3 g	2%
Fibras Alimentares	7,5 g	3,4 g	14%
Sódio	0,41 g	0,185 g	
Equivalente em Sal	1,0 g	0,5 g	8%

OPTE POR ALIMENTOS MAIS SIMPLES MENOS PROCESSADOS, com uma lista de ingredientes o mais reduzida possível, e com menos aditivos.

Produtos com mais de 6g de **FIBRA E PROTEÍNAS** por 100g são boas escolhas, se for superior a 10g é excelente.

Quantidade máxima de **SAL** é 5g (1 colher de chá) por dia. O que equivale em **SÓDIO** (Na⁺) a 2g por dia.

Indicação de todos os produtos que compõem o alimento, sendo o primeiro o que existe em **MAIOR QUANTIDADE** no produto.

Pão de Forma Integral de Trigo
Ingredientes: Farinha de trigo tipo 150, água, levedura, óleo de girassol, açúcar, sal, glúten de trigo, conservantes (propionato de cálcio, ácido sórbico) e emulsionantes (E 471, E 472e).
Contém cereais com glúten. Pode conter vestígios de leite e sementes de sésamo.

- Coma sopa uma vez por dia.
- Três peças de fruta por dia.
- Peixe pelo menos 5 vezes por semana.
- Prefira cereais complexos (pão escuro e cereais integrais).
- Não fique mais do que 3h30 sem comer.
- Cozinhe às cores (hortaliças, leguminosas, legumes e frutos).
- Pese-se com regularidade.
- Beba 1,5L de água por dia (no mínimo).
- Coma porções de todos os grupos alimentares.
- Tempere com azeite, limão, ervas aromáticas, reduzindo o sal.
- Retire toda a gordura visível dos alimentos.
- Coloque pequenas porções de manteiga no pão.
- Cozinhe sem gordura (usar azeite em pequenas quantidades).
- Evite fritar, mas se o fizer use azeite ou óleo de amendoim.
- Pratique actividade física moderada pelo menos 30 minutos por dia.

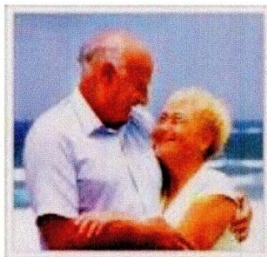
ANEXO XIb – “Cozinhe com menos sal, mantendo o sabor”

UM PLANO ALIMENTAR COM BAIXO TEOR DE GORDURA SATURADA,

SAL E AÇÚCAR.



REDUZ O RISCO DE ENFARTE E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.



COMA COM HIPERATENÇÃO!!

PROTEJA O SEU CORAÇÃO!!



COZINHE COM MENOS SAL, MANTENDO O SABOR



PELO SEU CORAÇÃO!!

Informações retiradas de:

www.dgs.pt

Imagens retiradas de:

www.l.bp.blogspot.com

www.blogdagastro.wordpress.com

www.fotowho.net



Contacto geral: 214400100

Elaborado por:

Enf.ª Daniela Martins (aluna da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica)

Enf.ª Maria José Vazão (enfermeira orientadora - USFCO)

Prof. Ana Resende (tutora da Universidade Católica)

(última revisão Nov./ 2011)

Torne os seus cozinhados mais aromáticos

Regras de ouro:



Substituir o sal por	Usos mais comuns em culinária
Aipo	Sopas, caldos de carne, estufados e cozidos de carne
Açafrão	Sopas, pratos de peixe, caldeiradas, arroz e certos molhos
Alho	Sopas de legumes., estufados, assados, cru em molhos como o molho verde
Caril	Peixe, moluscos, molhos, aves, ovos, arroz, massas, estufados
Cebola	Cozidos, grelhados, assados no forno, estufados, carnes, peixes, saladas, legumes, feijão, molhos
Coentro	Saladas, sopas, arroz, massas, ervilhas, favas, marinadas
Colorau	Estufados, assados no forno, ensopados, carnes de porco, bacalhau e outros pratos de peixe
Cominho	Carnes de porco, estufados
Louro	Estufados, assados no forno, arroz, massas
Noz moscada	Molho bechamel, puré de batata, carnes, marinadas, estufados
Orégão	Saladas, pizzas, molho de tomate, estufados de carne, pratos de peixe, azeitonas, massas
Pimenta	Pode ser usada em praticamente todas as preparações culinárias
Piripiri	Caldeiradas, carnes assadas
Salsa	Bacalhau, saladas, feijão,...
Tomilho	Saladas, pizzas, molho de tomate, estufados de carne, pratos de peixe, azeitonas, massas, empadas, espetadas, guisados

- **Não leve o saleiro para a mesa.**
- **Substitua o sal** por ervas aromáticas, especiarias, vinho, limão, iogurte natural não açucarado.
- **Carne a marinar** antes de confeccionar, em vinha de alho ou temperos sem sal.
- **Prefira cozer, grelhar, estufar.** Se fritar, utilizar **azeite ou óleo de amendoim.**
- Se **assar** no forno adicione pouca gordura (azeite) ou faça uma marinada e **rejeite o molho que fica na assadeira.**
- Faça **refogado com mais cebola e água** e menos azeite.
- Para **gratinar utilize pão ralado ou queijo magro.**
- **Retire toda a gordura visível** dos alimentos.
- Nas **frigideiras antiaderentes** pode cozinhar sem adição de gordura.

ANEXO XII – Poster “Aprenda a ler rótulos: faça a escolha certa”

APRENDA A LER OS RÓTULOS: FAÇA A ESCOLHA CERTA

Os **AÇÚCARES** devem ser **menos que 10%** de açucars totais do produto.
 $3,3g / 41,1g = 8\%$

VALOR ENERGÉTICO: menos que **400Kcal** por **100g** de produto é o ideal.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL
 — mostra a quantidade de alguns nutrientes existentes no produto.

VDR = DDR - dose diária recomendada.

Produtos com mais de **6g de FIBRA E PROTEÍNAS** por **100g de produto** são boas escolhas, se for superior a **10g** é excelente.

A **GORDURA SATURADA** tem de ter **menos de 30%** da Gordura total do produto.
 $0,7g / 4,4g = 15,9\%$

Valores Médios	Por 100 g	Por 2 fatias (=45 g)	%VDR*
Valor energético	1083 kJ 257 kcal	487 kJ 116 kcal	6%
Proteínas	9,5 g	4,3 g	
Hidratos de Carbono dos quais Açúcares	41,1 g 3,3 g	18,5 g 1,5 g	2%
Lípidos dos quais Saturados	4,4 g 0,7 g	2,0 g 0,3 g	3% 2%
Fibras Alimentares	7,5 g	3,4 g	14%
Sódio	0,41 g	0,185 g	
Equivalente em Sal	1,0 g	0,5 g	8%

OPTE POR ALIMENTOS MAIS SIMPLES, MENOS PROCESSADOS, com uma lista de ingredientes o mais reduzida possível, e com menos aditivos.

Quantidade máxima de SAL (NaCl) diária é 5g (1 colher de chá de sal) que equivale em **SÓDIO (Na+)** a 2g por dia.

Indicação de todos os produtos que compõem o alimento, sendo o primeiro o que existe em **MAIOR QUANTIDADE** no produto.



Pão de Forma Integral de Trigo
Ingredientes: Farinha de trigo tipo 150, água, levedura, óleo de girassol, açúcar, sal, glúten de trigo, conservantes (propionato de cálcio, ácido sórbico) e emulsionantes (E 471, E 472e).
Contém cereais com glúten. Pode conter vestígios de leite e sementes de sésamo.

Elaborado por:
 Enf.ª Daniela Martins (aluna da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica)
 Sob orientação da Enf.ª Maria José Vazão (USFCO) e Tutoria da Prof. Ana Resende (Universidade Católica)
 Informação retirada de: www.dgs.pt
 www.rituals.net.com
 Imagem retirada de: www.minhavida.com.br
 (Novembro / 2011)

ANEXO XIII – Desenho do projecto “Percepção dos utentes não utilizadores da USFSJ”

- **Contextualização**

A satisfação do cliente é um padrão de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) e, segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-16, qualidade em saúde *“implica (...) a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”* (PNS 2011-16). O facto de conhecer a realidade da USF nos módulos I e II tornou-se uma mais-valia para a elaboração deste projecto e, tendo em conta que foi construído à luz do planeamento em saúde, permitiu a consolidação de competências neste âmbito.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prevê *“a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde”*. Neste sentido, a USFSJ pretende conhecer a percepção dos utentes não utilizadores da USF, nomeadamente conhecer as razões pelas quais eles não utilizam a mesma.

A USFSJ já realiza um inquérito de satisfação semestralmente aos utentes. No entanto, este apenas se aplica a quem utiliza os serviços, não se sabendo a razão pela qual 32,68% dos utentes inscritos na USFSJ não utilizaram a mesma durante o ano de 2011 (valores apenas referentes até Outubro, uma vez que este projecto se iniciou em Novembro), segundo o indicador *“taxa de utilização global de consultas”* da USF, sendo que muitas destas pessoas não têm utilizado há um ano ou mais. Verifica-se que este valor tem decrescido ligeiramente desde 2008, no entanto, a equipa desconhece os motivos da não utilização. Esta necessidade é sentida e manifestada pela equipa, normalmente quando se apresentam e se discutem os resultados dos inquéritos de satisfação que são efectuados aos utilizadores semestralmente. A USF presta cuidados personalizados ao utente, antecipando as necessidades do mesmo.

A auscultação da população é uma das estratégias e recursos promotores de Cidadania em Saúde, como refere o PNS 2011-16, uma vez que *“a avaliação da satisfação conclui sobre a necessidade de maior envolvimento do utente na organização dos cuidados”* (PNS, 2011-16). O mesmo documento refere como orientação a promoção de processos de melhoria contínua do exercício de cidadania, através de avaliações regulares das necessidades do cidadão, como se pretende com este projecto. Para além disso, *“o acesso à informação, inclusão e participação, a responsabilização e capacidade de organização local são os elementos base de uma estratégia bem-sucedida de cidadania em saúde”* (Ramos V, citado por PNS 2011-16).

- **População alvo**

A faixa etária considerada foi dos 20 aos 64 anos de idade, uma vez que os indicadores demonstram que os utentes das outras faixas etárias utilizam mais os serviços e estes são os números de utentes não utilizadores da USFSJ em função do género e da idade, durante o ano de 2011 (até Outubro), segundo os dados recolhidos através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

Tabela de utentes não utilizadores da USFSJ em função do género:

Género (20-64 A)	Género masculino (n.º)	Género masculino (%)
Utilizadores	3036	60,8%
Não utilizadores	1955	39,2%
Total de utilizadores e não utilizadores	4991	100%

Género (20-64 A)	Género feminino (n.º)	Género feminino (%)
Utilizadores	2901	70,4%
Não utilizadores	1219	29,6%
Total de utilizadores e não utilizadores	4120	100%

Tabela de utentes não utilizadores da USFSJ em função da faixa etária:

Faixa etária	20 – 30 anos (n.º)	20 – 30 anos (%)
Utilizadores	1023	57,2%
Não utilizadores	767	42,8%
Total de utilizadores e não utilizadores	1790	100%

Faixa etária	31 – 40 anos (n.º)	31 – 40 anos (%)
Utilizadores	1551	58,2%
Não utilizadores	1114	41,8%
Total de utilizadores e não utilizadores	2665	100%

Faixa etária	41 – 50 anos (n.º)	41 – 50 anos (%)
Utilizadores	1395	64,7%
Não utilizadores	762	35,3%
Total de utilizadores e não utilizadores	2157	100%

Faixa etária	51 – 60 anos (n.º)	51 – 60 anos (%)
Utilizadores	1315	76,3%
Não utilizadores	410	23,7%
Total de utilizadores e não utilizadores	1725	100%

Faixa etária	61 – 64 anos (n.º)	61 – 64 anos (%)
Utilizadores	653	84,4%
Não utilizadores	121	15,6%
Total de utilizadores e não utilizadores	774	100%

(informação retirada de MIM@UF, Novembro de 2011)

○ **Critérios de exclusão**

Como critérios de exclusão, definiu-se a impossibilidade de contactar a pessoa após três tentativas de contacto telefónico ou a anulação da inscrição. Nestes casos, após todas as tentativas, com o número total de não contactados, efectua-se nova selecção através do mesmo método de amostragem.

Estes critérios verificaram-se através da elaboração do pré-teste. Para além destes, foram detectadas outras questões que foram discutidas na apresentação do projecto à equipa e serão mencionadas em seguida.

Quando se contactar um utente e se detectar que mais do que um elemento do agregado familiar estão na mesma situação, oferece-se a consulta a quem se aplicar e refere-se, numa coluna à parte, uma observação em relação a isso, mantendo no estudo apenas os utentes escolhidos pela amostra. Isto também evita futuros contactos às pessoas que já foram questionadas.

Quando há apenas um número de contacto para todo o agregado familiar, e caso a pessoa que atende não seja a pessoa com quem se pretende falar, pede-se o contacto da pessoa em questão ou, se quem atendeu souber o motivo pelo qual não são utilizadores da

USF, podem-se considerar (casos pontuais que serão avaliados pela pessoa que está a realizar a entrevista).

Nos casos em que as pessoas referem que estão dentro do plano de vigilância adequado, pode-se utilizar essa resposta como válida para o diagnóstico de situação.

- **Número de participantes**

Seleção de amostra aleatória através do *site* www.random.org/integers. Amostra de cerca de 5% da população (3174) – 158 utentes. É um valor inicial viável para se fazer um diagnóstico de situação do problema. Este diagnóstico serve também para se avaliar se esta metodologia tem resultados e deverá ser continuada ou se deverá ser modificada ou abandonada.

De acordo com Fortin (2009), nos métodos de amostragem probabilística, é necessária a inclusão de menor número de sujeitos do que na não probabilística. Coutinho (2011) refere que o tamanho da amostra poderá ser 10, 15% da população, no entanto, também refere que pelo facto de o número não ser o factor mais importante numa amostra, com frequência, pela sua aplicabilidade prática neste tipo de investigação, apontam-se valores para o tamanho ideal da amostra, surgindo assim *“o número 30, como o número mágico da amostra ideal: de facto, amostras inferiores a 30 têm poucas probabilidades de reflectirem fielmente os traços da distribuição de uma dada população e compreender os resultados da investigação”*. Refere também que *“mesmo que amostras mais pequenas representem fielmente a população, o seu tamanho reduz a possibilidade de os resultados do tratamento estatístico obtido terem significado”* (Coutinho, 2011).

- **Objectivo geral**

Aumentar o indicador “taxa de utilização global de consultas” da USFSJ para 70% em 2012, através da acessibilidade a utentes considerados não utilizadores da USF.

- **Objectivos específicos**

Conhecer as razões pelas quais os utentes não utilizaram a USFSJ.

Incentivar os utentes não utilizadores a utilizarem a USFSJ.

- **Actividades a desenvolver – condução do questionário**

Foi elaborado um questionário, que se encontra no final deste documento para aplicar a estes utentes, como instrumento de colheita de dados, o qual foi posteriormente submetido a um pré-teste.

O questionário foi construído tendo por base reuniões com os intervenientes no processo e peritos na área. Tem uma primeira parte de colheita de dados de identificação, cuja informação deverá ser recolhida antes do contacto telefónico, de modo a facilitar o mesmo, tornando-se mais rápido. Consiste também numa forma de detectar alguma informação (através dos lembretes computadorizados) que deva ser dita no momento do contacto, de modo a incentivar a utilização dos serviços e alertar os utentes para a importância da sua vigilância de saúde, procurando os serviços adequadamente, como consequência da percepção da saúde e do serviço como a resposta mais vantajosa. Os profissionais capacitam o utente ao acesso adequado aos serviços de saúde quer de forma oportunista, quer de forma proactiva e organizada.

O questionário tem opções de três dimensões. Uma dimensão em termos informativos, a fim de se perceber se as pessoas não utilizam os serviços por estarem pouco informadas. Uma dimensão em termos de vigilância de saúde, onde estão incluídas as pessoas que não utilizam porque se sentem bem, as que têm serviços de saúde privados logo, são de alguma forma, vigiadas e também as que têm o plano de vigilância em dia (uma vez que, segundo o médico, o seu plano de vigilância não seria anual, mas sim de dois em dois anos, por exemplo). Há também uma terceira dimensão direccionada para a percepção que os utilizadores têm, nomeadamente a nível de experiências anteriores em relação aos funcionários da USF (médicos, enfermeiros e administrativos). Caso haja alguma questão que não esteja contemplada nestas dimensões, é aplicada na opção de resposta aberta para posterior categorização.

Relativamente ao pré-teste, foram elaborados sete contactos telefónicos. De acordo com Quivy (2008), esta é uma operação que não pode ser ignorada e *“consiste em testar previamente o questionário junto de um pequeno número de indivíduos”*. Isto permite *“muitas vezes detectar as questões deficientes, os esquecimentos, as ambiguidades e todos os problemas que as respostas levantam”*. Na sequência do pré-teste, estabeleceram-se novos critérios e ficou-se alerta para situações que não tinham sido consideradas, tal como referido anteriormente.

O questionário deverá ser efectuado através de entrevista telefónica, que é o meio mais eficaz de chegar a esta população, durante o primeiro trimestre de 2012. Os registos serão efectuados numa tabela de EXCEL, que será construída na base deste questionário, uma vez que é mais rápido e económico. O contacto telefónico funciona também como uma forma de encaminhamento de algumas situações e despiste/marcação de consultas médicas ou de enfermagem. Para além disso, ao falarem com as pessoas, cria-se desde logo um elo de ligação, uma relação empática, estreitando os laços entre o enfermeiro e o utente, o que pode funcionar como facilitador das vindas à USF, servindo assim de impulsionador.

- **Recursos humanos**

Equipa da USFSJ.

- **Recursos físicos**

Espaço físico da USFSJ; equipamentos – computadores.

- **Recursos temporais**

Projecto a iniciar em Janeiro de 2012 e a terminar em Dezembro de 2012, em função da avaliação dos resultados obtidos.

- **Sistemas de avaliação/indicadores**

A fim de se avaliar os resultados obtidos com este questionário e também os objectivos do projecto estabeleceram-se os indicadores:

$$\frac{\text{n.º de consultas agendadas em contactos telefónicos}}{\text{n.º total de contactos telefónicos efectuados}} \quad \times 100$$
$$\frac{\text{n.º de comparências em consultas}}{\text{n.º de consultas agendadas}} \quad \times 100$$

QUESTIONÁRIO AOS UTENTES NÃO UTILIZADORES DA USFSJ

Este questionário está a ser efectuado com o objectivo de perceber a razão pela qual não recorre aos serviços da USFSJ, a fim de melhor o compreender e adequar as nossas actividades às suas necessidades. Pretendemos, desta forma, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a sua satisfação.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Género: M ___ F ___

Número de processo: _____

Data da última utilização dos serviços da USF: _____

Faixa etária: (20-64 A)

≤ 30 anos ___

31 – 40 anos ___

41 – 50 anos ___

51 – 60 anos ___

≥ 61 anos ___

MOTIVO PELO QUAL NÃO UTILIZOU OS SERVIÇOS DA USFSJ NO ÚLTIMO ANO: (escolha apenas uma opção)

Informação	Vigilância de saúde	Percepção
Horários não se adequam <input type="checkbox"/>	Acha que não está doente (sem razões para utilizar) <input type="checkbox"/>	Experiências anteriores negativas com médicos <input type="checkbox"/>
Desconhece o funcionamento da USF <input type="checkbox"/>	Plano de vigilância adequado <input type="checkbox"/>	Experiências anteriores negativas com enfermeiros <input type="checkbox"/>
Informações desadequadas sobre o funcionamento <input type="checkbox"/>	Outros serviços de saúde (ex. Privados) <input type="checkbox"/>	Experiências anteriores negativas com administrativos <input type="checkbox"/>
Outro: ___ Qual?		

O que sugere para se tornar mais fácil a sua vinda à USF?

Consulta agendada: Sim Não

Compareceu na consulta: Sim Não

Obrigada pela colaboração!