



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Prevenção das Doenças Cardiovasculares na
população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade de
Reguengos de Monsaraz**

Susana Capucho

Orientação: Professora Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária*

Relatório de Estágio

Évora, 2013

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Prevenção das Doenças Cardiovasculares na população ativa,
dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz**

Susana Capucho

Orientação: Professora Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária*

Relatório de Estágio

Évora, 2013

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

À professora Ermelinda Caldeira pela sua orientação e disponibilidade e por todo o apoio prestado.

A todos os professores que lecionaram o Mestrado de Enfermagem Comunitária.

Às minhas colegas que integram a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade ALMOREG por me ajudarem nesta etapa da minha vida.

À assistente técnica administrativa da Unidade de Cuidados na Comunidade ALMOREG por todo o apoio prestado.

Às assistentes técnicas administrativas da Unidade de Apoio à Gestão e à Assistente Operacional responsável que contribuíram para a realização deste trabalho.

A todas as empresas que contribuíram para a realização deste trabalho pela sua disponibilidade.

Ao meu marido e em especial ao meu filho por todo o apoio.

A todos o meu obrigado.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVERM – Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz

B.V.- Bombeiros Voluntários

CARMIM - Cooperativa Agrícola de Reguengos de Monsaraz

Cit. Por – Citado por

CT – Colesterol Toral

DGS-Direcção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

fig – Figura

HDL - High Density Lipoproteins

IMC – Índice de Massa Corporal

INE-Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LDL - Low Density Lipoproteins

mg/dl – Miligramas por decilitros

mm/Hg – Milímetros de mercúrio

min – Minutos

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCORE - Systematic Coronary Risk Evaluation

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

TA – Tensão Arterial

TG - Triglicéridos

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

SÍMBOLOS

% - Percentagem

\leq - Menor ou igual

\geq - Maior ou igual

$<$ - Menor

$>$ - Maior

= - Igual

€ - Euros

RESUMO

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e no Alentejo sendo a segunda causa de morte quando falamos na população adulta com menos de 65 anos de acordo com o relatório da Administração Regional de Saúde do Alentejo (2010). Estas doenças são também importantes causas de morbilidade e invalidez pois têm graves consequências para o cidadão e para a sociedade sendo por isso encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde, que urge minorar (Programa de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006). Para diminuir o seu peso, é necessário adotar estilos de vida saudáveis e aplicar as medidas terapêuticas adequadas sendo, para isso, necessário determinar a prevalência dos fatores de risco cardiovasculares, informar, motivar e avaliar a efetividade das atitudes e medidas postas em prática.

Perante esta realidade realizou-se o projeto de intervenção comunitária “Reguengos de Monsaraz mais Saudável” com o objetivo de dotar a população de conhecimentos e aptidões que lhes possibilitem serem agentes ativos na prevenção das Doenças Cardiovasculares. Foi utilizada como principal estratégia a educação e a promoção da saúde para aumentar os ganhos em saúde, em particular nas Doenças Cardiovasculares, envolvendo vários parceiros da comunidade.

ABSTRAT

Prevention of Cardiovascular Diseases in the labor force, from 20 to 64 years old of Reguengos de Monsaraz

The cardiovascular and cerebrovascular diseases are the leading cause of death in Portugal and in Alentejo and the second cause of death when we talk about the adult population under 65 years old according to the report of the Regional Health Administration of Alentejo (2010). These diseases are also important causes of morbidity and disability as they have serious consequences for citizens and society and they are therefore regarded as one of the most important health problems that urges to extenuate (Program for Prevention and Control of Cardiovascular Diseases, 2006). To reduce your weight, you need to embrace healthier lifestyles and apply the appropriate treatment and for this it is necessary to determine the prevalence of cardiovascular risk factors, to inform, motivate and evaluate the effectiveness of actions and measures to implement.

Given this reality it was performed the project of Community "Reguengos de Monsaraz Healthier" with the goal of providing the people of knowledge and skills to enable them to be active agents in the prevention of cardiovascular diseases. Education and health promotion were used as the main strategy to increase health gains, particularly in Cardiovascular Diseases, involving many community partners.

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	16
2 - ANÁLISE DO CONTEXTO	19
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	19
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	21
2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	22
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	26
3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/ UTENTES	26
3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO	28
3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO	38
3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO	40
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	41
4.1 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	41
4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO	42
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	45
5.1 – METODOLOGIAS	45
5.2 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	51
5.3 – ANÁLISE SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	79
5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	80
5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	81
5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	81
5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	82
6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	83

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	83
6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	90
6.3 - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	91
7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	92
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	101
Anexo I (Resultados do Diagnóstico de Saúde)	102
Anexo II (População Empregada de Reguengos de Monsaraz por Atividade Económica) (fonte INE).	180
Anexo III (Questionário para Diagnóstico de Saúde)	182
Anexo IV (Autorizações das empresas para a aplicação dos questionários)	190
Anexo V (Resposta da Direção Regional da Educação do Alentejo)	198
Anexo VI (Autorização do ACES para a realização do projecto)	200
Anexo VII (Autorizações das empresas para realização das intervenções)	202
Anexo VIII (Planeamento e Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável)	210
Anexo IX (Planeamento e Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Sinais e Sintomas das Doenças Cardiovasculares e seus Fatores de Risco)	223
Anexo X (Panfletos sobre EAM, AVC e Informações Nutricionais)	237
Anexo XI (Cartaz com conselhos)	243
Anexo XII (Artigos)	245
Anexo XIII(Planeamento e Avaliação das Caminhadas)	250
Anexo XIV (Norma de Avaliação do Risco Cardiovascular Global)	272
Anexo XV (Tabela de Fatores Influenciadores do Prognóstico – adaptada das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)	285
Anexo XVI (Planeamento e Avaliação dos Rastreamentos)	288
Anexo XVII (Tabela de Início de Terapêutica Hipertensiva – adaptada das Recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)	312
Anexo XVIII (Orçamento do Projeto)	314
Anexo XIX (Cronograma)	318
Anexo XX (Agradecimento da Santa Casa da Misericórdia)	320

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cálculo do Risco Relativo nos Jovens (adaptado da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).	66
Tabela 2 – Avaliação do Risco Cardiovascular Global (adaptado da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).	66
Tabela 3 – Estratificação do Risco Cardiovascular (adaptado da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Valores referência para o Índice de Massa Corporal (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)	69
Quadro 2 – Valores referência para o Perímetro Abdominal (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)	70
Quadro 3 – Valores referência para valores da Tensão Arterial (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)	71
Quadro 4 – Valores referência para o Colesterol (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Concelho de Reguengos de Monsaraz	19
Figura 2 - Concelho de Mourão	20

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Pirâmide Etária do concelho de Reguengos de Monsaraz (fonte INE)	26
Gráfico 2- Participação das Empresas	29
Gráfico 3 – Grupo etário	29
Gráfico 4 – Temas para as sessões de educação para a saúde	33

1- INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais destas doenças.

Estas são a primeira causa de morte e hospitalização, em ambos os sexos, na Europa. As mais frequentes são as de origem aterosclerótica, principalmente o acidente vascular cerebral, a doença cardíaca isquémica e a insuficiência cardíaca (Macedo, Santos, Rocha & Perdigão, 2008).

Todos os anos morrem em Portugal 20 mil mulheres e 16 mil homens vítimas de doenças cardiovasculares, um número que no futuro poderá disparar devido ao estilo de vida das crianças (Carrageta, 2012), sendo que, metade destas doenças são cerebrovasculares e a outra metade são doenças cardíacas.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (2011) a principal causa de mortalidade no Alentejo são as doenças do aparelho circulatório onde estão incluídas as doenças cardio-cerebrovasculares com 3360 mortes. Segundo os mesmos dados o Alentejo é a região do país onde ocorrem em maior número as doenças isquémicas do coração apresentando uma taxa de mortalidade de 180,7 e doenças cérebro vasculares com uma taxa de mortalidade de 117,3 sendo o grupo etário entre os 20 e 64 anos de idade o mais afetado por estas doenças, nomeadamente entre os 55 e 64 anos de idade e no sexo masculino.

Perante esta constatação surgiu a necessidade da *Prevenção das Doenças Cardiovasculares na População Ativa dos 20 aos 64 anos idade de Reguengos de Monsaraz* pois o sofrimento e os custos provocados por estas doenças, deram-lhes uma

marcada importância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais e com repercussão social acentuada.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares são altamente evitáveis através do estilo de vida e controle dos fatores de risco, que passam por uma alimentação saudável, exercício físico e não fumar. Assim a realização deste projeto de intervenção comunitária teve como objetivos:

Objetivo Geral: Prevenção das Doenças Cardiovasculares na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua actividade profissional em Reguengos de Monsaraz, durante os anos de 2013 a 2015.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o risco de saúde para as Doenças Cardiovasculares na população Ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz;

- Caracterizar os hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.

- Caracterizar os fatores de risco cardiovasculares da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.

- Calcular o risco cardiovascular da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.

- Promover a aquisição de conhecimentos da população alvo relativamente a uma alimentação saudável, fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares.

- Identificar portadores de fatores de risco cardiovasculares não controlados ou não diagnosticados na população alvo;

- Garantir a acessibilidade a consultas numa Unidade de Saúde Familiar da população portadora de fatores de risco não controlados ou não diagnosticados.

Este projeto tem a duração de três anos tendo tido início em 2013 e indo terminar em 2015. O presente relatório reporta-se à primeira fase do projeto que tem a duração de 6 meses.

O objetivo deste relatório é a análise crítico-reflexiva do projeto de intervenção comunitária executado em contexto de estágio, desde a sua fundamentação, até à sua execução e avaliação, descrevendo a respetiva aquisição de competências da Especialização de Enfermagem Comunitária descritas no artigo 4º do Regulamento n.º

128/2011 publicado em Diário da República, 2.^a série, n.º 35 de 18 de fevereiro de 2011.

Desta forma, neste relatório analisar-se-á a contextualização do Estágio de Enfermagem Comunitária, o diagnóstico de saúde efetuado à população alvo, a priorização das necessidades e o modo como foi dada resposta a estas. Posteriormente aborda-se, tendo em conta as etapas do planeamento em saúde, o projeto de intervenção desenvolvido, incluindo os seus objetivos, estratégias, atividades realizadas e avaliação. Para finalizar serão descritas as competências adquiridas de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e as atividades realizadas no sentido de as adquirir e consolidar.

Com a conclusão, pretende-se comentar os principais ganhos deste trabalho, tal como as dificuldades e barreiras ultrapassadas, procurando fazer uma análise crítica e reflexiva de todo o processo percorrido neste período intenso de formação e aprendizagem.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2012), o título de enfermeiro especialista é concedido a um enfermeiro com competência científica, técnica e humana para prestar, não apenas cuidados gerais, mas cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. Por isso, o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária inclui no seu plano de estudos o Estágio de Enfermagem Comunitária, cujos objetivos se prendem com a aquisição, melhoria e aperfeiçoamento das competências do enfermeiro nessa área.

Assim este relatório é o resultado do estágio realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária no período de 11 de fevereiro a 21 de junho de 2013, tendo este curso sido iniciado em 03 de fevereiro de 2012.

O presente relatório encontra-se organizado de acordo com o regulamento do estágio profissional e relatório final do mestrado de enfermagem comunitária da Universidade de Évora. As referências bibliográficas encontram-se de acordo com as normas APA 5^a edição.

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

Pretende-se neste ponto descrever o ambiente de realização do estágio, assim como caracterizar os recursos humanos e materiais necessários e disponíveis para a realização das intervenções. Pretende-se ainda fundamentar o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Para dar início a este projeto de intervenção comunitária foi escolhida a cidade de Reguengos de Monsaraz. O Concelho de Reguengos de Monsaraz pertence ao distrito de Évora e localiza-se na Região Alentejo, no Sul de Portugal. É confinado a Norte pelos Concelhos de Redondo e Alandroal, a Este pelo concelho de Mourão, a Sul pelos concelhos de Moura e Portel e a Oeste pelos concelhos de Évora e parte do concelho de Portel. O seu limite a Sudeste é banhado pela albufeira de Alqueva, numa extensão de 200 km² (Câmara Municipal De Reguengos de Monsaraz, 2011).

O Concelho abrange uma área de cerca de 462,22 Km² e é composto por 5 freguesias. A freguesia mais urbana é a de Reguengos de Monsaraz abrangendo uma área de 99 km² com 7261 habitantes, sendo que a freguesia rural que ocupa maior território é a freguesia de Campo com uma área de 129,41 km² com 688 habitantes. A freguesia de Corval tem 1389 habitantes, a freguesia de Monsaraz tem 782 habitantes e freguesia do Campinho tem 708 habitantes (INE, 2011).

Fig.1 – Concelho de Reguengos de Monsaraz (Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz)



Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011) o concelho de Reguengos de Monsaraz tem uma população total de 10784 pessoas. Destas, 2068 têm idades entre os 0 e os 19 anos, 6121 têm idades compreendidas entre 20 e 64 anos e 2595 pessoas têm mais de 65 anos de idade.

O estágio final decorreu no Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e Mourão que é composto por várias unidades funcionais entre elas a Unidade de Saúde Familiar (USF) REMO, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ALMOREG.

O Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e Mourão tem 14688 utentes inscritos, o que ultrapassa o número total de habitantes dos concelhos, sendo os seus serviços procurados também pela população residente em localidades dos municípios limítrofes, devido à proximidade geográfica.

A UCC ALMOREG, local onde decorreu o referido estágio tem uma área de abrangência que corresponde a todo o concelho de Reguengos de Monsaraz e também a todo o concelho de Mourão.

Mourão é uma vila, no distrito de Évora com 2402 habitantes. O município é limitado a norte pelo município do Alandroal, a leste pela Espanha, a sueste por Barrancos, a sul por Moura e a oeste por Reguengos de Monsaraz. É sede de um município com 278,5 km² de área, 12 hab/ km², subdividido em 3 freguesias: a Mourão (sede de concelho) com 1768 habitantes, Granja com 605 habitantes e Luz com 290 habitantes (Câmara Municipal de Mourão, 2011) (INE, 2011) (Fig.2).

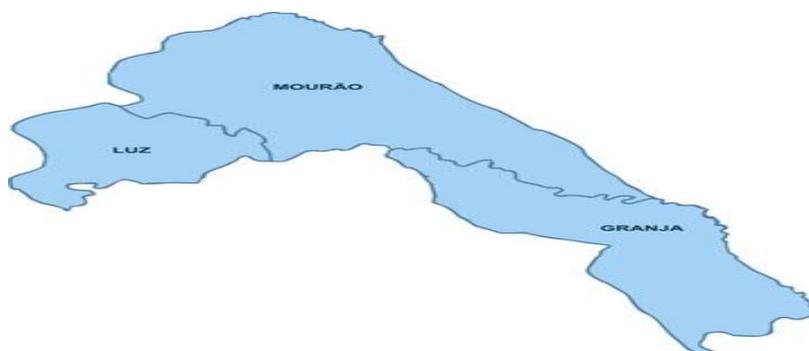


Fig.2 – Concelho de Mourão

(Câmara Municipal de Mourão)

A UCC é uma unidade funcional que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que tem como objetivo a intervenção comunitária, a consultoria e o apoio às outras unidades, assente numa lógica de prestação de cuidados integrada e de proximidade.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida pelo Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, artº 11º como uma unidade que presta cuidados de saúde, de apoio psicológico e social de carácter domiciliário e comunitário, fundamentalmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidades de recursos.

As UCC's são uma grande oportunidade para responder de forma efetiva às necessidades reais em cuidados de saúde dos nossos cidadãos, tendo para isso, que ter a capacidade de inovar e antecipar as suas respostas face aos novos desafios e solicitações que vão emergindo.

A UCC tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, em particular às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que necessite acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo sempre a sua continuidade e qualidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2009).

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A UCC ALMOREG, inaugurada a 08 de julho de 2011, situa-se na ala esquerda do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz. A equipa que constitui esta unidade é composta por 4 enfermeiras e 1 assistente técnica administrativa. Conta ainda com a colaboração dos médicos da USF REMO, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga e

assistente operacional. É composta por duas salas, uma para a enfermeira coordenadora e outra onde se encontram três enfermeiras e uma assistente técnica administrativa. É um espaço agradável, amplo com boa iluminação exterior e reúne as condições necessárias para a prestação de cuidados aos utentes na comunidade de modo a atingir os objetivos a que nos propomos. Temos ainda ao dispor em conjunto com a Unidade de Saúde Familiar Remo uma telefonista, sala de esterilização, armazém, wc, zona suja, arquivo, sala de reuniões e copa.

A UCC ALMOREG dispõe ainda de mesas, cadeiras, armários para armazenamento do material, impressora multifunções, cinco computadores fixos e um portátil, papel para impressão, placard de cortiça, estadiómetro portátil, balança portátil, projetor, telefone, material de escritório, máquina fotográfica e uma carrinha.

2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As Ciências da Saúde têm vindo a sofrer, nos últimos anos, um importante desenvolvimento colocando novos desafios, tanto na prestação de cuidados de saúde diferenciados como na formação contínua dos seus profissionais. A Enfermagem, área fundamental das Ciências da Saúde tem acompanhado a evolução das exigências para a qual tem contribuído com a formação dos enfermeiros, nomeadamente do Enfermeiro Especialista. Segundo o Regulamento nº 122, publicado em Diário da República em 18 de fevereiro, o Enfermeiro Especialista tem um conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2011:8648).

A Saúde Comunitária como área de especialização de enfermagem, permite ao profissional integrar uma visão holística tendo em conta o contexto da pessoa/família, o que potencializa respostas adequadas para os problemas encontrados (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A comunidade é o cliente da enfermagem quando o foco do enfermeiro é um grupo de pessoas ou um bem comum à população e não à saúde individual. Esta prática tem

como objetivo a mudança da saúde na comunidade como um todo (Stanhope & Lancaster, 2011 citando Bazzoli, Casey et al, 2003), como é o caso dos estilos de vida e dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares.

O processo de enfermagem é usado na comunidade com o objetivo de promover a saúde desta. Este processo inicia-se com a apreciação da comunidade para o conhecimento das suas necessidades, clarificar os problemas, identificar as forças e os recursos disponíveis (Stanhope & Lancaster, 2011).

Enfermagem comunitária é uma prática continuada dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida desenvolvendo-se em diferentes locais da comunidade. Esta tem como foco de atenção a promoção da saúde das populações num processo de capacitação das mesmas, visando a obtenção de ganhos em saúde e o exercício da cidadania.

Este contexto impõe desafios e imposições ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, nomeadamente no que se refere à otimização das suas competências, em especial no âmbito do planeamento em saúde enquanto processo que abrange o diagnóstico de saúde de comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar a qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde que daí resultam.

Hoje o enfermeiro comunitário adota um papel relevante, por assumir a responsabilidade de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centraliza as suas práticas na promoção da saúde, dando destaque às atividades de educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e conservação da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade. Neste processo, o enfermeiro pondera as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados alcançados em relação aos objetivos estabelecidos, num processo de constante interação com a comunidade e os seus recursos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel crucial neste processo, pois possui as competências para coordenar e implementar programas de

saúde que envolvam os vários setores da comunidade que visam a capacitação de grupos e comunidades. É da sua responsabilidade gerar e planear programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das necessidades reais que as pessoas têm nesta área.

Assim os enfermeiros têm um importante papel na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de intermediários dos diferentes interesses da sociedade, intervir concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de prossecução da Saúde (Almeida, 2003 cit. por Antunes, 2005). Podem ainda participar nas tomadas de decisão relativas ao planeamento e gestão dos serviços de Saúde a nível local; dinamizar a população para adquirir mais confiança na sua capacidade de desenvolvimento da própria Saúde e podem exercer uma influência positiva sobre a população porque educam e prestam informações claras, fundamentadas sobre as consequências favoráveis ou desfavoráveis de certos comportamentos e modos de vida (Pinhel, 2006).

Nesta perspetiva é fundamental ao enfermeiro adquirir competências e conhecimentos que lhe permitam dinamizar intervenções promotoras da Saúde, da autonomia e do Empowerment do cidadão para a construção dos seus projetos de Saúde.

Neste sentido, a Educação para a Saúde não poderá ser uma simples transmissão de informação; implica planear um programa adequado, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, capazes de dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família ou comunidade. O papel do enfermeiro como planeador direciona-se para a identificação das necessidades da comunidade, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes e estratégias facilitadoras da aprendizagem. Um programa de Educação para a Saúde é algo que se pode modificar em função de novas necessidades e situações que vão aparecendo ao longo da sua implementação.

Assim com a realização do projeto de intervenção comunitária “Reguengos de Monsaraz Mais Saudável” foram colocadas à prova as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária que têm como objetivo avaliar o estado de saúde de uma comunidade através do diagnóstico de saúde realizado com todas as intervenções que lhe são inerentes, contribuir para o processo de capacitação de grupos

ou comunidades, através das intervenções desenvolvidas, dando resposta às suas necessidades de saúde. Sendo esta área uma das prioridades do plano Nacional de Saúde considera-se que este projeto é uma mais-valia para a consecução dos objetivos deste.

Concluído o projeto de intervenção comunitária “Reguengos de Monsaraz mais Saudável” que tem como objetivo a prevenção das doenças cardiovasculares na população adulta ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz consideram-se adquiridas as seguintes competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Segundo Fortin (1999) uma população é uma coleção de indivíduos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Uma população em especial que é submetida a um estudo é chamada população alvo, sendo constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela população que é acessível ao investigador.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/ UTENTES

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) o concelho de Reguengos de Monsaraz tem uma população total de 10784 habitantes distribuídos por cinco freguesias. Destas 10784 pessoas, 2068 têm idades entre os 0 e os 19 anos, 6101 têm idades compreendidas entre 20 e 64 anos e 2615 mais de 65 anos de idade.

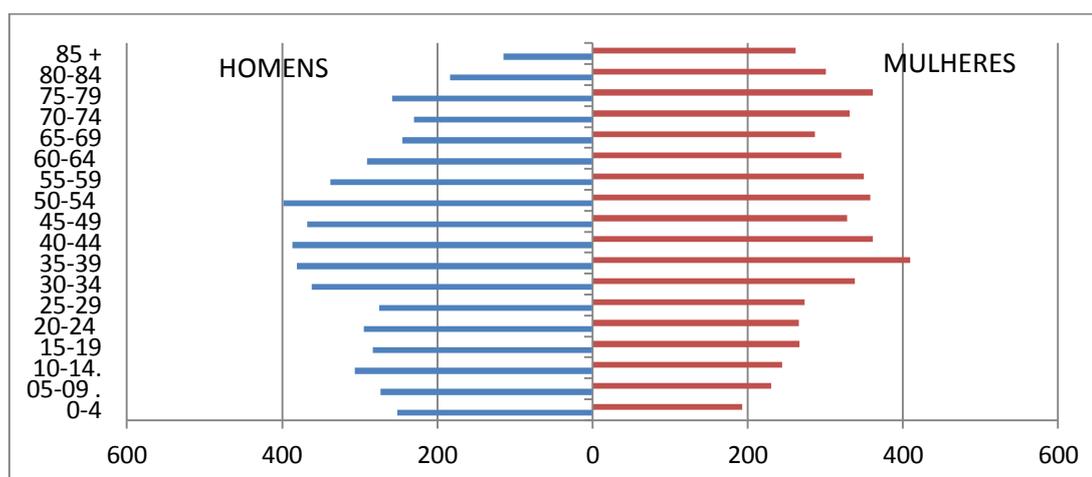


Gráfico 1- Pirâmide Etária do concelho de Reguengos de Monsaraz (fonte INE)

Segundo os mesmos dados a freguesia de Reguengos de Monsaraz tem uma população total de 7261 pessoas. Destas, 1537 têm idades entre os 0 e os 19 anos, 4250 têm idades compreendidas entre 20 e 64 anos e 1474 têm mais de 65 anos de idade.

Reguengos de Monsaraz tem uma percentagem de jovens de 15,8%, uma percentagem de população potencialmente ativa de 63,9%, uma percentagem de idosos de 20,3%, um índice de juventude de 77,7, um índice de envelhecimento de 128, um índice de renovação da população ativa de 95 e um índice de juventude de população ativa de 97,6. Perante estes dados podemos constatar que a freguesia de Reguengos de Monsaraz tem uma população relativamente jovem.

Para a realização deste projeto foi escolhida como população alvo a população ativa dos 20 aos 64 anos idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz. Como população acessível foi escolhida a população ativa dos 20 aos 64 anos a exercer a sua atividade profissional nas empresas selecionadas para a realização do projeto, sendo esta população de 542 indivíduos. Assim, e por serem as maiores empresas empregadoras da cidade foram selecionadas: a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, Cooperativa Agrícola de Reguengos de Monsaraz (CARMIN), Escola Secundária Conde de Monsaraz e Continente.

Foi escolhido este grupo etário pelo facto do Acidente Vascular Cerebral e do Enfarte Agudo do Miocárdio deixarem sequelas para toda a vida aumentando o número de pessoas dependentes. Sofrer um Acidente Vascular Cerebral ou um Enfarte Agudo do Miocárdio em adulto significa viver mais anos com dependência e implica mais custos humanos e sociais.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, (2006) estas doenças são importantes causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população pois têm graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, o que determina que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde, se não o mais importante, que urge minorar.

Segundo dados estatísticos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte no Alentejo representando 3,6 % das mortes ocorridas e quando falamos na população adulta com menos de 65 anos estas

doenças aparecem como a segunda maior causa de mortalidade, de acordo com o relatório da Administração Regional de Saúde do Alentejo (2010). Ainda de acordo com o mesmo relatório estas doenças são também as que têm um maior peso relativamente a internamentos de doentes na Região de Saúde do Alentejo.

Segundo Carrageta (2012) tanto nos homens como nas mulheres, é a principal causa de mortalidade. E já não é apenas uma doença das pessoas de mais idade. 45% dos Enfartes Agudos do Miocárdio ocorrem em pessoas com menos de 65 anos, e 5% ocorrem em jovens abaixo dos 40 anos.

3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

No processo do planeamento em saúde o primeiro passo é elaborar o diagnóstico da situação de saúde, correspondendo este às necessidades de saúde sentidas por uma população, pois só a partir deste será possível começar a atuação. Este deve ser relativamente rápido para permitir a ação em tempo útil e suficientemente aprofundado para que seja pertinente. O diagnóstico é o ponto de partida a partir do qual avaliaremos o avanço obtido com as nossas ações. Este envolve a noção de causalidade e de evolução prognóstica (Imperatori & Giraldes, 1986).

Para a realização do diagnóstico da situação de saúde foi aplicado um questionário com consentimento livre e esclarecido e seguidos todos os procedimentos formais e éticos, os quais se encontram descritos no ponto 5.1.

Todas tabelas referentes aos resultados obtidos através da aplicação do questionário encontram-se no anexo I.

De acordo com os resultados obtidos no diagnóstico da situação de saúde da população alvo (gráfico 2), constatou-se que estamos perante uma população com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade, sendo que o grupo etário mais predominante e por ordem decrescente é o dos 20 aos 39 anos com 36,5% da população inquirida, dos 40 aos 49 anos com 26,6 % da população inquirida, dos 50 aos 54 anos de idade com 18,8% da população inquirida, dos 55 aos 59 anos com 10,6 % da população inquirida, dos 60 aos 64 anos com 6% da população inquirida e 1,4% não respondeu à pergunta (Gráfico 3). A idade dos participantes foi agrupada em grupos etários baseados na tabela de risco cardiovascular. A idade média é de 43,71 anos.

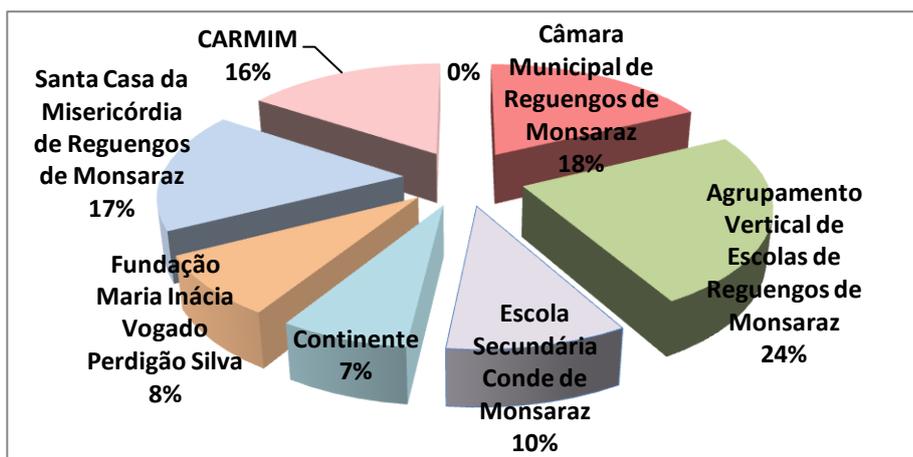


Gráfico 2- Participação das Empresas

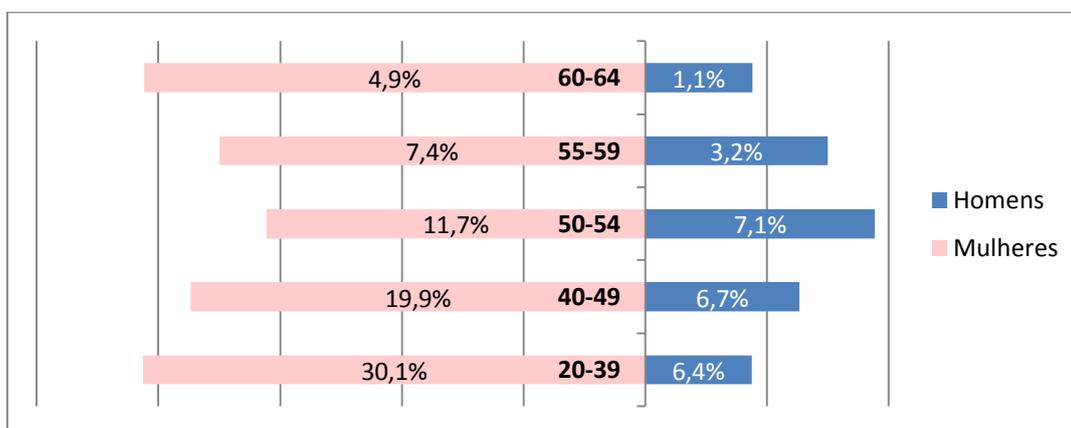


Gráfico 3 – Grupo etário

Relativamente ao sexo dos inquiridos, estes são maioritariamente do sexo feminino, 75,5%, sendo 24,5% do sexo masculino. O nível educacional predominante é o do ensino secundário com 34,8%, seguido do ensino superior com 31,9%, o 3º ciclo com 13,8%, o 1º ciclo com 12,4%, o 2º ciclo com 5,3%, e apenas 1,4% só sabe ler e escrever.

Em relação à atividade profissional estamos perante uma população maioritariamente ligada ao setor da educação sendo que 24,8% são auxiliares de ação educativa e 22% são professores e educadores de infância. Dos restantes inquiridos 11,3% tem como atividade profissional assistente técnica administrativa, 12,1% têm a sua atividade profissional no setor do comércio, 5,5% tem a sua atividade profissional na indústria transformadora, 4,4% trabalha no setor da saúde e segurança social e os restantes 19,1% não respondeu à pergunta.

Relativamente aos dados antropométricos os inquiridos foram questionados acerca da altura e do peso para determinação do índice de massa corporal (IMC). Foi também avaliado o perímetro abdominal. Para a altura o valor médio calculado foi de 163,28cm e para o peso o valor médio foi de 68,47kg. Em relação ao índice de massa corporal o valor médio apresentado para esta população foi de 25,55 o que corresponde a uma população com excesso de peso. Os valores do índice de massa corporal foram divididos em categorias conforme as recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. 45,4% desta população apresenta um peso normal situando-se o IMC entre 18,5 e 24,9. 36,2% da população apresenta um índice de massa corporal entre 25 e 29,9 e 13,3% apresenta níveis de obesidade.

De acordo com os resultados obtidos com a avaliação do Perímetro Abdominal verificou-se que a maioria das mulheres que responderam à pergunta (18,1%) apresenta um perímetro aumentado constituindo assim um fator de risco cardiovascular. Relativamente aos homens os valores também são um pouco semelhantes (3,5%) ainda que em menor número. Em relação a esta pergunta houve uma grande percentagem de utentes que não respondeu o que corresponde a 45,7% da população. Os valores padrões do perímetro abdominal também foram definidos conforme as recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

Da análise estatística efetuada constataram-se os seguintes hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e de consumo de tabaco:

Quando questionados os indivíduos acerca dos seus hábitos alimentares verificou-se que 66% consumiam fruta 2 a 3 vezes ao dia que foi a resposta mais próxima do aconselhado pela Direção Geral de Saúde (DGS). No entanto 11% da população não consome fruta diariamente. Relativamente ao consumo de vegetais apenas 18,8% consome estes alimentos de acordo com o recomendado pela DGS e a restante população come estes alimentos em quantidades insuficientes. Para o consumo de carne os dados revelam que a maioria dos utentes não come este alimento diariamente (62%) e apenas 36,2% o consome diariamente conforme o recomendado pela DGS. Em relação ao consumo de peixe os dados são semelhantes aos anteriores, apenas 28,3% consome peixe diariamente e 70,6% não consome este alimento conforme o recomendado pela DGS. Para o consumo de laticínios verificou-se que a maioria da população (44,3%) consome estes alimentos de acordo com o recomendado pela DGS. 37,6% consome estes alimentos uma vez por dia e a restante população consome-os de forma

insuficiente. Relativamente ao pão e cereais são consumidos pela maioria da população (49,6%) 2 a 3 vezes dia, que foi a resposta mais próxima do recomendado pela DGS mas existe também uma percentagem acentuada de pessoas que consome estes alimentos apenas uma vez ao dia (32,3%) o que é insuficiente.

Quanto ao consumo de gorduras e fritos, grande parte desta população apenas consome estes alimentos uma vez por semana ou menos (56%). Uma pequena percentagem consome estes alimentos uma vez ou mais ao dia (10,3%). Quando falamos de doces e bolachas 25,2% da população consome estes alimentos uma a três vezes por dia o que está um pouco acima do recomendado pela DGS mas 27% consome estes alimentos uma vez por semana ou menos de acordo com o recomendado.

Para os resultados da quantidade de água ingerida diariamente apenas 19,5 % da população ingere o recomendado. A restante população ingere menos de litro e meio de água por dia. Relativamente à ingestão de álcool 67% da população fá-lo raramente ou nunca e apenas 7,1% ingere bebidas alcoólicas quase diariamente.

Em relação à quantidade de álcool que ingerem 23,7% ingere menos de meio litro por dia e 3,9% ingere mais de meio litro por dia.

De acordo com os dados referentes ao número de refeições diárias 43,3% da população faz entre 5 a 6 refeições conforme o recomendado, a restante população faz entre 1 a 4 refeições diárias.

Todas as comparações efetuadas tiveram em conta as normas da Direção Geral da Saúde (2005) para uma alimentação saudável. Quando confrontados com a pergunta se consideram que têm uma alimentação saudável 55,3% respondeu que sim na maioria das vezes, apenas 6,4% respondeu sempre e 33,7% respondeu às vezes e só 1,1% respondeu nunca.

Relativamente aos hábitos de exercício físico esta é uma população que não tem por hábito esta prática pois 76,6% fá-lo raramente ou nunca. Como meio para deslocação para o trabalho apenas 32,3% o faz a pé.

Em relação aos hábitos tabágicos estamos perante uma população maioritariamente não fumadora (57,1%), mas 22,3% já teve hábitos tabágicos e 19,9% ainda mantém

esses hábitos. Dos indivíduos fumadores a grande maioria (12,4 %) fuma menos de 10 cigarros por dia e 8,2% fumam diariamente entre 10 a 20 cigarros dia ou mais.

Para a utilização dos cuidados de saúde 83% da população respondeu que o fez no último ano sendo que 67,7% foi para consulta de vigilância de saúde e 23,4% foi para consulta de urgência. Perante estes dados temos uma população que se preocupa com a saúde. Relativamente aos que não utilizaram os cuidados de saúde (15,6%), 6,7% destes justificaram que não tinham sentido necessidade. Os restantes não responderam à pergunta.

Relativamente aos antecedentes cardiovasculares 4,6% da população já teve alguma destas doenças nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio (EAM) com 2,1%, o acidente vascular cerebral (AVC) com 0,7% e a insuficiência cardíaca com 1,8%. De acordo com os dados obtidos sobre o conhecimento dos sinais e sintomas destas doenças a grande maioria respondeu para o enfarte “Dor no peito, falta de ar, dor no braço esquerdo, náuseas, vômitos e má disposição” (47,5%) mas 45,4% não conhecem nenhuma sintomatologia para o enfarte. Em relação ao acidente vascular cerebral 31,6% descreve como sinais e sintomas “Dor de cabeça, hipertensão, boca ao lado e deixar de mexer a perna e/ou o braço de um dos lados”. Também para esta patologia 55,3% da população não conhece qualquer sintomatologia.

No âmbito dos fatores de risco diagnosticados 20,9% tem hipertensão arterial, 5,3% sofrem de diabetes mellitus, 21,6% de hipercolesterolemia e 8,2% de obesidade.

Para padronizar a tensão arterial e os restantes fatores de risco recorreu-se aos valores recomendados pela sociedade portuguesa de aterosclerose.

Na nossa população 61% apresenta valores dentro dos considerados normais para a tensão arterial sistólica. A restante população apresenta valores elevados de tensão arterial sistólica mas 21,6% não respondeu à questão. Para a tensão arterial diastólica a situação repete-se, 65,6% da população tem valores tensionais dentro de parâmetros normais. Para o colesterol o valor médio é de 197mg/dl o que é considerado elevado, sendo que relativamente a este valor 22,3% da população apresenta um valor normal e a mesma percentagem apresenta valores elevados o que quer dizer que quem apresenta hipercolesterolemia apresenta valores bastante elevados. 55,3% da população inquirida desconhece o seu valor de colesterol. Relativamente aos valores da glicémia 34,8%

apresenta valores dentro de parâmetros normais e 6,7% apresenta valores elevados e 58,5% desconhece o seu valor de glicémia.

Para a pergunta se tem familiares com fatores de risco cardiovasculares ou que já tivessem tido alguma destas doenças 44,7% respondeu que tem um familiar de 1º grau com algum fator de risco ou com doença cardiovascular. 19,1% tem outros familiares com estas patologias ou fatores de risco e 24,5 respondeu que não tinha familiares nestas condições.

Quando questionados relativamente à necessidade de intervenção dos profissionais de saúde 83,7% responderam que a intervenção destes era necessária enquanto 14,9% respondeu que não.

Relativamente aos temas que consideram importantes para serem abordados referem a alimentação, seguido dos sinais e sintomas das doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, exercício físico, hipertensão arterial, diabetes e tabagismo (gráfico 4).

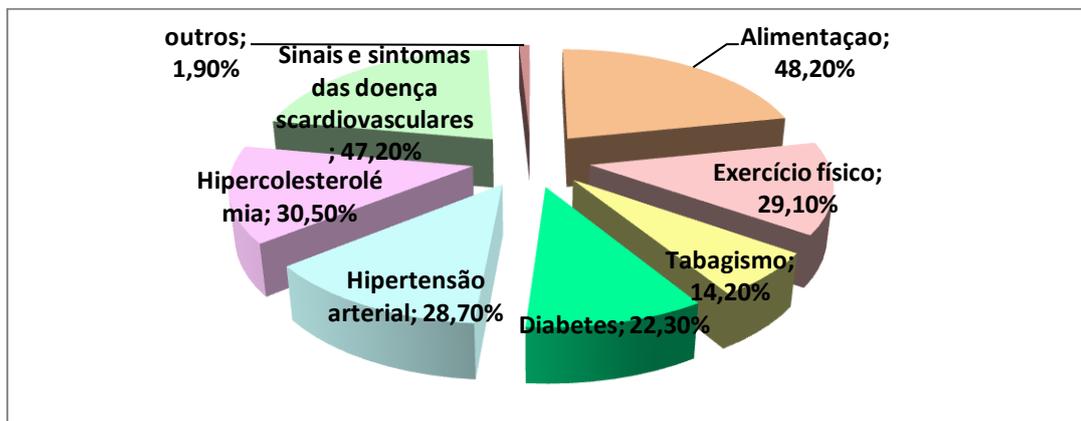


Gráfico 4 – Temas para as sessões de educação para a saúde

Quanto à forma de tratar os temas 55,7% escolheu sessões de esclarecimento, seguido dos rastreios, caminhadas e folhetos.

Relativamente à avaliação do risco cardiovascular através da tabela SCORE apenas se conseguiu fazer a metade da população pois os restantes não apresentavam dados suficientes, mas a maioria (23%) apresenta um risco baixo de ocorrência de doença cardiovascular nos próximos 10 anos, 19,2% apresentam risco moderado, 3,9% apresentam risco alto e 1,8% da população tem risco muito alto de vir a desenvolver

doença cardiovascular nos próximos 10 anos. Quando utilizada a tabela de estratificação do risco cardiovascular conseguiu-se identificar 10,6% da população com risco alto a muito alto e os restantes 25,6% com risco moderado a baixo. Não foi possível estratificar o risco a 63,8% da população por falta de dados. Optou-se por não divulgar ao utente o valor do seu risco cardiovascular pois este processo é muito criterioso, dependendo de diagnóstico de fatores de risco e doenças que alguns utentes não têm conhecimento, pelo que os que apresentaram risco elevado foram encaminhados para consulta de vigilância de saúde.

Analisados os resultados por empresas, constatamos que na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e no Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz estão presentes três grandes grupo etários que são eles dos 20 aos 39 anos de idade, dos 40 aos 49 anos e dos 50 aos 54 anos de idade (34,8% da população total). O Continente, a Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz e a Fundação Maria Inácia Vogado perdigão Silva apresentam uma população maioritariamente jovem (20 aos 39 anos com 18,4% da população total). Nas restantes empresas encontram a sua população mais dispersa pelos vários grupos etários.

Em relação ao consumo dos alimentos fruta, carne, peixe, vegetais, leite e derivados, pão e cereais, gorduras e fritos, doces e bolachas, as empresas que apresentam uma maior percentagem de colaboradores com uma alimentação equilibrada são o Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz e a Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz.

Relativamente aos fatores de risco cardiovasculares e ao IMC em particular, todas as empresas à exceção do Modelo, do Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz e da Fundação Inácia Maria Vogado Perdigão Silva, apresentam cerca de metade da sua população com excesso de peso ou obesidade, sendo também aí que se encontra um maior número de casos de obesidade diagnosticados (73,9%). No entanto um pouco por todas as empresas existem casos de obesidade não diagnosticados. Quando cruzadas as variáveis empresas e perímetro abdominal verificamos que no Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz 25% da população feminina e Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz 31,3% da população feminina apresenta um perímetro abdominal de risco. Relativamente ao perímetro abdominal dos homens, na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz 8% desta

população apresenta um perímetro abdominal de risco. Na CARMIM 9,1% da população masculina apresenta um perímetro abdominal de risco.

Em relação á presença do diagnóstico de Hipertensão Arterial, no Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz 26,5% da população encontra-se diagnosticada e na Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz 22,9% encontra-se diagnosticada. Relativamente à diabetes mellitus esta encontra-se um pouco dissipada por grande parte das empresas, à exceção do Continente e da Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva e a maioria da população que respondeu à questão apresenta valores dentro dos considerados normais (84,7%). A hipercolesterolemia encontra-se representada em todas as empresas à exceção do Continente mas na Escola Secundária Conde de Monsaraz 28,6% da população apresenta valores elevados de colesterol. Na CARMIM 27,2% da população apresenta valores elevados do colesterol. No entanto, tanto o Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz como a CARMIM apresentam mais casos de hipercolesterolemia do que os que estão diagnosticados clinicamente.

Relacionando a pré-obesidade e a obesidade com os restantes fatores de risco constata-se que todos eles estão presentes em maior número nesta população (65%). Também se verificou que são estes indivíduos que praticam menos exercício físico (38,3%).

Outra constatação que se pode fazer é que 20,2% dos indivíduos que não realizam consulta de rotina anual têm diagnosticado fatores de risco cardiovasculares

Quando cruzadas as variáveis empresas com as doenças cardiovasculares é na Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e na Escola Secundária Conde de Monsaraz que estas se apresentam em maior percentagem (76,9%). Relativamente às doenças cardiovasculares por grupo etário estas são mais prevalentes entre os 40 aos 54 anos de idade (46,2%). Quanto aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares por idade dos indivíduos constatou-se que é a partir dos 40 anos que se manifestam mais frequentemente os fatores de risco (75%), embora em alguns casos também estejam presentes antes dessa idade. É também a partir dessa idade que se encontram mais indivíduos diagnosticados com os vários fatores de risco cardiovasculares (81,7%). O mesmo acontece com os indivíduos a quem foi detetado risco cardiovascular alto e muito alto em que 93,8% tem idades

compreendidas entre os 40 e os 64 anos. É também esta população que pede em maior número a intervenção dos profissionais de saúde (61,2%).

Relativamente à prática de exercício físico e de consumo de tabaco é no grupo etário dos 20 aos 49 anos que se encontra a maioria da população que pratica exercício (64%) mas também os fumadores ativos (76,8%).

Relacionando o nível educacional com os fatores de risco cardiovasculares diagnosticados e as doenças cardiovasculares constatou-se que são os indivíduos com ensino secundário e superior que apresentam mais fatores de risco (58,7%) É também esta população que pede em maior número a intervenção dos profissionais de saúde (69%).

Relativamente às doenças cardiovasculares é nos indivíduos com o ensino secundário que se encontra a população mais afetada por estas doenças (53,8%).

Em relação aos fatores de risco cardiovasculares diagnosticados e doenças cardiovasculares por profissão, é nos operadores de armazém, assistentes técnicos administrativos, professores/ educadores e auxiliares da ação educativa que estas mais se manifestam, sendo que 70,6% desta população tem fatores de risco diagnosticados e 53,8 dos indivíduos que já tiveram doenças cardiovasculares pertence a estes grupos profissionais.

Relativamente às necessidades de intervenções de enfermagem nas respetivas empresas foram identificadas as seguintes:

Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz- sessão de esclarecimento com 58%, rastreios com 48%, folhetos com 26% e caminhadas com 22%.

Temas: Alimentação 58%, Exercício físico 46%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 42%, Hipercolesterolemia 30%, Hipertensão Arterial 30%, Tabagismo 22%, Diabetes Mellitus 18%.

Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz - rastreios com 61,8%, sessão de esclarecimento com 51,5%, caminhadas com 30,9% e folhetos com 14,7%.

Temas: Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 48,5%, Alimentação 39,7%, Hipercolesterolemia 35,3%, Exercício físico 33,8%, Hipertensão Arterial 32,4%, Diabetes Mellitus 25%, Tabagismo 10,3%.

Escola Secundária Conde de Monsaraz - rastreios com 60,7%, sessão de esclarecimento com 46,2%, folhetos com 7% e caminhadas com 3,5%.

Temas: Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 53,6%. Hipercolesterolemia 39,3%, Alimentação 35,7%, Diabetes Mellitus 32,1%, Hipertensão Arterial 32,1%, Exercício físico 25%, Tabagismo 17,9%.

Continente - sessão de esclarecimento com 50%, rastreios com 20%, folhetos com 20% e caminhadas com 15%.

Temas: Alimentação 60%, Exercício físico 35%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 30%, Tabagismo 20%, Diabetes Mellitus 15%, Hipercolesterolemia 15%, Hipertensão Arterial 10%.

Fundação Inácia Maria Vogado Perdigão Silva - sessão de esclarecimento com 87,5%, rastreios com 62,5%, folhetos com 25% e caminhadas com 8,3%.

Temas: Alimentação 58,3%, Hipertensão Arterial 45,8%, Hipercolesterolemia 45,8%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 41,7%. Diabetes Mellitus 37,5%, Exercício físico 25%, Tabagismo 12,5%.

Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz - rastreios com 66,7%, sessão de esclarecimento com 54,2%, caminhadas com 14,6% e folhetos com 6,25%.

Temas: Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 62,5%, Alimentação 50%, Exercício físico 31,3%, Hipertensão Arterial 27,1%, Hipercolesterolemia 27,1%, Diabetes Mellitus 20,8%, Tabagismo 8,3%.

CARMIN - sessão de esclarecimento com 52,3%, rastreios com 45,5%, caminhadas com 15,9% e folhetos com 9%.

Temas: Alimentação 45,5%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 40,9%, Exercício físico 13,6%, Hipertensão Arterial 20,5%, Hipercolesterolemia 20,5%, Tabagismo 13,6%, Diabetes Mellitus 13,6%

3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO

Existem alguns estudos desenvolvidos em Portugal que têm como objetivo calcular o risco cardiovascular a 10 anos na população portuguesa, assim como identificar casos graves de utentes com hipertensão arterial e hipercolesterolemia para tratamento precoce dos fatores de risco cardiovasculares.

Um estudo desenvolvido em 2002 pela Fundação Portuguesa de Cardiologia teve como objetivo contribuir para a redução da incidência de doença cardiovascular de caráter aterosclerótico efetuando campanhas de rastreio na população estimando o Risco Cardiovascular a 10 anos.

Ao longo do ano de 2002, foram realizadas 30 Ações de Rastreio nos Distritos de Aveiro, Coimbra, Viseu, Guarda e Leiria onde foram estudados 1013 indivíduos com idade elegível para cálculo do Risco de Doença Coronária para descobrir novos casos de indivíduos em risco e tentar minorar esse risco pelo simples aconselhamento no Rastreio e permitir o seu acesso a terapêutica. Com base nos resultados obtidos neste estudo concluiu-se que a prevalência do Risco Alto/Muito Alto de Doença Cardiovascular a prazo foi de 6,8 % em indivíduos com uma idade média de 47,9 anos. O Risco Moderado está presente em 20,6 % da amostra, tendo 76 % destes indivíduos idade superior a 50 anos sendo que o Risco Cardiovascular aumenta com a idade.

O estudo AMALIA é um estudo transversal realizado em 2006 por Carlos Perdigão, Evangelista Rocha, João Sequeira Duarte, Ana Macedo e Ana Santos patrocinado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia e que se baseou na análise de uma amostra estratificada por região, sexo e idade, com concelhos e participantes selecionados numa base aleatória. Este estudo teve dois objetivos específicos: 1) validar o questionário a aplicar no estudo AMALIA relativamente aos dados antropométricos, pressão arterial e colesterol; 2) estimar o risco de um evento cardiovascular fatal a 10 anos, na amostra em estudo.

A recolha de dados sobre a saúde foi efetuada através de um questionário estruturado e por observação. Foram incluídos 438 indivíduos, de ambos os sexos, residentes nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e numa zona rural do Centro (Leiria), com idade igual ou superior a 40 anos. Os indivíduos que aceitaram participar no estudo responderam a um questionário estruturado e além disso foi realizada uma avaliação da pressão arterial, foi efetuada a medição do peso e altura, a medição do

perímetro da anca e da cintura, do colesterol total e aplicada a escala de avaliação do risco cardiovascular a 10 anos SCORE.

Através deste estudo concluiu-se que a aplicação dum questionário que avalia as doenças com base na declaração dos inquiridos justifica-se pelas vantagens da sua aplicabilidade e pelo menor consumo de recursos. A avaliação da perceção que o utente tem dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e da sua qualidade de vida pode ajudar a definir as necessidades e prioridades de intervenção para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares diminuindo o peso destas doenças.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia promoveu a realização do estudo VIVA, um estudo transversal com uma amostra representativa da população portuguesa constituída por 10 000 indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, para determinação do risco cardiovascular da população portuguesa, através da determinação de colesterol total e HDL por método capilar, medição de tensão arterial, pesagem e da realização de um inquérito destinado a recolher dados demográficos, socioeconómicos, clínicos e terapêuticos no domicílio em Março de 2011.

Este estudo teve como objetivos a avaliação do risco cardiovascular da população portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos através das tabelas SCORE e Framingham; a determinação da prevalência de hipercolesterolemia e hipertensão arterial medida face à prevalência referida por cada indivíduo, determinação do número de indivíduos com hipercolesterolemia e/ou hipertensão arterial sob terapêutica farmacológica e avaliação da eficácia no controlo destas patologias; caracterização do perfil lipídico da população portuguesa; caracterização da perceção sobre doença cardiovascular e fatores de risco, segundo os seus coordenadores científicos Cândida Fonseca e Carlos Aguiar.

Os resultados do estudo VIVA concluíram que um em cada quatro portugueses adultos corre risco de morrer de enfarte ou AVC nos próximos 10 anos, mas apenas 30% toma a medicação adequada. Regionalmente esse risco elevado cresce de Norte para Sul de Portugal, com 20% na região Norte, 23,9% no Centro, 26,2% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 35,5% no Alentejo e 35,9% no Algarve. Outra das revelações do estudo VIVA é a prevalência da obesidade abdominal, que atinge 55% nas mulheres e 36% nos homens.

3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

De acordo com os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes a 2001 a grande parte da população ativa de Reguengos de Monsaraz exerce a sua atividade profissional no setor da agricultura, das indústrias transformadoras, construção, comércio, administração pública, educação e saúde (anexo II). Por conseguinte foram selecionadas sete empresas que desenvolvem atividades económicas nos ramos anteriormente referidos, e onde se encontra maior número de trabalhadores dos 20 aos 64 anos de idade. Foram escolhidas as sete maiores empresas para ser possível fazer um diagnóstico da situação de saúde desta população mais alargado e com vista a posteriormente conseguirmos intervir junto de maior número de utentes que possam apresentar risco de doenças cardiovasculares. Foram utilizados os dados estatísticos de 2001 relativamente às atividades económicas de Reguengos de Monsaraz por, através de contacto telefónico com a delegação de Évora do Instituto Nacional de Estatística, ter sido confirmado ainda não terem sido publicados resultados mais recentes.

Perante os dados fornecidos pelo INE (anexo II) foram selecionadas para este projeto as empresas/instituições Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, o Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, CARMIN, Escola Secundária Conde de Monsaraz e Continente, por serem os locais onde se encontra grande parte da população ativa de Reguengos de Monsaraz onde se pretende prevenir a incidência de doenças cardiovasculares, sendo esta população de 542 indivíduos e a quem foram aplicados os questionários tendo sido recolhidos 282 questionários.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 devem ser desenvolvidas atividades de formação, intervenção e colaboração intersectoriais a nível local, regional e nacional, com vista a criar sinergias, continuidade de ação e interligação entre profissionais e instituições, para dar resposta a necessidades de saúde.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Segundo Imperatóri e Giraldes (1986) a fixação dos objetivos é uma etapa fundamental pois só perante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá realizar uma avaliação dos resultados obtidos com o projeto desenvolvido. A seleção de indicadores dos problemas de saúde considerados prioritários é que traduz melhor a dimensão desses problemas e a sua respetiva evolução. Estes podem ainda ser traduzidos em objetivos operacionais, ou seja em metas a atingir.

4.1 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

As alterações ocorridas na sociedade e a conseqüente complexidade de atuação profissional na área da saúde, invocam uma preocupação adicional com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, como forma de aquisição de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficientes às necessidades de saúde das populações no sentido de promover ganhos em saúde.

Um dos contributos dos enfermeiros para aumentar o bem-estar e a qualidade de vida das comunidades é a educação para a saúde e o Empowerment das pessoas no sentido de defenderem e promoverem a sua saúde e saberem lidar com o processo de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária adquire e desenvolve competências que lhe permitem avaliar as diversas causas dos principais problemas de saúde existentes nas comunidades e desenvolve programas e projetos de intervenção comunitária que conduzam á capacitação das comunidades para a promoção da saúde.

Assim com a realização deste projecto foram propostos para alcançar os seguintes objetivos de intervenção profissional:

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

Para atingir este objetivo foi realizado o projeto de intervenção comunitária “Reguengos de Monsaraz mais Saudável”, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, onde se procedeu ao levantamento das necessidades de saúde da população alvo, realizando-se inicialmente o diagnóstico da situação de saúde desta população e intervindo-se para minimizar os danos causados pelas doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

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

Para atingir este objetivo foram planeadas intervenções, nomeadamente sessões de educação para a saúde, de forma a ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações. Assim, a Educação para a Saúde implica planear um programa adequado capaz de dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família ou comunidade.

- **Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).**

Para a realização deste projeto foi escolhida uma área prioritária do Plano Nacional de Saúde para que fosse possível contribuir para os ganhos em saúde propostos por este plano.

4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

A definição dos objetivos implica a obtenção de um resultado desejável (Imperatori & Giraldes, 1986).

Assim para este projeto foram fixados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Prevenção das Doenças Cardiovasculares na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade, a exercer a sua actividade profissional em Reguengos de Monsaraz, durante os anos de 2013 a 2015.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o risco de saúde para as Doenças Cardiovasculares na população alvo;

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em que permitiu avaliar o estado de saúde da população, procedendo-se à elaboração de um Diagnóstico de Saúde desta população.

- Caracterizar os hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos na população alvo;

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em que permitiu caracterizar estilos de vida que estão directamente relacionados com o aparecimento das doenças cardiovasculares, passíveis de modificação.

- Caracterizar os factores de risco cardiovasculares da população alvo;

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em que permitiu caracterizar os principais factores de risco das doenças cardiovasculares, de forma a intervir nas áreas problemáticas, pois estes são a principal causa da ocorrência destas doenças.

- Calcular o risco cardiovascular da população alvo;

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em que as doenças cardiovasculares podem ser evitadas através de ações preventivas.

Dado o seu carácter multifactorial, torna-se imprescindível o cálculo sistemático do risco cardiovascular global, avaliando assim, em cada indivíduo, o seu risco cardiovascular.

O cálculo do risco cardiovascular global, permite identificar as pessoas com um risco alto de ocorrência de doença cardiovascular, moldar a intensidade da intervenção terapêutica no controlo dos factores de risco e motivar as pessoas para modificarem os seus estilos de vida.

- Promover a aquisição de conhecimentos da população alvo relativamente a uma alimentação saudável, fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares;

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em permitiu realizar Educação para a Saúde que surge como um meio facilitador no sentido de preparar os indivíduos para um papel ativo na saúde ajudando as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde de forma a colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

- Identificar portadores de fatores de risco cardiovasculares não controlados ou não diagnosticados na população alvo;

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em permitiu realizar a prevenção, a deteção e a correção dos fatores de risco apresentados pela população alvo, que se encontravam elevados.

- Garantir a acessibilidade a consultas numa Unidade de Saúde Familiar da população portadora de fatores de risco não controlados ou não diagnosticados.

Este objetivo foi de extrema importância para a consecução do projeto na medida em permitiu incentivar a população portadora de factores de risco não controlados para a necessidade da realização da consulta periódica de saúde.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Este projeto tem a duração de três anos tendo tido início em 2013 e terminando em 2015. As atividades a seguir descritas reportam-se à primeira fase do projeto que tem a duração de 6 meses.

5.1 – METODOLOGIAS

Segundo Brissos (2004) o planeamento deve equacionar o contexto em que se atua, os múltiplos interesses e as relações de poder, de influência ou de conflitualidade entre os vários atores sociais. Ou seja, o planeamento deve ter em conta as características e as necessidades identificadas pelos vários atores sociais, os seus interesses e relações sociais.

O Planeamento em Saúde consiste na "... racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio económicos...". (Imperatori e Giraldes, 1986: 6).

Neste contexto mais abrangente e segundo Imperatori e Giraldes (1982: 6), é fulcral realizar o planeamento de saúde porque os recursos são escassos e é imprescindível utilizá-los da forma mais eficaz e mais eficiente; "...é preciso intervir nas causas dos problemas; é preciso definir prioridades; há que evitar intervenções isoladas; há infra-estruturas muito caras que podem apoiar simultaneamente vários equipamentos; há equipamentos que podem ter utilizações polivalentes...".

No planeamento em saúde, como referido anteriormente, deverá ser elaborado um plano, definindo antecipadamente as prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução. Na

execução e na avaliação tem de estar sempre bem presente que a sociedade está em constante mudança e, logo, o planeamento também o deverá estar.

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), a fase de diagnóstico deve identificar os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas, ao mesmo tempo deve ser suficientemente sucinto e claro de modo a ser atingível e apreendido por todos. Na definição de prioridades deve-se apenas selecionar os problemas que se vão resolver, utilizando para esse fim critérios de diversa ordem. No que respeita à fixação de objetivos como prioritários, estes relacionam-se com a determinação da evolução natural dos problemas e da respetiva tendência. Relativamente à seleção de estratégias, escolhem-se apenas as técnicas que estão em consonância com o objetivo a alcançar. A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos. Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Por fim, a avaliação, que pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que servem para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o impacto ou o resultado a cumprir). Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar, mantendo assim o seu carácter dinâmico e contínuo.

Utilizando as palavras de autores como Imperatori e Giraldes, (1986), planear é pensar no futuro, é decidir, é um plano integrado de decisões. No fundo, é um procedimento formalizado, que tem como finalidade um resultado integrado, sob a forma de um sistema integrado de decisões.

A participação das populações no processo de planeamento em saúde tem-se revelado um bem necessário ao mundo da saúde, pois, em sentido lato, são eles quem faz ou não saúde.

Assim para se proceder ao diagnóstico de saúde da população foi aplicado um questionário. Dos 542 questionários distribuídos, foram devolvidos 282 a partir dos quais se realizou o diagnóstico de saúde desta população.

Segundo Fortin (2003) o questionário é um instrumento de colheita de dados onde se pede aos participantes que respondam por escrito a um conjunto de questões. O questionário tem como objetivo recolher informação conhecimentos, acontecimentos, crenças, atitudes, sentimentos e opiniões (Fortin, 2003).

A utilização de um questionário permite recolher, com uma certa facilidade um grande número de dados de qualidade e é, por definição, um instrumento estandardizado, que assegura uma comparação fidedigna de todas as pessoas inquiridas. O facto de garantir o anonimato das respostas, a opinião pessoal é salvaguardada, não expõe as pessoas às influências do entrevistador implicando um menor custo e requerendo menos tempo.

Para a realização deste projeto foi construído um **questionário** que teve como objetivo o conhecimento da saúde da população alvo para elaboração do diagnóstico de saúde desta mesma população.

Segundo Fortin (2003) a construção de um questionário exige que se defina claramente o seu objetivo de estudo, que se tenha um bom conhecimento sobre o tema e sobre a investigação já elaborada e que se tenha ideia dos dados que pretende recolher.

Após a construção do questionário e segundo Fortin (2003) este deve ser sujeito à apreciação de peritos. Neste caso em concreto o questionário construído foi submetido à apreciação de peritos na área (2 médicos de Cardiologia, 3 enfermeiras de Saúde Comunitária e 1 médico de Medicina Geral e Familiar).

De seguida foram feitas as alterações sugeridas pelos peritos e posteriormente realizado o pré-teste a 10 utentes com características semelhantes às da população alvo. Após o pré-teste foram feitas alterações sugeridas ao questionário. Segundo Fortin (2003) o pré-teste é a prova que verifica a eficácia do questionário numa amostra reduzida, entre 10 a 20 pessoas, da população alvo, permitindo assim descobrir defeitos no respetivo questionário e fazer as devidas correções.

O questionário construído divide-se em 4 partes (anexo III). Na primeira parte pretende-se conhecer os dados sociodemográficos da população e os dados antropométricos. Na segunda parte pretende-se conhecer os estilos de vida relacionados com os hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e hábitos tabágicos. Na terceira parte tem-se como objetivo conhecer a utilização dos cuidados de saúde por parte dos inquiridos e na quarta parte pretende-se conhecer os fatores de risco cardiovasculares

presentes nesta população e quais as intervenções que esperam por parte dos profissionais de saúde.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2006) a prevalência da Hipertensão Arterial, o tabagismo, a dislipidémia, a diabetes, o abuso de álcool, o sedentarismo, a obesidade e o *stress* excessivo são situações que urge minorar para fazer face às doenças cardiovasculares.

Com este questionário pretendeu-se conhecer os hábitos alimentares, de exercício físico e hábitos tabágicos assim como os fatores de risco para doenças cardiovasculares dos inquiridos que possam ser prejudiciais e quais as suas necessidades de saúde.

Para aplicar estes questionários no local de trabalho da população alvo foi feito um pedido de autorização aos responsáveis das empresas selecionadas (anexo IV).

Posteriormente foi combinado um dia com os respetivos responsáveis ou assessores e realizada a distribuição dos questionários. Por haver empresas com bastantes colaboradores e em alguns casos onde o horário de trabalho é por turnos foi combinado nova data para a entrega dos restantes questionários e num dos casos foi pedido ao responsável para fazer a distribuição dos questionários pelos colaboradores que por razões laborais não se encontravam na sede da empresa. Para a recolha dos questionários foi também combinada uma data, mas como a adesão ao preenchimento dos questionários em algumas empresas foi pequena, foram incentivados os indivíduos a preencher os questionários e combinada nova data para recolha. Em algumas empresas com maior número de trabalhadores e por se encontrarem um pouco dispersos foi colocada uma caixa tipo urna para fazerem o depósito do questionário.

Questões éticas

Foram tidos em consideração três princípios éticos, que são eles a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça. O princípio da beneficência diz-nos que acima de tudo não devemos causar dano, neste caso nos inquiridos. Relativamente ao princípio do respeito pela dignidade humana este diz-nos que o ser humano tem direito a decidir voluntariamente participar na investigação, deve ser informado sobre o estudo e deve dar o seu consentimento para a participação na investigação. De acordo com o princípio da justiça o participante tem direito a um tratamento justo e à privacidade. (Polit, Beck & Hungler (2004))

Para a realização deste trabalho, previamente à recolha de dados foi explicado aos indivíduos o que se pretende com o questionário, na primeira página do qual foi elaborada uma descrição sumária do estudo que pretendemos efetuar, dos objetivos, quem o vai desenvolver e em que contexto.

Foi também pedido o seu consentimento para participar no trabalho estando livre para recusar se assim o entendesse. Foi garantido aos participantes a confidencialidade dos dados.

O consentimento informado significa que os participantes possuem informações adequadas em relação à investigação e podem escolher livremente se querem ou não participar na investigação (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados procedeu-se à codificação dos questionários através da atribuição de um número.

Foi pedido que colocassem o nome nos questionários para que fosse possível identificar os utentes com maior risco cardiovascular.

Análise dos dados recolhidos no programa informático SPSS

A estatística é a ciência que permite resumir a informação numérica de uma forma estruturada como meio para obter uma imagem geral da amostra. Neste caso em particular foi utilizada a estatística descritiva para análise dos dados permitindo, deste modo, descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos descrevendo os valores obtidos pela medida de variáveis (Fortin, 2003).

A estatística descritiva consiste na recolha, análise e interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos.

Para Quivy e Campenhoudt (1998), os dados recolhidos através de um questionário não têm significado em si mesmos. Deste modo, só podem ser úteis no âmbito de um tratamento quantitativo que permita comparar as respostas de diferentes categorias e analisar as relações entre variáveis. Assim, após a recolha dos dados, a fim de serem devidamente tratados, os mesmos foram submetidos a uma análise, utilizando-se para esse fim o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) como forma de auxiliar e simplificar o tratamento dos mesmos.

Seguidamente foi efetuado o **diagnóstico da situação de saúde** desta população, com base nos resultados obtidos.

Após a realização do diagnóstico da situação de saúde da população alvo e caracterizados os hábitos alimentares, de exercício físico e tabágicos desta população e os seus fatores de risco foram estabelecidas prioridades.

A **definição de prioridades** deve ter em conta o tempo de duração do projeto e a área que este abrange, a relevância do problema para a comunidade, o impacto na Saúde, a possibilidade de prevenção e os recursos humanos e materiais. Num projeto local não se deve exceder 4 ou 5 áreas de intervenção. Para estabelecer as prioridades para este projeto foi utilizada a técnica de comparação por pares que consiste num julgamento comparativo através da atribuição de pontos, onde se procura determinar a importância relativa de cada elemento.

Tavares (1990) identifica duas fases no processo de determinação de prioridades: a definição dos critérios de decisão, com a atribuição dos seus pesos respetivos, e comparação dos problemas, estabelecendo a determinação de prioridades propriamente dita, onde se comparam os resultados e se elabora uma lista de problemas prioritários.

A avaliação da perceção que o indivíduo tem dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e da qualidade de vida pode ajudar a definir as prioridades de prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares (Macedo, Santos, Rocha & Perdigão, 2008).

Assim foram selecionadas três das necessidades sentidas pelos inquiridos que de acordo com o diagnóstico da saúde efetuado são necessidades reais pois estamos perante uma população que reconhece que não possui um padrão alimentar de acordo com o recomendado pela Direção Geral da Saúde (2005) e desconhece os sinais e sintomas das doenças cardiovasculares. Como muitos indivíduos desconhecem os valores do seu colesterol, glicémia e perímetro abdominal procedeu-se também ao rastreio dos factores de risco cardiovasculares, assim como a uma breve abordagem sobre os valores considerados adequados para a Tensão Arterial (TA), colesterol, glicémia e perímetro abdominal, na sessão de educação para a saúde sobre os sinais e sintomas das doenças cardiovasculares. Apesar deste projeto ser desenvolvido em empresas propôs-se a realização destes rastreios pois nas empresas não são avaliados todos estes parâmetros nas consultas de saúde ocupacional por não ser obrigatório segundo Decreto lei n.º 102/2009 de 10 de setembro e algumas destas empresas não realizam consulta de saúde

ocupacional ainda sem resposta por parte destas para este facto (anexo V). Também por ser uma população onde a prática de exercício físico não se encontra implementada propôs-se também a realização de atividades neste sentido.

Após estabelecidas as prioridades, foram **fixados os objetivos** para posterior avaliação dos resultados. A definição dos objetivos implica a obtenção de um resultado desejável (Imperatori & Giraldes, 1986).

Seguidamente foram **selecionadas as estratégias** adequadas para reduzir os problemas de saúde prioritários.

Estratégia de saúde define-se como um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas de modo a alcançar um objetivo para reduzir os problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1986).

Para este projeto foram planeadas estratégias que pudessem proporcionar a colaboração de todas as entidades envolvidas na resolução dos problemas de saúde encontrados. Foram também planeadas estratégias de modo a dar resposta às necessidades de saúde da população e ainda planeado o recurso a parcerias pois esta é uma estratégia de sucesso para a mudança e melhoria da Saúde Comunitária implicando o empenho de todas as pessoas envolvidas.

Após a tomada de decisão sobre as estratégias mais adequadas procedeu-se à preparação da execução do projecto. Foram planeadas atividades para dar resposta às necessidades de saúde da população e de acordo com a opinião desta.

Para finalizar foi feita a **avaliação** do projeto comparando os progressos alcançados com os objetivos definidos inicialmente tendo em conta as intervenções desenvolvidas, para verificar a necessidade de correções (Imperatori & Giraldes, 1986).

5.2 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Para colocar em prática este projeto foram seguidas as etapas do planeamento em saúde fazendo inicialmente e como previsto o diagnóstico da situação de saúde da população ativa dos 20 aos 64 anos a exercer a sua actividade profissional em Reguengos de Monsaraz, o que corresponde à primeira fase do projeto.

DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DO PROJETO

- Pesquisas de consenso junto da equipa de enfermagem da UCC ALMOREG através da técnica de Brainstorming.

Um consenso obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas da população em estudo é muito importante. Esta técnica, para além, de permitir a deteção dos problemas e das necessidades, serve também para sensibilizar e motivar os diversos profissionais para a importância do trabalho a realizar e dos problemas sobre os quais se pretende intervir.

A técnica de brainstorming propõe que um grupo de pessoas se reúnam e utilizem os seus pensamentos e ideias para que possam chegar a uma ideia ou ideias comuns, a fim de gerar ideias inovadoras que levem um determinado projeto adiante. Nenhuma ideia deve ser descartada ou julgada como errada ou absurda, todas devem estar na compilação ou anotação de todas as ideias ocorridas no processo, para depois evoluir até à solução final.

Foi realizado no dia 19 de novembro de 2012 uma reunião na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg com as 4 enfermeiras que constituem a equipa de enfermagem, com a duração de cerca de 1 hora, para produção de ideias acerca do tema das doenças cardiovasculares. Nesta reunião foi feita uma breve apresentação do tema às enfermeiras da Unidade de Cuidados Almoreg que foi conduzida pela enfermeira que se encontra a implementar o projeto. A partir desta reunião surgiu a ideia de realizar este projeto na população entre os 20 e os 64 anos de idade por ser uma população onde começam a ocorrer estas doenças com uma maior frequência, com a intenção de sensibilizar esta população para a presença e controlo dos fatores de risco das doenças cardiovasculares, baseando esta intervenção nas evidências apresentadas cientificamente.

Nesta reunião constatou-se também a necessidade de conhecer os hábitos alimentares, de prática de exercício físico, tabágicos e de consultas de vigilância de saúde desta população para poder relacioná-los com os fatores de risco apresentados por esta e com o risco cardiovascular global de cada utente. Pretendemos com isto conhecer

também o perfil de saúde da população e a sua motivação para modificar estilos de vida na tentativa de prevenir as doenças cardiovasculares. Tornou-se relevante conhecer também quais as intervenções, relativamente aos profissionais de saúde, que a população espera que sejam desenvolvidas.

Para operacionalizar as ideias produzidas nesta reunião foi decidido que a enfermeira que se encontra a dinamizar o projeto iria realizar um questionário para aplicar a esta população onde estivessem presentes os temas acima mencionados pela equipa.

Não havendo mais produção de ideias deu-se por terminada a reunião.

Para implementação do projeto foi pedida autorização ao ACES que só após grande insistência deu o seu parecer positivo para a realização do mesmo (anexo VI).

- Reunião com os representantes das empresas para apresentação do projeto.

Foram realizadas reuniões durante o mês de novembro com os representantes das instituições/ empresas: Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, Escola Secundária Conde de Monsaraz, Continente e CARMIM para apresentar e divulgar o projeto, aplicar os questionários e para poder fazer um diagnóstico de saúde desta população relativamente aos seus hábitos alimentares, de exercício físico, de tabagismo e fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Estas reuniões foram agendadas com os representantes das empresas onde foi explicado, pela enfermeira dinamizadora do projeto, quais os objetivos deste e o porquê da escolha da empresa. Todos os representantes ficaram motivados com a proposta e deram logo o seu consentimento para a realização do projeto.

- Reunião com o coordenador da USF REMO para apresentação do projecto.

Foi realizada também uma reunião com o coordenador da USF REMO, durante o mês de novembro, para apresentação do projeto e para programar uma articulação com esta unidade no encaminhamento de utentes com fatores de risco não diagnosticados ou não controlados.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

→ *Caracterizar o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.*

→ *Caracterizar os hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.*

→ *Caracterizar os fatores de risco cardiovasculares da população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz*

Nos últimos anos, muito se tem comentado sobre o estilo de vida das populações. Campanhas antitabagistas, de redução do consumo de álcool, de incentivo para uma alimentação saudável e de prática regular de actividade física.

De facto, o estilo de vida é um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde.

A crescente incidência das Doenças Cardiovasculares nos últimos tempos originou uma busca incessante pelos fatores de risco relacionados com o seu desenvolvimento. Ainda que a genética e a idade tenham grande importância nesta evolução, grande parte dos outros fatores de risco pode ser influenciada por modificações no estilo de vida, de forma a reduzir os eventos cardiovasculares e aumentar a sobrevivência em utentes portadores ou em risco cardiovascular. Ainda que alguns aspetos permaneçam duvidosos, a mudança de hábitos alimentares, a prática de atividade física e a cessão tabágica são modificações do estilo de vida consideradas essenciais para o êxito da prevenção das doenças Cardiovasculares assim como na identificação dos indivíduos em risco (Rique, Soares & Meirelles, 2002).

O conceito de factor de risco cardiovascular foi introduzido por volta dos anos 60 como sendo o conjunto de fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, como por exemplo, um Síndrome Coronário Agudo ou Morte Súbita (Faustinho, Santos & Herrero-Beaumont, 2004).

Estão descritos como principais factores de risco para a doença coronária, o consumo de tabaco, a hipertensão, o colesterol elevado, a diabetes e a obesidade. O padrão alimentar desfavorável encontra-se também descrito como um fator de risco independente para além do efeito indireto que tem, juntamente com a inatividade física, nos outros fatores de risco anteriormente descritos (Lopes, 2009).

Os fatores de risco das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares dividem-se em não modificáveis e modificáveis.

Os fatores de risco das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares modificáveis são aqueles que podem ser modificados através da adoção de novos comportamentos ou um novo estilo de vida. Também podem ser denominados como «dependentes da vontade» (Martins, 2003), pois dependem da motivação pessoal que, por sua vez, depende de valores pessoais, de atitudes e da perceção de controlo. São estes o Tabagismo, o controlo da Hipercolesterolemia, da Hipertensão, da Diabetes Mellitus a Obesidade e o Sedentarismo.

Os fatores de risco não modificáveis ou «não dependentes da vontade», de acordo com Martins (2003), são aqueles que o indivíduo não pode alterar, como o sexo, a idade, a história familiar ou os seus antecedentes pessoais.

- Consulta de Indicadores Demográficos e Socioeconómicos para caracterização da população.

Indicadores são características mensuráveis de processos, produtos ou serviços, utilizados por uma organização para acompanhar, avaliar e melhorar o seu desempenho. Os indicadores constituem um instrumento de planeamento.

Para este projeto foram utilizados indicadores demográficos como índice de juventude, índice de envelhecimento, índice de renovação da população ativa e o índice de juventude de população ativa.

Como indicador sanitário foi utilizada taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, taxa de mortalidade por doença isquémica do coração por local de residência, sexo e grupo etário e taxa de mortalidade por doença cérebro vascular por local de residência, sexo e grupo etário.

- Realização do Diagnóstico da Situação de Saúde da população ativa dos 20 aos 64 anos a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), a fase de diagnóstico deve identificar os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas, ao mesmo tempo que deve ser suficientemente sucinto e claro de modo a ser atingível e apreendido por todos.

Para realizar o diagnóstico de saúde da população foi aplicado um questionário com o qual se pretendia conhecer os dados sociodemográficos da população, os dados antropométricos, os estilos de vida relacionados com os hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e hábitos tabágico, conhecer a utilização dos cuidados de saúde por parte dos inquiridos e por fim conhecer os fatores de risco cardiovasculares presentes nesta população e quais as intervenções que esperavam por parte dos profissionais de saúde.

Após a análise dos resultados obtidos através da aplicação dos questionários foi elaborado o diagnóstico de saúde desta população, já descrito no ponto 3.2.

Assim e de acordo com os resultados obtidos com o questionário foram identificados 20,9% dos utentes com hipertensão arterial diagnosticada, 21,6% com hipercolesterolemia diagnosticada, 5,3% com diabetes mellitus diagnosticada, 36% da população com excesso de peso e 13% com obesidade e 18,1% das mulheres e 3,1% dos homens com um perímetro abdominal aumentado mas 46% da população não respondeu a esta questão.

No questionário 23% da população apresenta um baixo risco de ocorrência de doença cardiovascular nos próximos 10 anos, 19,2% apresentam risco moderado, 3,9% apresentam risco alto e 1,8% da população tinha risco muito alto de vir a desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos. 47,9% da população não apresentava dados suficientes para esses cálculos.

- Reunião com os representantes das empresas para apresentação do diagnóstico de saúde.

Para apresentar o diagnóstico da situação de saúde desta população nas respetivas instituições/ empresas e para pedir autorização para realizar as intervenções planeadas para prevenir as doenças cardiovasculares foram realizadas reuniões com os seus

representantes durante o mês de fevereiro e março (anexo VII). Desde o primeiro contacto este mostraram grande interesse nesta temática e em colaborar em parceria com a UCC ALMOREG na prevenção das doenças cardiovasculares.

- Reunião com o coordenador da USF REMO para apresentação do diagnóstico de saúde.

Foi realizada também uma reunião com o coordenador da USF REMO, no mês de fevereiro para apresentação do diagnóstico da situação de saúde desta população e para programar uma articulação com esta unidade no encaminhamento de utentes com fatores de risco não diagnosticados ou não controlados.

INTERVENÇÃO

De acordo com as prioridades estabelecidas após o diagnóstico de saúde desta população tornou-se necessário:

→ **Promover a aquisição de conhecimentos da população alvo relativamente a uma alimentação saudável, fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares.**

Os enfermeiros comunitários estão numa posição privilegiada para fornecer educação para a saúde, pois contactam com os utentes com necessidades e capacidades variadas, em diversas situações. A informação que os enfermeiros comunitários transmitem, permite ao utente fazer as suas escolhas em relação à saúde com mais conhecimento, assumindo o utente uma maior responsabilidade pela sua saúde.

Os enfermeiros desempenham um importante papel enquanto agentes de Educação para a Saúde. A atuação do enfermeiro na área da Educação para a Saúde não deve ser apenas uma simples transmissão de informação científica e técnica, mas sim “(...) uma intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.” (Amorim cit in Carvalho, 2006,p.3)

A estratégia de educação para a saúde compreende um conjunto de medidas destinadas à população em geral, ou a grupos específicos, tendo como finalidade

diminuir a prevalência de determinados fatores de risco e aumentar a prevalência de fatores de proteção. Quer as cidades, quer os locais de trabalho, deverão ser considerados como espaços privilegiados de sensibilização para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a diminuição de comportamentos de risco (Programa Nacional de Prevenção e Controlo às Doenças Cardiovasculares, 2006).

Para dar resposta ao objetivo anteriormente mencionado foram realizadas as seguintes intervenções:

- Realização de sessões de educação para a saúde sobre Alimentação Saudável em março e abril de 2013.

O padrão alimentar atual, desmedido nas quantidades energéticas, deficitário em fibras, antioxidantes e outras substâncias protetoras caracteriza-se por um elevado consumo de alimentos excessivamente calóricos e ricos em gorduras saturadas e por um baixo consumo de produtos hortícolas, cereais integrais, fruta e peixe, entre outros, cuja associação com importantes fatores de risco cardiovascular são hoje bem conhecidos (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Está hoje provado que a alimentação constitui um fator na proteção da saúde e, quando desequilibrada, pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, entre outras. Por isso, o excesso de sal, de gorduras, de álcool e de açúcares de absorção rápida na alimentação, por um lado, e a ausência de legumes, vegetais e frutos frescos, por outro, são dois fatores de risco associados às doenças cardiovasculares (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

A obesidade e mais recentemente o excesso de peso são problemas crescentes em muitos países. A adiposidade abdominal tem sido considerada um dos preditores das doenças cardiovasculares. Marcadores antropométricos, como por exemplo, o perímetro abdominal tem sido amplamente utilizado em estudos conduzidos na Europa e nos Estados Unidos (Oliveira, Fagundes, Moreira, Trindade & Carvalho, 2009).

A obesidade e o excesso de peso estão diretamente relacionados com um maior risco cardiovascular, pelo conjunto de doenças que favorecem, contribuindo também

para um aumento significativo da morbilidade e mortalidade por doença aterosclerótica e para uma diminuição da esperança média de vida.

A obesidade e o excesso de peso, devido à sua tendência de aumento em todos os grupos etários, incluindo os jovens, são graves problemas de saúde pública. De facto, em Portugal existem cerca de 850 000 adultos obesos e o número de pessoas com excesso de peso atinge quase metade da população (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (2000) define obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são vários e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais.

Para realizar esta intervenção foram agendadas sessões com os responsáveis das empresas, com a duração de 30 minutos cada sessão para não prejudicar o funcionamento normal dos serviços, durante o mês de março e abril. Nas empresas com maior número populacional foram agendadas mais do que uma sessão para ser possível abranger um maior número de colaboradores. Os responsáveis optaram por não convocar os seus colaboradores por não ser uma atividade de carácter obrigatório sendo, no entanto, feita a divulgação das respetivas sessões por todos os colaboradores através de panfletos e de Outlook.

A escolha deste tema deveu-se ao facto, de aquando da realização do diagnóstico de saúde, esta população ter manifestado interesse em que este tema fosse abordado e por a alimentação estar diretamente relacionada com os fatores de risco das doenças cardiovasculares.

A sessão teve como objetivo sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável e prática de exercício físico utilizando o método expositivo com recurso a filmes e palestra.

Foram realizadas 16 sessões de educação para a saúde, durante os meses de março e abril, com um total de 283 participantes.

Foi criada também para este projeto uma folha de presenças para as sessões de educação para a saúde (anexo VIII)

Para avaliação dos conhecimentos adquiridos na sessão por parte dos participantes foi efectuado um pequeno questionário sobre o tema (anexo VIII). O questionário tinha como objetivo principal o conhecimento da roda dos alimentos pois é nesta que se baseia a prática de uma alimentação saudável. A correção do referido questionário foi efectuada no final da sessão pois os participantes acharam de grande interesse já que há muito tempo não falavam sobre o tema da roda dos alimentos.

- Realização de sessões de esclarecimento sobre Sinais e Sintomas das doenças cardiovasculares com referência aos fatores de risco cardiovasculares nos meses de maio e junho de 2013.

A maioria das doenças cardiovasculares está associada à aterosclerose, que corresponde à formação de depósitos de colesterol e de placas de ateroma (gorduras) no interior dos vasos sanguíneos. Esta situação faz com que se origine uma resposta inflamatória que altera os componentes dos vasos, pois quanto mais alterados maior o risco das placas de ateroma e do colesterol aderirem à parede do vaso. Estas placas de gordura gradualmente tornam-se duras. Desta forma, na fase inicial da aterosclerose aparecem apenas depósitos gordurosos nas paredes dos vasos, mas nas fases terminais os vasos podem tornar-se excessivamente fibróticos e contraídos, ou mesmo de consistência dura, caracterizando uma condição chamada aterosclerose. A aterosclerose, muitas vezes, causa a oclusão dos vasos, levando a outras complicações cardiovasculares como o Enfarte Agudo do Miocárdio ou ao Acidente Vascular Cerebral (Brunner & Suddart, 2005).

O Enfarte Agudo do Miocárdio é caracterizado pelo desenvolvimento súbito de uma área circunscrita de necrose miocárdica devido a isquemia grave dessa região, ocorrendo geralmente a oclusão de uma artéria coronária. Este apresenta como sintomas o desconforto torácico persistente, podendo irradiar para a mandíbula, membro superior esquerdo, náuseas, vômitos e suores (Schlant & Alexander, 1996)

O Acidente Vascular Cerebral ocorre quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue. Isto acontece sempre que um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue numa região do cérebro. Pode, também, resultar da rutura de uma artéria cerebral e, neste caso, o sangue que dela

extravasa vai destruir o tecido cerebral circundante. Em qualquer dos casos, o tecido cerebral é destruído e o seu funcionamento afetado. Este apresenta como sintomas a hemiplegia ou hemiparesia, a afasia, perturbações do equilíbrio, cefaleias, confusão mental e alterações da visão, podendo ocorrer todos os sintomas ou apenas alguns deles (Direção Geral da Saúde, 2000).

Para realizar esta intervenção foram agendadas sessões de 30 minutos com os responsáveis das empresas para não prejudicar o normal funcionamento dos serviços, durante o mês de maio e junho. Nas empresas com maior número populacional foram agendadas mais do que uma sessão para ser possível abranger um maior número de colaboradores. Os responsáveis optaram por não convocar os seus colaboradores por não ser uma atividade de carácter obrigatório, no entanto, foi feita a divulgação das respetivas sessões por todos os colaboradores através de panfletos e de Outlook.

A sessão teve como objetivo sensibilizar para a importância do controlo dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e promover a melhoria do acesso do doente vítima destas patologias a um rápido diagnóstico e a um tratamento adequado. Foi utilizando o método expositivo com recurso a filmes e palestra (anexo IX).

O tema dos fatores de risco foi abordado nesta sessão pois segundo o diagnóstico de saúde efetuado grande parte da população não tinha conhecimento dos valores da TA, colesterol, glicémia e perímetro abdominal.

Foram realizadas 16 sessões de educação para a saúde, durante os meses de maio e junho, com um total de 283 participantes.

Para avaliação dos conhecimentos adquiridos na sessão por parte dos participantes foi efetuado um pequeno questionário sobre o tema (anexo IX).

- Distribuição de panfletos informativos sobre os temas anteriormente descritos no mês de maio de 2013.

- Redação de artigos para o jornal local sobre as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco mensalmente entre março e junho.

A divulgação de informação, sobre estilos de vida saudáveis, fatores de risco e sintomas precoces de situações agudas de doença coronárias e cerebrovasculares, devem

ser promovidas como estratégia para a diminuição da ocorrência destas doenças (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

Para tal foram distribuídos 469 panfletos pela população alvo sobre os temas Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular e Informações Nutricionais. Estes panfletos foram realizados no decorrer do projeto por ser uma necessidade de informação sentida pela população (anexo X).

Foi elaborado também um cartaz onde eram mencionados conselhos para uma mudança de estilos de vida com o objectivo da prevenção das doenças cardiovasculares (anexo XI),

Foram publicados 4 artigos no jornal local “A Palavra” elaborados pela enfermeira responsável pelo projeto. O primeiro dava conta do diagnóstico da situação de saúde da população alvo, o segundo sobre o Acidente Vascular Cerebral, o terceiro sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio e o quarto teve como tema a Alimentação Saudável. (anexo XII).

- Realização de aulas de educação física e/ou caminhadas pelos professores de educação física, com a colaboração dos enfermeiros uma vês por mês, de abril a junho.

Estudos têm demonstrado que o sedentarismo está associado a maior incidência de doença cardiovascular. A inatividade física é hoje reconhecida como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. Embora não se compare a fatores de risco como o tabagismo ou a hipertensão arterial, é importante na medida em que atinge uma percentagem muito elevada da população, incluindo adolescentes e jovens adultos. A falta de prática regular de exercício físico moderado potencia outros fatores de risco suscetíveis de provocarem doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes ou a hipercolesterolemia. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

A prática regular de atividade física é útil na prevenção primária e secundária destas doenças, mas o tipo de vida e o desenvolvimento económico e social levaram a uma acentuada redução dos níveis de atividade física na sociedade ocidental, da qual Portugal não é exceção.

A atividade física é fundamental na prevenção primária, secundária e terciária da maioria das doenças crónicas e/ou degenerativas mais predominantes na população, nomeadamente das causas e consequências da aterosclerose. Para manter a saúde em geral e a cardiovascular em particular todo o adulto deverá praticar, no mínimo, 30 minutos de atividade física diariamente ou, pelo menos, na maioria dos dias da semana. Por atividade física moderada entende-se uma intensidade superior às atividades de vida diárias. Calcula-se que esta atividade física se traduz numa redução média de 20% a 30% do risco de mortalidade global (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Aumentar a atividade física regular da população, é uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo-benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares.

As atividades que mais favorecem a saúde cardiovascular e o consumo calórico são a marcha acelerada, a corrida lenta, a bicicleta sempre a pedalar, o remo, a dança de ritmos rápidos, a hidroginástica, etc.

Assim para dar resposta a esta necessidade foram organizadas caminhadas e aulas de educação física para toda a população interessada em participar.

No dia 5 de abril encontrava-se agendada uma caminhada em parceria com o AVERM que por motivos climatéricos foi desmarcada.

Foram realizadas 2 caminhadas no mês de maio com um total de 150 participantes e três aulas de educação física com um total de 75 participantes, em parceria com o Agrupamento AVERM, a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, com o FitClub Ginásio, com a Academia de Dança e Artes Performativas da Sociedade Artística Reguenguense e com o Grupo Cores Divertidas. No mês de junho foi realizada uma caminhada em parceria com a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e a Caixa de Crédito Agrícola onde participaram 689 pessoas grande parte com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade. Nestas caminhadas participou toda a população interessada da comunidade de Reguengos de Monsaraz. Em todas as atividades físicas foram distribuídas mensagens de sensibilização para a prevenção das doenças cardiovasculares (anexo XIII).

Como objetivo deste projeto temos ainda:

→ ***Cálculo do risco cardiovascular da população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.***

A tensão arterial elevada, o colesterol elevado, o tabagismo e a diabetes são os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares de causa aterotrombótica.

A dificuldade que tem existido na redução destas doenças pode estar relacionada com a preocupação dirigida aos valores elevados de qualquer um deles, em prejuízo de uma abordagem integrada dos diversos fatores de risco presentes em cada doente, no que atualmente consideramos o risco cardiovascular global.

O risco cardiovascular global deve ser calculado nos indivíduos considerados em risco de desenvolver doença aterosclerótica, ou seja, em prevenção primária da doença cardiovascular. Estes indivíduos são os que têm fatores de risco mas ainda sem doença estabelecida (anexo XIV). Desta forma, a identificação dos indivíduos assintomáticos em risco é determinante na decisão de iniciar um conjunto de medidas farmacológicas e para modificação dos estilos de vida que têm como objetivo prevenir a doença e evitar as suas manifestações nocivas (Mafra & Oliveira, 2008).

Foram criadas escalas de avaliação do risco cardiovascular global que permitem quantificar o risco de um determinado indivíduo, resultante da presença simultânea de vários fatores de risco cardiovascular.

As tabelas do SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) propostas pela Sociedade Europeia de Cardiologia calculam o risco a dez anos de morte cardiovascular. Estas últimas têm vindo a ser divulgadas e já entraram na prática clínica de muitos profissionais de saúde e tornaram-se num instrumento simples e útil na avaliação do risco cardiovascular e na orientação das terapêuticas conducentes à redução deste risco (Perdigão, 2011).

Esta estimativa de risco disponibilizada sob a forma de duas tabelas adaptadas a países de alto e de baixo risco (utilizar a tabela de risco baixo na Bélgica, França, Grécia, Itália, Luxemburgo, Espanha, Suíça e Portugal) baseiam-se no sexo, idade (entre os 40 e os 65 anos), tabagismo, tensão arterial sistólica e colesterol total (Mafra & Oliveira, 2008).

Desta forma, é possível calcular a probabilidade de ocorrência de um episódio em função do número e da intensidade dos fatores de risco presentes no indivíduo. Esta probabilidade exprime-se numa percentagem, que indica o risco absoluto em sete categorias diferentes, desde $< 1\%$ a $\geq 15\%$. Com base no risco de morte cardiovascular a 10 anos, considera-se como alto risco um risco absoluto $\geq 5\%$ (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

A determinação do risco vascular com base na grelha de risco do SCORE tem algumas limitações e incorre em algumas dificuldades que se devem ter em conta como o peso inerente à idade no risco absoluto cardiovascular e as dificuldades provenientes da variação do risco, ao longo do tempo. No entanto, um jovem pode, de facto, ter a curto prazo um risco absoluto relativamente baixo, mas, a longo prazo, possuir de um risco relativo demasiado alto. Por isso, as recentes recomendações propõem a aplicação, nos jovens, de uma tabela de risco relativo que indica melhor quais os indivíduos que carecem de mais atenção antes que o aumento progressivo da idade faça coincidir, no futuro, o risco relativo com um risco absoluto alto (Recomendações Europeias para a Prevenção das Doenças Cardiovasculares, 2007).

Esta estimativa do risco cardiovascular resulta do somatório do risco causado por cada um dos fatores de risco. O risco de doença aterosclerótica é estimado com base na análise de características que determinam a probabilidade de um indivíduo desenvolver um evento cardiovascular. Por isso, um dos primeiros passos na estratificação do risco cardiovascular é a identificação de manifestações clínicas da doença ou dos seus equivalentes como a diabetes ou a doença renal, que elevam automaticamente o indivíduo à categoria de alto risco, sem necessidade de recurso à utilização de algoritmo de risco, e definem a urgência de instituição de medidas terapêuticas adequadas. O mesmo se aplica, aliás, de alguma forma, as dislipidémias com forte carga genética (Mafra & Oliveira, 2008).

CÁLCULO DO RISCO RELATIVO NOS JOVENS

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Não Fumador					Fumador				
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	Coolesterol (mmol/L)									

© 2007 ESC

Tabela 1 – Cálculo do Risco Relativo nos Jovens (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

TABELA DE BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR

Pressão Arterial Sistólica	Mulheres				Idade	Homens				Risco a 10 anos de DCV fatal em populações de alto risco de DCV										
	Não Fumador		Fumador			Não Fumador		Fumador												
		4	5	6		7	9	9	11		12	14	8	9	10	12	14	15	17	20
180	3	3	3	4	4	5	5	6	7	8	5	6	7	8	9	10	11	13	15	18
160	2	2	2	2	3	3	4	4	5	5	3	4	5	5	6	7	8	9	11	13
140	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	2	3	3	4	4	5	5	6	7	9
120	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4	4	5	6
180	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	3	4	4	5	6	6	7	8	10	12
160	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8
140	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
180	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7
160	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
140	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
120	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	Coolesterol (mmol)										120 200 250 300 mg/dL									

Tabela 2 – Avaliação do Risco Cardiovascular Global (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

No entanto o risco poderá ser mais elevado do que o indicado na tabela em indivíduos sedentários ou obeso, naqueles com uma história familiar acentuada de Doença Cardiovascular prematura, nos socialmente desfavorecidos, nos indivíduos com diabetes o risco poderá ser 5 vezes superior em mulheres com diabetes e 3 vezes superior em homens com diabetes, comparado com os não diabéticos, naqueles com níveis baixos de colesterol HDL ou com níveis elevados de triglicéridos e nos indivíduos assintomáticos com evidência de aterosclerose pré-clínica (Recomendações Europeias para a prevenção das Doenças cardiovasculares, 2007)

Por isso é importante utilizar também a tabela para estratificação categórica do risco cardiovascular para quantificação prognóstica.

ESTRATIFICAÇÃO CATEGÓRICA DO RISCO CARDIOVASCULAR

Outros factores de risco, lesão subclínica, ou doença OA	Pressão Arterial (mmHg)				
	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alto PAS 130-139 ou PAD 85-89	HT Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HT Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HT Grau 3 PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Sem outros Factores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco Baixo acrescido	Risco moderado acrescido	Risco alto acrescido
1-2 Factores de Risco	Risco baixo acrescido	Risco baixo acrescido	Risco moderado acrescido	Risco moderado acrescido	Risco muito alto acrescido
3 ou mais factores de risco, SM, OA ou diabetes	Risco moderado acrescido	Risco alto acrescido	Risco alto acrescido	Risco alto acrescido	Risco muito alto acrescido
Doença renal ou CV estabelecida	Risco muito alto acrescido	Risco muito alto acrescido	Risco muito alto acrescido	Risco muito alto acrescido	Risco muito alto acrescido

O tracejado indica a definição variável de HTA, dependendo do risco cardiovascular total.

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HTA = hipertensão arterial; OA lesão subclínica nos órgãos alvo, SM: síndrome metabólica.

Tabela 3 – Estratificação do Risco Cardiovascular (adaptado da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Esta tabela tem por base os valores da tensão arterial sistólica e diastólica, fatores de risco coexistentes e presença de lesão nos órgãos alvo, diabetes, doença cardiovascular ou renal estabelecida para melhor conhecimento do verdadeiro risco cardiovascular (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007) (anexo XV).

Assim considera-se fundamental a determinação, atempada e criteriosa, do risco cardiovascular global, em função do perfil de fatores de risco presentes, a todos os

indivíduos em risco, sem antecedentes conhecidos de doença clínica evidente (Recomendações Europeias para a Prevenção das Doenças Cardiovasculares, 2007).

Para dar resposta ao objectivo:

→ *Identificar portadores de fatores de risco cardiovasculares não controlados ou não diagnosticados na população alvo* realizou-se a seguinte intervenção:

- Realização de rastreios de IMC, Perímetro abdominal, Glicémia capilar, Colesterol, Tensão Arterial, com referência à história familiar e hábitos tabágicos, na população alvo nos meses de maio e junho de 2013.

Segundo Stanhophe e Lancaste (2011) rastreio é a aplicação de um teste a pessoas ainda assintomáticas com o objetivo de calcular o risco de vir a contrair uma doença. Para que um rastreio possa ser bem-sucedido este dever ser fiável, válido, facilmente aplicado a um grupo de pessoas, sem efeitos adversos ou invasivos e capaz de identificar novos casos de doença.

Este tipo de intervenção tem como objetivo a identificação de eventuais problemas ainda não conhecidos e que carecem de confirmação, pelo que, os rastreados são aconselhados a consultar o seu médico assistente, para melhor determinação do risco e instituição de medidas terapêuticas necessárias. Este objetivo dos rastreios efetuados com metodologia simples, credível, validada é, segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia de grande importância pois permite, para além de descobrir novos casos, minorar o seu risco pelo simples aconselhamento durante o Rastreio e permitir o seu acesso a terapêutica (Santiago & Silva, 2003).

Índice de Massa Corporal

O diagnóstico de pré-obesidade e obesidade faz-se através do cálculo do Índice de Massa Corporal, o qual se determina dividindo o peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Existe uma boa correlação entre este índice e a massa gorda corporal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-se que há excesso de peso quando o IMC é \geq a 25 e que há obesidade quando o IMC é \geq 30 (Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005).

O IMC permite, duma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adotado internacionalmente para classificar a obesidade.

Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades		
Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo
Varição normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40.0	Muito grave

Quadro 1 – Valores referência para o Índice de Massa Corporal (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)

Para avaliar o IMC dos utentes rastreados foi utilizada uma balança digital e um estadiómetro. Posteriormente os dados foram inseridos num programa informático para determinação do referido IMC.

Perímetro abdominal

Outro aspecto importante na avaliação do adulto obeso é a distribuição da gordura corporal, ou seja, quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, diz-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral, sendo típica do homem obeso. Quando a gordura se distribui, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide, sendo típica da mulher obesa. Esta identificação tem grande importância, dado estar demonstrado que a obesidade abdominal se associa a diabetes tipo 2, a dislipidémia, a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral (Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005).

Na prática, a avaliação da obesidade abdominal faz-se pela medição do perímetro abdominal, utilizando uma fita métrica no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca.

Admite-se a classificação de dois níveis de risco de complicações associadas à obesidade, através da determinação do perímetro abdominal.

Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas		
Circunferência da Cintura (cm)		
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

Quadro 2 – Valores referência para o Perímetro abdominal (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)

De acordo com um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia um dos fatores mais preocupantes é a prevalência da obesidade abdominal, que atinge 55% nas mulheres e 36% nos homens. O consumo de sal e gorduras saturadas no Alentejo, os hábitos de fast-food em Lisboa ou a população flutuante e reformada no Algarve poderão ajudar a explicar estes resultados.

A obesidade é, assim, uma doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.

A Organização Mundial da Saúde (2000) considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. Depois do tabagismo a obesidade é considerada, hoje, a 2^a causa de morte passível de prevenção.

Hipertensão Arterial

Um dos fatores de risco mais importantes do Acidente Vascular Cerebral é a Hipertensão Arterial, principalmente se desconhecida, não convenientemente tratada ou não controlada (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho &Carmona, 2007).

O diagnóstico e controlo da Hipertensão Arterial assume, em Portugal, particular importância uma vez que a doença cerebrovascular é a primeira causa de incapacidade e morte. O tratamento da Hipertensão visa a redução e o controlo dos valores tensionais, de modo a evitar a progressão da doença, das suas repercussões nos órgãos alvo e a obter a diminuição da morbilidade e da mortalidade cardiovascular. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

A Hipertensão Arterial em Portugal, como na maioria dos países mundiais, constitui o maior problema de saúde pública, dado a sua elevada prevalência (42%) com uma baixa taxa de tratamento (39%) e apenas 11% de doentes controlados (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Um estudo coordenado por Macedo revela que a hipertensão arterial afeta quase metade da população portuguesa e está a atingir cada vez mais pessoas no Alentejo, em parte devido à alimentação, passando a afetar 62,7% desta população (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007),

A Hipertensão Arterial muito raramente é uma entidade clínica isolada, aparece quase sempre associada a outras patologias, tais como a diabetes mellitus e as dislipidemias, bem como a outros fatores de risco cardiovasculares como o tabagismo, sedentarismo, obesidade, ampliando de forma muito significativa o risco de mortalidade e morbilidade cardiovascular associado.

O limite da tensão arterial a partir do qual todos os doentes devem ser considerados hipertensos, merecedores de tratamento, continua a ser de 140/90 mmHg.

Definição e classificação dos níveis de pressão arterial (mmHg)		
Categoria	Sistólica	Diastólica
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão grau 1	140-159	90-99
Hipertensão grau 2	160-179	100-109
Hipertensão grau 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Quadro 3 – Valores referência para valores da Tensão Arterial (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)

A hipertensão crónica tem um efeito nefasto na função do coração e vasos sanguíneos pois obriga o coração a realizar um trabalho superior ao normal, o que provoca hipertrofia do músculo cardíaco, especialmente do ventrículo esquerdo, e pode desencadear insuficiência cardíaca. A hipertensão também favorece o desenvolvimento da arteriosclerose que, por sua vez, aumenta a probabilidade de formação de coágulos sanguíneos ou tromboembolias e de rotura dos vasos sanguíneos (Chaves, 2000).

Assim fica demonstrado que a hipertensão arterial é um problema importante entre nós. É importante, por isso, desenvolver campanhas de prevenção primária no sentido de aumentar o número das medições de tensão arterial, bem como do tratamento da hipertensão arterial. Estas campanhas têm necessariamente de ser desenvolvidas para toda a população portuguesa, mas deverá haver uma especial atenção com a população mais jovem. (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho &Carmona, 2007).

Diabetes Mellitus

A *Diabetes Mellitus* é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades.

A Diabetes é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia). A hiperglicemia que existe na Diabetes, deve-se em alguns casos à insuficiente produção de insulina (Diabetes Mellitus Tipo I), noutros à insuficiente ação desta (Diabetes Mellitus Tipo II) e, frequentemente, à combinação destes dois fatores (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011).

A diabetes Mellitus é uma das doenças crónicas mais disseminadas a nível mundial com enorme repercussão em termos de saúde pública. Atualmente assume proporções verdadeiramente epidémicas, estimando-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde que, em 2025, haja 300 milhões de diabéticos em todo o mundo.

Em Portugal, 6,5 % da população adulta sofre de diabetes. A prevalência da Diabetes em 2010 era de 12,4 % da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde num total de aproximado de 991 mil indivíduos (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011).

A glicemia em jejum alterada também é considerada como um fator de risco cardiovascular, pois sua elevação além dos valores de referência indica um potencial risco para o diabetes Mellitus (Lima & Glaner, 2006)

Mas o risco cardiovascular associado à diabetes Mellitus parece ser independente dos fatores de risco cardiovasculares clássicos, 3 a 5 vezes maior. (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Segundo a International Diabetes Federation (2007) nas pessoas com tolerância normal à glucose, os níveis de glicemia pós-prandiais raramente sobem acima dos 140 mg/dl e normalmente retornam aos seus valores basais 2 a 3 horas após a ingestão alimentar.

Valores de glicémia superiores a 200 mg/dl avaliados a qualquer hora em duas avaliações ocasionais é critério de diagnóstico de diabetes (Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011)

Hipercolesterolemia

A aterosclerose, ou seja, o estreitamento e o endurecimento das artérias, resulta de uma grande concentração de colesterol no sangue que se acumula no interior das paredes arteriais acabando por contrair as artérias e endurecendo as paredes.

A doença cardíaca surge quando uma zona de placa de colesterol se destaca e se aloja num dos vasos contraídos do coração, impedindo assim o sangue de circular.

A relação entre o colesterol total, o colesterol LDL, o HDL e a doença aterosclerótica assenta em bases científicas inquestionáveis. A doença aterosclerótica pressupõe a deposição de colesterol na parede arterial, pelo que se pode afirmar que o colesterol é o principal fator de risco pois, sem esse mecanismo, não há aterosclerose (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

O perfil lipídico altera-se de forma assintomática e pode permanecer assim por longos períodos, porém, podendo levar a terríveis consequências como o aumento da tensão arterial, enfartes, acidentes vasculares cerebrais, entre outras. Daí a importância de se detetar os sinais representativos de fatores de risco para doenças cardiovasculares, tais como elevações acima dos valores de referência para as concentrações plasmáticas de colesterol (Lima & Glaner, 2006)

Valores de referência do Colesterol	
Dislipidémia	<ul style="list-style-type: none">- CT > 190 mg/dl ou- LDL-C > 115 mg/dl ou- HDL-C: homens < 40 mg/dl, mulheres < 46 m/dl ou- TG > 150 mg/dl

Quadro 4 – Valores referência para o Colesterol (adaptado das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)

História clínica familiar

Uma história familiar positiva de doença coronária precoce atribui um risco aumentado para qualquer nível de fatores de risco. O conhecimento de uma história familiar é importante. Uma história familiar positiva para Doença Cardiovascular precoce justifica a necessidade de avaliar os familiares dos doentes, tanto para doença cardiovascular precoce como para a presença de fatores de risco (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Os familiares de primeiro grau de doentes com doença coronária têm maior risco de desenvolver a doença do que a população em geral.

Tabagismo

O tabagismo é, sem dúvida, outro dos fatores de risco das doenças cardiovasculares. Os fumadores de mais de um maço de cigarros por dia têm quatro vezes mais enfartes do miocárdio do que os não fumadores. Contudo, até o fumo de poucos cigarros por dia aumenta o risco doenças cardiovasculares. O tabagismo favorece o aparecimento da Angina de Peito, do Enfarte do Miocárdio e da Doença Arterial Periférica, e pode levar, inclusive, à morte. O risco de acidente vascular cerebral também aumenta nos fumadores de modo proporcional ao número de cigarros fumados por dia (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

Este é considerado, na Europa, o fator de risco mais importante e está implicado em cerca de 50% das causas de morte evitáveis, metade das quais devidas à aterosclerose.

O tabagismo é responsável pela morte anual de cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo. Este é o principal fator de risco relacionado com a diminuição da esperança de vida. Em Portugal, a prevalência de fumadores diários, com mais de 10 anos de idade, é de 19,6%, mais do sexo masculino (28,7%), mas com um valor crescente na população feminina (11,2%) (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2007).

Os efeitos nocivos do tabaco relacionam-se com o seu consumo diário e com o tempo de exposição. O risco é particularmente elevado se a exposição se inicia antes dos 15 anos de idade, com especial destaque para as mulheres, uma vez que o tabaco reduz, significativamente, a proteção aparentemente conferida pelos estrogénios (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

O tabagismo passivo tem, também, um risco acrescido de Doença Cardiovascular aterosclerótica.

Sabe-se que o ex-fumador sem Doença Cardiovascular tem um risco de ocorrência de acidentes coronários, ao fim de 10 anos de ter deixado de fumar, semelhante ao de um não fumador (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

Pretende-se promover não apenas a melhoria da informação sobre os malefícios do uso do tabaco como das vantagens da ajuda específica para a cessação tabágica de forma a diminuir a incidência de novos fumadores e aumentar a incidência de ex-fumadores.

Parar de fumar tem sempre benefícios, imediatos e a longo prazo, em ambos os sexos, em todas as idades, em pessoas com ou sem doenças relacionadas com o consumo de tabaco (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, 2003).

Assim para conhecer os fatores de risco apresentados pela população alvo procedeu-se à realização dos rastreios destes fatores tendo sido marcado com o responsável de cada empresa a data da realização desse mesmo rastreio. Em algumas empresas foi necessário realizar mais do que um rastreio para abranger um maior número de população rastreada. Assim nos meses de maio e junho foram rastreados 315 utentes. Os responsáveis optaram por não convocar os seus colaboradores por não ser uma atividade de caráter obrigatório sendo, no entanto, feita a divulgação dos respetivos rastreios por todos os colaboradores através de panfletos e de Outlook.

A realização dos rastreios neste projeto teve em consideração os valores de referência da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (2007) e da International Diabetes Federation (2007).

A avaliação da tensão arterial foi efectuada com esfigmomanómetro e para os utentes que apresentavam valores tensionais elevados a avaliação da tensão arterial foi efectuada em dois momentos com um intervalo de 10 minutos. A avaliação da glicémia e do colesterol foi realizada através de sangue capilar com dispositivos de leitura apropriados. Foi também utilizada uma balança e um estadiómetro para avaliação do IMC e fita métrica para avaliação do perímetro abdominal. Foi criada uma folha de registo para o projeto assim como um cartão de registos para o utente (anexo XVI). Durante os rastreios foram realizados ensinamentos aos utentes sobre os fatores de risco cardiovasculares e mudanças dos estilos de vida. Estes ensinamentos tiveram por base a tabela de início de terapêutica hipertensiva que sugere quais os comportamentos e terapêuticas a instituir tendo por base os valores de tensão arterial em conjunto com os restantes fatores de risco apresentados pelo utente (anexo XVII).

Dos 315 utentes rastreados 15,9% eram sexo masculino e 84,1% do sexo feminino. Quanto à idade esta foi dividida em grupos etários de acordo com a tabela de avaliação do risco cardiovascular SCORE. Assim 31,7% tem idades entre os 20 e os 39 anos, 34,3% tem idades entre os 40 e os 49 anos, 16,8% tem idades entre os 50 e os 54 anos, 8,6% tem idades entre os 55 e os 59 anos e a mesma percentagem tem idades entre os 60 e os 64 anos. 23,5% da população apresentava valores tensionais elevados, 7% apresentavam hiperglicemia, 46,7% apresentavam valores de colesterol superiores aos valores de referência, 37,5% apresentava excesso de peso, 20,3% apresentava obesidade, 49,1% apresentava um perímetro abdominal de risco elevado e 4,4% da população é fumadora.

Cerca de 24,8% da população alvo apresenta 1 fator de risco, 32,1% apresenta 2 fatores de risco e 28,9% apresenta 3 ou mais factores de risco. 24,4% da população toma medicação para a tensão arterial sendo que grande parte da população que toma medicação está controlada. 19,3% da população toma medicação para o colesterol e 1,9% toma medicação para a diabetes. 22,2% da população tem algum familiar direto que já teve algum evento cardiovascular e 1,6% dos utentes já tiveram patologia cardiovascular. Perante uma população com elevada percentagem de hipertensão arterial e hipercolesterolemia, durante os rastreios foram realizados ensinamentos de forma informal

aos utentes para sensibilizá-los para uma diminuição dos valores da tensão arterial e do colesterol. Assim dos utentes rastreados e após o cálculo do risco cardiovascular global através da tabela SCORE 14,9% apresentavam risco cardiovascular baixo, 79,8% apresentavam risco cardiovascular moderado, 1% apresentavam risco cardiovascular alto e 3,5% apresentavam risco cardiovascular muito alto. Os utentes que apresentavam risco cardiovascular alto e muito alto foram encaminhados para consulta de vigilância com o seu médico assistente.

Com a realização destes rastreios conseguimos identificar um maior número de indivíduos com valores elevados de alguns fatores de risco, em comparação com os encontrados com a aplicação do questionário pois muitos desconhecem a partir de que valor se considera elevada a tensão arterial, o colesterol, a glicémia e o perímetro abdominal. Assim para a TA com a aplicação do questionário identificámos 20,9% dos utentes com hipertensão arterial diagnosticada e nos rastreios efetuados identificámos 37,5% dos utentes com valores elevados de TA ou com hipertensão arterial diagnosticada.

Para os valores de colesterol, através do questionário aplicado, 21,6% da população apresentava hipercolesterolemia diagnosticada e nos rastreios 51,7% da população apresentava hipercolesterolemia diagnosticada ou valores elevados de colesterol.

Relativamente à diabetes, através da aplicação do questionário 5,3% apresentavam diabetes mellitus diagnosticada e nos rastreios apenas identificámos 1,9% da população com diabetes ou com valores elevados de glicémia.

Relativamente ao IMC no diagnóstico de saúde detetámos 36% da população com excesso de peso e 13% com obesidade. Nos rastreios efetuados detetámos 37,1% da população com excesso de peso e 21% com obesidade.

Em relação ao valor do perímetro abdominal, no questionário 18,1% das mulheres e 3,1% dos homens apresentam um perímetro aumentado mas 46% da população não respondeu à questão. Nos rastreios efectuados 45,7% das mulheres e 3,5% dos homens apresentavam um perímetro abdominal de risco para as doenças cardiovasculares.

No questionário 23% da população apresenta um baixo risco de ocorrência de doença cardiovascular nos próximos 10 anos, 19,2% apresentam risco moderado, 3,9% apresentam risco alto e 1,8% da população tinha risco muito alto de vir a desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos. 47,9% da população não apresentava dados suficientes para esses cálculos. Dos utentes rastreados e após o cálculo do risco

cardiovascular global através da tabela SCORE 14,9% apresentavam risco cardiovascular baixo, 79,8% apresentavam risco cardiovascular moderado, 1% apresentavam risco cardiovascular alto e 3,5% apresentavam risco cardiovascular muito alto.

Para dar resposta ao objectivo:

→ ***Garantir a acessibilidade a consultas numa unidade de saúde familiar da população portadores de factores de risco não controlados ou não diagnosticados*** foram realizadas as seguintes atividades:

- Encaminhamento de todos os portadores de fatores de risco não controlados ou não diagnosticados.

Com esta intervenção pretende-se aumentar o número de hipertensos diagnosticados e controlados, aumentar o número de dislipidémicos diagnosticados e controlados, aumentar o número de diabéticos diagnosticados e controlados e diminuir o número de obesos e reduzir o número de fumadores (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

Através dos rastreios realizados foram detectados 46 utentes com alguns fatores de risco cardiovasculares não controlados e alguns com risco cardiovascular global alto e muito alto pelo que foram encaminhados para o seu médico assistente 12 utentes por Tensão Arterial elevada, 19 utentes por colesterol elevado, 1 por glicémia elevada, 1 utente por TA elevada e colesterol elevado e 13 por risco cardiovascular global alto e muito alto.

- Confirmação da realização da consulta médica dos utentes encaminhados.

Hoje em dia grande parte da população já tomou consciência da necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco mas continua a não se submeter a exames periódicos de saúde que são importantes, principalmente quando existe risco genético ou confirmação de história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce (Programa Nacional de Prevenção e Controlo às Doenças Cardiovasculares, 2006).

Para garantir a realização de consulta médica dos utentes encaminhados com alto risco de doença cardiovascular ou com algum dos fatores de risco não controlado foi verificada a mesma através do sistema informático SINUS (Sistema Informático de Unidades de Saúde) e junto do utente sendo que 71,7% da população encaminhada já realizou consulta com o seu médico.

5.3 – ANÁLISE SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Para este projeto foram selecionadas as estratégias adequadas para reduzir os problemas de saúde prioritários.

Estratégia de saúde define-se como um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas de modo a alcançar um objetivo para reduzir os problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1986).

Para este projecto foram planeadas estratégias que pudessem proporcionar a colaboração de todas as entidades envolvidas na resolução dos problemas de saúde encontrados. Assim e para dar resposta a esta exigência o projeto foi discutido na Unidade de Saúde promotora do mesmo e apresentado nas restantes Unidades do Centro de Saúde incluindo um pedido de autorização ao Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central. Seguidamente o projeto foi apresentado nas empresas envolvidas para obter a autorização para a realização do mesmo e para a divulgação dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde desta população (Agendamento de reuniões com a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade ALMOREG; Agendamento de reuniões com o coordenador da Unidade de Saúde Familiar REMO para apresentação do projeto e do diagnóstico da situação de saúde; Agendamento de reuniões com os responsáveis das empresas seleccionadas para apresentação do projeto e do diagnóstico de saúde). Foram também planeadas estratégias de modo a dar resposta às necessidades de saúde da população (Agendamento de sessões de educação para a saúde; Agendamento de rastreios de fatores de risco cardiovasculares; Empowerment da população alvo para a prática de estilos de vida saudáveis) e ainda o recurso a parcerias pois esta é uma estratégia de sucesso para a mudança e melhoria da Saúde Comunitária implicando o empenho de todas as pessoas envolvidas.

5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Os recursos são responsáveis pela conclusão efetiva das tarefas do projeto. Existem dois tipos de recursos, os recursos materiais e os recursos humanos.

Os recursos materiais são itens de consumo utilizados e equipamentos para completar as tarefas do projeto. Estes são designados com especificações de unidades básicas de medida que serão posteriormente quantificadas.

Os recursos humanos são as pessoas. Estes são designados com especificações da quantidade de tempo que eles irão gastar no projeto.

Assim para a realização deste projeto foram necessários os seguintes recursos:

Recursos Materiais:

- Papel para impressão de questionários, de folhetos, de folhas de registos, de folhas de presença e de questionário de avaliação das sessões; Papel autocolante; Tonner para impressora; Caixa de cartão para recolha de questionários; Computador; Projetor; Programa SPSS; Fita; Mesas; Cadeiras; Canetas; Tiras reagentes para avaliação de glicémia capilar, máquina para avaliação de glicémia, tiras reagentes para avaliação de colesterol através de sangue capilar, máquina para avaliação de colesterol, lancetas, esfigmomanómetro, estetoscópio, balança, estadiómetro, fita métrica, compressas; Deslocações em carro para reuniões nas empresas para apresentação do projeto, para distribuição de questionários e recolha dos mesmos, para apresentação do diagnóstico de saúde, para sessões de educação para a saúde e rastreios; Sala para apresentação das sessões de educação para a saúde e Sala para realização dos rastreios.

Recursos Humanos:

- Horas Médicas (2h Cardiologia e 1h Medicina Geral e Familiar) para observação do questionário; Horas de Enfermagem para observação do questionário (3 enfermeiras de saúde comunitária); Horas de Enfermagem para realização de reuniões; Horas de Enfermagem realização de questionário; Horas de Enfermagem para entrega e recolha de questionários; Horas de Enfermagem para análise dos dados; Horas de Enfermagem para preparação das sessões de educação para a saúde; Horas de Enfermagem para

apresentação das sessões de educação para a saúde; Horas de Enfermagem para realização de rastreios dos fatores de risco cardiovasculares; Horas de colaboradores para realização de fotocópias de questionários; Horas de colaboradores para entrega de questionários; Horas de professores de ginástica e caminheiros para realização de atividade física.

5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Para a realização deste projeto foram necessárias várias parcerias, nomeadamente as empresas onde foi desenvolvido o projeto como a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, o Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz, a Santa Casa da Misericórdia Reguengos de Monsaraz, a Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, a Escola Secundária Conde de Monsaraz, o Continente e a CARMIM.

Foram também realizados outros contactos no sentido de cedência de alguns materiais para os rastreios como a Roche, a Menarini, a AstraZeneca e a Lifescan.

Para a realização das atividades físicas contámos com FitClub Ginásio, o grupo Cores Divertidas, a secção do desporto da Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, Caixa de Crédito Agrícola de Reguengos de Monsaraz e a Academia de Dança e Artes Performativas da Sociedade Artística Reguenguense.

5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

A determinação do custo do projeto é uma componente fundamental para a sua realização. Esta resulta da análise efetuada aos recursos necessários para a execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1986). Assim para este projeto foram determinados os custos totais do projeto, ou seja, os custos com materiais, pessoal, equipamentos e instalações (anexo XVIII), sendo este de **8295,46€**.

Apesar de, hoje em dia, grande parte da população se ter consciencializado da necessidade de alterar os seus comportamentos de risco, continua a rejeitar fazer correcções alimentares, como reduzir o sal, as gorduras e as calorias. Continua, a rejeitar deixar de fumar ou diminuir o consumo de álcool, a não controlar os níveis de

colesterol e de açúcar no sangue e continua a não realizar os exames periódicos de saúde principalmente quando existe risco genético ou confirmação de história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce (Programa Nacional de Prevenção e Controlo às Doenças Cardiovasculares, 2006).

Investir na prevenção das doenças cardiovasculares seja ela na prevenção primária da através da redução dos fatores de risco conhecidos, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento e na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com doença cardiovascular é uma mais-valia para a obtenção de ganhos em saúde cardiovascular.

5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Ao realizar o cronograma das atividades do projeto pretendeu-se apresentar graficamente as atividades planeadas a serem executadas durante o período de duração da primeira fase do projeto. Este procedimento é uma forma de organização das atividades planeadas para dar resposta aos objetivos traçados em função do tempo disponível para as realizar.

Todas as atividades previstas no cronograma foram realizadas dentro do limite temporal definido (anexo XIX).

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Avaliar tem por finalidade comparar algo com um padrão ou modelo, o que implica correção, ou seja, é determinar o valor de uma intervenção para poder comparar os progressos alcançados com uma atividade, com a situação inicial e com os objetivos e metas estabelecidas (Imperatori & Giraldes, 1986).

A maior parte dos elementos utilizados para avaliação são indicadores. É através destes que conhecemos a realidade e medimos os progressos.

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Para se proceder à avaliação do projeto foram traçados objetivos operacionais que têm como finalidade enunciar um resultado desejável e tecnicamente possível de ser executado, das atividades realizadas, traduzido em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1986).

A avaliação é uma etapa fundamental dos projetos, nomeadamente de intervenção comunitária pois permite-nos refletir sobre a exequibilidade do projeto e sobre os ganhos em saúde alcançados por este. Esta avaliação deve ser concisa e pertinente para que os vários intervenientes possam verificar qual o impacto das intervenções realizadas.

Assim para avaliar cada objetivo fixado foram elaborados indicadores de atividade.

Objectivo:

→ *Caracterizar o risco de saúde para as doenças cardiovasculares da população ativa dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.*

META: Caracterizar o risco de saúde para as Doenças Cardiovasculares a 50% da população alvo.

AVALIAÇÃO:

- Aplicação efetiva dos questionários

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de questionários respondidos

$$\text{N}^\circ \text{ de questionários respondidos} / \text{N}^\circ \text{ total de questionários distribuídos} \times 100 = 282 / 542 \times 100 = 52\%$$

Pela análise do indicador e tendo em conta a meta pré definida, concluímos que esta foi atingida.

→ *Caracterizar os hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz*

META: Caracterizar hábitos alimentares, exercício físico e hábitos tabágicos a 50% da população alvo.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de questionários respondidos

$$\text{N}^\circ \text{ de questionários respondidos} / \text{N}^\circ \text{ total de questionários distribuídos} \times 100 = 282 / 542 \times 100 = 52\%$$

Pela análise do indicador e tendo em conta a meta pré definida, concluímos que esta foi atingida.

→ *Caracterizar os fatores de risco cardiovasculares da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.*

META: Caracterizar os factores de risco de 50% da população alvo.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de questionários respondidos

$$\text{N}^\circ \text{ de questionários respondidos} / \text{N}^\circ \text{ total de questionários distribuídos} \times 100 = 282 / 542 \times 100 = 52\%$$

Pela análise do indicador e tendo em conta a meta pré definida, concluímos que esta foi atingida.

→ *Promover a aquisição de conhecimentos da população alvo relativamente a uma alimentação saudável, fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares.*

META: Participação de 50% da população alvo na sessão de educação para a saúde sobre Alimentação Saudável.

AVALIAÇÃO:

- Realização efetiva das sessões de educação para a saúde sobre Alimentação Saudável. Foram realizadas 16 sessões de educação para a saúde sobre este tema.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de participação da população alvo na sessão sobre Alimentação Saudável.

$$\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão sobre Alimentação Saudável} / \text{N}^\circ \text{ total da população alvo} \times 100 = 283 / 542 \times 100 = 52,2\%$$

Para esta meta planeou-se a participação de 50% da população alvo nas sessões realizadas pelo que se considera atingido o objectivo. A realização destas sessões foi

importante na medida em que se esclareceram dúvidas e também para o agendamento de mais sessões.

No final da sessão foi aplicado um pequeno questionário sobre o tema tratado para avaliação dos conhecimentos que a população adquiriu nessa mesma sessão. Assim registaram-se 71% de respostas corretas no questionário sobre alimentação.

META: Participação de 50% da população alvo na sessão de educação para a saúde sobre os fatores de risco e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares.

AVALIAÇÃO:

- Realização efetiva das sessões de educação para a saúde sobre o tema acima descrito. Assim foram realizadas 16 de educação para a saúde sobre o tema Fatores de Risco Cardiovasculares e Sinais e Sintomas das Doenças Cardiovasculares.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de participação da população alvo na sessão sobre fatores de risco e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares.

$$\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão sobre Fatores de Risco Cardiovasculares e Sinais e Sintomas das Doenças Cardiovasculares} / \text{N}^\circ \text{ total da população alvo} \times 100 = 283 / 542 \times 100 = 52,2\%$$

Para esta meta planeou-se a participação de 50% da população alvo nas sessões realizadas pelo que se considera atingido o objectivo. A realização destas sessões foi importante na medida em que se esclareceram dúvidas, partilharam-se situações vividas e também para o agendamento de mais sessões.

No final da sessão foi aplicado um pequeno questionário sobre os temas tratados para avaliação dos conhecimentos que a população adquiriu nessa mesma sessão. Assim registaram-se 84% de respostas corretas no questionário sobre os sinais e sintomas das doenças cardiovasculares.

META: Distribuição de panfletos a 80% da população alvo.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de panfletos distribuídos à população alvo.

$$\text{N}^\circ \text{ de panfletos distribuídos} / \text{N}^\circ \text{ total da população alvo} \times 100 = 469 / 542 \times 100 = 86,5\%$$

Planeou-se entregar panfletos a 80% da população pelo que se considera atingido o objectivo.

META: Redacção de 4 artigos para o jornal local.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de artigos publicados.

$$\text{N}^\circ \text{ de artigos publicados} / \text{N}^\circ \text{ total de artigos programados} \times 100 = 4 / 4 \times 100 = 100\%$$

AVALIAÇÃO:

Foi publicado um artigo em março onde se divulgou o diagnóstico de saúde da população alvo. Em abril foi publicado um artigo sobre o AVC e em maio sobre o EAM e em Junho sobre Alimentação Saudável. Posteriormente serão publicados os resultados do projeto em revistas científicas e profissionais.

META: Realização de 100% das atividades físicas programadas (uma vez por mês de abril a junho).

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de atividades físicas realizadas.

$$\text{N}^\circ \text{ de atividades físicas realizadas} / \text{n}^\circ \text{ de atividades físicas programadas} \times 100 = 2 / 3 \times 100 = 66,6\%$$

No mês de abril estava marcada uma caminhada em parceria com o AVERM que foi desmarcada devido às condições climáticas. No entanto no mês de maio foi realizada 1 caminhada com cerca de 30 participantes em parceria com o AVERM e foi também realizada uma caminhada com um total de 120 participantes e três aulas de educação física no parque da cidade de Reguengos de Monsaraz com um total de 75 participantes, em parceria com a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, com o FitClub Ginásio, com a Academia de Dança e Artes Performativas da Sociedade Artística Reguenguense e com o Grupo Cores Divertidas. No mês de junho foi realizada uma caminhada em parceria com a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e a Caixa de Crédito Agrícola onde participaram 689 pessoas grande parte com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade. Nestas caminhadas participou toda a população interessada da comunidade de Reguengos de Monsaraz. Em todas as atividades físicas foram distribuídas mensagens de sensibilização para a prevenção das doenças cardiovasculares. Como tal apesar de não se ter conseguido realizar a actividade programada para o mês de abril consideramos que o objetivo foi atingido pois no mês de maio conseguimos estimular a população a praticar exercício físico em cinco atividades realizadas.

→Calcular o risco cardiovascular da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.

META: Calcular o risco cardiovascular a 50% da população alvo.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de população alvo rastreada.

N° total de rastreado/ N° total da população alvo x 100 = $315/ 542 \times 100 = 58\%$

Foi conseguido, através dos rastreios, avaliar o risco cardiovascular a 315 pessoas o que corresponde a 58% da população alvo, pelo que se considera atingido o objetivo.

→*Identificar portadores de factores de risco cardiovasculares não controlados ou não diagnosticados na população alvo,*

AVALIAÇÃO:

Com a realização dos rastreios foram identificados e encaminhados para consulta com o seu médico assistente 46 utentes com alguns fatores de risco cardiovasculares não controlados e alguns com risco cardiovascular global alto e muito alto. 12 utentes por TA elevada, 19 utentes por colesterol elevado, 1 por glicémia elevada, 1 utentes por TA elevada mais colesterol e 13 por risco cardiovascular global alto e muito alto o que corresponde a 14,6% da população rastreada.

→*Garantir a acessibilidade a consultas, numa unidade de saúde familiar, da população alvo encaminhada.*

META: Garantir a acessibilidade a consultas numa unidade de saúde familiar a 60% da população encaminhada.

INDICADOR DE ATIVIDADE: Percentagem de população alvo encaminhada que já realizou consulta.

$$\text{N}^\circ \text{ de utentes que realizou consulta} / \text{N}^\circ \text{ total de utentes encaminhados} \times 100 = 33 / 46 \times 100 = 71,7\%$$

Foi verificada a realização de consulta com o respetivo médico de família através do programa informático SINUS, do contacto com o médico de família e com o utente. Assim constatou-se que dos 46 utentes encaminhados 71,7% já realizou consulta com o seu médico assistente.

Seguidamente planeia-se a extensão do projeto a outras empresas no concelho de Reguengos de Monsaraz e Mourão. Em 2015 planeia-se novamente a aplicação do questionário utilizado no diagnóstico de saúde da população para observar quais as mudanças nos comportamentos e atitudes destes indivíduos, quais os conhecimentos por

estes adquiridos em relação aos sinais e sintomas das doenças cardiovasculares, para fazer a avaliação das intervenções realizadas ao longo dos três anos e introduzir as medidas corretivas necessárias.

6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Das várias fases que configuram um projeto, a avaliação é sem dúvida o que leva a concluir se os objetivos foram ou não alcançados.

Neste projeto de intervenção comunitária foram fixados objetivos tendo em conta as prioridades estabelecidas. Os objetivos fixados permitiram realizar um diagnóstico de situação de saúde da população alvo, dando conta do estado de saúde desta população, possibilitando ir de encontro às suas necessidades reais de saúde, planeando e executando as intervenções que melhor responderam a essas exigências tendo sido, por isso, atingidos os objetivos propostos. Foi também conseguido realizar todas as intervenções planeadas no limite temporal definido para cada uma.

Assim neste projeto conseguiu-se realizar um diagnóstico de saúde com a participação de 52% da população, conseguiram-se realizar sessões de educação para a saúde também a 52% da população, conseguiu-se rastrear 58,3% da população e conseguiu-se que 71,7% dos utentes encaminhados realizassem consulta com o seu médico assistente. Dos utentes rastreados 4,5% apresentavam risco muito alto e risco alto de vir a desenvolver uma doença cardiovascular nos próximos 10 anos.

Este projeto vai continuar a ser implementado na UCC ALMOREG até 2015 altura em que se fará a avaliação do impacto do projeto na população alvo.

Para se proceder à avaliação das intervenções planeadas para este projeto foi elaborado o presente relatório onde se encontra descritas todas as intervenções realizadas.

Como reforço positivo para o projeto a Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz publicou no seu jornal um agradecimento à UCC ALMOREG pela realização das intervenções (anexo XX).

6.3 - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

A avaliação de um projeto deverá ser contínua e concretizada no final de cada intervenção.

Ao longo desta primeira fase do projeto foram vários os momentos de reflexão sobre as intervenções realizadas e a forma mais eficaz de as realizar de modo a obter uma maior participação da população alvo. Assim e tendo esta preocupação, foram realizados alguns reajustes na programação inicial das sessões de educação para a saúde e dos rastreios de acordo com a disponibilidade das empresas.

Sentiu-se também a necessidade de serem realizadas atividades de sensibilização para as doenças cardiovasculares para toda a comunidade de Reguengos de Monsaraz de modo a alertar esta população para este problema que assume proporções cada vez maiores na população mais jovem.

Há medida que o projeto vai avançando outras correções irão surgir de modo a dar resposta às necessidades da população.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Durante o estágio foram mobilizadas competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

Esta aquisição de competências foi conseguida mobilizando e incluindo os conhecimentos adquiridos através da formação académica e profissional para a realização do diagnóstico de saúde da população relativamente aos hábitos alimentares, de exercício físico, os hábitos tabágicos e os fatores de risco cardiovasculares da população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz.

O trabalho em parceria com as empresas envolvidas no projeto de intervenção comunitária com o objetivo de prevenção das doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade a exercer a sua atividade profissional em Reguengos de Monsaraz também contribuiu para a aquisição de competências, assim como a mobilização de parceiros para a concretização do projeto.

A concepção, o planeamento e a implementação do projeto “Reguengos de Monsaraz Mais Saudável” tendo em conta as especificidades da população e o diagnóstico de saúde realizado foi uma mais-valia pois permitiu um conhecimento mais aprofundado das necessidades de saúde da população em relação às doenças cardiovasculares o que possibilitou a capacitação desta para a prevenção deste flagelo. Através dos rastreios e do encaminhamento dos utentes em risco procurámos diminuir a mortalidade e morbilidade destas doenças.

A mobilização de conhecimentos da formação académica e profissional nos processos de capacitação da população alvo também deram um contributo importante na aquisição de competências.

Também de grande importância foi a coordenação, dinamização e participação em intervenções no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde nas empresas selecionadas assim como a avaliação do projeto de intervenção através de indicadores que permitem medir os objetivos alcançados.

A participação na consecução dos objetivos do plano Nacional de Saúde 2011-2016 também contribuiu para este processo.

Considera-se assim que foram adquiridas competências de relevo, das quais se destacaram a capacidade para, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde, a capacitação de grupos e a colaboração na consecução dos objetivos do plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Concluído o projeto de intervenção comunitária “Reguengos de Monsaraz mais Saudável” que tem como objetivo a prevenção das doenças cardiovasculares na população adulta ativa de Reguengos de Monsaraz consideram-se adquiridas as seguintes competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuiu para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

CONCLUSÃO

A mortalidade por AVC e doença isquémica antes dos 65 anos merecem a primazia no leque de preocupações do Alentejo. Os números podem ser resultado, por um lado, de uma elevada prevalência de fatores de risco e, por outro, de um mau controlo da doença nas suas fases iniciais. Para diminuir o seu peso, é imprescindível adotar estilos de vida saudáveis e empregar as medidas terapêuticas adequadas. É necessário informar e motivar as pessoas, isto é, fazer educação para a saúde desde cedo e até tarde, incluindo crianças e jovens. É neste domínio que o conceito de Empowerment adquire maior relevância, na medida em que é indispensável capacitar as pessoas para uma aprendizagem ao longo da vida, preparando-as para as diferentes etapas, assim como para as doenças crónicas e incapacidades.

A Ordem dos Enfermeiros (2003) definiu como uma das competências básicas dos enfermeiros de cuidados gerais atuar “de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis”.

Cabe, assim, não apenas aos enfermeiros mas a todos os agentes informativos e educativos da população, esclarecê-la da forma como pode cada pessoa escolher, adaptar e assumir, as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida.

Na perspetiva do Empowerment é essencial que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe possibilitem implementar dinâmicas de intervenção impulsionadoras da Saúde, da autonomia e do Empowerment do cidadão (indivíduo, família e comunidade) na, e para, a construção dos seus projetos de Saúde.

A participação das populações no processo de planeamento em saúde tem-se revelado um bem necessário ao mundo da saúde, pois, em sentido lato, são eles quem faz ou não a saúde.

Como perspetivas estratégicas para o crescimento da Cidadania em Saúde investe-se no fortalecimento do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da sua saúde e da saúde coletiva; na promoção de uma dinâmica contínua de

desenvolvimento que inclua a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*) (Plano Nacional de Saúde, 2011-2016).

No planeamento em saúde, deverá ser elaborado um plano, definindo de antemão as prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução. Na execução e na avaliação tem de estar sempre bem presente que a sociedade está em constante mudança e, logo, o planeamento também deverá estar.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral e a doença coronária, com o seu caráter multidimensional e as suas graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, implicam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública que é imprescindível minorar promovendo a saúde, prolongando a vida ativa, comprimindo a morbilidade para o fim da vida e, ainda, melhorando a qualidade de vida em todas as fases de evolução destas doenças (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

De acordo com o Plano Regional de Saúde do Alentejo 2011-2016 as doenças Cardiovasculares são uma área prioritária de intervenção, assim como para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Podemos concluir que com a realização deste projeto conseguimos identificar um número considerável de indivíduos com valores elevados de alguns fatores de risco, em comparação com os obtidos com o questionário aplicado pois muitos indivíduos desconhecem a partir de que valor se considera elevada a tensão arterial, o colesterol, a glicémia e o perímetro abdominal. Foi conseguido também identificar um maior número de indivíduos com risco alto e muito alto de vir a desenvolver uma doença cardiovascular e que a maioria da população apresenta um risco moderado de vir a sofrer uma destas doenças.

Com este projeto não se pretendeu determinar a prevalência real da doença cardiovascular, nem dos fatores de risco, uma vez que as informações se baseiam nas respostas dos utentes rastreados e que por vezes corresponde à sua perceção do seu estado de saúde. Assim a relevância deste projeto está definida pela dimensão do problema e pelos contributos dados para a sua prevenção. Deste modo, este projeto deu um contributo para a efetividade das estratégias de prevenção, desde o planeamento até

à fase de implementação, ao identificar indivíduos com vários fatores de risco e o grau de conhecimento das patologias cardiovasculares por parte destes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo (2010). *Perfil de Saúde da Região Alentejo*. Évora.
- Aguiar, C. (2012). *VIVA - Estudo Epidemiológico de Avaliação de Risco Cardiovascular em Portugal*. Obtido em 03 de Junho de 2012, de SOL: http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=47597
- Antunes, I. (2005). *Cuidados de Enfermagem à Família para promoção da Saúde da criança: Encontro com a história (1888-1988) Dissertação de Mestrado*. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar .
- Assembleia da República (2009). Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República, 1.ª série — N.º 176*, pp. 6167-6192.
- Brissos, M. A. (2004). O Planeamento no contexto da imprevisibilidade algumas reflexões relativas ao setor da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , 22(1), pp. 43-55.
- Brunner, I. S., & D.S.Suddart. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico* (10ª ed ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carrageta, M. (2012). *Estilo de vida deixa crianças em risco de doenças cardíacas*. Obtido em 2013, de SOL: http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=60009
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Chaves, M. (2000). Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7(4), pp. 373-382.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa.
- Faustinho, A., Santos, R., & Herrero-Beaumont, G. (2004). Osteoartrose: perspetivas atuais e futuras. *Patient Care*, 9(93), pp. 114-124.
- Fonseca, C., & Aguiar, C. (março/ abril de 2011). *VIVA - Estudo Epidemiológico de Avaliação de Risco Cardiovascular em Portugal*. Obtido em 09 de Junho de

- 2013, de Boletim da Sociedade Portuguesa de Cardiologia: http://www.spc.pt/spc/bol_v3/bol_main.aspx?id=52&pag=5
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldo, M. d. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª ed.). Lisboa: Edições de Saúde.
- Instituto, Nacional de estatística *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 14 de Junho de 2013, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Lima, W., & Glaner, M. (2006). Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cineantropometria*, 8(1), pp. 96-104.
- Lopes, C. (2009). A importância da nutrição e de uma alimentação saudável para a saúde dos indivíduos e das populações. *Revista Fatores de Risco*, 13, pp. 70-73.
- Macedo, A., Santos, A., Rocha, E., & Perdigão, C. (2008). Perceção da Doença Cardíaca e Cerebral e dos Fatores de Risco Cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (5), pp. 569-580.
- Macedo, M., Lima, M. S., Alcântara, P., Ramalinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2]. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26, pp. 21-39.
- Mafra, F., & Oliveira, H. (2008). Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 391-400.
- Martins, F. (2003). *Educação para a Saúde no Doente Coronário, Prevenção Secundária da Doença Coronária*. Coimbra: Serviço de Cardiologia do CHC
- Ministério da Saúde (2005). *Direção de Serviços de Cuidados de Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2000). *Viver após um Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008, pp. 1182-1189.

- Ministério da Saúde (2009). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 74 — 16 de Abril de 2009, pp. 15438-15440.
- Ministério da Saúde (2011). *Plano Regional de Saúde 2011-2016*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Ministério da Saúde (2011). Regulamento N.º122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.^a série, N.º35 de 18 de Fevereiro, p. 8648.
- Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2013). *Avaliação do Risco cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Oliveira, M., R.Fagundes, Moreira, E., Trindade, E., & Carvalho, T. (2010). Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 94(4), pp. 478-85.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tempo de Mudança. *Revista da ordem dos Enfermeiros.*, N.º 22 ISSN 1646-2629, pp. 29-31.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, pp. 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 - Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, pp. 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Perdigão, C. (2011). Risco Cardiovascular Global. *Revista Fatores de Risco*, 20, pp. 58-61.
- Pinhel, M. d. (2006). *Experiências de cidadania em contexto comunitário. Tese de Mestrado*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto .

- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: (A. Thorell, Trad.) Artmed.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rique, A., Soares, E., & Meireles, C. (2002). Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(6), pp. 244-254.
- Santiago, L. M., & Silva, P. S. (2002). Risco de Doença Coronária a Prazo: Resultados dos Rastreios da Fundação Portuguesa de Cardiologia –Delegação Centro, em 2002. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 22 (9), pp. 1039-1048.
- Schlant, R., & Alexander, R. (1996). *O Coração* (8ª ed.). Alfragide: McGraw-Hill de Portugal Lda.
- Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (2007). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose* (2ª ed.).
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2011). *Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório da Diabetes*. Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2007). *Recomendações Europeias para a Prevenção das Doenças Cardiovasculares*.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Who, The World Health Report (2000). *Obesity - preventing and managing the Global Epidemic II Series*. Geneve .

ANEXOS

Anexo I
(Diagnóstico de Saúde)

	<p>Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem</p> <p>São João de Deus de Évora</p> <p>Mestrado de Enfermagem Comunitária</p> <p>2012/ 2013</p> <p>Estágio Final</p>	
---	--	---

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Susana Capucho

Reguengos de Monsaraz

2013

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da População por Empresa	109
Tabela 2 - Distribuição da População por Grupo Etário	109
Tabela 3 - Distribuição da População por Sexo	110
Tabela 4 - Distribuição da População por Nível Educacional	110
Tabela 5 - Distribuição da População por Profissão	111
Tabela 6 - Distribuição da População por Padrão de IMC	112
Tabela 7 - Distribuição da População por Padrão do Perímetro Abdominal	112
Tabela 8 - Consumo de Fruta pela População	113
Tabela 9 - Consumo de Vegetais pela População	113
Tabela 10 - Consumo de Carne pela População	114
Tabela 11 - Consumo de Peixe pela População	114
Tabela 12 - Consumo de Laticínios pela População	115
Tabela 13 - Consumo de Pão e Cereais pela População	115
Tabela 14 - Consumo de Gorduras e Fritos pela População	116
Tabela 15 - Consumo de Doces e Bolachas pela População	116
Tabela 16 - Consumo de Água pela População	117
Tabela 17 - Frequência do Consumo de Bebidas Alcoólicas pela População	117
Tabela 18 - Quantidade de Álcool Ingerida pela População	118
Tabela 19 - Quais as Refeições da População	118
Tabela 20 - Alimentação Saudável	119
Tabela 21 - Frequência da Prática de Exercício Físico pela População	119
Tabela 22 - Prática de Exercício Físico Pela População	120

Tabela 23 - Hábitos Tabágicos da População Alvo	120
Tabela 24 - Hábitos Tabágicos Atuais da População Alvo	120
Tabela 25 - Quantidade de Cigarros Que Fumam Diariamente	121
Tabela 26 - Procura dos Cuidados de Saúde Pela População	121
Tabela 27 - Procura de Consulta de Rotina Pela População	121
Tabela 28 - Motivos da Não Utilização dos Cuidados de Saúde Pela População	122
Tabela 29 - Procura de Consulta de Urgência Pela População	122
Tabela 30 - Frequência de Doenças Cardiovasculares na População	122
Tabela 31 - Doenças Cardiovasculares na População	122
Tabela 32 - Quais os Sintomas do EAM descritos pela População	123
Tabela 33 - Quais os Sintomas do AVC descritos pela População	124
Tabela 34 - Diagnóstico de HTA na População	125
Tabela 35 - Diagnóstico de Diabetes na População	125
Tabela 36 - Diagnóstico de Hipercolesterolemia na População	125
Tabela 37 - Diagnóstico de Obesidade na População	126
Tabela 38 - Valores da TA Sistólica Apresentados Pela População	126
Tabela 39 - Valores da TA Diastólica Apresentados Pela População	127
Tabela 40 - Valor do Colesterol Apresentado Pela População	127
Tabela 41 - Valor de Glicemia Apresentado Pela População	127
Tabela 42 - Valores Médios da Idade, Altura, Peso, IMC, Perímetro Abdominal, TA, Colesterol e Glicemia	128
Tabela 43 - Antecedentes Familiares da População	129
Tabela 44 - Necessidade de Intervenção dos Profissionais de Saúde Junto da População	129
Tabela 45 - Temas Alimentação Saudável	130
Tabela 46 – Tema Exercício Físico	130
Tabela 47 – Tema Tabagismo	130

Tabela 48 – Tema Diabetes	130
Tabela 49 – Tema Hipertensão	131
Tabela 50 – Tema Hipercolesterolemia	131
Tabela 51 – Sintomas das doenças cardiovasculares	131
Tabela 52 – Outros temas a tratar	131
Tabela 53 – Intervenção Rastreios	132
Tabela 54 – Intervenção Sessões de Esclarecimento	132
Tabela 55 – Intervenção Caminhadas	132
Tabela 56 – Intervenção Folhetos	132
Tabela 57 – Outras intervenções	133
Tabela 58 - Cálculo do risco Cardiovascular Através da Tabela SCORE	133
Tabela 59 - Cálculo do risco Cardiovascular Através da Tabela de Estratificação do risco cardiovascular	134
Tabela 60 – Distribuição dos Grupos Etários por Empresas	135
Tabela 61 - Consumo de Fruta por Empresa	136
Tabela 62 - Consumo de Vegetais por Empresa	137
Tabela 63 - Consumo de Carne por Empresa	138
Tabela 64 - Consumo de Peixe por Empresa	139
Tabela 65 - Consumo de Queijo, Leite e Iogurte por Empresa	140
Tabela 66 - Consumo de Pão e Cereais por Empresa	141
Tabela 67 - Consumo de Gorduras e Fritos por Empresa	142
Tabela 68 - Consumo de Doces e Bolachas por Empresa	143
Tabela 69 – Distribuição do IMC pelas Empresas	145
Tabela 70 – Valores do Perímetro Abdominal por Empresas	147
Tabela 71 - Diagnóstico de HTA por Empresa	148
Tabela 72 - Diagnóstico de Diabetes por Empresa	149
Tabela 73 - Diagnóstico de Hipercolesterolemia por Empresa	150

Tabela 74 - Diagnóstico de Obesidade por Empresa	150
Tabela 75 – Padrão da TA Sistólica nas Empresas	151
Tabela 76 - Padrão da TA Diastólica nas Empresas	152
Tabela 77 – Padrão do Colesterol nas Empresas	153
Tabela 78 – Padrão da Glicémia nas Empresas	153
Tabela 79 – Relação do IMC com os Fatores de Risco Cardiovasculares	154
Tabela 80 – Relação do IMC com a prática de Exercício Físico	155
Tabela 81 – Indivíduos com Fatores de Risco que realizaram consulta de Rotina no último ano	156
Tabela 82 – Prevalência das Doenças Cardiovasculares nas Empresas	157
Tabela 83 – Grupo Etário e Doenças Cardiovasculares	158
Tabela 84 – Fatores de Risco por Grupo Etário	159
Tabela 85 – Risco Cardiovascular por Grupo Etário	160
Tabela 86 – Necessidade de Intervenção dos profissionais de saúde por grupo etário	161
Tabela 87 – Prática de Exercício por Grupo Etário	162
Tabela 88 – Hábitos Tabágicos por Grupo Etário	163
Tabela 89 – Fatores de Risco apresentados por Nível Educacional	165
Tabela 90 – Necessidade de Intervenção dos Profissionais de Saúde por Nível Educacional	166
Tabela 91 – Doenças Cardiovasculares por Nível Educacional	167
Tabela 92 – Doenças Cardiovasculares por Profissão	168
Tabela 93 – Fatores de Risco por Profissão	169
Tabela 94 – Escolha do tema Alimentação por Empresas	171
Tabela 95 – Tema Exercício Físico por Empresa	172
Tabela 96 – Tema Tabagismo por Empresa	172
Tabela 97 – Tema Diabetes por Empresa	173
Tabela 98 – Tema Hipertensão por Empresa	173

Tabela 99 – Tema Hipercolesterolemia por Empresa	174
Tabela 100 – Tema Sintomas das Doenças Cardiovasculares por Empresa	175
Tabela 101 –Outros Temas por Empresa	176
Tabela 102 – Intervenção Sessão de Educação para a Saúde por Empresa	177
Tabela 103 – Intervenção Rastreamentos por Empresa	178
Tabela 104 – Intervenção Caminhadas por Empresa	178
Tabela 105 – Intervenção Folhetos por Empresa	179
Tabela 106 – Outras Intervenções por Empresa	179

Para realizar o diagnóstico da situação de saúde desta população foi construído e aplicado um questionário à população alvo.

EMPRESA	Frequência	%
CÂMARA MUNICIPAL	50	17,7
AVERM	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	28	9,9
MODELO	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	48	17,0
CARMIM	44	15,6
Total	282	100,0

Tabela 1 - Distribuição da População por Empresa

De acordo com os resultados obtidos através da aplicação do questionário, constatou-se que estamos perante uma população com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade, sendo que o grupo etário mais predominante e por ordem decrescente é dos 20 aos 39 anos com 36,5% da população inquirida, dos 40 aos 49 anos com 26,6 % da população inquirida, dos 50 aos 54 anos de idade com 18,8% da população inquirida, dos 55 aos 59 anos com 10,6 % da população inquirida, dos 60 aos 64 anos com 6% da população inquirida e 1,4% não respondeu à pergunta. A idade dos participantes foi agrupada em grupos etários baseados na tabela de risco cardiovascular. A idade média é de 43,71 anos.

GRUPO ETARIO	Frequência	%
OMISSO	4	1,4
20 A 39 ANOS	103	36,5
40 A 49 ANOS	75	26,6
50 A 54 ANOS	53	18,8
55 A 59 ANOS	30	10,6
60 A 64 ANOS	17	6,0
Total	282	100,0

Tabela 2 - Distribuição da População por Grupo Etário

Relativamente ao sexo dos inquiridos, estes são maioritariamente do sexo feminino, 75,5%, sendo 24,5% do sexo masculino.

SEXO	Frequência	%
MASCULINO	69	24,5
FEMININO	213	75,5
Total	282	100,0

Tabela 3 - Distribuição da População por Sexo

O nível educacional predominante é o do ensino secundário com 34,8%, seguido do ensino superior com 31,9%, o 3º ciclo com 13,8%, o 1º ciclo com 12,4%, o 2º ciclo com 5,3%, e apenas 1,4% só sabe ler e escrever.

NÍVEL EDUCACIONAL	Frequência	%
SÓ SABE LER E ESCREVER	4	1,4
1º CICLO	35	12,4
2º CICLO	15	5,3
3º CICLO	39	13,8
ENSINO SECUNDÁRIO	98	34,8
ENSINO SUPERIOR	90	31,9
OMISSO	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 4 - Distribuição da População por Nível Educacional

Em relação à atividade profissional estamos perante uma população maioritariamente ligada ao setor da educação sendo que 24,8% são auxiliares de ação educativa e 22% são professores e educadores de infância. Dos restantes inquiridos 11,3% tem como atividade profissional assistente técnica administrativa, 12,1% têm a sua atividade profissional no setor do comércio, 5,5% tem a sua atividade profissional na indústria transformadora, 4,4% trabalha no setor da saúde e segurança social e os restantes 19,1% não responderam à pergunta.

PROFISSAO	Frequência	%
OPERADOR DE LOJA/ ARMAZEM	34	12,1
ASSISTENTE OPERACIONAL LAR	9	3,2
ASSISTENTE SOCIAL	2	0,7
MÉDICO	1	0,4
EMPRESÁRIO	1	0,4
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	32	11,3
MARKETING	1	0,4
ENOLOGO	1	0,4
RECECIONISTA	1	0,4
ENFERMEIRA	1	0,4
AUXILIAR AÇÃO EDUCATIVA	70	24,8
PROFESSOR/ EDUCADOR	62	22,0
COZINHEIRA	3	1,1
ANIMADORA SOCIOCULTURAL	1	0,4
JARDINEIRO, ELETRICISTA, TRATORISTA, PEDREIRO	9	3,2
OMISSO	54	19,1
Total	282	100,0

Tabela 5 - Distribuição da População por Profissão

Relativamente aos dados antropométricos dos inquiridos foram avaliados a altura e o peso para determinação do índice de massa corporal (IMC). Foi também avaliado o perímetro abdominal. Para a altura o valor médio calculado foi de 163,28cm e para o peso o valor médio foi de 68,47kg. Em relação ao índice de massa corporal o valor médio apresentado para esta população foi de 25,55 o que corresponde a uma população com excesso de peso. Os valores do índice de massa corporal foram divididos em categorias conforme as recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. 45,4% desta população apresenta um peso normal situando-se o IMC entre 18,5 e 24,9. 36,2% da população apresenta um índice de massa corporal entre 25 e 29,9 e 13,3% apresenta níveis de obesidade.

IMC PADRÃO	Frequência	%
MENOR QUE 18,5 - BAIXO PESO	6	2,1
18,5 A 24,9 - PESO NORMAL	128	45,4
25 A 29,9 - PRÉ-OBESIDADE	102	36,2
30 A 34,9 OBESIDADE GRAU I	26	9,2
35 A 39,9 OBESIDADE GRAU II	9	3,2
MAIOR QUE 40 - OBESIDADE GRAU III	2	0,7
NÃO FOI POSSÍVEL EFETUAR O CÁLCULO POR FALTA DE DADOS	9	3,2
Total	282	100,0

Tabela 6 - Distribuição da População por Padrão de IMC

De acordo com os resultados obtidos com a avaliação do Perímetro Abdominal verificou-se que a maioria das mulheres que responderam à pergunta (18,1%) apresenta um perímetro aumentado constituindo assim um fator de risco cardiovascular. Relativamente aos homens os valores também são um pouco semelhantes (3,5%) ainda que em menor número. Em relação a esta pergunta houve uma grande percentagem de utentes que não respondeu o que corresponde a 45,7% da população. Os valores padrões do perímetro abdominal também foram definidos conforme as recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

PADRÃO PERIMETRO ABDOMINAL	Frequência	%
NORMAL - MENOR QUE 94 H	18	6,4
NORMAL - MENOR QUE 80 M	35	12,4
Risco Aumentado ≥ 94 H	16	5,7
Risco Aumentado ≥ 80 M	23	8,2
Risco Muito Aumentado ≥ 102 H	10	3,5
Risco Muito Aumentado ≥ 88 M	51	18,1
OMISSO	129	45,7
Total	282	100,0

Tabela 7 - Distribuição da População por Padrão do Perímetro Abdominal

Da análise estatística efetuada constataram-se os seguintes hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e de consumo de tabaco:

Quando questionados os indivíduos acerca dos seus hábitos alimentares verificou-se que 66% consumiam fruta 2 a 3 vezes ao dia que foi a resposta mais aproximada do aconselhado pela Direção Geral de Saúde (DGS). No entanto 11% da população não consome fruta diariamente.

FRUTA	Frequência	%
2 A 3 VEZES DIA	186	66,0
1 VEZ DIA	65	23,0
4 A 5 VEZES SEMANA	16	5,7
2 A 3 VEZES POR SEMANA	10	3,5
1 VEZ POR SEMANA	4	1,4
NUNCA	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 8 - Consumo de Fruta pela População

Relativamente ao consumo de vegetais apenas 18,8% consome estes alimentos de acordo com o recomendado pela DGS e a restante população come estes alimentos em quantidades insuficientes.

VEGETAIS	Frequência	%
2 A 3 VEZES POR DIA	53	18,8
1 VEZ POR DIA	92	32,6
4 A 5 VEZES POR SEMANA	54	19,1
2 A 3 VEZES POR SEMANA	63	22,3
1 VEZ POR SEMANA	16	5,7
NUNCA	1	0,4
OMISSO	3	1,1
Total	282	100,0

Tabela 9 - Consumo de Vegetais pela População

Para o consumo de carne os dados revelam que a maioria dos utentes não come este alimento diariamente (62%) e apenas 36,2% o consome diariamente conforme o recomendado pela DGS.

CARNE	Frequência	%
2 A 3 VEZES DIA	18	6,4
1 VEZ DIA	84	29,8
4 A 5 VEZES POR DIA	68	24,1
2 A 3 VEZES POR SEMANA	102	36,2
1 VEZ POR SEMANA	5	1,8
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 10 - Consumo de Carne pela População

Em relação ao consumo de peixe os dados são semelhantes aos anteriores, apenas 28,3% consome peixe diariamente e 70,6% não consome este alimento conforme o recomendado pela DGS.

PEIXE	Frequência	%
2 A 3 VEZES POR DIA	8	2,8
1 VEZ DIA	72	25,5
4 A 5 VEZES POR SEMANA	27	9,6
2 A 3 VEZES POR SEMANA	125	44,3
1 VEZ POR SEMANA	47	16,7
OMISSO	3	1,1
Total	282	100,0

Tabela 11 - Consumo de Peixe pela População

Para o consumo de laticínios verificou-se que a maioria da população (44,3%) consome estes alimentos de acordo com o recomendado pela DGS. 37,6% consome estes alimentos uma vez por dia e a restante população consome-os de forma insuficiente.

LATICÍNIOS	Frequência	%
2 A 3 VEZES POR DIA	125	44,3
1 VEZ POR DIA	106	37,6
4 A 5 VEZES POR DIA	27	9,6
2 A 3 VEZES POR DIA	7	2,5
1 VEZ POR SEMANA	6	2,1
NUNCA	5	1,8
OMISSO	6	2,1
Total	282	100,0

Tabela 12 - Consumo de Laticínios pela População

Relativamente ao pão e cereais são consumidos pela maioria da população (49,6%) 2 a 3 vezes dia, que foi a resposta mais aproximada do recomendado pela DGS mas existe também uma percentagem acentuada de pessoas que consome estes alimentos apenas uma vez ao dia (32,3%) o que é insuficiente.

CEREAIS	Frequência	%
2 A 3 VEZES DIA	140	49,6
1 VEZ DIA	91	32,3
4 A 5 VEZES POR SEMANA	31	11,0
2 A 3 VEZES POR SEMANA	8	2,8
1 VEZ POR SEMANA	4	1,4
OMISSO	8	2,8
Total	282	100,0

Tabela 13 - Consumo de Pão e Cereais pela População

Quanto ao consumo de gorduras e fritos, grande parte desta população apenas consome estes alimentos uma vez por semana ou menos (56%). Uma pequena percentagem consome estes alimentos uma vez ou mais ao dia (10,3%).

GORDURAS E FRITOS	Frequência	%
2 A 3 VEZES DIA	4	1,4
1 VEZ DIA	25	8,9
4 A 5 VEZES POR SEMANA	15	5,3
2 A 3 VEZES POR SEMANA	66	23,4
1 VEZ POR SEMANA	130	46,1
NUNCA	28	9,9
OMISSO	14	5,0
Total	282	100,0

Tabela 14 - Consumo de Gorduras e Fritos pela População

Quando falamos de doces e bolachas 25,2% da população consome estes alimentos uma a três vezes por dia o que está um pouco acima do recomendado pela DGS mas 27% consome estes alimentos uma vez por semana ou menos de acordo com o recomendado.

DOCES E BOLACHAS	Frequência	%
2 A 3 VEZES DIA	15	5,3
1 VEZ DIA	56	19,9
4 A 5 VEZES POR DIA	40	14,2
2 A 3 VEZES POR SEMANA	87	30,9
1 VEZ POR SEMANA	64	22,7
NUNCA	12	4,3
OMISSO	8	2,8
Total	282	100,0

Tabela 15 - Consumo de Doces e Bolachas pela População

Para os resultados da quantidade de água ingerida diariamente apenas 19,5 % da população ingere o recomendado. A restante população ingere menos de litro e meio de água por dia.

QUANTIDADE AGUA INGERIDA	Frequência	%
MENOS DE MEIO LITRO	54	19,1
MEIO LITRO	86	30,5
UM LITRO	82	29,1
LITRO E MEIO	35	12,4
MAIS DE UM LITRO E MEIO	20	7,1
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 16 - Consumo de Água pela População

Relativamente à ingestão de álcool 67% da população fá-lo raramente ou nunca e apenas 7,1% ingere bebidas alcoólicas quase diariamente.

FREQUENCIA DA INGETÃO DE BEBIDAS ALCOOLICAS	Frequência	%
NUNCA	83	29,4
RARAMENTE	106	37,6
UMA VEZ POR MÊS OU MENOS	19	6,7
2 A 3 VEZES POR MÊS	13	4,6
1 VEZ POR SEMANA	18	6,4
2 A 3 VEZES POR SEMANA	15	5,3
4 OU MAIS VEZES POR SEMANA	20	7,1
OMISSO	8	2,8
Total	282	100,0

Tabela 17 - Frequência do Consumo de Bebidas Alcoólicas pela População

Em relação à quantidade de álcool que ingerem 23,7% ingere menos de meio litro por dia e 3,9% ingere mais de meio litro por dia.

QUAL A QUANTIDADE DE ALCÓOL	Frequência	%
2 COPOS	39	13,8
1 COPO	28	9,9
4 COPOS	5	1,8
3 COPOS	6	2,1
OMISSO	204	72,3
Total	282	100,0

Tabela 18 - Quantidade de Álcool Ingerida pela População

De acordo com os dados referentes ao número de refeições diárias 43,3% da população faz entre 5 a 6 refeições conforme o recomendado, a restante população faz entre 1 a 4 refeições diárias.

QUAIS AS REFEIÇÕES DIÁRIAS	Frequência	%
PEQUENO-ALMOÇO, ALMOÇO, JANTAR	47	16,7
PEQUENO-ALMOÇO, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR	94	33,3
ALMOÇO	4	1,4
PEQUENO-ALMOÇO, LANCHE, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR	91	32,3
PEQUENO-ALMOÇO, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR, CEIA	4	1,4
PEQUENO-ALMOÇO, LANCHE, ALMOÇO, LANCHE, JANTAR, CEIA	27	9,6
ALMOÇO E JANTAR	7	2,5
PEQUENO-ALMOÇO, ALMOÇO E LANCHE	1	0,4
OMISSOS	7	2,5
Total	282	100,0

Tabela 19 - Quais as Refeições da População

Todas as comparações efetuadas tiveram em conta as normas da Direção Geral da Saúde (2005) para uma alimentação saudável. Quando confrontados com a pergunta se consideram que têm uma alimentação saudável 55,3% respondeu que sim na maioria das vezes, apenas 6,4% respondeu sempre e 33,7% respondeu às vezes e só 1,1% respondeu nunca.

ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL	Frequência	%
SEMPRE	18	6,4
NA MAIORIA DAS VEZES	156	55,3
ÀS VEZES	95	33,7
RARAMENTE	7	2,5
NUNCA	3	1,1
OMISSO	3	1,1
Total	282	100,0

Tabela 20 - Alimentação Saudável

Relativamente aos hábitos de exercício físico esta é uma população que não tem por hábito esta prática pois 76,6% fá-lo raramente ou nunca.

FREQUÊNCIA EXERCÍCIO FÍSICO	Frequência	%
DIARIAMENTE	19	6,7
3 A 4 VEZES POR SEMANA	45	16,0
4 A 5 VEZES POR MÊS	37	13,1
RARAMENTE	139	49,3
NUNCA	40	14,2
OMISSO	2	,7
Total	282	100,0

Tabela 21 - Frequência da Prática de Exercício Físico pela População

Como meio para deslocação para o trabalho apenas 32,3% o faz a pé.

CAMINHA OU PEDALA DIARIAMENTE	Frequência	%
SEMPRE	64	22,7
NA MAIORIA DAS VEZES	27	9,6
ÀS VEZES	63	22,3
RARAMENTE	63	22,3
NUNCA	63	22,3
OMISSO	2	0,7
Total	282	100,0

Tabela 22 - Prática de Exercício Físico Pela População

Em relação aos hábitos tabágicos estamos perante uma população maioritariamente não fumadora (57,1%), mas 22,3% já teve hábitos tabágicos e 19,9% ainda mantém esses hábitos.

ALGUMA VEZ FUMOU	Frequência	%
SIM	120	42,6
NÃO	161	57,1
OMISSO	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 23 - Hábitos Tabágicos da População Alvo

FUMA ATUALMENTE	Frequência	%
SIM	56	19,9
NÃO	63	22,3
OMISSO	163	57,8
Total	282	100,0

Tabela 24 - Hábitos Tabágicos Atuais da População Alvo

Dos indivíduos fumadores a grande maioria (12,4 %) fuma menos de 10 cigarros por dia e 8,2% fumam diariamente entre 10 a 20 cigarros dia ou mais.

QUANTIDADE DE CIGARROS	Frequência	%
1 A 2 CIGARROS	11	3,9
3 A 5 CIGARROS	13	4,6
6 A 9 CIGARROS	11	3,9
10 A 20 CIGARROS	16	5,7
MAIS DE 20 CIGARROS	7	2,5
NÃO FUMA	224	79,4
Total	282	100,0

Tabela 25 - Quantidade de Cigarros Que Fumam Diariamente

Para a utilização dos cuidados de saúde 83% da população respondeu que o fez no último ano sendo que 67,7% foi para consulta de vigilância de saúde e 23,4% foi para consulta de urgência. Perante estes dados temos uma população que se preocupa com a saúde. Relativamente aos que não utilizaram os cuidados de saúde (15,6%), 6,7% destes justificaram que não tinham sentido necessidade. Os restantes não responderam à pergunta.

NO ÚLTIMO ANO PROCUROU OS CUIDADOS DE SAÚDE	Frequência	%
SIM	234	83,0
NÃO	44	15,6
OMISSO	4	1,4
Total	282	100,0

Tabela 26 - Procura dos Cuidados de Saúde Pela População

CONSULTA DE ROTINA	Frequência	%
SIM	191	67,7
NÃO	88	31,2
OMISSO	3	1,1
Total	282	100,0

Tabela 27 - Procura de Consulta de Rotina Pela População

QUAL A RAZÃO PARA NÃO TER USADO OS CUIDADOS DE SAÚDE	Frequência	%
NÃO FOI NECESSÁRIO	19	6,7
OMISSO	263	93,3
Total	282	100,0

Tabela 28 - Motivos da Não Utilização dos Cuidados de Saúde Pela População

CONSULTA DE URGENCIA	Frequência	%
SIM	66	23,4
NÃO	213	75,5
OMISSO	3	1,1
Total	282	100,0

Tabela 29 - Procura de Consulta de Urgência Pela População

Relativamente aos antecedentes cardiovasculares 4,6% da população já teve alguma destas doenças nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio com 2,1%, o acidente vascular cerebral com 0,7% e a insuficiência cardíaca com 1,8%.

JÁ TEVE DOENÇAS CARDIOVASCULARES	Frequência	%
SIM	13	4,6
NAO	260	92,2
OMISSO	9	3,2
Total	282	100,0

Tabela 30 - Frequência de Doenças Cardiovasculares na População

QUAIS AS DOENÇAS QUE JÁ TEVE	Frequência	%
EAM	6	2,1
AVC	2	0,7
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	5	1,8
NÃO TEVE	260	92,2
OMISSO	9	3,2
Total	282	100,0

Tabela 31 - Doenças Cardiovasculares na População

De acordo com os dados obtidos sobre o conhecimento dos sinais e sintomas destas doenças a grande maioria respondeu para o enfarte “Dor no peito, falta de ar, dor no braço esquerdo, náuseas, vômitos e má disposição” (47,5%) mas 45,4% não conhecem nenhuma sintomatologia para o enfarte. Em relação ao acidente vascular cerebral 31,6% descreve como sinais e sintomas “Dor de cabeça, hipertensão, boca ao lado e deixar de mexer a perna e/ou o braço de um dos lados”. Também para esta patologia 55,3% da população não conhece qualquer sintomatologia.

QUAIS OS SINTOMAS DE EAM	Frequência	%
DOR NO PEITO, DOR NO BRAÇO ESQUERDO, MÁ DISPOSIÇÃO	61	21,6
DOR NO PEITO, TONTURAS, MÁ DISPOSIÇÃO	9	3,2
BRAÇO DORMENTE, APERTO NO PESCOÇO, NÁUSEAS, VÔMITOS	3	1,1
DOR NO PEITO	59	20,9
DOR NO PEITO, NAS COSTAS, NO QUEIXO E NO BRAÇO	2	0,7
DOR NO PEITO, TAQUICARDIA, DESMAIO	3	1,1
VÔMITOS,NÁUSEAS, FALTA DE AR, TONTURAS	3	1,1
DOR NO PEITO, NO PESCOÇO E FALTA DE AR	14	5,0
OMISSO	128	45,4
Total	282	100,0

Tabela 32 - Quais os Sintomas do EAM descritos pela População

QUAIS OS SINTOMAS DE AVC	Frequência	%
DOR DE CABEÇA FORTE	6	2,1
HIPERTENSÃO	14	5,0
DOR FORTE DE CABEÇA, TONTURAS, MÁ DISPOSIÇÃO	9	3,2
CANSAÇO	1	0,4
DIFICULDADE EM FALAR, MOVER O ROSTO, PROBLEMAS DE VISÃO	8	2,8
BRAÇO DORMENTE	3	1,1
BOCA AO LADO, DEIXAR DE MEXER A PERNA OU O BRAÇO	46	16,3
BOCA AO LADO, DEIXAR DE MEXER A PERNA OU O BRAÇO, DOR DE CABEÇA	23	8,2
DIFICULDADE NA MOBILIZAÇÃO, DESMAIO	9	3,2
VÔMITOS, NÁUSEAS, PERDA DE SENSIBILIDADE NUM LADO DO CORPO E DESORIENTAÇÃO	7	2,5
OMISSO	156	55,3
Total	282	100,0

Tabela 33 - Quais os Sintomas do AVC descritos pela População

No âmbito dos fatores de risco diagnosticados 20,9% tem hipertensão arterial, 5,3% sofrem de diabetes mellitus, 21,6% de hipercolesterolemia e 8,2% de obesidade.

TEM DIAGNOSTICADO HTA	Frequência	%
SIM	59	20,9
NÃO	222	78,7
OMISSO	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 34 - Diagnóstico de HTA na População

TEM DIAGNOSTICADO DIABETES	Frequência	%
SIM	15	5,3
NÃO	266	94,3
OMISSO	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 35 - Diagnóstico de Diabetes na População

TEM DIAGNOSTICADO HIPERCOLESTEROLEMIA	Frequência	%
SIM	61	21,6
NÃO	220	78,0
OMISSO	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 36 - Diagnóstico de Hipercolesterolemia na População

TEM DIAGNOSTICADO OBESIDADE	Frequência	%
SIM	23	8,2
NÃO	258	91,5
OMISSO	1	0,4
Total	282	100,0

Tabela 37 - Diagnóstico de Obesidade na População

Para padronizar a tensão arterial e os restantes fatores de risco recorreu-se aos valores recomendados pela sociedade portuguesa de aterosclerose.

Na nossa população 61% apresenta valores dentro dos considerados normais para a tensão arterial sistólica. A restante população apresenta valores elevados de tensão arterial sistólica mas 21,6% não respondeu à questão. Para a tensão arterial diastólica a situação repete-se, 65,6% da população tem valores tensionais dentro de parâmetros normais. Para o colesterol o valor médio é de 197mg/dl o que é considerado elevado, sendo que relativamente a este valor 22,3% da população apresenta um valor normal e a mesma percentagem apresenta valores elevados o que quer dizer que quem apresenta hipercolesterolemia apresenta valores bastante elevados. 55,3% da população inquirida desconhece o seu valor de colesterol. Relativamente aos valores da glicémia 34,8% apresenta valores dentro de parâmetros normais e 6,7% apresenta valores elevados e 58,5% desconhece o seu valor de glicémia.

PADRÃO TA SISTÓLICA	Frequência	%
T.A. Normal (100 – 130 mmHg)	172	61,0
T.A. Normal Elevada (130 – 139 mmHg)	10	3,5
Grau I (ligeira) (140 – 159 mmHg)	31	11,0
Grau II (moderada) (160 – 179 mmHg)	2	0,7
Grau III (severa) \geq180 mmHg	6	2,1
OMISSO	61	21,6
Total	282	100,0

Tabela 38 - Valores da TA Sistólica Apresentados Pela População

PADRÃO TA DIASTÓLICA	Frequência	%
T.A. Normal (60 – 85 mmHg)	185	65,6
T.A. Normal Elevada (85 – 89 mmHg)	10	3,5
Grau I (ligeira) (90 – 99 mmHg)	15	5,3
Grau II (moderada) (100 – 109 mmHg)	6	2,1
Grau III (severa) ≥ 110 mmHg	6	2,1
OMISSOS	60	21,3
Total	282	100,0

Tabela 39 - Valores da TA Diastólica Apresentados Pela População

VALOR PADRÃO DO COLESTEROL	Frequência	%
MENOR OU IGUAL A 190 mg - NORMAL	63	22,3
MAIOR QUE 191 - ELEVADO	63	22,3
OMISSOS	156	55,4
Total	282	100,0

Tabela 40 - Valor do Colesterol Apresentado Pela População

VALOR PADRÃO DA GLICEMIA	Frequência	%
MENOR OU IGUAL QUE 102	98	34,8
MAIOR QUE 102	19	6,7
OMISSOS	165	58,5
Total	282	100,0

Tabela 41 - Valor de Glicémia Apresentado Pela População

Valores Médios da Idade, Altura, Peso, IMC, Perímetro Abdominal, TA, Colesterol e Glicémia										
	IDADE	ALTURA	IMC	PESO	PERÍMETRO ABDOMINAL	TA SISTÓLICA	TA DIASTÓLICA	COLESTEROL	GLICÉMIA	
População Avaliada	278	280	273	275	151	220	220	125	117	
Omissos	4	2	9	7	131	62	62	157	165	
Média	43,7	163,2	25,5	68,4	88,4	121,5	75,1	197,1	92,6	

Tabela 42 - Valores Médios da Idade, Altura, Peso, IMC, Perímetro Abdominal, TA, Colesterol e Glicémia

Para a pergunta se tem familiares com fatores de risco cardiovasculares ou que já tivessem tido alguma destas doenças 44,7% respondeu que tem um familiar de 1º grau com algum fator de risco ou com doença cardiovascular. 19,1% tem outros familiares com estas patologias ou fatores de risco e 24,5 respondeu que não tinha familiares nestas condições.

FAMILIAR COM FATORES DE RISCO OU DOENÇA CARDIOVASCULAR	Frequência	%
NÃO	69	24,5
SIM- AVÓS, TIOS OU PRIMOS	54	19,1
SIM - PAIS, IRMÃOS OU FILHOS	126	44,7
OMISSOS	33	11,7
Total	282	100,0

Tabela 43 - Antecedentes Familiares da População

Quando questionados relativamente à necessidade de intervenção dos profissionais de saúde 83,7% responderam que a intervenção destes era necessária enquanto 14,9% respondeu que não.

VIDA SAUDÁVEL COM INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Frequência	%
SIM	236	83,7
NÃO	42	14,9
OMISSO	4	1,4
Total	282	100,0

Tabela 44 - Necessidade de Intervenção dos Profissionais de Saúde Junto da População

Relativamente aos temas que consideram importantes para serem abordados referem a alimentação, seguido dos sinais e sintomas das doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, exercício físico, hipertensão arterial, diabetes e tabagismo.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	Frequência	%
SIM	136	48,2
NAO	141	50,0
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 45 - Temas Alimentação Saudável

EXERCÍCIO FÍSICO	Frequência	%
SIM	82	29,1
NÃO	195	69,1
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 46 – Tema Exercício Físico

TABAGISMO	Frequência	%
SIM	40	14,2
NÃO	237	84,0
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 47 – Tema Tabagismo

DIABETES	Frequência	%
SIM	63	22,3
NÃO	214	75,9
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 48 – Tema Diabetes

HIPERTENSÃO	Frequência	%
SIM	81	28,7
NÃO	196	69,5
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 49 – Tema Hipertensão

HIPERCOLESTEROLEMIA	Frequência	%
SIM	86	30,5
NÃO	191	67,7
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 50 – Tema Hipercolesterolemia

SINTOMAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	Frequência	%
SIM	133	47,2
NÃO	144	51,1
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 51 – Sintomas das doenças cardiovasculares

OUTRO TEMA A TRATAR	Frequência	%
SIM	5	1,9
ARRITMIAS	3	1,1
ALCOOLISMO	1	0,4
STRESS	1	0,4
NÃO	272	96,5
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 52 – Outros temas a tratar

Quanto à forma de tratar os temas 55,7% escolheu sessões de esclarecimento, seguido dos rastreios, caminhadas e folhetos.

SESSÃO DE ESCLARECIMENTO	Frequência	%
SIM	157	55,7
NÃO	120	42,6
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 53 – Intervenção Sessão de Esclarecimento

RASTREIOS	Frequência	%
SIM	154	54,6
NÃO	123	43,6
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 54 – Intervenção Rastreios

CAMINHADAS	Frequência	%
SIM	52	18,4
NÃO	225	79,8
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 55 – Intervenção Caminhadas

FOLHETOS	Frequência	%
SIM	42	14,9
NÃO	235	83,3
OMISSO	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 56 – Intervenção Folhetos

OUTROS	Frequência	%
SIM	6	2,1
NÃO	271	96,1
OMISSOS	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 57 – Outras Intervenções

Relativamente à avaliação do risco cardiovascular através da tabela SCORE apenas se conseguiu fazer a metade da população pois os restantes não apresentavam dados suficientes, mas a maioria (23%) apresenta um risco baixo de ocorrência de doença cardiovascular nos próximos 10 anos, 19,2% apresentam risco moderado, 3,9% apresentam risco alto e 1,8% da população tem risco muito alto de vir a desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos.

RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
NAO FOI POSSIVEL CALCULAR O RISCO CARDIOVASCULAR POR FALTA DE DADOS	147	52,1
MENOS DE 1%	65	23,0
1%	35	12,4
2%	14	5,0
3% A 4%	5	1,8
5% A 9%	11	3,9
10% A 14%	5	1,8
Total	282	100,0

Tabela 58 - Cálculo do risco Cardiovascular Através da Tabela SCORE

Quando utilizada a tabela de estratificação do risco cardiovascular conseguiu-se identificar 10,6% da população com risco alto a muito alto e os restantes 25,6% com risco moderado a baixo. Não foi possível estratificar o risco a 63,8% da população por falta de dados. Optou-se por não divulgar ao utente o valor do seu risco cardiovascular pois este processo é muito criterioso, dependendo de diagnóstico de fatores de risco e doenças que alguns utentes não têm conhecimento, pelo que os que apresentaram risco elevado serão encaminhados para consulta de vigilância de saúde.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
RISCO MÉDIO	12	4,3
RISCO BAIXO ACRESCIDO	25	8,9
RISCO MODERADO ACRESCIDO	35	12,4
RISCO ALTO ACRESCIDO	15	5,3
RISCO MUITO ALTO ACRESCIDO	15	5,3
NÃO FOI POSSIVEL CALCULAR O RISCO	180	63,8
Total	282	100,0

Tabela 59 - Cálculo do risco Cardiovascular Através da Tabela de Estratificação do Risco

Analisados os resultados por empresas, constatamos que na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e no Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz estão presentes três grandes grupo etários que são eles dos 20 aos 39 anos de idade, dos 40 aos 49 anos e dos 50 aos 54 anos de idade (34,8% da população total). O Continente, a Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz e a Fundação Maria Inácia Vogado perdigão Silva apresentam uma população maioritariamente jovem (20 aos 39 anos com 18,4% da população total). Nas restantes empresas encontram a sua população mais dispersa pelos vários grupos etários.

EMPRESA/ GRUPO ETÁRIO														
	GRUPO ETÁRIO												Total de participantes das empresas	
	OMISSO		20 A 39 ANOS		40 A 49 ANOS		50 A 54 ANOS		55 A 59 ANOS		60 A 64 ANOS			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	1	2	21	42	11	22	13	26	3	6	1	2	50	17,7
AVERM	2	2,9	14	20,6	24	35,3	15	22,1	7	10,3	6	8,8	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	0	0	4	14,3	7	25	8	28,6	5	17,8	4	14,3	28	9,9
MODELO	0	0	17	85	0	0	1	5	2	10	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	0	0	17	70,8	5	20,8	1	4,2	1	4,2	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	1	2,1	18	37,5	15	31,2	7	14,6	2	4,2	5	10,4	48	17,1
CARMIM	0	0	12	27,3	13	29,5	8	18,2	10	22,7	1	2,3	44	15,6
Total	4	1,4	103	36,5	75	26,6	53	18,8	30	10,6	17	6,1	282	100

Tabela 60 – Distribuição dos Grupos etários por Empresas

Em relação ao consumo dos alimentos fruta, carne, peixe, vegetais, leite e derivados, pão e cereais, gorduras e fritos, doces e bolachas, as empresas que apresentam uma maior percentagem de colaboradores com uma alimentação equilibrada são o Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz e a Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz.

EMPRESA / FRUTA														
	FRUTA												Total de participantes das empresas	
	2 A 3 VEZES DIA		1 VEZ DIA		4 A 5 VEZES SEMANA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		NUNCA			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	28	56	12	24	4	8	3	6	2	4	1	2	50	17,7
AVERM	53	78	10	14,7	2	2,9	2	2,9	1	1,5	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	20	71,4	7	25	1	3,6	0	0	0	0	0	0	28	9,9
MODELO	9	45	6	30	2	10	2	10	1	5	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	12	50	8	33,4	2	8,3	2	8,3	0	0	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	34	70,8	13	27,1	1	2,1	0	0	0	0	0	0	48	17,1
CARMIM	30	68,2	9	20,4	4	9,1	1	2,3	0	0	0	0	44	15,6
Total	186	66	65	23	16	5,7	10	3,5	4	1,4	1	0,4	282	100

Tabela - 61 Consumo de Fruta por Empresa

EMPRESA/ VEGETAIS																
	VEGETAIS														Total de participantes das empresas	
	2 A 3 VEZES POR DIA		1 VEZ POR DIA		4 A 5 VEZES POR SEMANA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		NUNCA		OMISSO			
EMPRESAS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	5	10	13	26	13	26	16	32	2	4	0	0	1	2	50	17,7
AVERM	16	23,5	22	32,4	14	20,5	15	22,1	1	1,5	0	0	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	6	21,4	12	42,9	5	17,9	4	14,2	1	3,6	0	0	0	0	28	9,9
MODELO	0	0	6	30	6	30	5	25	3	15	0	0	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	6	25	8	33,3	2	8,3	5	20,8	2	8,3	1	4,3	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	14	29,2	18	37,5	8	16,6	4	8,3	2	4,2	0	0	2	4,2	48	17,1
CARMIM	6	13,7	13	29,5	6	13,6	14	31,8	5	11,4	0	0	0	0	44	15,6
Total	53	18,8	92	32,6	54	19,1	63	22,3	16	5,8	1	0,4	3	1	282	100

Tabela 62 - Consumo de Vegetais por Empresa

EMPRESA/ CARNE															
		CARNE											Total de participantes das empresas		
		2 A 3 VEZES DIA		1 VEZ DIA		4 A 5 VEZES POR DIA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		OMISSO			
EMPRESA		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	CÂMARA MUNICIPAL	1	2	11	22	15	30	19	38	3	6	1	2	50	17,7
	AVERM	3	4,4	21	30,9	16	23,5	22	32,4	2	2,9	4	5,9	68	24,1
	ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	1	3,4	9	32,2	9	32,2	9	32,2	0	0	0	0	28	9,9
	MODELO	1	5	3	15	9	45	7	35	0	0	0	0	20	7,1
	FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	2	8,3	13	54,2	4	16,6	5	20,8	0	0	0	0	24	8,5
	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	4	8,3	20	41,7	6	12,5	18	37,5	0	0	0	0	48	17,1
	CARMIM	6	13,6	7	15,9	9	20,5	22	50	0	0	0	0	44	15,6
Total		18	6,3	84	29,7	68	24,1	102	36,2	5	1,8	5	1,8	282	100

Tabela 63 - Consumo de Carne por Empresa

EMPRESA/ PEIXE														
	PEIXE												Total de participantes das empresas	
	2 A 3 VEZES POR DIA		1 VEZ DIA		4 A 5 VEZES POR SEMANA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	0	0	7	14	5	10	25	50	12	24	1	2	50	17,7
AVERM	3	4,4	18	26,5	6	8,8	29	42,6	11	16,2	1	1,5	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	1	3,6	7	25	3	10,7	11	39,3	6	21,4	0	0	28	9,9
MODELO	0	0	4	20	5	25	9	45	2	10	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	1	4,2	9	37,5	5	20,8	7	29,2	2	8,3	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	2	4,2	21	43,8	1	2	20	41,7	3	6,3	1	2	48	17,1
CARMIM	1	2,4	6	13,7	2	4,5	24	54,4	11	25	0	0	44	15,6
Total	8	2,8	72	25,3	27	9,6	125	44,4	47	16,8	3	1,1	282	100

Tabela 64 - Consumo de Peixe por Empresa

EMPRESA/ QUEIJO, LEITE E IOGURTE																	
	QUEIJO, LEITE E IOGURTE															Total de participantes das empresas	
	2 A 3 VEZES POR DIA		1 VEZ POR DIA		4 A 5 VEZES POR DIA		2 A 3 VEZES POR DIA		1 VEZ POR SEMANA		NUNCA		OMISSO				
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CÂMARA MUNICIPAL	20	40	19	38	7	14	0	0	1	2	1	2	2	4	50	17,7	
AVERM	36	52,9	23	33,9	2	2,9	3	4,4	0	0	3	4,4	1	1,5	68	24,1	
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	12	42,9	11	39,3	2	7,1	0	0	0	0	0	0	3	10,7	28	9,9	
MODELO	4	20	8	40	6	30	0	0	2	10	0	0	0	0	20	7,1	
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	11	45,8	9	37,5	3	12,5	1	4,2	0	0	0	0	0	0	24	8,5	
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	23	47,9	19	39,6	4	8,3	1	2,1	1	2,1	0	0	0	0	48	17,1	
CARMIM	19	43,2	17	38,7	3	6,8	2	4,5	2	4,5	1	2,3	0	0	44	15,6	
Total	125	44,3	106	37,6	27	9,6	7	2,5	6	2,1	5	1,8	6	2,1	282	100	

Tabela 65 - Consumo de Queijo, Leite e Iogurte por Empresa

EMPRESA/ PAO E CEREAIS															
	PAO E CEREAIS												Total de participantes das empresas		
	2 A 3 VEZES DIA		1 VEZ DIA		4 A 5 VEZES POR SEMANA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		OMISSO				
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CÂMARA MUNICIPAL	22	44	14	28	10	20	3	6	0	0	1	2	50	17,7	
AVERM	32	47,1	27	39,7	4	5,9	2	2,9	1	1,5	2	2,9	68	24,1	
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	13	46,4	7	25	5	17,9	0	0	0	0	3	10,7	28	9,9	
MODELO	9	45	7	35	3	15	1	5	0	0	0	0	20	7,1	
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	13	54,2	10	41,6	1	4,2	0	0	0	0	0	0	24	8,5	
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	24	50	16	33,2	3	6,3	1	2,1	2	4,2	2	4,2	48	17,1	
CARMIM	27	61,4	10	22,7	5	11,3	1	2,3	1	2,3	0	0	44	15,6	
Total	140	49,6	91	32,4	31	11	8	2,8	4	1,4	8	2,8	282	100	

Tabela 66 - Consumo de Pão e Cereais por Empresa

EMPRESA/ GORDURAS E FRITOS																
	GORDURAS E FRITOS														Total de participantes das empresas	
	2 A 3 VEZES DIA		1 VEZ DIA		4 A 5 VEZES POR SEMANA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		NUNCA		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	1	2	2	4	5	10	13	26	22	44	4	8	3	6	50	17,7
AVERM	0	0	1	1,5	4	5,9	13	19,1	34	50	12	17,6	4	5,9	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	1	3,6	5	17,9	1	3,6	3	10,7	10	35,6	4	14,3	4	14,3	28	9,9
MODELO	1	5	3	15	3	15	6	30	6	30	1	5	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	0	0	3	12,5	1	4,2	7	29,2	11	45,8	2	8,3	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	1	2,1	5	10,3	0	0	11	22,9	26	54,2	2	4,2	3	6,3	48	17,1
CARMIM	0	0	6	13,6	1	2,8	13	29,5	21	47,6	3	6,8	0	0	44	15,6
Total	4	1,4	25	8,9	15	5,3	66	23,4	130	46,1	28	9,9	14	5	282	100

Tabela 67 - Consumo de Gorduras e Fritos por Empresa

EMPRESA/ DOCES E BOLACHAS																	
		DOCES E BOLACHAS														Total de participantes das empresas	
		2 A 3 VEZES DIA		1 VEZ DIA		4 A 5 VEZES POR DIA		2 A 3 VEZES POR SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		NUNCA		OMISSO			
EMPRESA		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	CÂMARA MUNICIPAL	3	6	5	10	9	18	17	34	9	18	4	8	3	6	50	17,7
	AVERM	3	4,4	11	16,2	9	13,2	25	36,7	18	26,5	1	1,5	1	1,5	68	24,1
	ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	0	0	7	25	3	10,7	9	32,2	5	17,9	2	7,1	2	7,1	28	9,9
	MODELO	0	0	7	35	4	20	5	25	4	20	0	0	0	0	20	7,1
	FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	1	4,2	5	20,8	7	29,2	6	25	3	12,5	2	8,3	0	0	24	8,5
	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	5	10,4	13	27,1	4	8,3	11	22,9	11	22,9	2	4,2	2	4,2	48	17,1
	CARMIM	3	6,8	8	18,2	4	9,1	14	31,8	14	31,8	1	2,3	0	0	44	15,6
Total		15	5,3	56	19,9	40	14,2	87	30,9	64	22,6	12	4,3	8	2,8	282	100

Tabela 68 - Consumo de Doces e Bolachas por Empresa

Relativamente aos fatores de risco cardiovasculares e ao IMC em particular, todas as empresas à exceção do Modelo, do Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz e da Fundação Inácia Maria Vogado Perdigão Silva, apresentam cerca de metade da sua população com excesso de peso ou obesidade, sendo também aí que se encontra um maior número de casos de obesidade diagnosticados (73,9%). No entanto um pouco por todas as empresas existem casos de obesidade não diagnosticados.

EMPRESA / IMCPADRÃO																
	IMC PADRÃO														Total de participantes das empresas	
	MENOR QUE 18,5 BAIXO PESO		18,5 A 24,9 PESO NORMAL		25 A 29,9 PRÉ-OBESIDADE		30 A 34,9 OBESIDADE GRAU I		35 A 39,9 OBESIDADE GRAU II		MAIOR QUE 40 OBESIDADE GRAU III		NÃO FOI POSSÍVEL EFETUAR O CÁLCULO POR FALTA DE DADOS			
EMPRESAS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	0	0	19	38	22	44	5	10	2	4	1	2	1	2	50	17,7
AVERM	3	4,4	33	48,5	24	35,3	4	5,9	1	1,4	0	0	3	4,4	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	0	0	12	42,9	7	25	6	21,2	1	3,6	0	0	2	7,3	28	9,9
MODELO	0	0	16	80	3	15	1	5	0	0	0	0	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	1	4,2	14	58,4	5	20,8	2	8,3	0	0	0	0	2	8,3	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	2	4,2	17	35,4	21	43,8	3	6,2	5	10,4	0	0	0	0	48	17,1
CARMIM	0	0	17	38,6	20	45,5	5	11,3	0	0	1	2,3	1	2,3	44	15,6
Total	6	2,1	128	45,4	102	36,2	26	9,2	9	3,2	2	0,7	9	3,2	282	100

Tabela 69 – Distribuição do IMC pelas Empresas

Quando cruzadas as variáveis empresas e perímetro abdominal verificamos que no Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz 25% da população feminina e Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz 31,3% da população feminina apresenta um perímetro abdominal de risco. Relativamente ao perímetro abdominal dos homens, na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz 8% desta população apresenta um perímetro abdominal de risco. Na CARMIM 9,1% da população masculina apresenta um perímetro abdominal de risco.

EMPRESA/ PADRÃO PERÍMETRO ABDOMINAL																
	PADRÃO PERÍMETRO ABDOMINAL														Total de participantes das empresas	
	NORMAL - MENOR QUE 94 H		NORMAL - MENOR QUE 80 M		Risco Aumentado ≥94 H		Risco Aumentado ≥ 80 M		Risco Muito Aumentado ≥ 102 H		Risco Muito Aumentado ≥ 88 M		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	1	2	4	8	4	8	4	8	4	8	7	14	26	52	50	17,7
AVERM	2	2,9	7	10,3	1	1,5	10	14,7	1	1,5	17	25	30	44,1	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	0	0	3	10,7	1	3,6	0	0	1	3,6	3	10,7	20	71,4	28	9,9
MODELO	5	25	3	15	0	0	2	10	0	0	0	0	10	50	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	1	4,2	9	37,5	0	0	1	4,2	0	0	2	8,3	11	45,8	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	1	2,1	5	10,4	0	0	6	12,5	0	0	15	31,3	21	43,7	48	17,1
CARMIM	8	18,2	4	9,1	10	22,7	0	0	4	9,1	7	15,9	11	25	44	15,6
Total	18	6,4	35	12,4	16	5,7	23	8,2	10	3,5	51	18,1	129	45,7	282	100

Tabela 70 – Valores do Perímetro Abdominal por Empresas

Em relação á presença do diagnóstico de Hipertensão Arterial, no Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz 26,5% da população encontra-se diagnosticada e Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz 22,9% encontra-se diagnosticada. Relativamente à diabetes mellitus esta encontra-se um pouco dissipada por grande parte das empresas, à exceção do Continente e da Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva e a maioria da população que respondeu à questão apresenta valores dentro dos considerados normais (84,7%). A hipercolesterolemia encontra-se representada em todas as empresas à exceção do Continente mas na Escola Secundária de Reguengos de Monsaraz 28,6% da população apresenta valores elevados de colesterol. Na CARMIM 27,2% da população apresenta valores elevados do colesterol. No entanto, tanto o Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz como a CARMIM apresentam mais casos de hipercolesterolemia do que os que estão diagnosticados clinicamente.

EMPRESA/ TEM DIAGNOSTICADO HTA								
	TEM DIAGNOSTICADO HTA						Total de participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	8	16	42	84	0	0	50	17,7
AVERM	18	26,5	50	73,5	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	7	25	21	75	0	0	28	9,9
MODELO	2	10	18	90	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	4	16,7	20	83,3	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	11	22,9	36	75	1	2,1	48	17,1
CARMIM	9	20,5	35	79,5	0	0	44	15,6
Total	59	20,9	222	78,7	1	0,4	282	100

Tabela 71 - Diagnóstico de HTA por Empresa

EMPRESA/ TEM DIAGNOSTICADO DIABETES									
		TEM DIAGNOSTICADO DIABETES					Total de participantes por Empresa		
		SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
EMPRESA		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	CÂMARA MUNICIPAL	3	6	47	94	0	0	50	17,7
	AVERM	3	4,4	65	95,6	0	0	68	24,1
	ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	4	14,3	24	85,7	0	0	28	9,9
	MODELO	0	0	20	100	0	0	20	7,1
	FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	0	0	24	100	0	0	24	8,5
	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	2	4,3	45	93,7	1	2	48	17,1
	CARMIM	3	6,8	41	93,2	0	0	44	15,6
Total		15	5,3	266	94,3	1	0,4	282	100

Tabela 72 - Diagnóstico de Diabetes por Empresa

EMPRESA/ TEM DIAGNOSTICADO HIPERCOLESTEROLEMIA								
	TEM DIAGNOSTICADO HIPERCOLESTEROLEMIA						Total de participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
CÂMARA MUNICIPAL	9	18	41	82	0	0	50	17,7
AVERM	16	23,5	52	76,5	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	8	28,6	20	71,4	0	0	28	9,9
MODELO	2	10	18	90	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	5	20,8	19	79,2	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	9	18,8	38	79,2	1	2	48	17,1
CARMIM	12	27,2	32	72,8	0	0	44	15,6
Total	61	21,6	220	78	1	0,4	282	100

Tabela 73 - Diagnóstico de Hipercolesterolemia por Empresa

EMPRESA / TEM DIAGNOSTICADO OBESIDADE								
	TEM DIAGNOSTICADO OBESIDADE						Total de participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
CÂMARA MUNICIPAL	6	12	44	88	0	0	50	17,7
AVERM	5	7,4	63	92,6	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	5	17,9	23	82,1	0	0	28	9,9
MODELO	0	0	20	100	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	1	4,2	23	95,8	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	4	8,3	43	89,6	1	2,1	48	17,1
CARMIM	2	4,5	42	95,5	0	0	44	15,6
Total	23	8,2	258	91,5	1	0,3	282	100

Tabela 74 - Diagnóstico de Obesidade por Empresa

EMPRESA / PADRÃO DA TA SISTÓLICA														
	PADRÃO DA TA SISTÓLICA												Total de participantes por Empresa	
	T.A. Normal 100 – 130 mmHg		T.A. Normal Elevada 130 – 139 mmHg		Grau I (ligeira) 140 – 159 mmHg		Grau II (moderada) 160 – 179 mmHg		Grau III (severa) ³ 180 mmHg		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	33	66	4	8	4	8	0	0	2	4	7	14	50	17,7
AVERM	41	60,3	1	1,6	12	17,6	1	1,5	2	2,9	11	16,1	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	21	75	0	0	2	7,1	0	0	0	0	5	17,9	28	9,9
MODELO	10	50	1	5	0	0	0	0	0	0	9	45	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	15	62,5	0	0	1	4,2	1	4,2	0	0	7	29,1	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	24	50	4	8,3	5	10,4	0	0	2	4,2	13	27,1	48	17,1
CARMIM	28	63,6	0	0	7	15,9	0	0	0	0	9	20,5	44	15,6
Total	172	61	10	3,5	31	11	2	0,7	6	2,2	61	21,6	282	100

Tabela 75 – Padrão da TA Sistólica nas Empresas

EMPRESA * PADRÃO TA DIASTÓLICA															
	PADRÃO TA DIASTÓLICA												Total de participantes por Empresa		
	T.A. Normal 60 – 85 mmHg		T.A. Normal Elevada 85 – 89 mmHg		Grau I (ligeira) 90 – 99 mmHg		Grau II (moderada) 100 – 109 mmHg		Grau III (severa) 110 mmHg		OMISSOS				
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CÂMARA MUNICIPAL	36	72	3	6	2	4	1	2	1	2	7	14	50	17,7	
AVERM	43	63,3	4	5,9	6	8,8	2	2,9	1	1,5	12	17,6	68	24,1	
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	21	75	0	0	2	7,1	1	3,6	0	0	4	14,3	28	9,9	
MODELO	10	50	1	5	0	0	0	0	0	0	9	45	20	7,1	
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	16	66,6	0	0	0	0	1	4,1	0	0	7	29,3	24	8,5	
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	29	60,4	0	0	2	4,2	0	0	4	8,3	13	27,1	48	17,1	
CARMIM	30	68,2	2	4,5	3	6,8	1	2,3	0	0	8	18,2	44	15,6	
Total	185	65,6	10	3,5	15	5,3	6	2,2	6	2,1	60	21,3	282	100	

Tabela 76 - Padrão da TA Diastólica nas Empresas

EMPRESA / VALOR PADRÃO DO COLESTEROL								
	VALOR PADRÃO COLESTEROL						Total de participantes por Empresa	
	MENOR OU IGUAL A 190 mg - NORMAL		MAIOR QUE 191 - ELEVADO		OMISSOS			
	EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
CÂMARA MUNICIPAL	16	32	4	8	30	60	50	17,7
AVERM	9	13,2	20	29,4	39	57,4	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	4	14,3	8	28,6	16	57,1	28	9,9
MODELO	1	5	2	10	17	85	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	4	16,7	5	20,8	15	62,5	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	14	29,1	9	18,8	25	52,1	48	17,1
CARMIM	15	34,1	15	34,1	14	31,8	44	15,6
Total	63	22,3	63	22,3	156	55,4	282	100

Tabela 77 – Padrão do Colesterol nas Empresas

EMPRESA * VALOR PADRÃO GLICÉMIA								
	VALOR PADRÃO GLICÉMIA						Total de participantes por Empresa	
	MENOR OU IGUAL QUE 102 mg/dl		MAIOR QUE 102 mg/dl		OMISSOS			
	EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
CÂMARA MUNICIPAL	15	30	3	6	32	54	50	17,7
AVERM	27	39,7	5	7,4	36	52,9	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	6	21,4	2	7,1	20	71,5	28	9,9
MODELO	1	5	0	0	19	95	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	9	37,5	2	8,3	13	54,2	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	16	33,3	3	6,3	29	60,4	48	17,1
CARMIM	24	54,5	4	9,1	16	36,4	44	15,6
Total	98	34,8	19	6,7	165	58,5	282	100

Tabela 78 – Padrão da Glicémia nas Empresas

Relacionando a pré-obesidade e a obesidade com os restantes fatores de risco constata-se que todos eles estão presentes em maior número nesta população (65%). Também se verificou que são estes indivíduos que praticam menos exercício físico (38,3%).

IMC/ VALORES ELEVADOS DE FATORES DE RISCO OU FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS												
	IMC PADRÃO										Total	
	25 A 29,9 - PRÉ-OBESIDADE		30 A 34,9 OBESIDADE GRAU I		35 A 39,9 OBESIDADE GRAU II		MAIOR QUE 40 - OBESIDADE GRAU III		NÃO FOI POSSÍVEL EFETUAR O CÁLCULO POR FALTA DE DADOS			
FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS OU VALORES ELEVADOS DE FATORES DE RISCO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não tem diagnosticado nenhum fator de risco, nem referiu valores elevados dos fatores de risco	38	76	8	16	4	8	0	0	0	0	50	35
HTA	20	64,5	6	19,4	2	6,5	1	3,1	2	6,5	31	21,7
HIPERCOLESTEROLÊMIA	28	80	4	11,4	0	0	0	0	3	8,6	35	24,5
HIPERGLICÊMIA	2	33,3	1	16,7	2	33,3	1	16,7	0	0	6	4,2
HTA+HIPERCOLEST EROLÊMIA	9	81,8	1	9,1	1	9,1	0	0	0	0	11	7,7
HTA+HIPERGLICÊMIA	3	50	3	50	0	0	0	0	0	0	6	4,2
HTA+HIPERCOLEST EROLÊMIA+HIPERGLICÊMIA	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	4	2,7
Total	102	71,3	25	17,5	9	6,3	2	1,4	5	3,5	143	100

Tabela 79 – Relação do IMC com os Fatores de Risco Cardiovasculares

IMCPADROES/ FREQUENCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO															
		FREQUENCIA DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO												Total	
		DIARIAMENTE		3 A 4 VEZES POR SEMANA		4 A 5 VEZES POR MÊS		RARAMENTE		NUNCA		OMISSO			
IMC PADRÃO		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	MENOR QUE 18,5 - BAIXO PESO	0	0	3	50	1	16,7	2	33,7	0	0	0	0	6	2,1
	18,5 A 24,9 - PESO NORMAL	10	7,8	19	14,8	23	18	58	45,3	18	14,1	0	0	128	45,4
	25 A 29,9 - PRÉ-OBESIDADE	5	4,9	18	17,6	10	9,8	57	55,9	11	10,8	1	1	102	36,2
	30 A 34,9 OBESIDADE GRAU I	3	11,5	3	11,5	3	11,5	11	42,3	6	23,2	0	0	26	9,2
	35 A 39,9 OBESIDADE GRAU II	1	11,1	0	0	0	0	6	66,7	2	22,2	0	0	9	3,2
	MAIOR QUE 40 - OBESIDADE GRAU III	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2	0,7
	NÃO FOI POSSÍVEL EFETUAR O CÁLCULO POR FALTA DE DADOS	0	0	2	22,2	0	0	5	55,6	1	11,1	1	11,1	9	3,2
Total		19	6,7	45	16	37	13,1	139	49,3	40	14,2	2	0,7	282	100

Tabela 80 – Relação do IMC com a prática de Exercício Físico

Outra constatação que se pode fazer é que 20,2% dos indivíduos que não realizam consulta de rotina anual têm diagnosticado fatores de risco cardiovasculares.

Nº DE INDIVÍDUOS COM FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS/ CONSULTA DE ROTINA									
		CONSULTA ROTINA					Total		
		SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
HTA		25	80,6	5	16,2	1	3,2	31	28,4
HIPERCOLESTEROLÊMIA+OBESIDADE		0	0	1	100	0	0	1	0,9
HTA+HIPERCOLESTEROLÊMIA+OBESIDADE		1	50	1	50	0	0	2	1,8
HTA+DIABETES+OBESIDADE		1	100	0	0	0	0	1	0,9
DIABETES+HIPERCOLESTEROLÊMIA		1	100	0	0	0	0	1	0,9
HTA+DIABETES+HIPERCOLESTEROLÊMIA+OBESIDADE		2	100	0	0	0	0	2	1,8
HIPERCOLESTEROLÊMIA		28	70	12	30	0	0	40	36,7
DIABETES		4	100	0	0	0	0	4	3,7
HTA+HIPERCOLESTEROLÊMIA		5	50	5	50	0	0	10	9,2
HTA+DIABETES		3	100	0	0	0	0	3	2,8
HTA+HIPERCOLESTEROLÊMIA+DIABETES		3	100	0	0	0	0	3	2,8
DIABETES+OBESIDADE		2	100	0	0	0	0	2	1,8
HTA+OBESIDADE		4	80	1	20	0	0	5	4,6
OBESIDADE		2	50	2	50	0	0	4	3,7
Total		81	74,3	27	24,8	1	0,9	109	100

Tabela 81 – Indivíduos com Fatores de Risco que realizaram consulta de Rotina no último ano

Quando cruzadas as variáveis empresas com as doenças cardiovasculares é na Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e na Escola Secundária Conde de Monsaraz que estas se apresentam em maior percentagem (76,9%).

EMPRESA/ DOENÇAS CARDIOVASCULARES												
	DOENÇAS CARDIOVASCULARES										Total de Participantes por Empresa	
	EAM		AVC		INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		NÃO TEVE		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	1	2	0	0	2	4	45	90	2	4	50	17,7
AVERM	0	0	0	0	1	1,5	66	97	1	1,5	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	3	10,7	0	0	0	0	25	89,3	0	0	28	9,9
MODELO	0	0	0	0	0	0	19	95	1	5	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	0	0	0	0	1	4,2	23	95,8	0	0	24	8,5
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	2	4,2	2	4,2	0	0	40	83,3	4	8,3	48	17,1
CARMIM	0	0	0	0	1	2,3	42	95,4	1	2,3	44	15,6
Total	6	2,1	2	0,7	5	1,8	260	92,2	9	3,2	282	100

Tabela 82 – Prevalência das Doenças Cardiovasculares nas Empresas

Relativamente às doenças cardiovasculares por grupo etário estas são mais prevalentes entre os 40 aos 54 anos de idade (46,2%).

GRUPO ETÁRIO/ DOENÇAS CARDIOVASCULARES												
GRUPO ETÁRIO	DOENÇAS CARDIOVASCULARES										Total de Participantes	
	EAM		AVC		INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		NÃO TEVE		OMISSO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
OMISSO	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	4	1,4
20 A 39 ANOS	0	0	0	0	2	1,9	100	97,1	1	1	103	36,5
40 A 49 ANOS	1	1,3	1	1,3	1	1,3	70	93,4	2	2,7	75	26,6
50 A 54 ANOS	3	5,7	0	0	0	0	48	90,5	2	3,8	53	18,8
55 A 59 ANOS	1	3,3	1	3,3	0	0	25	83,4	3	10	30	10,6
60 A 64 ANOS	1	5,9	0	0	2	11,7	13	76,5	1	5,9	17	6,1
Total	6	2,1	2	0,7	5	1,8	260	92,2	9	3,2	282	100

Tabela 83 – Grupo Etário e Doenças Cardiovasculares

Quanto aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares por idade dos indivíduos constatou-se que é a partir dos 40 anos que se manifestam mais frequentemente os fatores de risco (75%), embora em alguns casos também estejam presentes antes dessa idade. É também a partir dessa idade que se encontram mais indivíduos diagnosticados com os vários fatores de risco cardiovasculares (81,7%).

FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS * GRUPO ETÁRIO														
	GRUPO ETÁRIO												Total de Participantes	
	OMISSO		20 A 39 ANOS		40 A 49 ANOS		50 A 54 ANOS		55 A 59 ANOS		60 A 64 ANOS			
FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HTA	1	3,2	4	12,9	11	35,5	9	29	4	12,9	2	6,5	31	28,4
HIPERCOLESTERO LÊMIA+OBESIDADE	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0,9
HTA+HIPERCOLES TEROLÊMIA+ OBESIDADE	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	2	1,8
HTA+DIABETES+ OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0,9
DIABETES+HIPERC OLESTEROLÊMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	0,9
HTA+DIABETES+ HIPERCOLESTERO LÊMIA+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	2	1,8
HIPERCOLESTERO LÊMIA	0	0	11	27,5	13	32,5	8	20	6	15	2	5	40	36,7
DIABETES	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	2	50	4	3,7
HTA+HIPERCOLES TEROLÊMIA	0	0	1	10	2	20	1	10	3	30	3	30	10	9,2
HTA+DIABETES	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,4	0	0	3	2,8
HTA+HIPERCOLES TEROLÊMIA+ DIABETES	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	3	2,8
DIABETES+ OBESIDADE	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	2	1,8
HTA+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	2	40	2	40	1	20	5	4,6
OBESIDADE	0	0	2	50	1	25	0	0	1	25	0	0	4	3,7
Total	1	0,9	19	17,4	32	29,4	25	22,9	20	18,4	12	11	109	100

Tabela 84 – Fatores de Risco por Grupo Etário

O mesmo acontece com os indivíduos a quem foi detetado risco cardiovascular alto e muito alto em que 93,8% tem idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos.

GRUPO ETÁRIO/ RISCO CARDIOVASCULAR																	
	RISCO CARDIOVASCULAR															Total	
	NAO FOI POSSIVEL CALCULAR O RISCO CARDIOVASCULAR POR FALTA DE VALORES		MENOS DE 1%		1%		2%		3% A 4%		5% A 9%		10% A 14%				
GRUPO ETÁRIO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
OMISSO	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,4	
20 A 39 ANOS	76	73,8	18	17,5	5	4,9	2	1,8	1	1	0	0	1	1	10 3	36,5	
40 A 49 ANOS	36	48	22	29,3	1 3	17,4	0	0	1	1,3	3	4	0	0	75	26,6	
50 A 54 ANOS	19	35,9	18	34	8	15,1	2	3,7	1	1,9	2	3,7	3	5,7	53	18,8	
55 A 59 ANOS	10	33,3	5	16,7	7	23,3	5	16,7	1	3,3	2	6,7	0	0	30	10,6	
60 A 64 ANOS	4	23,5	0	0	2	11,8	5	29,4	1	5,9	4	23,5	1	5,9	17	6,1	
Total	147	52,1	65	23	3 5	12,4	14	5	5	1,8	11	3,9	5	1,8	28 2	100	

Tabela 85 – Risco Cardiovascular por Grupo Etário

É também esta população que pede em maior número a intervenção dos profissionais de saúde (61,2%).

GRUPO ETÁRIO * VIDA SAUDÁVEL COM INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE								
GRUPO ETÁRIO	VIDA SAUDÁVEL COM INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE						Total de Participantes	
	SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OMISSO	3	75	1	25	0	0	4	1,4
20 A 39 ANOS	91	88,3	11	10,7	1	1	103	36,5
40 A 49 ANOS	60	80	15	20	0	0	75	26,6
50 A 54 ANOS	43	81,1	7	13,2	3	5,7	53	18,8
55 A 59 ANOS	24	80	6	20	0	0	30	10,6
60 A 64 ANOS	15	88,2	2	11,8	0	0	17	6,1
Total	236	83,7	42	14,9	4	1,4	282	100

Tabela 86 – Necessidade de Intervenção dos profissionais de Saúde por Grupo Etário

Relativamente à prática de exercício físico e de consumo de tabaco é no grupo etário dos 20 aos 49 anos que se encontra a maioria da população que pratica exercício (64%) mas também os fumadores ativos (76,8%).

GRUPO ETÁRIO/ FREQUÊNCIA EXERCÍCIO FÍSICO														
	FREQUÊNCIA EXERCÍCIO FÍSICO												Total de Participantes	
	DIARIAMENTE		3 A 4 VEZES POR SEMANA		4 A 5 VEZES POR MÊS		RARAMENTE		NUNCA		OMISSO			
GRUPO ETÁRIO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OMISSO	1	25	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0	4	1,4
20 A 39 ANOS	10	9,7	13	12,6	20	19,4	47	45,7	13	12,6	0	0	103	36,5
40 A 49 ANOS	2	2,7	16	21,4	10	13,3	36	48	10	13,3	1	1,3	75	26,6
50 A 54 ANOS	4	7,5	11	20,8	2	3,8	30	56,5	5	9,5	1	1,9	53	18,8
55 A 59 ANOS	0	0	2	6,7	2	6,7	20	66,6	6	20	0	0	30	10,6
60 A 64 ANOS	2	11,8	2	11,8	3	17,6	5	29,4	5	29,4	0	0	17	6,1
Total	19	6,7	45	16	37	13,1	139	49,3	40	14,2	2	0,7	282	100

Tabela 87 – Prática de Exercício por Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO/ FUMA ATUALMENTE									
		FUMA ATUALMENTE						Total de Participantes	
		SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
GRUPO ETÁRIO		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	OMISSO	0	0	0	0	4	100	4	1,4
	20 A 39 ANOS	29	28,2	18	17,4	56	54,4	103	36,5
	40 A 49 ANOS	14	18,7	19	25,3	42	56	75	26,6
	50 A 54 ANOS	10	18,9	17	32,1	26	49	53	18,8
	55 A 59 ANOS	2	6,7	5	16,7	23	76,6	30	10,6
	60 A 64 ANOS	1	5,9	4	23,5	12	70,6	17	6,1
Total		56	19,8	63	22,4	163	57,8	282	100

Tabela 88 – Hábitos Tabágicos por Grupo Etário

Relacionando o nível educacional com os fatores de risco cardiovasculares diagnosticados e as doenças cardiovasculares constatou-se que são os indivíduos com ensino secundário e superior que apresentam mais fatores de risco (58,7%) É também esta população que pede em maior número a intervenção dos profissionais de saúde (69%).

Relativamente às doenças cardiovasculares é nos indivíduos com o ensino secundário que se encontra a população mais afetada por estas doenças (53,8%).

FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS/ NÍVEL EDUCACIONAL																	
		NÍVEL EDUCACIONAL														Total de Participantes	
		SÓ SABE LER E ESCREVER		1º CICLO		2º CICLO		3º CICLO		ENSINO SECUNDÁRIO		ENSINO SUPERIOR		OMISSOS			
FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	HTA	0	0	5	16,1	2	6,5	4	12,9	13	41,9	7	22,6	0	0	31	28,4
	HIPERCOLESTEROLÉMIA+ OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0,9
	HTA+HIPERCOLESTEROLÉMIA+ OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	2	1,8
	HTA+DIABETES+ OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0,9
	DIABETES+HIPERCOLESTEROLÉMIA	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
	HTA+DIABETES+HIPERCOLESTEROLÉMIA+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	2	1,8
	HIPERCOLESTEROLÉMIA	1	2,5	4	10	2	5	6	15	12	30	14	35	1	2,5	40	36,7
	DIABETES	0	0	1	25	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0	4	3,7
	HTA+HIPERCOLESTEROLÉMIA	0	0	4	40	0	0	3	30	1	10	2	20	0	0	10	9,2
	HTA+DIABETES	0	0	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,4	0	0	0	0	3	2,8
	HTA+HIPERCOLESTEROLÉMIA+DIABETES	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0	3	2,8
	DIABETES+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	1,8
	HTA+OBESIDADE	0	0	3	60	0	0	0	0	1	20	1	20	0	0	5	4,6
	OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	1	25	2	50	1	25	0	0	4	3,7
Total		2	1,8	20	18,4	5	4,6	17	15,6	35	32,1	29	26,6	1	0,9	109	100

Tabela 89 – Fatores de Risco apresentados por Nível Educacional

NÍVEL EDUCACIONAL * VIDA SAUDÁVEL COM INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE								
	VIDA SAUDÁVEL COM INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE						Total de Participantes	
	SIM		NÃO		OMISSO		Nº	%
NÍVEL EDUCACIONAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SÓ SABE LER E ESCREVER	4	100	0	0	0	0	4	1,4
1º CICLO	25	71,4	8	22,9	2	5,7	35	12,4
2º CICLO	11	73,3	3	20	1	6,7	15	5,3
3º CICLO	32	82,1	7	17,9	0	0	39	13,8
ENSINO SECUNDÁRIO	84	85,7	13	13,3	1	1	98	34,8
ENSINO SUPERIOR	79	87,8	11	12,2	0	0	90	31,9
OMISSOS	1	100	0	0	0	0	1	0,4
Total	236	83,7	42	14,9	4	1,4	282	100

Tabela 90 – Necessidade de Intervenção dos Profissionais de Saúde por Nível Educacional

NÍVEL EDUCACIONAL/ QUAIS AS DOENÇAS QUE JÁ TEVE												
	QUAIS AS DOENÇAS QUE JÁ TEVE										Total de Participantes	
	EAM		AVC		INSUFICIENCIA CARDIACA		NÃO TEVE		OMISSO		Nº	%
NÍVEL EDUCACIONAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SÓ SABE LER E ESCREVER	0	0	0	0	0	0	3	75	1	25	4	1,4
1º CICLO	2	5,7	1	2,9	1	2,9	29	82,8	2	5,7	35	12,4
2º CICLO	0	0	0	0	0	0	12	80	3	20	15	5,3
3º CICLO	0	0	1	2,6	1	2,6	36	92,2	1	2,6	39	13,8
ENSINO SECUNDÁRIO	4	4,1	0	0	3	3,1	89	90,8	2	2	98	34,8
ENSINO SUPERIOR	0	0	0	0	0	0	90	100	0	0	90	31,9
OMISSO	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
Total	6	2,1	2	0,7	5	1,8	260	92,2	9	3,2	282	100

Tabela 91 – Doenças Cardiovasculares por Nível Educacional

Em relação às doenças cardiovasculares por profissão, é nos operadores de armazém, assistentes técnicos administrativos, professores/ educadores e auxiliares da ação educativa que estas mais se manifestam, sendo que 70,6% desta população tem fatores de risco diagnosticados e 53,8 dos indivíduos que já tiveram doenças cardiovasculares pertence a estes grupos profissionais.

PROFISSÃO * QUAIS AS DOENÇAS QUE JÁ TEVE												
	QUAIS AS DOENÇAS QUE JÁ TEVE										Total de Participantes	
	EAM		AVC		INSUFICIENCIA CARDIACA		NÃO TEVE		OMISSO			
PROFISSÃO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OPERADOR DE LOJA/ ARMAZEM	0	0	0	0	0	0	33	97	1	3	34	12,1
ASSISTENTE OPERACIONAL LAR	0	0	1	11,1	0	0	5	55,6	3	33,3	9	3,2
ASSISTENTE SOCIAL	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2	0,7
MÉDICO	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
EMPRESÁRIO	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	1	3,1	0	0	1	3,1	29	90,6	1	3,1	32	11,3
MARKETING	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
ENOLOGO	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
RECECIONISTA	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
ENFERMEIRA	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
AUXILIAR AÇÃO EDUCATIVA	2	2,9	1	1,3	2	2,9	63	90	2	2,9	70	24,8
PROFESSOR/ EDUCADOR	0	0	0	0	0	0	62	100	0	0	62	22
COZINHEIRA	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	3	1,1
ANIMADORA SOCIOCULTURAL	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,4
JARDINEIRO, ELETRICISTA, TRATORISTA, PEDREIRO	0	0	0	0	0	0	8	88,9	1	11,1	9	3,2
OMISSO	3	5,6	0	0	2	3,7	48	88,9	1	1,8	54	19,1
Total	6	2,1	2	0,7	5	1,8	260	92,2	9	3,2	282	100

Tabela 92 – Doenças Cardiovasculares por Profissão

FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS/ PROFISSÕES																								
FATORES DE RISCO DIAGNOSTICADOS	PROFISSÕES																						Total de Participantes	
	OPERADOR DE LOJA/ ARMAZÉM		ASSISTENTE OPERACIONAL LAR		MÉDICO		EMPRESÁRIO		SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS		MARKTING		ENÓLOGO		AUX. AÇÃO EDUCATIVA		PROFESSOR/ EDUCADOR		JARDINEIRO, ELETRICISTA, TRATORISTA, PEDREIRO		OMISSOS		Nº	%
HTA	5	16,1	1	3,2	0	0	0	0	5	16,1	0	0	0	0	11	35,5	6	19,4	0	0	3	9,7	31	28,4
HIPERCOLESTEROLÉMIA+O BESIDADE	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
HTA+HIPERCOLESTEROLÉMIA+OBESIDADE	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	2	1,8
HTA+DIABETES+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	0,9
DIABETES+HIPERCOLESTEROLÉMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
HTA+DIABETES+HIPERCOLESTEROLÉMIA+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	2	1,8	
HIPERCOLESTEROLÉMIA	4	10	3	7,5	0	0	1	2,5	7	17,5	1	2,5	1	2,5	5	12,5	9	22,5	1	2,5	8	20	40	36,7
DIABETES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	4	3,7
HTA+HIPERCOLESTEROLÉMIA	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	50	3	30	0	0	0	0	0	10	9,2
HTA+DIABETES	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	33,4	3	2,8	
HTA+HIPERCOLESTEROLÉMIA+DIABETES	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	33,4	0	0	0	0	0	3	2,8
DIABETES+OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	1,8	
HTA+OBESIDADE	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	1	20	0	0	1	20	5	4,6	
OBESIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	1	25	1	25	1	25	4	3,7	
Total	14	12,8	5	4,6	1	0,9	1	0,9	14	12,8	1	0,9	1	0,9	27	24,8	22	20,2	2	1,8	21	19,4	109	100

Tabela 93 – Fatores de Risco por Profissão

Relativamente às necessidades de intervenções de enfermagem nas respetivas empresas foram identificadas as seguintes:

Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz- sessão de esclarecimento com 58%, rastreios com 48%, folhetos com 26% e caminhadas com 22%.

Temas: Alimentação 58%, Exercício físico 46%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 42%, Hipercolesterolemia 30%, Hipertensão Arterial 30%, Tabagismo 22%, Diabetes Mellitus 18%.

Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz - rastreios com 61,8%, sessão de esclarecimento com 51,5%, caminhadas com 30,9% e folhetos com 14,7%.

Temas: Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 48,5%, Alimentação 39,7%, Hipercolesterolemia 35,3%, Exercício físico 33,8%, Hipertensão Arterial 32,4%, Diabetes Mellitus 25%, Tabagismo 10,3%.

Escola Secundária Conde de Monsaraz - rastreios com 60,7%, sessão de esclarecimento com 46,2%, folhetos com 7% e caminhadas com 3,5%.

Temas: Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 53,6%.Hipercolesterolemia 39,3%, Alimentação 35,7%, Diabetes Mellitus 32,1%, Hipertensão Arterial 32,1%, Exercício físico 25%, Tabagismo 17,9%.

Continente - sessão de esclarecimento com 50%, rastreios com 20%, folhetos com 20% e caminhadas com 15%.

Temas: Alimentação 60%, Exercício físico 35%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 30%,Tabagismo 20%, Diabetes Mellitus 15%, Hipercolesterolemia 15%, Hipertensão Arterial 10%.

Fundação Inácia Maria Vogado Perdigão Silva - sessão de esclarecimento com 87,5%, rastreios com 62,5%, folhetos com 25% e caminhadas com 8,3%.

Temas: Alimentação 58,3%, Hipertensão Arterial 45,8%, Hipercolesterolemia 45,8%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 41,7%. Diabetes Mellitus 37,5%, Exercício físico 25%, Tabagismo 12,5%.

Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz - rastreios com 66,7%, sessão de esclarecimento com 54,2%, caminhadas com 14,6% e folhetos com 6,25%.

Temas: Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 62,5%, Alimentação 50%, Exercício físico 31,3%, Hipertensão Arterial 27,1%, Hipercolesterolemia 27,1%, Diabetes Mellitus 20,8%, Tabagismo 8,3%.

CARMIN - sessão de esclarecimento com 52,3%, rastreios com 45,5%, caminhadas com 15,9% e folhetos com 9%.

Temas: Alimentação 45,5%, Sinais e sintomas das doenças cardiovasculares 40,9%, Exercício físico 13,6%, Hipertensão Arterial 20,5%, Hipercolesterolemia 20,5%, Tabagismo 13,6%, Diabetes Mellitus 13,6%

EMPRESA/ TEMA ALIMENTAÇÃO								
	TEMA ALIMENTAÇÃO						Total de Participantes por Empresa	
	SIM		NAO		OMISSO		Nº	%
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	29	58	20	40	1	2	50	17,7
AVERM	27	39,7	41	60,3	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	10	35,7	17	60,7	1	3,6	28	9,9
MODELO	12	60	8	40	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	14	58,3	10	41,7	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	24	50	22	45,8	2	4,2	48	17
CARMIM	20	45,5	23	52,3	1	2,2	44	15,6
Total	136	48,2	141	50	5	1,8	282	100

Tabela 94 – Escolha do tema Alimentação por Empresas

EMPRESA/ TEMA EXERCÍCIO FÍSICO									
	TEMA EXERCÍCIO FÍSICO						Total Participantes por Empresa		
	SIM		NÃO		OMISSO				
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CÂMARA MUNICIPAL	23	46	26	52	1	2	50	17,7	
AVERM	18	26,5	50	73,5	0	0	68	24,1	
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	7	25	20	71,4	1	3,6	28	9,9	
MODELO	7	35	13	65	0	0	20	7,1	
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	6	25	18	75	0	0	24	8,6	
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	15	31,3	31	64,6	2	4,1	48	17	
CARMIM	6	13,6	37	84,1	1	2,3	44	15,6	
Total	82	29,1	195	69,1	5	1,8	282	100	

Tabela 95 – Tema Exercício Físico por Empresa

EMPRESA/ TEMA TABAGISMO									
	TEMA TABAGISMO						Total Participantes por Empresa		
	SIM		NÃO		OMISSO				
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CÂMARA MUNICIPAL	11	22	38	76	1	2	50	17,7	
AVERM	7	10,3	61	89,7	0	0	68	24,1	
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	5	17,9	22	78,6	1	3,5	28	9,9	
MODELO	4	20	16	80	0	0	20	7,1	
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	3	12,5	21	87,5	0	0	24	8,6	
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	4	8,3	42	87,5	2	4,2	48	17	
CARMIM	6	13,6	37	84,1	1	2,3	44	15,6	
Total	40	14,2	237	84	5	1,8	282	100	

Tabela 96 – Tema Tabagismo por Empresa

EMPRESA/ TEMA DIABETES								
	TEMA DIABETES						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	9	18	40	80	1	2	50	17,7
AVERM	17	25	51	75	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	9	32,1	18	64,3	1	3,6	28	9,9
MODELO	3	15	17	85	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	9	37,5	15	62,5	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	10	20,8	36	75	2	4,2	48	17
CARMIM	6	13,6	37	84,1	1	2,3	44	15,6
Total	63	22,3	214	75,9	5	1,8	282	100

Tabela 97 – Tema Diabetes por Empresa

EMPRESA/ TEMA HIPERTENSÃO								
	TEMA HIPERTENSÃO						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	15	30	34	68	1	2	50	17,7
AVERM	22	32,4	46	67,6	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	9	32,1	18	64,3	1	3,6	28	9,9
MODELO	2	10	18	90	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	11	45,8	13	54,2	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	13	27,1	33	68,8	2	4,1	48	17
CARMIM	9	20,5	34	77,3	1	2,2	44	15,6
Total	81	28,7	196	69,5	5	1,8	282	100

Tabela 98 – Tema Hipertensão por Empresa

EMPRESA * TEMA HIPERCOLESTEROLÉMIA								
	TEMA HIPERCOLESTEROLÉMIA						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	15	30	34	68	1	2	50	17,7
AVERM	24	35,3	44	64,7	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	11	39,3	16	57,1	1	3,6	28	9,9
MODELO	3	15	17	85	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	11	45,8	13	54,2	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	13	27,1	33	68,8	2	4,1	48	17
CARMIM	9	20,5	34	77,3	1	2,2	44	15,6
Total	86	30,5	191	67,7	5	1,8	282	100

Tabela 99 – Tema Hipercolesterolemia por Empresa

EMPRESA * TEMA SINTOMAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES								
	TEMA SINTOMAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES						Total	
	SIM		NÃO		OMISSO		Participantes por Empresa	
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	21	42	28	56	1	2	50	17,7
AVERM	33	48,5	35	51,5	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	15	53,6	12	42,9	1	3,5	28	9,9
MODELO	6	30	14	70	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	10	41,7	14	58,3	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	30	62,5	16	33,3	2	4,2	48	17
CARMIM	18	40,9	25	56,8	1	2,3	44	15,6
Total	133	47,1	144	51,1	5	1,8	282	100

Tabela 100 – Tema Sintomas das Doenças Cardiovasculares por Empresa

EMPRESA * OUTROS TEMAS												
	OUTROS TEMAS										Total Participantes por Empresa	
	ARRITMIAS		NÃO SUGERIRAM OUTROS TEMAS		ALCOOLISMO		STRESS		OMISSO		Nº	%
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	0	0	48	96	1	2	0	0	1	2	50	17,7
AVERM	2	2,9	66	97,1	0	0	0	0	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	1	3,6	26	92,8	0	0	0	0	1	3,6	28	9,9
MODELO	0	0	19	95	0	0	1	5	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	0	0	24	100	0	0	0	0	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	0	0	46	95,8	0	0	0	0	2	4,2	48	17
CARMIM	0	0	43	97,7	0	0	0	0	1	2,3	44	15,6
Total	3	1	272	96,4	1	0,4	1	0,4	5	1,8	282	100

Tabela 101 –Outros Temas por Empresa

EMPRESA/ SESSÃO DE ESCLARECIMENTO									
		SESSÃO DE ESCLARECIMENTO						Total Participantes por Empresa	
		SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	CÂMARA MUNICIPAL	29	58	20	40	1	2	50	17,7
	AVERM	35	51,5	33	48,5	0	0	68	24,1
	ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	13	46,4	14	50	1	3,6	28	9,9
	MODELO	10	50	10	50	0	0	20	7,1
	FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	21	87,5	3	12,5	0	0	24	8,6
	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	26	54,2	20	41,7	2	4,1	48	17
	CARMIM	23	52,3	20	45,5	1	2,2	44	15,6
Total		157	55,7	120	42,5	5	1,8	282	100

Tabela 102 – Intervenção Sessão de Educação para a Saúde por Empresa

EMPRESA/ RASTREIOS								
	RASTREIOS						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	24	48	25	50	1	2	50	17,7
AVERM	42	61,8	26	38,2	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	17	60,7	10	35,7	1	3,6	28	9,9
MODELO	4	20	16	80	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	15	62,5	9	37,5	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	32	66,7	14	29,2	2	4,1	48	17
CARMIM	20	45,5	23	52,3	1	2,2	44	15,6
Total	154	54,6	123	43,6	5	1,8	282	100

Tabela 103 – Intervenção Rastreios por Empresa

EMPRESA/ CAMINHADAS								
	CAMINHADAS						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	11	22	38	76	1	2	50	17,7
AVERM	21	30,9	47	69,1	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	1	3,6	26	92,8	1	3,6	28	9,9
MODELO	3	15	17	85	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	2	8,3	22	91,7	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	7	14,6	39	81,2	2	4,2	48	17
CARMIM	7	15,9	36	81,8	1	2,3	44	15,6
Total	52	18,4	225	79,8	5	1,8	282	100

Tabela 104 – Intervenção Caminhadas por Empresa

EMPRESA/ FOLHETOS								
	FOLHETOS						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSO			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	13	26	36	72	1	2	50	17,7
AVERM	10	14,7	58	85,3	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	2	7,1	25	89,3	1	3,6	28	9,9
MODELO	4	20	16	80	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	6	25	18	75	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	3	6,3	43	89,5	2	4,2	48	17
CARMIM	4	9,1	39	88,6	1	2,3	44	15,6
Total	42	14,9	235	83,3	5	1,8	282	100

Tabela 105 – Intervenção Folhetos por Empresa

EMPRESA/ OUTROS								
	OUTROS						Total Participantes por Empresa	
	SIM		NÃO		OMISSOS			
EMPRESA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CÂMARA MUNICIPAL	3	6	45	90	2	4	50	17,7
AVERM	2	3	66	97	0	0	68	24,1
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	1	3,6	26	92,8	1	3,6	28	9,9
MODELO	0	0	20	100	0	0	20	7,1
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIGÃO SILVA	0	0	24	100	0	0	24	8,6
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	0	0	46	95,8	2	4,2	48	17
CARMIM	0	0	43	97,7	1	2,3	44	15,6
Total	6	2,1	270	95,8	6	2,1	282	100

Tabela 106 – Outras Intervenções por Empresa

Anexo II

(População Empregada de Reguengos de Monsaraz por Atividade Económica) (fonte INE).

Local de residência (à data dos Censos 2001)	População empregada (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001) e Atividade económica (CAE Rev. 2.1); Decenal															
	Período de referência dos dados															
	2001															
	Atividade económica (CAE Rev. 2.1)															
Total	Agricultura, produção animal, caça e silvicultura	Indústrias extrativas	Indústrias transformadoras	Produção e distribuição de eletricidade, gás e água	Construção	Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis motociclos e de bens de uso pessoal e doméstico	Alojamento e restauração (restaurantes e similares)	Transportes, armazenagem e comunicações	Atividades financeiras	Atividades imobiliárias, alugueres e serviços prestados às empresas	Administração pública, defesa e segurança social obrigatória	Educação	Saúde e ação social	Outras atividades de serviços coletivos, sociais e pessoais	Atividades das famílias com empregados domésticos e atividades de produção das famílias para uso próprio	
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	
Reguengos de Monsaraz	3002	366	3	362	3	425	479	150	68	50	87	417	265	174	67	86

População empregada (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001) e Atividade económica (CAE Rev. 2.1); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Anexo III
(Questionário para diagnóstico de saúde)

QUESTIONÁRIO

	Nº
--	----

Sr. Utente

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

O presente questionário destina-se à recolha de informação sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e fatores de risco de doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz

Os dados recolhidos serão posteriormente tratados e analisados por isso é muito importante que as respostas dadas sejam as mais espontâneas possíveis, para que o resultado da aplicação deste questionário possa vir a ser útil. Este questionário é confidencial.

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

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

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

Para responder leia atentamente cada pergunta e coloque um X na opção que mais concordar

Obrigado pela colaboração!

Susana Capucho

A – Caracterização do inquirido

1 - Idade _____

2 - Sexo: Masculino _____ Feminino _____

3 - Nível Educacional (Assinale uma resposta)

a) - Não sabe ler nem escrever _____ b) - Só sabe ler e escrever _____

c) - 1º ciclo (1º - 4º ano) _____ d) - 2º ciclo (5º - 6º ano) _____

e) - 3º ciclo (7º - 9º ano) _____ f) - Ensino Secundário (10º - 12º ano) _____

g) - Ensino Superior _____

4- Estado Civil (Assinale uma resposta):

a) - Solteiro (a) _____ b) - Casado (a)/ União de facto _____

c) - Separado (a)/ Divorciado (a) _____ d) - Viúvo _____

5 - Qual é a sua profissão?

6 - Qual a sua altura (cm)? _____

7 - E o seu peso (kg)? _____

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

B - Caracterização de Estilos de Vida

- Hábitos Alimentares

9 - Com que regularidade come os seguintes alimentos

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

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

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

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

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

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

12 – Quais as refeições que faz diariamente?

Pequeno almoço	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia

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

Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

- Exercício Físico

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

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

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

Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

- Tabaco

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

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

17 - Fuma atualmente? (Assinale apenas uma resposta)

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

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

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

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

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

- Utilização dos cuidados de saúde

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

Sim _____ Não _____

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

Rotina _____ Urgência _____

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

- Fatores de risco para doenças cardiovasculares

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

Não _____

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

a) - Enfarte Agudo do Miocárdio (Ataque Cardíacos) _____

b) - Acidente Vascular Cerebral (Trombose) _____

c) - Insuficiência cardíaca _____

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

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

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

Hipertensão Arterial _____ Diabetes _____

Colesterol Elevado _____ Obesidade _____

25 – Qual o valor habitual da sua tensão? _____ - _____ mmhg

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

26 – Qual o valor habitual do seu colesterol? _____ mg/dl

27 - Qual o seu valor habitual de glicémia? _____ mg/dl

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

Não _____

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

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

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

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

Alimentação _____ Exercício físico _____ Tabagismo _____ Diabetes _____

Hipertensão _____ Colesterol elevado _____ Sintomas das doenças Cardiovasculares _____

Outro (qual) _____

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

Sessão de esclarecimento _____ Rastreios _____ Caminhadas _____ Folhetos _____

Outros (Quais) _____

Nome _____

Obrigado pela colaboração

Anexo IV

(Autorizações das empresas para a aplicação dos questionários)

Excelentíssimo Sr. Diretor do

Agrupamento Vertical de Escolas de

Reguengos de Monsaraz

Sr. Rui Amendoeira

Reguengos de Monsaraz, de 22 Novembro de 2012

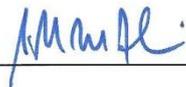
O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz.

Para tal peço o consentimento de sua excelência para aplicar um questionário aos funcionários desta escola destinado à recolha de informação sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Pois as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e a segunda maior causa de morte no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

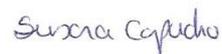
Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass. _____



Susana Capucho





**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE REGUENGOS DE MONSARAZ**

CONT. N.º 501 161 627

Telefone: 266 509 190 – Fax: 266 503 866
geral-adm@scmreguengos.eu – www.scmreguengos.eu
Av.ª Dr. António José de Almeida, 16 – Apart. 61
7200-372 REGUENGOS DE MONSARAZ

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos e legais efeitos que **Susana Cristina Salgueiro Castor Capucho**, foi autorizada a realizar os inquéritos aos colaboradores desta Instituição, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária.

Por ser verdade se passou a presente declaração que vai ser assinada e autenticada com o carimbo da Instituição.

Reguengos de Monsaraz, 17 de Dezembro de 2012.


MANUEL ANTÓNIO CONDE GALANTE
Manuel António Conde Galante
O Provedor

Excelentíssimo Sr. Presidente da

Administração da Fundação

Maria Inácia Vogado Perdigão Silva

Sr. Vitor Martelo

Reguengos de Monsaraz, de 22 Novembro de 2012

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz.

Para tal peço o consentimento de sua excelência para aplicar um questionário aos funcionários das várias valências desta instituição/ empresa destinado à recolha de informação sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Pois as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e a segunda maior causa de morte no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass. _____



Susana Capucho

Susana Capucho

Assunto: FW: Questionário aos Funcionários da CARMIM - A/C: Enf.ª Susana Capucho

De: José Paulo Fernandes [jfernandes@carmim.eu]

Enviado: sexta-feira, 30 de Novembro de 2012 10:05

Para: CS Reguengos

Assunto: Questionário aos Funcionários da CARMIM - A/C: Enf.ª Susana Capucho

Bom Dia Sr.ª Enf.ª Susana Capucho,

Acusamos a receção da v/ correspondência de 22/11/2012 sobre o assunto mencionado que mereceu a n/ atenção.

Informamos V. Exa. que a Direção da CARMIM autoriza V. Exa. a aplicar um questionário aos funcionários da empresa sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos.

Agradecemos no entanto que nos informe da data em que o mesmo será realizado para darmos ordem ao serviço de vigilância para permitir a sua entrada.

Melhores cumprimentos,

José Paulo Fernandes

Dept.º Administrativo

jfernandes@carmim.eu

CARMIM 
www.carmim.eu

Rua Professor Mota Pinto
Apartado 3
7200-999 Reguengos de Monsaraz
Portugal
Telef.: [+351] 266 50 82 00
Fax: [+351] 266 50 82 80



AVISO DE CONFIDENCIALIDADE: Este e-mail e quaisquer ficheiros informáticos com ele transmitidos são confidenciais e destinados ao conhecimento e uso exclusivos do respetivo destinatário, não podendo o conteúdo dos mesmos ser alterado. Caso tenha recebido este e-mail indevidamente, queira por favor informar de imediato o remetente e proceder à destruição da mensagem.

Excelentíssima Sr.^a Gerente de Loja

Do Continente Modelo

Reguengos de Monsaraz, de 22 Novembro de 2012

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz.

Para tal peço o consentimento de sua excelência para aplicar um questionário aos funcionários desta empresa destinado à recolha de informação sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Pois as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e a segunda maior causa de morte no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass.



Susana Capucho

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a **Enf.ª Susana Capucho** solicitou à Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz autorização para aplicar um questionário aos funcionários desta autarquia destinado à recolha de informação sobre alimentação exercício físico e hábitos tabágicos na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz, no âmbito de um trabalho que está a desenvolver atinente ao curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

O pedido foi aprovado, por unanimidade, na reunião ordinária da Câmara Municipal de 28 de novembro, passado.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com selo branco em uso nesta Câmara Municipal.

Reguengos de Monsaraz, 20 de dezembro de 2012

O Presidente da Câmara Municipal



José Gabriel Paixão Calixto

CL

Excelentíssimo Sr. Diretor da

Escola Secundária Conde Monsaraz

Sr. António Ribeiro

Reguengos de Monsaraz, de 22 Novembro de 2012

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz.

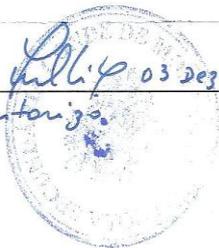
Para tal peço o consentimento de sua excelência para aplicar um questionário aos funcionários desta escola destinado à recolha de informação sobre estilos de vida, alimentação, exercício físico e hábitos tabágicos na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Pois as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e a segunda maior causa de morte no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass. _____

Susana Capucho 03 dezembro
António Ribeiro 2012



Susana Capucho

Susana Capucho

Anexo V

(Resposta da Direção Regional da Educação do Alentejo)

FW: Projeto de Prevenção das Doenças cardiovasculares

Herlander Mira (DGEstE) [herlander.mira@dgeste.mec.pt]

Enviado: terça-feira, 28 de Maio de 2013 10:57

Para: Susana Capucho

Cc: Henrique Mira Godinho (DGEstE-DSRA) [henrique.godinho@dgeste.mec.pt]; Maria João Charrua (DGEstE-DSRA) [maria.charrua@dgeste.mec.pt]

Exma. Sra. Enfermeira Susana Capucho,

Após análise deste serviço à sua questão, inclusivamente jurídica, chegamos à conclusão que é um assunto da competência da Direcção de Serviços de Gestão de Recursos Humanos e Formação da DGAE, pelo que iremos proceder ao encaminhamento da mesma a estes serviços do MEC, de modo a tentar obter a resposta à sua questão.

Com os melhores cumprimentos,

Herlander Miguel de Mira
Chefe de Equipa Multidisciplinar da DSRA
DGEstE – Direcção-Geral dos Estabelecimentos Escolares
Direção de Serviços Região Alentejo
Rua Ferragial do Poço Novo, n.º 22 - Apartado 125 - 7002-555 Évora
Tel: 266757917/8 Fax: 266757998
E-mail: herlander.mira@dgeste.mec.pt
Latitude = 38.5796 (N 38°34'8"), Longitude = -7.9102 (W 7°54'6")
www.drealentejo.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
E CIÊNCIA

De: Susana Capucho [<mailto:Susana.Capucho@alentejocentral2.min-saude.pt>]

Enviada: terça-feira, 30 de Abril de 2013 23:30

Para: Gabinete de Atendimento (DGEstE-DSRA)

Assunto:

Boa noite, sou a enfermeira Susana Capucho da Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e estou a realizar um trabalho de mestrado que tem como objetivo a Prevenção das Doenças Cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de Reguengos de Monsaraz. Para este trabalho selecionei, entre outros, todo o pessoal docente do concelho de Reguengos de Monsaraz por não usufruir de medicina no trabalho, mas necessito de justificar o porquê de não usufruírem deste serviço e ainda não encontrei essa justificação pois desconheço esse assunto. Já tentei obter essa informação junto de alguns docentes mas também não me conseguiram esclarecer. Assim pedia a vossa ajuda se possível para resolver esta questão ou que me encaminhassem para quem me possa fornecer essa informação.

Grata pela atenção.

Susana Capucho
Enfermeira UCC Almoreg
Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz
Rua Dr. Jacinto Fernandes da Palma nº 2
7200-372 Reguengos de Monsaraz
Telf.266509150/266503072
susana.capucho@alentejocentral2.min-saude.pt

Anexo VI

(Autorização do ACES para a realização do projeto)

*Tomei conhecimento?
Ainda e quem se vai fazer em
Teresa*

DR.ª TERESA CALDAS DE ALMEIDA
Directora Executiva
do ACEB Alentejo Central
11/6/13

Excelentíssima Sr.ª Directora Executiva
do Agrupamento de Centros de Saúde
Dr.ª Teresa Caldas de Almeida

Reguengos de Monsaraz, 27 de Maio de 2013

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz.

Para tal peço o consentimento de sua excelência para a concretização deste projecto nas empresas com maior número de funcionários dentro da idade seleccionada sendo estas a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz, Escola Secundária Conde de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, CARMIM e Continente. Este projecto contempla as seguintes actividades: recolha de informação através de um questionário sobre estilos de vida alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e factores de risco para doença cardiovascular para diagnóstico da situação de saúde desta população, sessões de educação para a saúde sobre alimentação saudável, factores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares, divulgação de informação do jornal local, exercício físico, rastreios dos factores de risco cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Pois as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e a segunda maior causa de morte no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

Susana Capucho

Anexo VII

(Autorizações das empresas para realização das intervenções)

Excelentíssimo Sr. Diretor da
Escola Secundária Conde Monsaraz
Professor António Ribeiro

Reguengos de Monsaraz, 25 de Fevereiro de 2013

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Numa primeira fase deste trabalho apliquei uns questionários aos vossos colaboradores/ funcionários com o objectivo de conhecer a situação de saúde destes face aos factores de risco das doenças cardiovasculares.

Após a análise dos referidos questionários constatei que estamos perante uma população com alguns factores de risco para as doenças cardiovasculares e que na sua maioria desconhecem os sinais e sintomas destas doenças mas que reconhece a necessidade de adquirir estes conhecimentos pelo que sugiro a realização de uma ou duas sessões de esclarecimento sobre estas temáticas e a realização de rastreios dos factores de risco das doenças cardiovasculares entre Março e Maio de 2013.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass. _____



Susana Capucho

Excelentíssimo Sr. Diretor do

Agrupamento Vertical de Escolas de

Reguengos de Monsaraz

Professor Rui Amendoeira

Reguengos de Monsaraz, 25 de Fevereiro de 2013

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Numa primeira fase deste trabalho apliquei uns questionários aos vossos colaboradores/ funcionários com o objectivo de conhecer a situação de saúde destes face aos factores de risco das doenças cardiovasculares.

Após a análise dos referidos questionários constatei que estamos perante uma população com alguns factores de risco para as doenças cardiovasculares e que na sua maioria desconhecem os sinais e sintomas destas doenças mas que reconhece a necessidade de adquirir estes conhecimentos pelo que sugiro a realização de uma ou duas sessões de esclarecimento sobre estas temáticas e a realização de rastreios dos factores de risco das doenças cardiovasculares entre Março e Maio de 2013.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass.  

Susana Capucho



**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE REGUENGOS DE MONSARAZ**

CONT. N.º 501 161 627

Telefone: 266 509 190 – Fax: 266 503 866
geral-adm@scmreguengos.eu – www.scmreguengos.eu
Av.ª Dr. António José de Almeida, 16 – Apart. 61
7200-372 REGUENGOS DE MONSARAZ

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos e legais efeitos que, **Susana Cristina Salgueiro Castor Capucho**, foi autorizada a realizar sessões de esclarecimento de rastreio, aos colaboradores desta Instituição, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária.

Por nos ser solicitado, se passou a presente declaração, que vai ser assinada e autenticada com carimbo em uso nesta Instituição.

Reguengos de Monsaraz, 04 de Março de 2013



Manuel António Conde Galante

O Provedor

*Informar que poderá marcar
as datas que estiver durante os
meses indicados, fazendo as indicações
das datas respectivas*



Excelentíssimo Sr. Presidente da
Administração da Fundação
Maria Inácia Vogado Perdigão Silva
Sr. Vitor Martelo

Reguengos de Monsaraz, 25 de Fevereiro de 2013

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Numa primeira fase deste trabalho apliquei uns questionários aos vossos colaboradores/ funcionários com o objectivo de conhecer a situação de saúde destes face aos factores de risco das doenças cardiovasculares.

Após a análise dos referidos questionários constatei que estamos perante uma população com alguns factores de risco para as doenças cardiovasculares e que na sua maioria desconhecem os sinais e sintomas destas doenças mas que reconhece a necessidade de adquirir estes conhecimentos pelo que sugiro a realização de uma ou duas sessões de esclarecimento sobre estas temáticas e a realização de rastreios dos factores de risco das doenças cardiovasculares entre Março e Maio de 2013.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass. _____

Susana Capucho

Rastreio na Carmim

Helena Godinho [hgodinho@carmim.eu]

Enviado: quinta-feira, 28 de Fevereiro de 2013 10:02

Para: Susana Capucho

Bom Dia,

Agradecemos o vosso contacto e estamos disponíveis para qualquer rastreio que se queira efetuar aos nossos colaboradores da Carmim.

Para mais pormenores agradecia que me contactasse para tratarmos de tudo o que fosse necessário.

Cumprimentos,
Helena Godinho

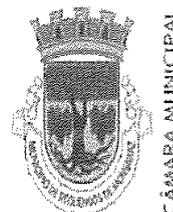
Telef: 266508200

Móvel: 913222668

CARMIM 
www.carmim.eu

Rua Professor Mota Pinto
Apartado 3
7200-999 Reguengos de Monsaraz
Portugal
Telef.: [+351] 266 50 82 00
Fax: [+351] 266 50 82 80





DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Enf.ª Susana Capucho solicitou à Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz autorização para realizar uma sessão de esclarecimento sobre a Prevenção das Doenças Cardiovasculares seguida de um rastreio no Gabinete Médico desta autarquia, a todos os funcionários da entidade.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com selo branco em uso nesta Câmara Municipal.

Reguengos de Monsaraz, 27 de maio de 2013

O Presidente da Câmara Municipal

José Gabriel Paixão Calixto

Excelentíssima Sr.^a Gerente de Loja

Do Continente Modelo

Reguengos de Monsaraz, 25 de Fevereiro de 2013

O meu nome é Susana Capucho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored de Reguengos de Monsaraz e Mourão e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tendo como objetivo diminuir o risco de saúde para as doenças cardiovasculares na população dos 20 aos 64 anos de idade de Reguengos de Monsaraz. Numa primeira fase deste trabalho apliquei uns questionários aos vossos colaboradores/ funcionários com o objectivo de conhecer a situação de saúde destes face aos factores de risco das doenças cardiovasculares.

Após a análise dos referidos questionários constatei que estamos perante uma população com alguns factores de risco para as doenças cardiovasculares e que na sua maioria desconhecem os sinais e sintomas destas doenças mas que reconhece a necessidade de adquirir estes conhecimentos pelo que sugiro a realização de uma ou duas sessões de esclarecimento sobre estas temáticas e a realização de rastreios dos factores de risco das doenças cardiovasculares entre Março e Maio de 2013.

Agradeço a sua resposta com brevidade.

Para formalizar o seu consentimento solícito que assine este documento.

Ass. 


Susana Capucho

Anexo VIII

(Planeamento e avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável)

	<p>Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem</p> <p>São João de Deus de Évora</p> <p>Mestrado de Enfermagem Comunitária</p> <p>2012/ 2013</p> <p>Estágio Final</p>	
---	--	---

**PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

Susana Capucho

Reguengos de Monsaraz

2013

O planeamento das atividades é fundamental e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis. Este consiste em demarcar o percurso de todas as intervenções a realizar com a finalidade de atingir os objetivos fixados. Aumentar os ganhos em saúde na comunidade são os principais objetivos.

Antes da sessão pretende-se realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da sessão de Educação para a Saúde com a equipa de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica;
- Organização da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo e os objetivos delineados;
- Seleção de estratégias de apresentação;
- Planeamento dos meios de avaliação da sessão.

Formador: Susana Capucho

Tema: Alimentação Saudável

Duração: 30 minutos

Grupo alvo: Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, Agrupamento Vertical de Escolas em Reguengos de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, CARMIN, Escola Secundária Conde de Monsaraz e Continente

Local: sala de reuniões das empresas Data: março e abril

Objetivos: Promover uma Alimentação Saudável

Reconhecer a importância de mudanças do comportamento alimentar.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	7 min.	Apresentação da formadora; Apresentação sumária do projeto; Justificação do tema; Objetivos da sessão.	Expositivo/ Participativo	Palestra	Avaliação dos conhecimentos e motivação dos utentes.
Desenvolvimento	15 min.	Abordagem do tema: - Roda dos Alimentos -Constituição dos pratos dos adultos e das crianças; - Dicas alimentares; - Sugestões de pequenos-almoços e lanches; - Exercício físico	Expositivo/ Persuasivo/ Motivacional	Palestra; Data show; Computador	Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem, e/ou compreensão, assim como a motivação dos utentes.
Conclusão	8 min.	-Síntese das ideias principais -Esclarecimento de dúvidas	-Método persuasivo/ Motivacional. -Distribuição de panfletos informativos como complemento de informação.	Palestra	-Recetividade da população alvo à Sessão -Testar os conhecimentos dos utentes relativamente ao tema.

Após a Sessão pretende-se realizar:

- Reflexão crítica sobre a apresentação da sessão;
- Avaliação da receptividade da população.

A avaliação acompanha toda a evolução da sessão de sensibilização, possibilitando desta forma detetar dificuldades e ganhos em conhecimentos nos intervenientes, através da motivação e participação dos mesmos. Esta etapa permite também apurar se as estratégias utilizadas foram de encontro aos interesses da população alvo.

A avaliação permite clarificar e reformular a sessão, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

Para realizar esta intervenção foram agendadas sessões com os responsáveis das empresas, com a duração de 30 minutos cada sessão para não prejudicar o normal funcionamento dos serviços, durante o mês de março e abril. Nas empresas com maior número populacional foram agendadas mais do que uma sessão para ser possível abranger um maior número de colaboradores. Os responsáveis optaram por não convocar os seus colaboradores por não ser uma atividade de carácter obrigatório sendo, no entanto, feita a divulgação das respetivas sessões por todos os colaboradores através de panfletos e de Outlook.

A escolha deste tema deveu-se ao facto, de aquando da realização do diagnóstico de saúde, esta população ter manifestado interesse em que este tema fosse abordado e por a alimentação estar diretamente relacionada com os fatores de risco das doenças cardiovasculares.

Foram realizadas 16 sessões de educação para a saúde, durante os meses de março e abril, com um total de 283 participantes.

No final de cada sessão foi pedido aos participantes para preencherem um pequeno questionário de avaliação de conhecimentos. O questionário tinha como objetivo principal o conhecimento da roda dos alimentos pois é nesta que se baseia a prática de uma alimentação saudável. A correcção do referido questionário foi efetuada no final da sessão pois a população alvo achou de grande interesse devido ao facto de há muito tempo não falarem sobre o tema da roda dos alimentos.

Assim relativamente à pergunta nº 1 onde era pedido que se fizesse a correspondência entre os grupos da roda dos alimentos e os respetivos alimentos obteve-se 56% de respostas corretas. Dado que a população possuía escassos conhecimentos acerca deste tema, foi com grande agrado que esta participou na resposta a esta questão manifestando o seu interesse por este assunto.

Em relação à 2ª pergunta onde se pretendia fazer a correspondência entre as divisões do prato do adulto e da criança 80% da população acertou na resposta.

Para a última pergunta onde se questionava os alimentos que constituíam o prato dos adultos 91% dos participantes acertaram na resposta.

Assim pode-se concluir que no total houve 75% de resposta certas às questões efetuadas.

Em seguida e anexas ao planeamento da sessão encontramos o cartaz de divulgação, a folha de presença, algumas das fotografias da sessão, o questionário utilizado na avaliação da mesma, o certificado de presença e o CD com a apresentação da sessão.

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

REGUENGOS DE MONSARAZ MAIS SAUDÁVEL

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**
-



Unidade de Cuidados na Comunidade

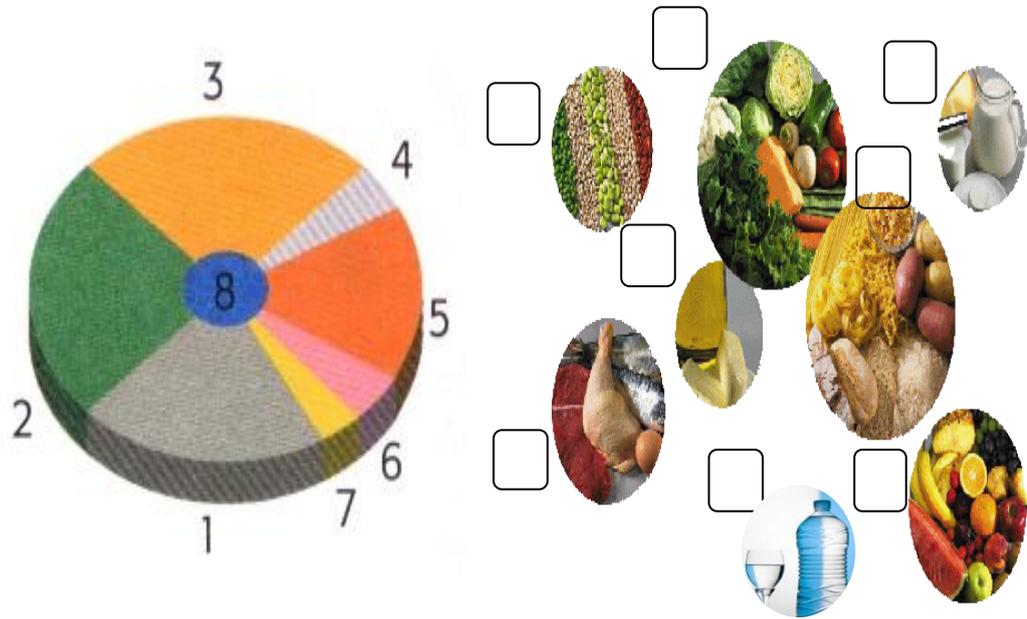
Reguengos de Monsaraz/Mourão

FOTOGRAFIAS DAS SESSÕES



QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

FAÇA AS SEGUINTE CORRESPONDÊNCIAS:



OS SEGUINTE PRATOS PERTENCEM:



____ ADULTOS

____ CRIANÇAS

FAÇA A CORRESPONDÊNCIA DOS NÚMEROS COM OS SEGUINTE ALIMENTOS:

CEREAIS E TUBÉRCULOS ____ VEGETAIS ____ CARNE OU PEIXE ____

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICADO

Certifica-se que _____, participou na
Sessão de Educação para a Saúde sobre o tema Alimentação Saudável, realizada no dia ___ de ___
de 2013, promovida pela Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg.

A Responsável pelo projeto

Enf^a Susana Capucho



Unidade de Cuidados na Comunidade

Reguengos de Monsaraz/Mourão

**CD DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL**

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral da Saúde (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa.

Lopes, C. (2009). A importância da nutrição e de uma alimentação saudável para a saúde dos indivíduos e das populações. *Revista Fatores de Risco*, 13, pp. 70-73.

Ministério da Saúde (2005). *Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa..

Anexo IX

(Planeamento e Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde sobre Sinais e Sintomas das Doenças Cardiovasculares e seus Fatores de Risco)

	<p>Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem</p> <p>São João de Deus de Évora</p> <p>Mestrado de Enfermagem Comunitária</p> <p>2012/ 2013</p> <p>Estágio Final</p>	
---	--	---

**PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE DOENÇAS
CARDIOVASCULARES E SEUS FATORES DE
RISCO**

Susana Capucho

Reguengos de Monsaraz

2013

O planeamento das atividades é fundamental e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis. Este consiste em demarcar o percurso de todas as intervenções a realizar com a finalidade de atingir os objetivos fixados. Aumentar os ganhos em saúde na comunidade são os principais objetivos.

Antes da sessão pretende-se realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da sessão de Educação para a Saúde com a equipa de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica;
- Organização da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo e os objetivos delineados;
- Seleção de estratégias de apresentação;
- Planeamento dos meios de avaliação da sessão.

Para esta sessão foi pedido ao INEM autorização para a visualização de dois filmes da sua autoria sobre o EAM e o AVC.

Formador: Susana Capucho

Tema: Doenças Cardiovasculares

Duração: 30 minutos

Grupo alvo: Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, Agrupamento Vertical de Escolas em Reguengos de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, CARMIN, Escola Secundária Conde de Monsaraz e Continente

Local: sala de reuniões das empresas Data: maio e junho

Objetivos:

- **Promover a saúde da população alvo, através da prevenção dos fatores de risco das doenças cardiovasculares;**
- **Informar sobre a problemática das doenças cardiovasculares;**
- **Promover a melhoria do acesso do doente vítima destas patologias a um rápido diagnóstico e a um tratamento adequado;**
- **Troca de experiências;**
- **Colaborar para a melhoria da qualidade de vida da população alvo.**

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	7 min.	Apresentação da formadora; Apresentação sumária do projeto; Justificação do tema; Objetivos da sessão.	Expositivo/ Participativo	Palestra	Avaliação dos conhecimentos e motivação dos utentes.
Desenvolvimento	15 min.	Abordagem do tema: -Etiologia das Doenças Cardiovasculares (EAM e AVC); - Fatores de risco das Doenças Cardiovasculares (Hipertensão, Hipercolesterolemia; Obesidade; Tabagismo. - Sintomatologia do EAM e AVC.	Expositivo/ Persuasivo/ Motivacional	Palestra; Data show; Computador	Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem, e/ou compreensão, assim como a motivação dos utentes.
Conclusão	8 min.	-Síntese das ideias principais -Esclarecimento de dúvidas	-Método persuasivo/ Motivacional. -Distribuição de panfletos informativos como complemento de informação.	Palestra	Receptividade da população alvo à Sessão -Testar os conhecimentos dos utentes relativamente ao tema.

Após a Sessão pretende-se realizar:

- Reflexão crítica sobre a apresentação da sessão;
- Avaliação da receptividade da população.

A avaliação acompanha toda a evolução da sessão de sensibilização, possibilitando desta forma detetar dificuldades e ganhos em conhecimentos nos intervenientes, através da motivação e participação dos mesmos. Esta etapa permite também apurar se as estratégias utilizadas foram de encontro aos interesses da população alvo.

A avaliação, permite clarificar e reformular a sessão, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

Para realizar esta intervenção foram agendadas sessões com os responsáveis das empresas, com a duração de 30 minutos cada sessão para não prejudicar o funcionamento normal dos serviços, durante o mês de maio e junho. Nas empresas com maior número populacional foram agendadas mais do que uma sessão para ser possível abranger um maior número de colaboradores. Os responsáveis optaram por não convocar os seus colaboradores por não ser uma atividade de carácter obrigatório sendo, no entanto, feita a divulgação das respectivas sessões por todos os colaboradores através de panfletos e de Outlook.

O tema dos fatores de risco foi abordado nesta sessão pois segundo o diagnóstico de saúde efetuado grande parte da população não tinha conhecimento dos valores da TA, colesterol, glicémia e perímetro abdominal.

Foram realizadas 16 sessões de educação para a saúde, durante os meses de maio e junho, com um total de 283 participantes.

No final de cada sessão foi pedido aos participantes para preencherem um pequeno questionário de avaliação de conhecimentos.

Assim relativamente à 1ª pergunta onde era pedido que se assinalassem 3 sintomas do AVC, obteve-se 88% de respostas corretas. Dado que a população possuía poucos conhecimentos acerca deste tema, foi com grande agrado que esta participou na resposta a esta questão manifestando o seu interesse por este assunto.

Em relação à 2ª pergunta onde era pedido que se assinalasse 3 sintomas do EAM 80% da população acertou na resposta.

Assim pode-se concluir que no total houve 83% de resposta certas às questões efetuadas.

Foi distribuído a todos os participantes da sessão um certificado de participação.

Em seguida e anexas ao planeamento da sessão encontramos o pedido de autorização ao INEM, o cartaz de divulgação da sessão, a folha de presenças, algumas das fotografias das sessões, o questionário utilizado na avaliação da mesma, o certificado de presença e o CD com a apresentação da sessão.

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO INEM

RE: videos EAM e AVC

INEM [inem@inem.pt]

Enviado: terça-feira, 25 de Junho de 2013 9:19

Para: Susana Capucho

Importância: Alta

Boa tarde,

Tem, com certeza, autorização do INEM para utilização dos referidos vídeos.

Melhores cumprimentos,



Gabinete de Marketing e Comunicação

Instituto Nacional de Emergência Médica, IP
Rua Almirante Barroso, n.º 36 - 4.º piso - 1000-013 Lisboa
t: + 351 213 508 108 / f: + 351 213 508 183
@: inem@inem.pt / <http://www.inem.pt>

A emergência médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!

De: Susana Capucho [mailto:Susana.Capucho@alentejocentral2.min-saude.pt]

Enviada: sexta-feira, 21 de Junho de 2013 9:41

Para: INEM

Assunto: videos EAM e AVC

Bom dia sou a enf^a Susana Capucho do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e estamos a desenvolver um projeto de prevenção das doenças cardiovasculares na nossa comunidade. Para tal pensámos em utilizar nas sessões de educação para a saúde os vossos videos sobre o EAM e o Alerta AVC pelo que peço o vosso consentimento para tal.guardo a vossa resposta com brevidade pois já enviei outros e-mails dos quais não obtive resposta.

Cumprimentos.

Susana Capucho
Enfermeira UCC Almoreg
Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz
Rua Dr. Jacinto Fernandes da Palma nº 2
7200-372 Reguengos de Monsaraz
Telf.266509150/266503072
susana.capucho@alentejocentral2.min-saude.pt

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO

REGUENGOS DE MONSARAZ MAIS SAUDÁVEL

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- FATORES DE RISCO DAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES
-
- SINAIS E SINTOMAS DAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES



Unidade de Cuidados na Comunidade

Reguengos de Monsaraz/Mourão

FOTOGRAFIAS DAS SESSÕES



**QUESTIONÁRIO SOBRE SINAIS E SINTOMAS DAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Indique 3 sinais de alarme do AVC:

Dificuldade em falar _____

Falta de ar _____

Boca ao lado _____

Falta de força no braço _____

Dor de Cabeça _____

Dor no peito _____

Indique 3 sinais alarme de Enfarte:

Dor de Cabeça _____

Náuseas e vômitos _____

Falta de força no braço _____

Dor no peito _____

Suores _____

Tosse _____

Obrigado!

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICADO

Certifica-se que _____, participou na Sessão de Educação para a Saúde sobre os temas Fatores de Risco das Doenças Cardiovasculares e Sinais e Sintomas das Doenças Cardiovasculares, realizada no dia ___ de ___ de 2013, promovida pela Unidade de Cuidados na Comunidade Almoredg.

A Responsável pelo projeto

Enfª Susana Capucho



Unidade de Cuidados na Comunidade

Reguengos de Monsaraz/Mourão

**CD DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE FATORES DE
RISCO CARDIOVASCULARES E SINAIS E SINTOMAS DAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**

BIBLIOGRAFIA

- Brunner, I. S., & D.S.Suddart. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico* (10^a ed ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Chaves, M. (2000). Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7(4), pp. 373-382.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa.
- Lima, W., & Glaner, M. (2006). Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cineantropometria*, 8(1), pp. 96-104.
- Lopes, C. (2009). A importância da nutrição e de uma alimentação saudável para a saúde dos indivíduos e das populações. *Revista Fatores de Risco*, 13, pp. 70-73.
- Macedo, A., Santos, A., Rocha, E., & Perdigão, C. (2008). Perceção da Doença Cardíaca e Cerebral e dos Fatores de Risco Cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (5), pp. 569-580.
- Macedo, A., Santos, A., Rocha, E., & Perdigão, C. (2008). Perceção da Doença Cardíaca e Cerebral e dos Fatores de Risco Cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (5), pp. 569-58
- Ministério da Saúde. (2000). *Viver após um Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2009). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2011). *Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório da Diabetes*. Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2007). *Recomendações Europeias para a Prevenção das Doenças Cardiovasculares*.
- Ministério da Saúde (2013). *Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Anexo X

(Panfletos sobre EAM, AVC e Informações Nutricionais)

Prevenção:

A prevenção é o melhor tratamento de qualquer doença.

- Alimentação equilibrada com abuso de legumes, vegetais, fruta e cereais
- Exercício físico moderado e com regularidade.
- Não fumar.
- Controle regular da tensão arterial, açúcar e gordura no sangue
- A partir dos 40 anos deve haver realização de exames periódicos de saúde.

As pessoas com antecedentes familiares devem começar mais cedo.

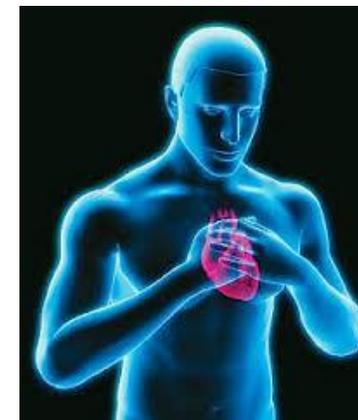
Tratamento:

O tratamento é feito com medicação que vai diminuir o esforço e aumentar a força do músculo cardíaco e conseqüentemente baixar a tensão arterial.



Reguengos de Monsaraz

2013



ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O Enfarte é uma emergência médica.

Não perca tempo!

Factores de risco:

Esta doença é desencadeada pela obstrução de uma artéria do coração por um coágulo de sangue ou pela acumulação de gordura nas paredes de vasos e artérias provocando estreitamento ou obstrução ao sangue para passar. O estreitamento pode originar angina de peito e a obstrução total, enfarte agudo do miocárdio.

- Idade
- Antecedentes familiares
- Vida sedentária
- Ingestão de alimentos ricos em gordura e sal
- Tabaco e excesso de bebidas alcoólicas
- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Obesidade
- Stress

Sintomas:

- Dor no meio do peito que se estende às costas, ao maxilar, ao braço esquerdo ou, com menor frequência, ao braço direito e não se acalma com o repouso.
- Com menos frequência, a dor sente-se no abdómen e pode confundir-se com uma indigestão.
- Perda de consciência
- Suores
- Náuseas e vômitos
- Palpitações
- Falta de ar

Prevenção do AVC

Os doentes que já tiveram um AVC ou AIT possuem maior risco de ter outro AVC, no entanto este risco pode ser reduzido com as medidas preventivas:

- Pare de fumar e evite ambientes com fumo de tabaco;
- Perca peso, faça uma alimentação variada (rica em vegetais e frutas);
- Faça exercício físico (se possível 30 minutos diários);
- Reduza o consumo de bebidas alcoólicas;
- Controle a Diabetes;
- Controle a pressão arterial elevada, pois é um dos principais fatores de risco para os AVC?s. O objetivo é ter a TA < 120/80 mmHg;
- Controle o colesterol.
- Os portadores de arritmias cardíacas em especial os portadores de fibrilhação auricular devem tomar a terapêutica adequada para

Reabilitação do doente com AVC

Após o AVC, o doente pode ficar com vários graus de incapacidade e necessita de cuidados de uma equipa multidisciplinar:

- Médicos;
- Enfermagem;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Terapia da Fala;
- Neuropsicologia/ Psicologia;
- Apoio Social;
- Dietética.

Os seus objetivos privilegiam a educação do doente e dos familiares/cuidadores, de modo a desenvolver um maior grau de autonomia e funcionalidade ao doente e à sua família.



Unidade de Cuidados na Comunidade

Reguengos de Monsaraz/Mourão

ACIDENTE VASCULAR



Recomendações de Alerta

O AVC é uma emergência médica!

Não perca tempo!

Sinais de alerta:

- Alterações súbitas da fala;
- Boca ao lado;
- Falta de força num braço.

O QUE É UM ACIDENTE VASCULAR CEREBAL (AVC)

O **acidente vascular cerebral** vulgarmente chamado de **derrame cerebral** é caracterizado pela redução da irrigação sanguínea nas células cerebrais, causando danos irreversíveis na região cerebral afetada, podendo manifestar-se por diferentes sintomas.

Esta redução na irrigação pode dever-se à interrupção do fluxo sanguíneo ou à presença de uma hemorragia. Desta forma o AVC pode classificar-se em isquémico ou hemorrágico.

Nos AVC's isquémicos ocorre uma interrupção da circulação sanguínea das artérias do pescoço ou das artérias cerebrais, por coágulo formado numa placa de aterosclerose presente nestas artérias ou por coágulo formado no coração.

Nos AVC's hemorrágicos a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral deve-se maioritariamente à ruptura de uma artéria cerebral, causando assim uma hemorragia intracraniana que impede as células cerebrais de receberem os seus nutrientes.

OS AVC's MANIFESTAM-SE

Os AVC's não se manifestam todos da mesma forma. Os sintomas dependem da região do cérebro que ficou afetada. É por este motivo que nem todos os doentes apresentam os mesmos sintomas, limitações, incapacidades e potencial de recuperação.

Entre os sintomas mais frequentes encontram-se a presença de:

- Alterações da fala/comunicação;
- Boca ao lado;
- Sensação de encortiçamento, formigueiro ou perda da força de um braço/ perna isolada ou em simultâneo;
- Alterações da visão como cegueira de um olho ou visão dupla;
- Alterações da marcha, como o desequilíbrio ou descoordenação;
- Alterações da memória, da leitura e escrita, do planeamento das tarefas, atenção e concentração.

FATORES QUE DETERMINAM

Múltiplos fatores de risco são associados à possibilidade de ter um AVC. Eles podem ser classificados em modificáveis (quer por mudanças no estilo de vida, quer por fármacos) ou não modificáveis.

Fatores de risco não modificáveis:

- Idade;
- Sexo;
- História prévia de AVC ou AIT (Acidente Isquémico Transitório);
- Vasculites,
- Doenças hematológicas;
- Alterações da coagulação.

Fatores de risco modificáveis:

- Hábitos tabágicos;
- Consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Obesidade;
- Sedentarismo;
- HTA, Hipercolesterolemia e Diabetes.

I
N
F
O
R
M
A
Ç
Õ
E
S

N
U
T
R
I
C
I
O
N
A
I
S



Alimento	Unidade	Peso (g)	Calorias
Abacaxi em calda	uma taça	150	184
Abacaxi	uma fatia	100	52
Açúcar	uma colher sopa	25	100
Aguardente	um copo médio	100	231
Amendoim torrado	um pires chá	100	595
Arroz branco cozido	duas colheres sopa	80	88
Atum em óleo	uma lata	184	483
Azeite de Oliveira	uma colher sopa	10	90
Azeitona	10	50	110
Bacalhau	uma posta média	100	122
Banha	uma colher sopa	20	180
Batata cozida	uma média	80	68
Batata frita	10 palitos	100	274
Bife frito	uma	130	330
Bolacha água e sal	uma	8	32
Bolacha integral	uma	15	74
Bolacha maria	uma	15	78
Bolacha recheada	uma	15	92
Bolo recheado	uma fatia	140	540
Bolo simples	uma fatia	100	160
Camarão	quatro unid médias	100	76
Carne frango	uma porção	100	107
Carne peru magra	uma porção	100	153
Carne porco	uma porção	100	285
Carne Vaca	uma porção	100	140
Cerveja	um copo	200	95
Cheeseburger	uma	150	600
Chocolate amargo	uma tablete	30	185
Chocolate branco	uma tablete	30	170
Clara de ovo	uma	33	16
Coca-Cola	uma lata	330ml	149
Croquete de carne	uma média	25	86
Empada de frango	uma média	23	256
Fava seca	um pires	100	304
Feijoadá	uma porção	300	456
Folhado de salsicha	um médio	27	79
Frango assado	um peito médio	180	217

ALIMENTOS	Unidade	Peso(g)	Calorias
Frango frito	uma coxa média	40	58
Gelado de creme	uma bola	100	208
Gelatina de frutas	uma taça	100	238
Gema de ovo	uma	17	55
Grão-de-bico	um pires	100	338
Hambúrger carne	um	100	248
Iogurte natural	um pote	200	152
Lasanha	uma porção	300	620
Leite condensado	uma colher sopa	30	101
Linguiça	uma	60	190
Lipton (Pêssego)	uma garrafa pequena	250	70
Maionese comum	uma colher sopa	15	107
Maionese light	uma colher sopa	15	50
Manteiga	uma colher café	5	38
Margarina comum	uma colher café	5	36
Margarina light	uma colher café	5	18
Mel	uma colher sopa	20	62
Mousse chocolate	uma taça	150	300
Natas	um pires	100	337
Nozes	uma porção	100	670
Óleo de girassol	uma colher sopa	10	82
Ovo frito	um	60	108
Pão integral	uma fatia	30	70
Peixe cozido	uma posta média	200	196
Peixe frito	um Filete médio	120	436
Pêssego em calda	uma	40	67
Pipoca pronta	um pacote	100	403
Pizza muzzarela	uma fatia	120	289
Pudim de chocolate	uma taça	150	173
Pudim de claras	um porção	50	107
Salada de frutas	uma taça	150	230
Salsicha comum	uma	50	165
Sopa de legumes	um prato fundo	300	215
Torrada	uma	10	31
Torresmos	um pires chá	100	540
Vinho branco	um copo	150ml	87
Vinho tinto	um copo	150ml	72
whisky	um copo	100ml	294

Anexo XI
(Cartaz com conselhos)

Reguengos



Saudável

Aceita o desafio?

Segunda-feira	Pratique exercícios 30 minutos por dia, 3 a 4 vezes por semana. Rir é o melhor remédio - Mantenha-se sempre positivo e com bom humor; Durma bem - Durma pelo menos 8 horas por noite, num lugar tranquilo. Mantenha sempre a mesma rotina, a mesma hora de ir para a cama e de acordar.
Terça-feira	Coma alimentos bem nutritivos - Dê preferência a uma dieta com baixo teor de gordura, cheia de frutas, vegetais e cereais. Não coma muito rápido - Coma aos poucos, sem pressa, mastigando bem os alimentos.
Quarta-feira	Pratique exercício 30 minutos por dia, 3 a 4 vezes por semana. Não se sobrecarregue - Faça aquilo que você sabe que vai conseguir fazer; evite se sobrecarregar.
Quinta-feira	Coma alimentos bem nutritivos - Dê preferência a uma dieta com baixo teor de gordura, cheia de frutas, vegetais e cereais. Mantenha-se ativo - Arranje sempre uma atividade para fazer; andar, praticar algum desporto, ter algum hobby, sempre ajuda a manter a mente saudável.
Sexta-feira	Pratique exercício 30 minutos por dia, 3 a 4 vezes por semana. Coma menos gordura - Mantenha uma dieta com apenas 20 por cento das calorias derivadas de gordura; você vai reduzir o risco de ter uma doença do coração e alguns cânceros, além de se manter em forma. Não coma muito rápido - Coma aos poucos, sem pressa, mastigando bem os alimentos.
Sábado	Coma alimentos bem nutritivos - Dê preferência a uma dieta com baixo teor de gordura, cheia de frutas, vegetais e cereais. Reduza o álcool, chocolate, alimentos gordurosos.
Domingo	Não coma demais - Comer demais provoca mal-estar; evite comer de 2 a 3 horas antes de ir para cama, a comida aumenta a quantidade de ácido no seu estômago e você não vai dormir bem. Não coma muito rápido - Coma aos poucos, sem pressa, mastigando bem os alimentos.

Melhorar os seus hábitos de vida ajudará a melhorar a sua qualidade de vida a cada dia.

Uma vida ativa, ajuda-o a ficar saudável, forte, bem como a reduzir o risco de muitas doenças e viver mais e melhor.



Unidade de Cuidados na Comunidade

Reguengos de Monsaraz/Mourão

Prevenir é curar

Anexo XII
(Artigos)

Reguengos de Monsaraz saudável

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e no Alentejo onde representam a segunda causa de morte quando falamos na população adulta com menos de 65 anos. Estas doenças são também importantes causas de invalidez pois têm graves consequências para as pessoas, para a sociedade e para o sistema de saúde, sendo por isso encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde o qual é importante minorar.

A maioria das doenças cardiovasculares está associada à obstrução de um vaso sanguíneo por um coágulo de sangue ou pela acumulação de gordura nas paredes destes provocando o estreitamento ou obstrução ao sangue para passar, levando a outras complicações cardiovasculares como o Enfarte Agudo do Miocárdio ou ao Acidente Vascular Cerebral.

Estão descritos como principais factores de risco para a doença cardiovascular, o consumo de tabaco, a hipertensão, o colesterol elevado, a diabetes e a obesidade. Uma alimentação pouco saudável encontra-se também descrita como um factor de risco.

Ainda que a hereditariedade e a idade tenham grande importância, grande parte dos outros factores de risco podem ser alterados através de modificações no estilo de vida. De facto, o estilo de vida é um dos factores de risco mais importantes para a manutenção da saúde.

Sendo as doenças cardiovasculares a segunda causa de morte na população adulta do Alentejo, a UCC Almoreg planeou a realização de um projeto, no âmbito do trabalho de mestrado de uma das enfermeiras da sua equipa, com o objetivo de prevenir as doenças cardiovasculares na população adulta ativa dos 20 aos 64 anos, de Reguengos de Monsaraz. Para a realização deste projeto foram selecionadas algumas das entidades empregadoras de Reguengos de Monsaraz como a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, os estabelecimentos de Ensino do Agrupamento Vertical de Escolas de Reguengos de Monsaraz, Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, CARMIN, Escola Secundária e Continente, por serem os locais onde se encontra grande parte da população

ativa do município onde se pretende prevenir a incidência destas doenças.

Para colocar em prática este projeto foi inicialmente realizado o diagnóstico da situação de saúde desta população.

Assim constatámos que a maioria da população tem idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos de idade, é maioritariamente do sexo feminino, escolarizada onde predomina o ensino secundário, seguido do ensino superior e que exerce a sua atividade profissional em grande parte na educação e serviços administrativos. É uma população que apresenta alguns erros alimentares, que não tem hábitos de prática de exercício físico, maioritariamente não fumadora mas reconhece esses erros.

Cerca de 4,6% da população já teve alguma doença Cardiovascular e metade da população não conhece qualquer sintomatologia para o AVC ou para o Enfarte. 39,7% da população apresenta pelo menos um fator de risco diagnosticado (hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado e obesidade) e 11% apresenta mais que um fator de risco diagnosticado. Muitos dos inquiridos desco-

nhecem o seu valor de colesterol e de glicémia e 42% dos indivíduos que não realizam consulta de rotina anual têm diagnosticado factores de risco. A maioria apresenta um baixo risco de ocorrência de doença cardiovascular nos próximos 10 anos, apenas 4,3% da população a quem foi conseguido calcular esse risco, tem alto risco de vir a desenvolver doença cardiovascular nos próximos 10 anos. Relativamente à necessidade de intervenção dos profissionais de saúde 83,7% respondeu que esta era necessária sendo os temas mais solicitados a alimentação e os sinais e sintomas das doenças cardiovasculares e os rastreios dos factores de risco. Após a análise destes resultados a UCC Almoreg encontra-se a dinamizar um projeto de educação para a saúde para esta população com o objetivo de esclarecer as suas dúvidas, para promover uma mudança de comportamentos e atitudes positivas relativamente aos estilos de vida e ainda para identificar e encaminhar portadores de factores de risco cardiovasculares não controlados ou não diagnosticados na população alvo. ■

UCC ALMOREG

Reguengos mais saudável - Enfarte agudo do miocárdio

As doenças cardiovasculares são todas as doenças do coração, das artérias, veias e vasos capilares. Geralmente, são provocadas pela acumulação, durante anos, de gordura na parede dos vasos sanguíneos.

Durante os últimos meses tem sido prioridades da UCC ALMOREG a prevenção das doenças cardiovasculares, pois são a primeira causa de morte em Portugal, fazendo parte deste grupo de doenças o Enfarte Agudo do Miocárdio.

O Enfarte Agudo do Miocárdio é desencadeado pela obstrução de uma artéria do coração por um coágulo de sangue ou pela acumulação de gordura nas paredes de vasos e artérias provocando estreitamento ou obstrução ao san-

gue para passar. O estreitamento pode originar angina de peito e a obstrução total, Enfarte Agudo do Miocárdio. Algumas pessoas usam o termo "ataque cardíaco".

São fatores de risco para esta doença a idade, os antecedentes familiares, a vida sedentária, o consumo de alimentos ricos em gordura e sal, o tabaco, o excesso de bebidas alcoólicas, a hipertensão arterial, a obesidade e o stress.

Os sintomas do Enfarte Agudo do Miocárdio são: dor no meio do peito que se estende às costas, ao maxilar, ao braço esquerdo ou, com menor frequência, ao braço direito e não se acalma com o repouso, suores, náuseas e vômitos e falta de ar. Com menos frequência,



a dor sente-se no abdómen e pode confundir-se com uma indigestão, perda de consciência e palpitações. É de grande importância procu-

rar ajuda assim que se iniciam os sintomas para que se possa realizar um tratamento eficaz e para que se possa diminuir a incapacidade resultante destas doenças.

A prevenção é o melhor tratamento e passa por fazer-se uma alimentação equilibrada com abuso de legumes, vegetais, fruta e cereais, exercício físico moderado e com regularidade, não fumar, controle regular da tensão arterial, açúcar e gordura no sangue, a partir dos 40 anos devem-se realizar exames periódicos de saúde e as pessoas com antecedentes familiares devem começar mais cedo. ■

Reguengos de Monsaraz mais saudável

No passado dia 31 de março comemorou-se o Dia Mundial do Doente com AVC. Em Portugal, por ano, mais de 20 mil pessoas morrem vítimas de AVC (trombose). Para que possamos estar informados a Unidade de Cuidados na Comunidade Almoredg deixa algumas informações sobre esta doença.

O acidente vascular cerebral vulgarmente chamado de trombose, é caracterizado pela diminuição de sangue no cérebro, causando danos irreversíveis. Esta diminuição de sangue no cérebro pode dever-se à interrupção do fluxo sanguíneo ou à presença de uma hemorragia. Desta forma o AVC pode classificar-se em isquémico ou hemorrágico.

Nos AVC's isquémicos ocorre uma interrupção da circulação

sanguínea das artérias do pescoço ou das artérias cerebrais, por um coágulo formado numa placa de aterosclerose presente nestas artérias ou por coágulo formado no coração.

Nos AVC's hemorrágicos a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral deve-se maioritariamente à ruptura de uma artéria cerebral, causando assim uma hemorragia intracraniana que impede as células cerebrais de receberem os seus nutrientes.

Os AVC's não se manifestam todos da mesma forma. Os sintomas dependem da região do cérebro que ficou afectada. É por este motivo que nem todos os doentes apresentam os mesmos sintomas, limitações, incapacidades e potencial de recuperação.

Entre os sintomas mais frequentes encontram-se a presença de:

- Alterações da fala/comunicação;
 - Boca ao lado;
 - Sensação de encortiçamento, formigueliro ou perda da força de um braço/ perna isolada ou em simultâneo;
 - Alterações da visão como cegueira de um olho ou visão dupla;
 - Alterações da marcha, como o desequilíbrio ou descoordenação;
 - Alterações da memória, da leitura e escrita, do planeamento da tarefas, atenção e concentração.
- Estes sintomas podem aparecer isoladamente ou em conjunto. Múltiplos factores de risco estão associados à possibilidade de ter um AVC. Eles podem ser classificados em modificáveis (quer por mudanças no estilo de vida, quer por fármacos) ou não modificáveis.

Dentro dos Factores de risco não modificáveis encontramos a Idade, Sexo, História prévia de AVC ou AIT (Acidente Isquémico Transitório), Vasculites, Doenças hematológicas e Alterações da coagulação.

Nos Factores de risco modificáveis encontramos os Hábitos tabágicos, Consumo excessivo de bebidas alcoólicas, Obesidade, Sedentarismo, Hipertensão Arterial, Hipercolesterolemia e Diabetes.

Os doentes que já tiveram um AVC ou AIT possuem maior risco de ter outro AVC, no entanto este risco pode ser reduzido com as medidas preventivas:

- Pare de fumar e evite ambientes com fumo de tabaco;
- Perca peso, faça uma alimentação variada (rica em vegetais e frutas);

- Faça exercício físico (se possível 30 minutos diários);
 - Reduza o consumo de bebidas alcoólicas;
 - Controle a Diabetes;
 - Controle a pressão arterial elevada;
 - Controle o colesterol;
 - Os portadores de arritmias cardíacas em especial os portadores de fibrilhação auricular devem tomar a terapêutica adequada para prevenir o AVC.
- Dado tratar-se de uma doença de início súbito que pode evoluir rapidamente para um quadro de sequelas graves ou at mesmo para a morte, é importante não desvalorizar os sinais e pedir ajuda atempadamente pois dessa rapidez depende o sucesso de resolução dos caso e a qualidade de vida futura do doentes.

REGUENGOS DE MONSARAZ MAIS SAUDÁVEL

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Um estudo recente realizado em Portugal sobre a incidência da obesidade revela dados alarmantes, mais de metade da população tem excesso de peso, e destes 14,2 % são casos de obesidade. O excesso de peso atinge também 31% das crianças e jovens sendo por isso motivo de preocupação. Intimamente relacionada com as doenças cardiovasculares encontramos a alimentação que influencia indiretamente alguns dos fatores de risco destas doenças, como por exemplo a tensão arterial, a diabetes, o colesterol elevado e a obesidade.

Para prevenir esta situação a UCC ALMOREG encontra-se a desenvolver o projeto Reguengos de Monsaraz Mais Saudável com o objetivo de sensibilizar a esta população para estes graves problemas de saúde.

Esta Unidade do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e Mourão trabalha também em parceria com o Núcleo Regional da Plataforma Contra a Obesidade tendo como objetivo detetar casos de excesso de peso e obesidade em crianças do conselho de Reguengos de Monsaraz e fazer o seu respetivo encaminhamento. É também preocupação da UCC ALMOREG a alimentação das

crianças do nosso conselho pelo que esta unidade aposta em cada ano letivo na educação para a saúde das crianças ensinando os princípios de uma alimentação saudável. Assim para prevenir a epidemia do século XXI, a obesidade, a UCC ALMOREG partilha algumas dicas para uma alimentação saudável:

- Coma, no mínimo, cinco refeições por dia. Se estiver muito tempo em jejum, na refeição seguinte irá comer mais e terá tendência para selecionar alimentos menos saudáveis.
- Comece bem o dia com um bom pequeno-almoço. É a refeição principal pois quebra longas horas de jejum e fornecer-lhe-á energia para todo o dia.
- Dê preferência aos vegetais e à fruta: são ricos em nutrientes essenciais para o funcionamento do organismo e não fornecem muitas calorias.
- Coma sopa antes do prato principal. Geralmente, a sua base são os legumes e é pobre em gordura.
- Prefira as gorduras insaturadas, como o azeite e as que estão presentes no peixe e nos frutos secos, pois têm propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes.



- As gorduras saturadas, que existem sobretudo nos enchidos e na carne vermelha, estão relacionadas com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e também de alguns tipos de cancro.
- Também muito prejudiciais para a saúde são as gorduras vegetais hidrogenadas ou trans, presentes nas margarinas, nas bolachas e nos fritos.
- Escolha laticínios magros em vez de gordos ou meio-gordos, reduzindo assim a ingestão de gorduras e ingerindo a mesma quantidade de cálcio.
- Opte pelas carnes brancas. O peru e o frango têm menor teor de gordura que as carnes vermelhas, como a de vaca. Quando estiver a comer retire qualquer gordura que esteja visível.
- Ingira peixe branco e azul. São ricos em ácidos gordos (ómega 3), que diminuem os níveis

elevados de colesterol. O salmão, a sardinha e o atum são uma excelente alternativa.

- Substitua as bebidas gasificadas e bebidas alcoólicas pela água, sumos naturais ou chá, mas sempre sem adicionar açúcar. Assim, ingere menos calorias.
- Reduza a quantidade de sal que usa para temperar a comida pois o sal está associado à hipertensão e, consequentemente, às doenças cardiovasculares, para além de provocar a retenção de líquidos.
- Mastigue lentamente todos os alimentos. Assim, melhora o processo digestivo.
- Ingira pelo menos mínima de 1,5 l de água por dia; a restante ingerimos através dos alimentos. A água deve ser ingerida preferencialmente fora das refeições.
- Leia atentamente os rótulos dos alimentos.

ALMOREG

Anexo XIII
(Planeamento e Avaliação das Caminhadas)

	<p>Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem</p> <p>São João de Deus de Évora</p> <p>Mestrado de Enfermagem Comunitária</p> <p>2012/ 2013</p> <p>Estágio Final</p>	
---	--	---

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DAS CAMINHADAS

Susana Capucho

Reguengos de Monsaraz

2013

O planeamento das atividades é fundamental e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis. Este consiste em demarcar o percurso de todas as intervenções a realizar com a finalidade de atingir os objetivos fixados. Aumentar os ganhos em saúde na comunidade são os principais objetivos.

Antes da Caminhada pretende-se realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da mesma com a equipa de enfermagem;
- Organização da informação a transmitir tendo em conta as características da população alvo;
- Reunião com os responsáveis pela organização e com os patrocinadores, no sentido de definir horário e local da caminhada e formas de divulgação;
- Seleção de estratégias de divulgação da Caminhada (Cartazes)
- Seleção de estratégias de atuação na caminhada;
- Designar meios de avaliação da Caminhada (ficha de inscrição).

CAMINHADA COLORIDA

Tema: Caminhada Colorida	
Duração: 2 horas	
Grupo alvo: População de Reguengos de Monsaraz	
Local: Da Caridade a Reguengos de Monsaraz	Data: 8 de Maio
Objetivos:	
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilização da população alvo e da população em geral para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis;• Promover a saúde da população alvo através da sensibilização para a prática de exercício físico;• Sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares.	

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	15 min.	Apresentação dos profissionais; Apresentação sumária do projeto; Justificação da caminhada; Objetivos da caminhada.	Participativo/ Motivacional	Palestra	Avaliação da motivação dos utentes.
Desenvolvimento	1h 30m min.	Percurso a efetuar.	Participativo/ Motivacional	Carros de Apoio; Águas; Caminheiros	Avaliar as possíveis dificuldades durante a caminhada, intervir em situações de apoio.
Conclusão	15 min.	Avaliação da satisfação dos participantes	Participativo/ Motivacional.	Palestra	-Verificar a opinião dos participantes face à importância do exercício físico regular; Avaliar a motivação dos participantes para a participação em caminhadas futuras e para a prática regular de exercício físico.

Parcerias:

- AVERM;
- Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz;
- Guarda Nacional Republicana de Reguengos de Monsaraz;
- Bombeiros Voluntários de Reguengos de Monsaraz.

Após a Caminhada pretende-se realizar:

- Reflexão crítica sobre a caminhada;
- Avaliação da receptividade da população.

A avaliação acompanha toda a evolução da caminhada, possibilitando desta forma detetar dificuldades na participação da população alvo. Esta etapa permite também apurar se as estratégias utilizadas foram de encontro aos interesses da população alvo.

A avaliação permite clarificar e reformular o planeamento da atividade, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

Nesta caminhada que se realizou no dia 8 de Maio em parceria com o Jardim de Infância da Caridade (AVERM) participaram 22 pessoas com idades entre os 20 e os 64 anos de idade e 8 crianças.

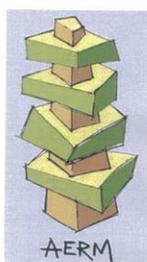
Para esta caminhada foi elaborado um cartão de sensibilização para a prevenção das doenças cardiovasculares.

Em seguida e anexo ao planeamento da caminhada encontramos o cartaz, a ficha de inscrição e o cartão de sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares.

CARTAZ DA CAMINHADA

CAMINHADA COLORIDA

8 de maio



Concentração: 9.30 H no largo da Caridade

Informações:

Partida: 10 H

Chegada a Reguengos: 12.30 H
(junto ao Centro de saúde)

Apoios:

CMRM, JFRM, GNR, BVRM,
UCC Almored, PPES

Traz na mochila:

1 Garrafa de água pequena
1 Peça de fruta ou iogurte

Durante o percurso haverá pausas.

No Parque da Cidade faremos um piquenique

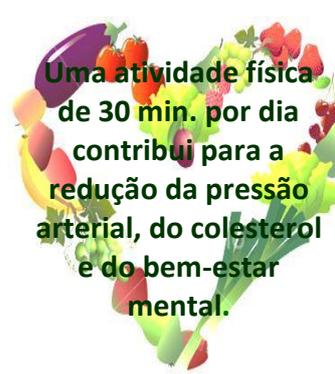


CARTÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

Frente do Cartão



Verso do cartão



REGUENGOS DE MONSARAZ MAIS SAUDÁVEL

Tema: Reguengos de Monsaraz Mais Saudável

Duração: 5 horas

Grupo alvo: População de Reguengos de Monsaraz

Local: Parque da Cidade de Reguengos de Monsaraz **Data:** 8 de maio

Objetivos:

- Sensibilização da população alvo e da população em geral para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a saúde da população alvo através da sensibilização para a prática de exercício físico;
- Sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares.

CAMINHADA (INÍCIO ÀS 9h)

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	10 min.	Apresentação dos profissionais; Apresentação sumária do projeto; Justificação da caminhada; Objetivos da caminhada.	Participativo/ Motivacional	Palestra	Avaliação da motivação dos utentes.
Desenvolvimento	1h 30m	Percurso a efetuar.	Participativo/ Motivacional	Carros de Apoio; Águas; Caminheiros	Avaliar as possíveis dificuldades durante a caminhada, intervir em situações de apoio.
Conclusão	15 min.	Avaliação da satisfação dos participantes	Participativo/ Motivacional.	Palestra	-Verificar a opinião dos participantes face à importância do exercício físico regular;

-Avaliar a motivação dos participantes para a participação em caminhadas futuras e para a prática regular de exercício físico.

AULA DE SPIN BIKE, PILATES E ATIVIDADES DE GRUPO (INÍCIO ÀS 17h)

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	5 min.	Apresentação dos profissionais; Apresentação sumária do projeto; Objetivos das aulas de exercício físico.	Participativo/ Motivacional	Palestra	Avaliação da motivação dos utentes.
Desenvolvimento	50 min. por cada aula	Aula de Spin Bike; Aula de Pilates; Aula de actividades de grupo.	Participativo/ Motivacional	Tapetes; bicicletas estáticas; Aparelhagem de som.	Avaliar as possíveis dificuldades durante as aulas, intervir em situações de apoio.
Conclusão	5 min.	Avaliação da satisfação	Participativo/	Palestra	-Verificar a opinião dos participantes face

dos participantes

Motivacional.

à importância do exercício físico regular;
-Avaliar a motivação dos participantes para a participação em aulas futuras e para a prática regular de exercício físico.

Parcerias:

- Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz;
- Ginásio Fitclub
- Grupo Cores Divertidas
- Academia de Dança e Artes Performativas da Sociedade Artística Reguenguense

Após esta atividade pretende-se realizar:

- Reflexão crítica sobre a mesma;
- Avaliação da receptividade da população.

A avaliação acompanha toda a evolução da atividade, possibilitando desta forma detetar dificuldades na participação da população alvo. Esta etapa permite também apurar se as estratégias utilizadas foram de encontro aos interesses da população alvo.

A avaliação permite clarificar e reformular o planeamento da atividade, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

Nestas atividades que se realizaram no dia 26 de Maio em parceria com a Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e o Fitclub Ginásio participaram 120 pessoas na caminhada e cerca de 80 pessoas nas actividades de Spin Bike, Pilates e Atividades de grupo. Durante todas as atividades foi oferecido um cartão com mensagens de sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares.

Em seguida e anexo ao planeamento da atividade encontramos o cartaz de divulgação, a ficha de inscrição, o cartão de sensibilização e algumas fotografias.

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

Reguengos Saudável
26 de maio

Reguengos de Monsaraz | Parque da Cidade

9h30
Caminhada - dificuldade baixa com oferta de lanche saudável
Rastreios - tensão arterial, glicémia, colesterol, Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal
Sensibilização - prevenção das doenças cardiovasculares

11h00
Aconselhamento nutricional
Rastreios de espirometria
Simulação de apoio à vítima de enfarte ou AVC com ambulância medicalizada - Bombeiros Voluntários de Reguengos de Monsaraz
Treino de Suporte Básico - CORAL
Sensibilização sobre alimentação saudável

17h00
Spin Bike - Fitchub Ginásio

18h00
Pilates - Sociedade Artística Reguenguesa

19h00
Atividades de grupo - "Cores Diversidas"

FICHA DE INSCRIÇÃO

Ficha de Inscrição

Caminhada

Spin Bike

Atividades físicas em grupo

Pilates

Deverá entregar a ficha de inscrição no Centro de Saúde ou na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz no serviço de Desporto

Contacto UCC: 26 503 072

9h30
Caminhada - dificuldade baixa com oferta de lanche saudável
Rastreios - tensão arterial, glicémia, colesterol, Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal
Sensibilização - prevenção das doenças cardiovasculares

11h00
Aconselhamento nutricional
Rastreios de espirometria
Simulação de apoio à vítima de enfarte ou AVC com ambulância medicalizada - Bombeiros Voluntários de Reguengos de Monsaraz
Treino de Suporte Básico - CORAL
Sensibilização sobre alimentação saudável

17h00
Spin Bike - Fitchub Ginásio

18h00
Pilates - Sociedade Artística Reguenguesa

19h00
Atividades Físicas em grupo - "Cores Diversidas"

CARTÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

Frente do Cartão



Verso do Cartão



FOTOGRAFIAS DA ATIVIDADE





CORRIDA EM FAMÍLIA

Tema: Corrida em Família

Duração: 2 horas

Grupo alvo: População de Reguengos de Monsaraz

Local: Reguengos de Monsaraz

Data: 15 de junho

Objetivos:

- Sensibilização da população alvo e da população em geral para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a saúde da população alvo através da sensibilização para a prática de exercício físico;
- Sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares;

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	15 min.	Apresentação dos profissionais; Apresentação sumária do projeto; Apresentação dos objetivos da caminhada.	Participativo/ Motivacional	Palestra	Avaliação da motivação dos utentes.
Desenvolvimento	1h 30m min.	Percurso a efetuar.	Participativo/ Motivacional	Carros de Apoio; Águas; Caminheiros Bombeiros	Avaliar as possíveis dificuldades durante a caminhada, intervir em situações de apoio.
Conclusão	15 min.	Avaliação da satisfação dos participantes	Participativo/ Motivacional.	Palestra	-Verificar a opinião dos participantes face à importância do exercício físico regular; -Avaliar a motivação dos participantes para a participação em caminhadas futuras e para a prática regular de exercício físico.

Parcerias:

- Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz;
- Caixa de Crédito Agrícola de Reguengos de Monsaraz;
- . Guarda Nacional Republicana de Reguengos de Monsaraz;
- Bombeiros Voluntários de Reguengos de Monsaraz.

Após a Caminhada pretende-se realizar:

- Reflexão crítica sobre a caminhada;
- Avaliação da receptividade da população.

A avaliação acompanha toda a evolução da caminhada, possibilitando desta forma detetar dificuldades na participação da população alvo. Esta etapa permite também apurar se as estratégias utilizadas foram de encontro aos interesses da população alvo.

A avaliação permite clarificar e reformular o planeamento da atividade, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

Esta é uma caminhada organizada anualmente pela Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz que aceitou com bom agrado a nossa proposta de sensibilização para a prevenção das doenças cardiovasculares durante a mesma. A referida caminhada realizou-se no dia 15 de junho onde além da sensibilização participamos na divulgação da mesma tendo contado com a participação 689 pessoas grande parte com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade. Nesta caminhada participou toda a população interessada da comunidade de Reguengos de Monsaraz. Para esta caminhada foi elaborado um cartão de sensibilização para a prevenção das doenças cardiovasculares.

Em seguida e anexo ao planeamento da caminhada encontramos o cartaz, a ficha de inscrição, o cartão de sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares e algumas fotografias.

CARTAZ DA CAMINHADA



Atletismo

Corrida VIII em Família
Crédito Agrícola Vida

CA Vida | Grupo CA Crédito Agrícola

Sábado, 15 de junho
Praça da Liberdade | 10h00
Inscrições gratuitas - Limite de 750 participantes



Inscrições na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz
DEJU - Desporto e Juventude
Praça da Liberdade, apartado n.º 6
7201-970 Reguengos de Monsaraz
Tel. 266 508 050 | Fax 266 519 764
desporto@cm-reguengos-monsaraz.pt

Organização:  Apoio: 

FICHA DE INSCRIÇÃO



Corrida VIII em Família
Crédito Agrícola Vida

Sábado, 15 de junho - 10h00 - Praça da Liberdade

CA Vida | Grupo CA Crédito Agrícola

Ficha de Inscrição

Nome

Data Nascimento NIF do Pai

Nome Mãe

Data Nascimento

Filho(a)

Data Nascimento

Filho(a)

Data Nascimento

Filho(a)

Data Nascimento

Morada

Cód. Postal Localidade

Telemóvel

Email

Inscrições na Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz, DEJU - Desporto e Juventude
Praça da Liberdade, apartado n.º 6, 7201-970 Reguengos de Monsaraz
Tel. 266 508 050 | Fax 266 519 764 | desporto@cm-reguengos-monsaraz.pt

CARTÃO DA CAMINHADA



Anexo XIV

(Norma de Avaliação do Risco Cardiovascular Global)



- (ii) a pessoa com diabetes tipo 2 ou tipo 1, mas sem outros fatores de risco cardiovascular ou lesão de órgão-alvo;
 - (iii) a pessoa com doença renal crónica moderada (TFG entre 30-59 ml/min/1.73 m²).
 - ii. pessoa com avaliação SCORE igual ou superior a 5% mas inferior a 10%.
 - c) risco cardiovascular moderado:
 - i. pessoa com avaliação de SCORE igual ou superior a 1% mas inferior a 5%.
 - d) risco cardiovascular baixo:
 - i. pessoa com avaliação de SCORE inferior a 1%;
2. A estratificação obtida visa definir prioridades na prevenção cardiovascular e ajudar os profissionais de saúde na decisão sobre gestão do risco com base em medidas de estilo de vida e prescrição prioritária de fármacos. Os objetivos, a intensidade do tratamento e a sua avaliação serão programados pela equipa multidisciplinar da unidade de saúde, caso a caso.
 3. A presente Norma revoga a Circular Normativa n.º 6 /DSPCS, de 18 de Abril de 2007.
 4. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo I.
 5. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
 6. A atual versão da presente Norma poderá ser atualizada de acordo com os comentários recebidos durante a discussão pública.

II – CRITÉRIOS

- A. Em prevenção primária, para o cálculo do risco CV (*Nível de evidência A, grau de recomendação I*), deve ser considerado que:
 - i. a estimativa de risco absoluto a 10 anos baseia-se nas variáveis sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total (mg/dl ou mmol/l);
 - ii. este risco é classificado em sete categorias, desde inferior a 1% até 15% ou superior, cada uma com uma cor correspondente, conforme tabela SCORE. Com base no risco fatal CV a 10 anos, considera-se como de risco alto, suscetível de medidas mais intensivas de prevenção, inclusive farmacológicas, um risco absoluto igual ou superior a 5%^c (Fig. nº 1).

^c O valor da estimativa do risco, probabilístico, não deve interpretar-se em sentido individual, mas antes em **sentido populacional**, por exemplo um valor de 7% significa que, por cada 100 pessoas em idêntica situação de estimativa de risco cardiovascular, 7 irão falecer nos próximos 10 anos por um evento de natureza cardiovascular.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- iii. constituem situações clínicas que, quando presentes, condicionam um risco CV de nível superior ao apontado na tabela em Anexo II, Quadro I e com atribuição da categoria imediatamente superior:
- (i) pessoas socialmente desfavorecidas;
 - (ii) pessoa sedentária e com obesidade central;
 - (iii) pessoas com familiar direto portador de DCV diagnosticada e prematura (<55 anos no sexo masculino e <65 anos no sexo feminino);
 - (iv) pessoas com diminuição da função renal (TGF < 60 ml/min/1.73 m²);
 - (v) pessoa com nível de c-HDL inferior a 40 mg/dl no homem, 45 mg/dl na mulher, com nível de triglicéridos superior a 150 mg/dl, aumento do fibrinogénio, da apolipoproteína B (apoB) e da lipoproteína (a) [Lp(a)], especialmente em combinação com hipercolesterolemia familiar;
 - (vi) pessoa assintomática com evidência de aterosclerose subclínica, por exemplo, a presença de placas ou aumento da espessura íntima-média carotídea ou um índice baixo tornozelo-braço.
- B. O sucesso da intervenção decidida para cada pessoa de 40 a 65 anos de idade é avaliado por um posterior cálculo do risco CV, quer pela redução do risco absoluto, quer pela mudança do nível de risco face a uma nova avaliação de fatores de risco vasculares (por exemplo, evoluir de um nível de risco alto para um risco moderado).
- C. Nos outros grupos etários, não abrangidos pelo SCORE, o cálculo do risco CV:
- i. nas pessoas adultas com idade inferior a 40 anos, será realizado cada 5 anos, salvo indicação clínica contrária;
 - ii. nas pessoas com idade superior a 65 anos, será monitorizado de forma individual, segundo critérios clínicos baseados no custo-benefício de cada intervenção, tendo em atenção a presença de fatores de risco (tabaco, obesidade, história familiar prematura de DCV).

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- i. Percentagem de pessoas com idade inferior a 40 anos e risco CV alto e muito alto:
 - (i) Numerador: n.º de pessoas com risco CV alto e muito alto;
 - (ii) Denominador: n.º total de inscritos com idade inferior a 40 anos com risco CV registado.
- ii. Percentagem de pessoas de 40 a 65 anos de idade com risco CV alto e muito alto:
 - (i) Numerador: n.º de pessoas com risco CV alto e muito alto;
 - (ii) Denominador: n.º total de inscritos com idade entre 40 e 65 anos com risco CV registado.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. A necessidade de avaliar o risco global (fatal e não fatal) das doenças CV baseia-se em diversos fundamentos. Por um lado, a doença aterosclerótica tem uma natureza multifatorial, como resultado da multiplicidade de fatores intervenientes (genéticos, ambientais, dietéticos, metabólicos, hemodinâmicos e inflamatórios). Além disso, os fatores de risco interagem, por vezes, de forma exponencial. Porém, as possíveis relações causais entre os diversos elementos patogénicos e a doença aterosclerótica encerram, em si mesmo, um certo grau de incerteza que, por definição, são de tipo probabilístico (risco). A possibilidade de complicações CV resulta da presença concomitante de características individuais capazes de incrementar esta eventualidade (fatores de risco) e/ou da afetação, sintomática ou não, dos órgãos-alvo e das complicações clínicas associadas.
- B. O cálculo do risco CV global, como estimativa do sinergismo derivado da presença simultânea dos diversos fatores de risco individuais, permite não só identificar as pessoas com um risco alto assim como modelar a intensidade de intervenção terapêutica no controlo efetivo dos fatores de risco, motivar as pessoas numa estratégia de intervenção com o pleno cumprimento das medidas modificadoras de estilos de vida e farmacológicas, realçando o grau de risco e os ganhos potenciais das intervenções propostas e valorizar devidamente a necessidade e a efetividade de alguns tratamentos. Por outro lado, o objetivo da prevenção das doenças CV na prática clínica deve consistir em reduzir o risco CV global, isto é, os médicos tratam pessoas e não fatores de risco isolados. Se não for possível atingir o objetivo com um fator de risco, ainda será possível reduzir o risco CV global abordando de modo mais intensivo os restantes fatores.
- C. O sistema de estimativa de risco CV europeu, denominado SCORE, baseia-se nos dados de 12 estudos de coorte Europeus com 2,7 milhões de anos de acompanhamento (pessoas-ano). A função de risco do SCORE foi validada utilizando diferentes conjuntos de dados externos. Todavia, este sistema de predição de risco de eventos CV fatais a 10 anos está definido para o escalão da prevenção primária, isto é, pessoas assintomáticas sem o diagnóstico de DCV. Se confirmada, os fatores de risco devem ser avaliados, mas sem necessidade de utilizar a tabela SCORE, se se tratar de pessoas de risco CV alto ou muito alto.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



V - APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. Mário Espiga de Macedo e Carlos Gonçalves (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Alberto Melo e Silva, Carlos Canhota, Evangelista Rocha, José Manuel Silva, Luís Duarte Costa, Paula Alcântara, Pedro Marques da Silva.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. Os contributos recebidos das sociedades científicas e sociedade civil em geral, sobre o conteúdo da presente Norma, serão analisados pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas criada por Despacho n.º 12422/2011 de 20 de setembro e atualizado por Despacho n.º 7584/2012 de 1 de junho.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

CV	cardiovascular
DCV	doença cardiovascular
SCORE	<i>Systematic Coronary Risk Evaluation</i>
TFG	taxa de filtração glomerular

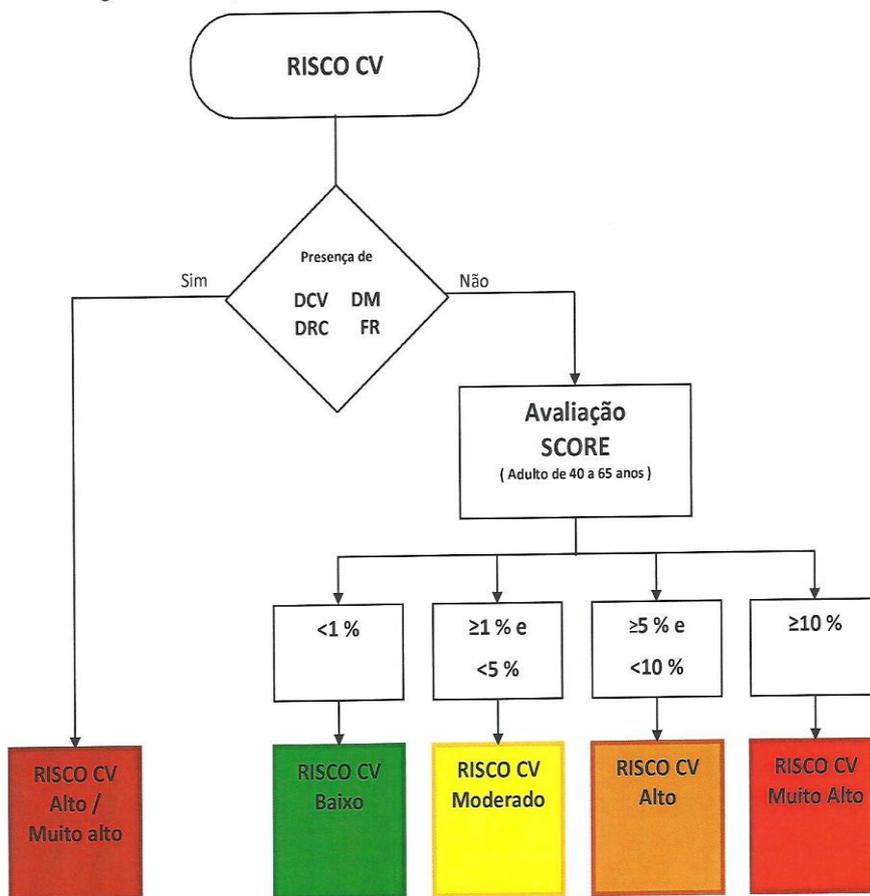
BIBLIOGRAFIA

- British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. *Heart* 2005; 91 Suppl 5: v1-52.
- Díaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. *Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis*. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005: 1497-512.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105-187.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27:2121-58.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. 2012;33:1635-701. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22555213>
- Recomendações Portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2009.
- Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011;32:1769-818.
- Silva PM. Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. *Rev Port Cardiol* 2010;29 (sup IIII):75-88.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



DCV - doença cardiovascular (enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica)
DM - diabetes mellitus tipo 2 ou tipo 1, com um ou mais fatores de risco cardiovascular e/ou lesão dos órgãos-alvo (tal como microalbuminúria)
DRC - doença renal crónica moderada a grave (taxa de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m²).
FR - fatores de risco vascular isolados, muito elevados, como sejam hipertensão arterial grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar

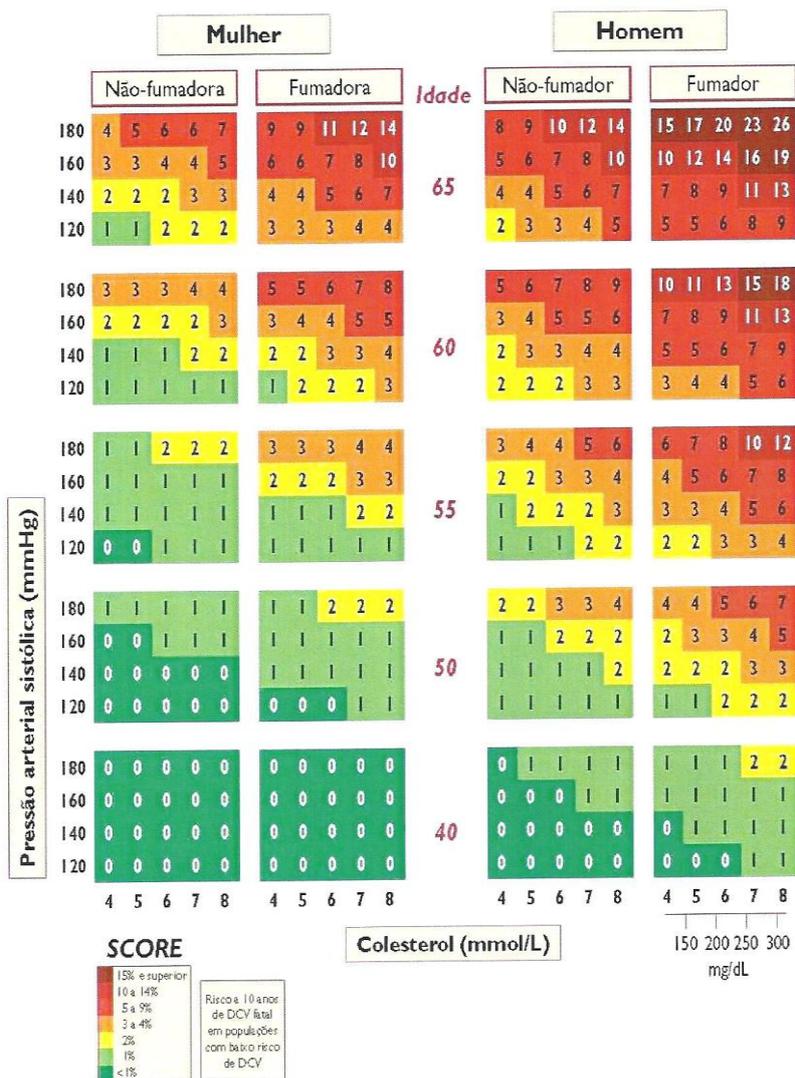
NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo II: Quadros, tabelas e gráficos

Quadro I - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita).



Quadro II – Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade inferior a 40 anos, igual para sexo feminino e masculino.

Cálculo do risco relativo nos jovens

Pressão arterial sistólica (mmHg)	Não Fumador					Fumador				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Coolesterol (mmol/L)

Fonte:

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

"Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Quadro III - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 30 mg/dl.

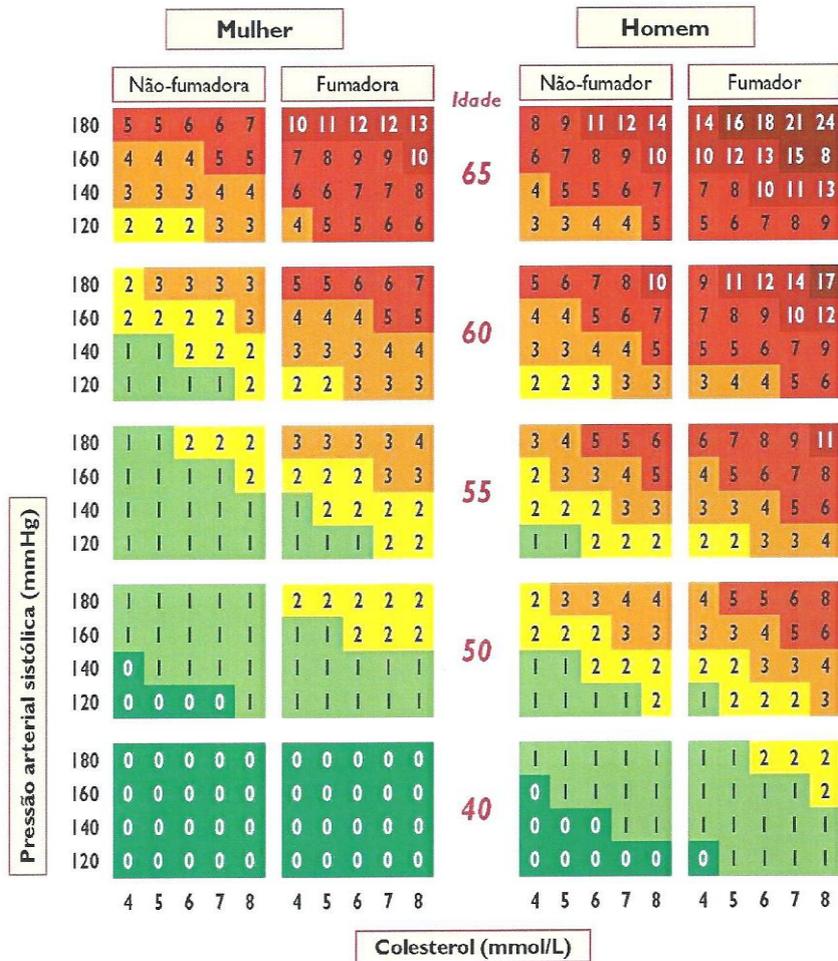
Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco:
C-HDL = 0,8 mmol/L

Pressão arterial sistólica (mmHg)	Mulher				Homem															
	Não-fumadora		Fumadora		Não-fumador		Fumador													
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	6	6	7	7	8	12	13	13	15	16	9	10	12	14	16	16	18	20	23	27
160	4	5	5	6	6	9	10	10	11	12	6	7	8	10	12	11	13	15	17	20
140	3	4	4	4	5	7	7	8	9	10	5	5	6	7	8	8	9	11	12	15
120	2	3	3	3	4	5	6	6	7	7	3	4	4	5	6	6	6	8	9	11
180	3	3	3	4	4	6	6	7	8	8	6	7	8	9	11	10	12	14	16	19
160	2	2	3	3	3	4	5	5	6	6	4	5	6	7	8	7	8	10	11	14
140	2	2	2	2	2	3	4	4	4	6	3	3	3	9	9	5	6	7	8	10
120	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7
180	2	2	2	2	2	3	3	4	4	5	4	4	5	6	7	7	8	9	11	13
160	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	3	3	4	4	5	5	5	6	8	9
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	3	4	5	6	7
120	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5
180	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	3	3	4	5	4	5	6	7	9
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4	4	5	6
140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2	3	3	4	5
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1

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

Quadro IV - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 40 mg/dl.

Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco:
C-HDL = 1,0 mmol/L



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

Quadro V - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 55 mg/dl.

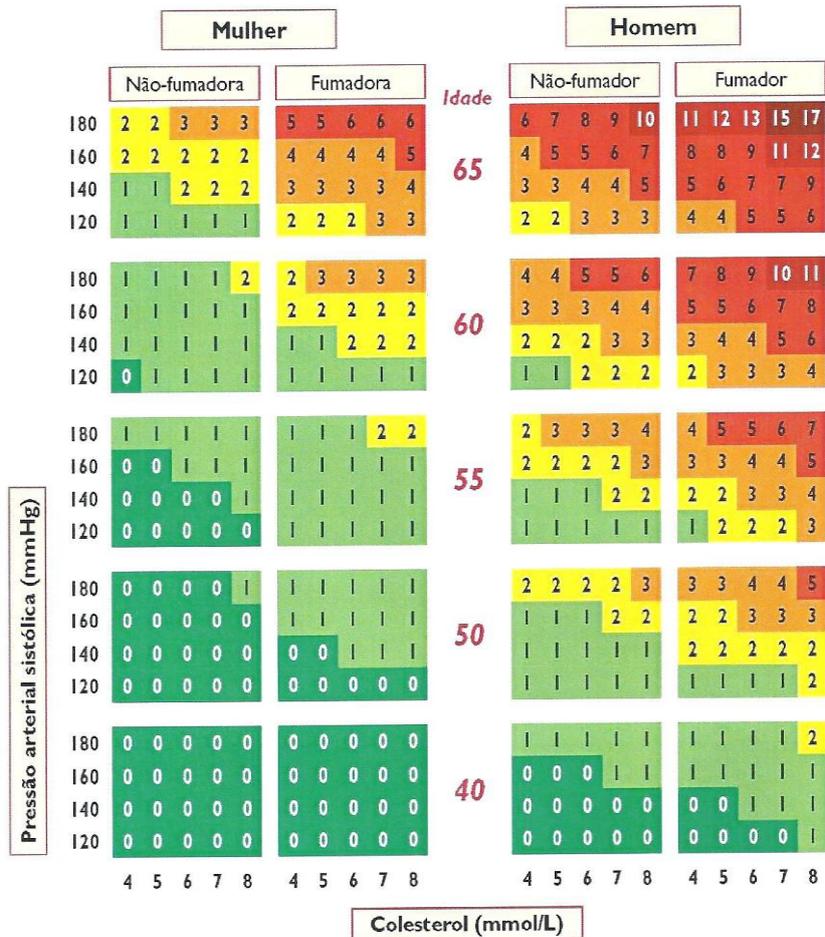
Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco:
 C-HDL = 1,4 mmol/L

Pressão arterial sistólica (mmHg)	Mulher				Idade	Homem														
	Não-fumadora		Fumadora			Não-fumador		Fumador												
	4	5	6	7		8	4	5	6	7	8									
180	3	4	4	4	5	7	7	8	8	9	7	8	9	10	12	12	14	15	17	20
160	2	3	3	3	3	5	6	6	6	7	5	6	6	7	8	9	10	11	13	14
140	2	2	2	2	3	4	4	5	5	5	4	4	4	5	6	6	7	8	9	10
120	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	2	3	3	4	4	4	5	6	6	7
180	2	2	2	2	2	3	4	4	4	5	5	5	6	7	8	9	9	10	12	13
160	1	1	1	2	2	3	3	3	3	4	3	4	4	5	5	6	6	7	8	10
140	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	3	4	4	4	5	6	7
120	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	5
180	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	5	5	6	7	8	9
160	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	3	4	5	5	6
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5
120	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	5	6
160	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4
140	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
120	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

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

Quadro V - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 70mg/dl.

Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco:
 C-HDL = 1,8 mmol/L



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

Anexo XV

(Tabela de fatores influenciadores do prognóstico – adaptada das recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)

FATORES INFLUENCIADORES DE PROGNÓSTICO

FATORES DE RISCO	LESÕES SUB-CLÍNICAS NOS ORGÃO-ALVO
<ul style="list-style-type: none"> • Níveis de pressão arterial sistólica e diastólica; • Níveis de pressão de pulso (no idoso); • Idade (homem > 55 anos; mulher > 65 anos; • Hábitos tabágicos; • Dislipidemia; - CT > 190 mg/dl ou - LDL-C > 115 mg/dl ou - HDL-C: homens < 40 mg/dl, mulheres < 46 m/dl ou - TG > 150 mg/dl • Glicemia em jejum 102-125 mg/dl; • Teste de tolerância a glucose anormal; • Obesidade abdominal - Perímetro da cintura > 102cm (homens), 88 cm (mulheres); • História familiar da doença CV 	<ul style="list-style-type: none"> • HVE electrocardiográfica (Sokolow-Lyon > 38 mm; Cornell > 2440mm*ms) ou • HVE ecocardiográfica (LVMI homem $\geq 125\text{g/m}^2$, mulher $\geq 110\text{g/m}^2$) • Espessura da íntima-média (IMT) carotídea > 0.9 mm ou placa • Velocidade da onda de pulso carotídea-femoral > 12 m/s • Aumento ligeiro da creatinina Plasmática - Homens: 1.3-1.5 mg/dl Mulheres: 1.2-1.4 mg/dl • Taxa de filtração glomerular estimada < 60 ml/min/ 1.73m² ou clearance da creatinina < 60 ml/min • Índice de braço - tornozelo < 0.9 • Microalbuminura 30-300 mg/24h ou rácio albumina - creatinina: ≥ 22

<p>prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos)</p>	<p>(homens) ou ≥ 31 (mulheres) mg/dl</p>
<p>Diabetes mellitus</p>	<p>DOENÇA RENAL ou CV estabelecida</p>
<p>• Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl em determinações repetidas ou</p> <p>• Glicemia pós-carga > 198 mg/dl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doença cerebrovascular: AVC isquêmico; hemorragia cerebral; acidente isquêmico transitório (AIT) • Doença cardíaca: enfarte do miocárdio; angina; revascularização coronária; insuficiência cardíaca; • Doença renal: nefropatia diabética; Disfunção renal (creatininemia homens > 1.5 mg/dl, mulheres > 1.4 mg/dl; Proteinúria (> 300 mg/24h); • Doença arterial periférica; • Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudados, edema da papila.

Anexo XVI
(Planeamento e Avaliação dos Rastreios)

 The logo of the University of Évora, featuring a white dove with its wings spread, set against a dark red circular background. The words "UNIVERSIDADE DE EVORA" are written in a circular path around the dove.	<p>Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem</p> <p>São João de Deus de Évora</p> <p>Mestrado de Enfermagem Comunitária</p> <p>2012/ 2013</p> <p>Estágio Final</p>	 The logo of the Superior School of Nursing S. João de Deus, featuring a red cross with a white caduceus in the center. The text "ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM" is written along the top arc, "S. JOÃO DE DEUS" along the bottom arc, and "EVORA" is written below the cross.
--	--	---

PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RASTREIOS

Susana Capucho

Reguengos de Monsaraz

2013

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da População Rastreada por Empresas	297
Tabela 2 - Distribuição da População Rastreada segundo o Sexo	297
Tabela 3 - Distribuição da População Rastreada segundo o Grupo Etário	297
Tabela 4 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor da TA Sistólica	298
Tabela 5 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor da TA Diastólica	298
Tabela 6 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor do IMC	298
Tabela 7 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor do Perímetro Abdominal	299
Tabela 8 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor da Glicémia	299
Tabela 9 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor do Colesterol	299
Tabela 10 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico de HTA e/ou a presença de valores elevados de TA	300
Tabela 11 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico de Hipercolesterolemia e/ou a presença de valores elevados de Colesterol	300
Tabela 12 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico De Excesso de Peso e/ou a presença de Excesso de Peso	301
Tabela 13 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico De Obesidade e/ou a presença de Obesidade	301
Tabela 14 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico De Diabetes e/ou a presença de valores \geq a 200 mg/dl de Glicémia	301

Tabela 15 - Distribuição da População Rastreada segundo a presença de Tabagismo	302
Tabela 16 - Distribuição da População Rastreada segundo a presença de Antecedentes Pessoais de Doença Cardiovascular	302
Tabela 17 - Distribuição da População Rastreada segundo a presença de Antecedentes Familiares de Doença Cardiovascular	303
Tabela 18 - Distribuição da População Rastreada segundo o número de fatores de Risco	303
Tabela 19 - Distribuição da População Rastreada segundo a toma ou não de medicação para os fatores de risco cardiovasculares	303
Tabela 20 - Distribuição da População Rastreada segundo o Risco Cardiovascular apresentado (Tabela SCORE)	304
Tabela 21 - Distribuição da População Rastreada segundo a Estratificação do Risco Cardiovascular	304
Tabela 22 - Distribuição da População Rastreada segundo a necessidade de encaminhamento para serviços médicos	304
Tabela 23 - Média dos parâmetros avaliados	305
Tabela 24 - Distribuição da População Rastreada segundo Número de Encaminhamentos efetuados por empresa	305
Tabela 25 - Distribuição da população rastreada pelo número de fatores de risco que apresentam e por empresa	306

O planeamento das atividades é fundamental e deve ter em conta o tempo, espaço e recursos disponíveis. Este consiste em demarcar o percurso de todas as intervenções a realizar com a finalidade de atingir os objetivos fixados. Aumentar os ganhos em saúde na comunidade são os principais objetivos.

Durante este projeto foram efectuados vários rastreios como medida de prevenção das doenças cardiovasculares pois permite um conhecimento dos fatores de risco apresentados pela população.

Esta intervenção foi também ela proposta pela população no diagnóstico da situação de saúde.

Antes da execução dos rastreios pretende-se realizar:

- Reunião para planeamento e discussão da mesma com a equipa de enfermagem;
- Organização da informação a transmitir, tendo em conta as características da população alvo;
- Reunião com os participantes e com os patrocinadores, no sentido de definir horário e local dos rastreios
- Seleção de estratégias de divulgação dos rastreios;
- Seleção de estratégias de atuação nos rastreios;
- Designar meios de avaliação dos rastreios.

RASTREIOS DO PROJETO REGUENGOS DE MONSARAZ MAIS SAUDÁVEL

Tema: Rastreios de Fatores de Risco das Doenças Cardiovasculares

Duração: 2 horas por cada empresa

Grupo alvo: População alvo do projeto

Local: Empresas selecionadas

Data: maio e junho

Objetivos:

- Sensibilização da população alvo para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a saúde da população alvo através da sensibilização para a prática de exercício físico e de uma alimentação saudável;
- Sensibilização para a problemática das doenças cardiovasculares;
- Identificação e Encaminhamento de Portadores de fatores de risco não controlados;
- Cálculo do Risco Cardiovascular Global a 10 anos.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Avaliação
Introdução	3 min.	Apresentação dos profissionais; Apresentação sumária do projeto; Justificação do rastreio; Objetivos do rastreio.	Participativo/ Motivacional	Palestra	Avaliação da motivação dos utentes.
Desenvolvimento	10 min.	Avaliação de: -Peso -Altura -IMC -Glicemia capilar -Colesterol -Tensão Arterial -Perímetro Abdominal -Risco cardiovascular -Idade; - Medicação; -Fatores de risco; -Antecedentes pessoais; -Antecedentes familiares; -Necessidade de	Participativo/ Motivacional	Balança, estadiómetro, Tabela de IMC, máquina para avaliação de glicémia e colesterol, tiras reagentes para avaliação de glicémia e colesterol, compressas, lancetas, esfigmomanómetro, estetoscópio, fita métrica, tabela de avaliação do risco cardiovascular;	Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem, e/ou compreensão, assim como a motivação dos utentes.

		Encaminhamento;		Panfletos;	
		Abordagem e educação para a saúde sobre:		Folha de registros.	
		-Fatores de risco;			
		-Medidas preventivas.			
Conclusão	2 min.	Avaliação da satisfação dos participantes	Participativo/ Motivacional.	Palestra	Avaliar a motivação dos participantes para a participação rastreios.

Parcerias:

- Empresas envolvidas no projeto;
- AstraZeneca;
- Menarini;
- Roche;
- Lifescan;

Após o Rastreio pretende-se realizar:

- Reflexão crítica sobre o rastreio;
- Avaliação da receptividade da população.

A avaliação acompanha toda a evolução do rastreio, possibilitando desta forma detetar dificuldades na participação da população alvo. Esta etapa permite também apurar se as estratégias utilizadas foram de encontro aos interesses da população alvo.

A avaliação permite clarificar e reformular o planeamento da atividade, no sentido do seu aperfeiçoamento para obtenção dos resultados pretendidos.

Assim para a realização desta intervenção foram marcados os rastreios com os responsáveis de cada empresa. Em algumas empresas foi necessário realizar mais do que um rastreio para abranger um maior número de população rastreada. Assim nos meses de maio e junho foram rastreados 315 utentes. Os responsáveis optaram por não convocar os seus colaboradores por não ser uma atividade de carácter obrigatório sendo, no entanto, feita a divulgação dos respetivos rastreios por todos os colaboradores através de panfletos e de Outlook.

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS RASTREIOS

EMPRESA	Frequência	%
CÂMARA MUNICIPAL	27	8,6
AVERM	99	31,4
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	29	9,2
MODELO	27	8,6
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIÇÃO SILVA	34	10,8
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	51	16,2
CARMIM	47	14,9
Total	315	100,0

Tabela 1 - Distribuição da População Rastreada por Empresas

SEXO	Frequência	%
MASCULINO	50	15,9
FEMININO	265	84,1
Total	315	100,0

Tabela 2 - Distribuição da População Rastreada segundo o Sexo

GRUPO ETÁRIO	Frequência	%
20 ANOS A 39 ANOS	100	31,7
40 ANOS A 49 ANOS	108	34,3
50 ANOS A 54 ANOS	53	16,8
55 ANOS A 59 ANOS	27	8,6
60 ANOS A 64 ANOS	27	8,6
Total	315	100,0

Tabela 3 - Distribuição da População Rastreada segundo o Grupo Etário

VALOR PADRÃO DA TA SISTÓLICA	Frequência	%
TA NORMAL 100-130 mmhg	230	73,0
TA NORMAL ELEVADA 130-139 mmhg	11	3,5
TA ELAVADA GRAU I 140 - 159 mmhg	56	17,8
TA ELEVADA GRAU II 160 - 179 mmhg	16	5,1
TA ELEVADA GRAU III 180 mmhg	2	0,6
Total	315	100,0

Tabela 4 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor da TA Sistólica

VALOR PADRÃO DA TA DIASTÓLICA	Frequência	%
TA NORMAL 60 - 85 mmhg	274	87,0
TA NORMAL ELEVADA 85 - 89 mmhg	16	5,1
TA ELEVADA GRAU I 90 - 99 mmhg	19	6,0
TA ELEVADA GRAU II 100 - 109 mmhg	5	1,6
TA ELEVADA GRAU III 110 mmhg	1	0,3
Total	315	100,0

Tabela 5 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor da TA Diastólica

VALOR PADRÃO DO IMC	Frequência	%
MENOR QUE 18,5 - BAIXO PESO	2	0,6
18,5 A 24,9 - PESO NORMAL	117	37,1
25 A 29,9 - PRÉ-OBESIDADE	118	37,5
30 A 34,9 - OBESIDADE GRAU I	45	14,3
35 A 39,9 - OBESIDADE GRAU II	18	5,7
MAIOR QUE 40 - OBESIDADE GRAU IV	1	0,3
Total	301	95,6
OMISSOS	14	4,4
Total	315	100,0

Tabela 6 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor do IMC

VALOR PADRÃO DO PERÍMETRO ABDOMINAL	Frequência	%
NORMAL - MENOR QUE 94 (Homens)	11	3,5
NORMAL - MENOR QUE 80 (Mulheres)	58	18,4
RISCO AUMENTADO - SUPERIOR A 94(Homens)	25	7,9
RISCO AUMENTADO - SUPERIOR A 80 (Mulheres)	61	19,4
RISCO MUITO AUMENTADO - SUPERIOR A 102 (Homens)	11	3,5
RISCO MUITO AUMENTADO - SUPERIOR A 88 (Mulheres)	144	45,7
Total	310	98,4
OMISSOS	5	1,6
Total	315	100,0

Tabela 7 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor do Perímetro Abdominal

VALOR DA GLICÉMIA PÓS PRANDIAL	Frequência	%
GLICÉMIA PÓS PRANDIAL INFERIOR A 140 mg/dl	290	92,1
GLICÉMIA PÓS PRANDIAL SUPERIOR A 140 mg/dl	22	7,0
Total	312	99,0
OMISSOS	3	1,0
Total	315	100,0

Tabela 8 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor da Glicémia

VALOR PADRÃO DO COLESTEROL	Frequência	%
COLESTEROL TOTAL INFERIOR A 190 mg/dl	165	52,4
COLESTEROL TOTAL SUPERIOR A 190 mg/dl	147	46,7
Total	312	99,0
OMISSOS	3	1,0
Total	315	100,0

Tabela 9 - Distribuição da População Rastreada segundo o valor do Colesterol

PRESENÇA DE DIAGNÓSTICO DE HTA E/OU VALORES ELEVADOS DE TA	Frequência	%
SIM	116	36,8
NÃO	199	63,2
Total	315	100,0

Tabela 10 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico de HTA e/ou a presença de valores elevados de TA

PRESENÇA DE DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLÉMIA E/OU VALORES ELEVADOS DE COLESTEROL	Frequência	%
SIM	163	51,7
NÃO	149	47,3
Total	312	99,0
OMISSOS	3	1,0
Total	315	100,0

Tabela 11 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico de Hipercolesterolemia e/ou a presença de valores elevados de Colesterol

PRESENÇA DE DIAGNÓSTICO DE EXCESSO DE PESO E/OU VALORES DE EXCESSO DE PESO	Frequência	%
SIM	118	37,5
NÃO	190	60,3
Total	308	97,8
OMISSOS	7	2,2
Total	315	100,0

Tabela 12 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico De Excesso de Peso e/ou a presença de Excesso de Peso

PRESENÇA DE DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE E/OU VALORES DE OBESIDADE	Frequência	%
SIM	66	21,0
NÃO	241	76,5
Total	307	97,5
OMISSOS	8	2,5
Total	315	100,0

Tabela 13 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico De Obesidade e/ou a presença de Obesidade

PRESENÇA DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES E/OU VALORES \geq 200mg/dl de GLICÊMIA	Frequência	%
SIM	6	1,9
NÃO	309	98,1
Total	315	100,0

Tabela 14 - Distribuição da População Rastreada segundo o Diagnóstico De Diabetes e/ou a presença de valores \geq a 200 mg/dl de Glicemia

PRESENÇA DE TABAGISMO	Frequência	%
SIM	14	4,4
NÃO	301	95,6
Total	315	100,0

Tabela 15 - Distribuição da População Rastreada segundo a presença de Tabagismo

PRESENÇA DE ANTECEDENTES PISOAIS DE DOENÇA CARDIOVASCULAR	Frequência	%
SIM	5	1,6
NÃO	310	98,4
Total	315	100,0

Tabela 16 - Distribuição da População Rastreada segundo a presença de Antecedentes Pessoais de Doença Cardiovasculares

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA CARDIOVASCULAR	Frequência	%
SIM	70	22,2
NÃO	245	77,8
Total	315	100,0

Tabela 17 - Distribuição da População Rastreada segundo a presença de Antecedentes Familiares de Doença Cardiovascular

NÚMERO DE FATORES DE RISCO	Frequência	%
NENHUM	45	14,3
1 FATOR DE RISCO	78	24,8
2 FATORES DE RISCO	101	32,1
3 FATORES DE RISCO	72	22,9
4 OU MAIS FATORES DE RISCO	19	6,0
Total	315	100,0

Tabela 18 - Distribuição da População Rastreada segundo o número de fatores de risco

MEDICAÇÃO	Frequência	%
NÃO TOMA	219	69,5
HTA	52	16,5
HIPERCOLESTEROLÉMIA	19	6,0
HTA+HIPERCLESTEROLÉMIA	19	6,0
HTA+DIABETES	2	,6
HTA+DIABETES+HIPERCOLESTERO LÉMIA	4	1,3
Total	315	100,0

Tabela 19 - Distribuição da População Rastreada segundo a toma ou não de medicação para os fatores de risco cardiovasculares

RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
INFERIOR A 1% (Risco Baixo)	47	14,9
1% (Risco Moderado)	186	59,0
2% (Risco Moderado)	56	17,8
3% - 4% (Risco Moderado)	9	2,9
5% - 9% (Risco Alto)	3	1,0
10% - 14% (Risco Muito Alto)	10	3,2
SUPERIOR OU IGUAL A 15% (Risco Muito Alto)	1	,3
Total	312	99,0
OMISSOS	3	1,0
Total	315	100,0

Tabela 20 - Distribuição da População Rastreada segundo o Risco Cardiovascular apresentado (Tabela SCORE)

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	Frequência	%
RISCO BAIXO ACRESCIDO	169	53,7
RISCO MÉDIO	53	16,8
RISCO MODERADO ACRESCIDO	67	21,3
RISCO ALTO ACRESCIDO	18	5,7
RISCO MUITO ALTO ACRESCIDO	5	1,6
Total	312	99,0
Omissos	3	1,0
Total	315	100,0

Tabela 21 - Distribuição da População Rastreada segundo a Estratificação do Risco Cardiovascular

ENCAMINHAMENTO	Frequência	%
SIM	46	14,6
NÃO	269	85,4
Total	315	100,0

Tabela 22 - Distribuição da População Rastreada segundo a necessidade de encaminhamento para serviços médicos

	IDADE	TENSÃO ARTERIAL SISTOLICA	TENSÃO ARTERIAL DIASTOLICA	GLICEMIA	IMC	COLESTEROL
	315	315	315	312	301	295
MÉDIA	44,32	124,34	74,41	105,89	26,71	192,23

Tabela 23 - Média dos parâmetros avaliados

EMPRESA/ ENCAMINHAMENTO			
EMPRESA	ENCAMINHAMENTO		Total
	SIM	NÃO	
	0	1	1
CÂMARA MUNICIPAL	5	22	27
AVERM	12	87	99
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	3	26	29
MODELO	2	25	27
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIÇÃO SILVA	6	28	34
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	15	36	51
CARMIM	5	42	47
Total	48	267	315

Tabela 24 - Distribuição da População Rastreada segundo Número de Encaminhamentos efetuados por empresa

EMPRESA/ NÚMERO DE FATORES DE RISCO						
EMPRESA	NÚMERO DE FATORES DE RISCO					Total
	NENHUM	1 FATOR DE RISCO	2 FATORES DE RISCO	3 FATORES DE RISCO	4 OU MAIS FATORES DE RISCO	
CÂMARA MUNICIPAL	5	6	7	6	3	27
AVERM	11	19	37	22	10	99
ESCOLA SECUNDÁRIA CONDE DE MONSARAZ	2	10	10	7	0	29
MODELO	3	12	8	4	0	27
FUNDAÇÃO INÁCIA MARIA VOGADO PERDIÇÃO SILVA	9	9	8	8	0	34
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE REGUENGOS DE MONSARAZ	11	13	13	9	5	51
CARMIM	4	9	18	15	1	47
Total	45	78	101	72	19	315

Tabela 25 - Distribuição da população rastreada pelo número de fatores de risco que apresentam e por empresa

Dos 315 utentes rastreados 15,9% eram sexo masculino e 84,1% do sexo feminino. Quanto à idade esta foi dividida em grupos etários de acordo com a tabela de avaliação do risco cardiovascular SCORE. Assim 31,7% tem idades entre os 20 e os 39 anos, 34,3% tem idades entre os 40 e os 49 anos, 16,8 % tem idades entre os 50 e os 54 anos, 8,6% tem idades entres os 55 e os 59 anos e a mesma percentagem tem idades entre os 60 e os 64 anos. 23,5% da população apresentava valores tensionais elevados, 7% apresentavam hiperglicemia, 46,7% apresentavam valores de colesterol superiores aos valores de referência, 37,5% apresentava excesso de peso, 20,3% apresentava obesidade, 49,1% apresentava um perímetro abdominal de risco elevado e 4,4% da população é fumadora.

Cerca de 24,8% da população alvo apresenta 1 fator de risco, 32,1% apresenta 2 fatores de risco e 28,9% apresenta 3 ou mais fatores de risco. 24,4% da população toma

medicação para a tensão arterial sendo que grande parte da população que toma medicação está controlada. 19,3% da população toma medicação para o colesterol e 1,9% toma medicação para a diabetes. 22,2% da população tem algum familiar direto que já teve algum evento cardiovascular e 1,6% dos utentes já tiveram patologia cardiovascular. Perante uma população com elevada percentagem de hipertensão arterial e hipercolesterolemia, durante os rastreios foram realizados ensinamentos de forma informal aos utentes para sensibilizá-los para uma diminuição dos valores da tensão arterial e do colesterol. Assim dos utentes rastreados e após o cálculo do risco cardiovascular global através da tabela SCORE 14,9% apresentavam risco cardiovascular baixo, 79,8% apresentavam risco cardiovascular moderado, 1% apresentavam risco cardiovascular alto e 3,5% apresentavam risco cardiovascular muito alto. Os utentes que apresentavam risco cardiovascular alto e muito alto foram encaminhados para consulta de vigilância com o seu médico assistente.

Em seguida e anexo ao planeamento do rastreio encontramos o cartaz de divulgação, a folha de registos, o cartão de registos e algumas fotografias.

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

REGUENGOS DE MONSARAZ

MAIS SAUDÁVEL

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

RASTREIOS

- TENSÃO ARTERIAL
 - COLESTEROL
 - GLICÉMIA
 - PESO
 - ALTURA
 - PERÍMETRO ABDOMINAL
-
- CÁLCULO DO RISCO CARDIOVASCULAR

GLOBAL

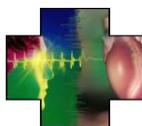


Unidade de Cuidados na Comunidade

Reguengos de Monsaraz/Mourão

CARTÃO DE REGISTOS

Reguengos de Monsaraz



Saudável

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES

DATA ____ / ____ / ____

NOME

TENSÃO ARTERIAL ____ / ____ mmhg

GLICÉMIA ____ mg/dl

COLESTEROL ____ mg/dl

PESO ____ Kg

ALTURA ____ cm

PERÍMETRO ABDOMINAL ____ cm

ENCAMINHAMENTO MÉDICO:

SIM ____ NÃO ____

FOTOGRAFIAS DOS RASTREIOS



Anexo XVII

(Tabela de Início de Terapêutica Hipertensiva – adaptada das Recomendações da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose)

INÍCIO DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA ANTI-HIPERTENSORA					
Outros factores de risco, lesão subclínica, ou doença OA	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alto PAS 130-139 ou PAD 85-89	HT Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HT Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HT Grau 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem outros Factores de Risco	Sem intervenção	Sem intervenção	Estilos de vida por vários meses e fármacos só se PA não controlada	Estilos de vida por várias semanas e fármacos só se PA não controlada	Estilos de vida + fármacos de imediato
1-2 Factores de Risco	Medidas de modificação dos estilos de vida	Medidas de modificação dos estilos de vida	Estilos de vida por várias semanas e fármacos só se PA não controlada	Estilos de vida por várias semanas e fármacos só se PA não controlada	Estilos de vida + fármacos de imediato
3 ou mais factores de risco, SM, OA ou diabetes	Medidas de modificação dos estilos de vida	Estilos de vida e considerar fármaco	Modificação dos estilos de vida + fármacos	Modificação dos estilos de vida + fármacos	Estilos de vida + fármacos de imediato
Diabetes	Modificação dos estilos de vida	Estilos de vida + fármacos			
Doença renal ou CV estabelecida	Estilos de vida + fármacos	Estilos de vida + fármacos	Estilos de vida + fármacos de imediato	Estilos de vida + fármacos de imediato	Estilos de vida + fármacos de imediato

Anexo XVIII
(Orçamento do Projeto)

ORÇAMETO DO PROJETO

RECURSOS MATERIAIS	CUSTOS (cálculo do custo do material de consumo clínico baseado na informação do serviço de aprovisionamento do ACES)
- Papel para impressão	5 Resmas de papel = 2.99 € cada = 14,95 €
- Tonner para impressora	193,16 €
- Caixa de cartão para recolha de questionários	1,65 €
- Computador	500 €
- Projetor	430,5€
- Programa SPSS	2885 €
- Deslocações em carro para reuniões de apresentação do projeto.	0,36 €/ Km (tabela da Administração Regional de Saúde do Alentejo) =9,72 €
- Deslocações em carro para distribuição de questionários e recolha dos mesmos.	58,32 € (3 deslocações por empresa)
- Deslocação às empresas para apresentação do diagnóstico de saúde e marcação de sessões e rastreios.	9,72€
-Tiras reagentes para avaliação de glicémia capilar	203€ (350 tiras)
- Máquina para avaliação de glicémia	61,5€
- Tiras reagentes para avaliação de colesterol através de sangue capilar.	567€ (350 tiras)
- Máquina para avaliação de colesterol	56,52€
- Lancetas	45,06€
-Esfigmomanómetro	22,15€

-Estetoscópio	8,4€
-Balança	120€
-Estadiómetro	46,5€
- Fita métrica	1,08€
-Compressas	6,75 €
-Luvas (par)	0,64€x 350=140€
-Fita	10€
-Papel autocolante	25€
-Custo do tratamento de resíduos resultantes da avaliação do colesterol e glicémia (compressa, tira de glicémia e tira de colesterol- grupo de resíduos III).	0,332€x 350=116,2€
-Custo do tratamento de resíduos resultantes do uso de lancetas (grupo de resíduos IV).	0,190€x350=66,5€
-Custo do tratamento de resíduos resultantes do uso de um par de luvas descartáveis por utente rastreado (grupo de resíduos I e II).	0,175€ x350= 61,25
Deslocação às empresas para realização de sessões de educação para a saúde.	44,48€
Deslocação às empresas para realização de rastreios.	44,48€
Aluguer de sala para sessões de educação para a saúde e rastreios.	10€/h x 96h=960€
RECURSOS HUMANOS	CUSTOS Cálculos efectuados com base nas tabelas salariais em vigor)
- Horas Médicas (2h Cardiologia e 1h Medicina Geral e Familiar) para observação de questionário.	49,47 € (3h)
- Horas de Enfermagem para observação de questionário (3 enfermeiras de saúde comunitária)	39 € (3h)

- Horas de Enfermagem para realização de reuniões para apresentação do projeto e reuniões para apresentação do diagnóstico de saúde.	104,38 € (1h por reunião)
- Horas de Enfermagem realização de questionário.	32,68 € (4h)
- Horas de Enfermagem para entrega e recolha de questionários.	171,57 € (21h)
- Horas de Enfermagem para análise dos dados.	490 € (60h)
- Horas de Enfermagem para preparação das sessões.	32,68€ (4h)
- Horas de Enfermagem para apresentação das sessões.	16hx2 sessões =261,44€
- Horas de Enfermagem para realização de rastreios.	261,44€ (32h)
- Horas de colaboradores para realização de fotocópias.	49,52 € (8h)
- Horas de colaboradores para entrega de questionários.	17,14 € (2h)
- Professores de ginástica	25,71€ (3h)
- Caminheiros	51,42€ (6h)
TOTAL	8295,46€

Anexo XIX
(Cronograma)

Anexo XX

(Agradecimento da Santa Casa da Misericórdia)

Lar de Idosos e C.A.O

Apostam numa forma de vida saudável e positiva

No Lar de Idosos e Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia a nossa preocupação central é sempre o bem-estar dos nossos idosos, para que vivam a Terceira Idade de uma forma saudável e positiva. Mas para que esse objetivo seja cumprido, também as colaboradoras que cuidam dos idosos são alvo de cuidados, sempre com a finalidade de pudermos aumentar a qualidade de vida daqueles que dependem de nós.

Assim, e com a colaboração do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz, realizou-se um rastreio sobre as doenças cardiovasculares dirigido à Equipa de Trabalho do Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário. Assistimos a uma sensibilização sobre a alimentação saudável, sobre os sintomas do enfarte de miocárdio e do AVC, com consequentes procedimentos que deverão ser tomados nestes casos.

Seguidamente houve lugar para avaliações de tensão arterial, glicemias, peso e altura, determinando assim o risco destas doenças, que afectam cada vez mais a população portuguesa. Sabemos que só com a saúde e união da nossa equipa de colaboradoras podemos fazer um bom trabalho com os nossos idosos e suas famílias, pelo que também deixamos aqui



uma palavra de agradecimento e carinho a todos os que colaboram ou já colaboraram para o sucesso da nossa área da Terceira Idade. E ainda o nosso muito obrigado à Unidade de Cuidados na Comunidade de Reguengos de Monsaraz que nos proporcionou esta tarde de sensibilização para a saúde.



Realizou-se no dia 4 de abril no Centro de Actividades Ocupacionais (C.A.O.) uma sessão de esclarecimento conduzida pelas enfermeiras Susana Capucho,

Fátima Pires e Perpétua Serrano, sobre a Prevenção das Doenças Cardiovasculares.

A sessão que decorreu das 14h às 16h contou com a presença de colaboradores desta Resposta Social.

Num primeiro momento visionaram-se dois documentários sobre: Sinais de alarme de AVC e Enfarte e, - Alimentação Saudável -, após os quais houve um

pequeno debate com o objectivo de responder a questões que os mesmos tivessem suscitado e/ou questões afins.

Num segundo momento procedeu-se à medição de tensão arterial, glicémia, colesterol, peso, altura e perímetro abdominal de cada um dos presentes, o que permitiu traçar o seu perfil risco ou não.

Por fim os perfis foram analisados pelas técnicas de saúde e feito o aconselhamento adequado, inclusive o encaminhamento médico.

