



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PRATA DA CASA

**Projeto de Intervenção em Estilos de Vida Saudáveis no
Local de Trabalho**

**TRABALHO DE PROJETO REALIZADO NO ÂMBITO DO
I MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA,
ORIENTADO PELA PROFESSORA HELENA MARIA
GUERREIRO JOSÉ**

AUTOR
CÍNTIA SANTOS REIS

Beja / 2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PRATA DA CASA

Projeto de Intervenção em Estilos de Vida Saudáveis no Local de Trabalho

**TRABALHO DE PROJETO REALIZADO NO ÂMBITO DO
I Mestrado em Enfermagem Comunitária,
orientado pela Professora Helena Maria
Guerreiro José**

AUTOR

CÍNTIA SANTOS REIS

Beja / 2012

"Os pequenos atos que se executam são melhores que todos aqueles grandes que se planejam."

George Marshall

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que diariamente trabalham na prestação de cuidados de saúde e também a todos, que de uma forma ou de outra, asseguram todos os serviços de apoio necessários, para que seja possível a prestação de um serviço de excelência, a todos os utentes abrangidos. Este é um projeto de e para a **Prata da Casa** da ARS Algarve, IP.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à orientadora, a professora Helena José, pelo auxílio prestado na elaboração do projeto. Gostaria também de enaltecer todo o apoio e incentivo, dado pela professora Manuela Sousa, ao longo da elaboração deste projeto, e que foi essencial para conseguir atingir os objetivos a que me propus.

Queria também agradecer ao Dr. José Carvalho, à Dra. Maria José e à D. Manuela, elementos da equipa de Saúde Ocupacional da ARS Algarve, IP., que estiveram sempre presentes, nos momentos de maior dúvida, dando o reforço necessário para que prosseguisse com o trabalho desenvolvido no âmbito do projeto.

Um agradecimento aos funcionários da Unidade Funcional de Olhão, pela simpatia e disponibilidade demonstrada, e também para o Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP., que me permitiram a utilização dos dados recolhidos, na elaboração deste projeto.

Queria também aproveitar para enaltecer toda a disponibilidade, apoio e paciência da minha colega de estudo, a Cidália Palma.

Por último, gostaria de agradecer a quatro pessoas que desempenharam um papel fundamental e imprescindível e sem as quais não teria, certamente, conseguido terminar este projeto.

Em primeiro, as minhas filhas, a Laura e a Rita, por toda a paciência que demonstraram nos momentos de maior carga de trabalho e indisponibilidade da minha parte, prescindindo do tempo útil que qualquer criança deve passar com a sua mãe, para que esta pudesse atingir com sucesso os seus objetivos.

Em segundo lugar, ao meu marido, o Adriano, que esteve sempre comigo, desde o primeiro ao último momento, e que me deu o apoio, o incentivo e a força anímica necessária nos momentos chave. Sem ele teria sido impossível.

Por último, gostaria de agradecer à minha sogra, que foi incansável no apoio prestado. Foi o meu braço direito e esquerdo, substituindo-me sempre que necessário, nas tarefas domésticas, proporcionando-me tempo extra para dedicar a este projeto.

A todos o meu muito e sentido obrigado.

RESUMO

Este projeto surge com o objetivo de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis aos funcionários afetos à saúde.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal, com abordagem quantitativa realizada à comunidade de funcionários da Unidade Funcional de Olhão da ARS Algarve, IP.. Integraram a amostra cento e vinte e três funcionários que foram sujeitos aos exames de Medicina no Trabalho, no Serviço de Saúde Ocupacional da ARS Algarve IP. e que pertenciam a esta Unidade Funcional. Em termos de procedimentos técnicos, a coleta de dados foi realizada com o auxílio de um formulário, utilizado nos exames de medicina no trabalho e analisados no Microsoft Office Excel 2007. Foi salvaguardada a confidencialidade e anonimato dos dados, em que a resposta às questões foi voluntária e os participantes foram informados do diagnóstico/projeto em curso, de acordo com a Declaração de Helsinque.

Identificaram-se como fatores de risco o elevado índice de massa corporal e perímetro de cintura, a elevada pressão arterial e baixa prática de atividade física.

Com os dados obtidos, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, justifica-se a intervenção nesta comunidade, através de projetos de promoção de saúde em comportamentos e estilos de vida saudáveis.

O projeto **Prata da Casa** surge como projeto de intervenção para promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, no contexto do local de trabalho, com o recurso à formação inicial de uma equipa multidisciplinar, da própria Unidade Funcional de Saúde, através da promoção da prática de atividade física, regimes alimentares mais saudáveis, promoção da cessação tabágica, gestão do stress, entre outras estratégias ligadas aos estilos de vida, de forma a permitir o desenvolvimento de uma cultura salutogénica, incrementar a qualidade de vida e bem-estar dos funcionários e satisfação profissional dos mesmos.

Descritores: promoção da saúde, estilos de vida saudáveis, local de trabalho.

ABSTRACT

This project comes with the objective of promoting behaviors and healthy lifestyles to employees related to health.

This is a descriptive, cross-sectional quantitative approach taken to the community officials Functional Unit of ARS Algarve Olhão, IP.. The one hundred and twenty three employees who were subject to the tests of Occupational Medicine, Occupational Health Service in the IP ARS Algarve and who belonged to this Functional Unit integrated the sample. In terms of technical procedures, data collection was performed with the aid of a form used in medical tests at work and analyzed in Microsoft Office Excel 2007. It safeguarded the confidentiality and anonymity of the data, where the response to the questions was voluntary and participants were informed of the diagnosis / project ongoing, according to the Declaration of Helsinki.

Elevated body mass index and waist circumference, high blood pressure and low physical activity were identified as risk factors.

With the data obtained, in accordance with national and international guidelines, intervention is justified in this community, through projects in health promotion behaviors and healthy lifestyles.

The "Silver House", appears as an intervention project, promoting behaviors and healthy lifestyles in workplace context, with recourse to the initial formation of a multidisciplinary team of Functional Health Unit itself by promoting of physical activity, healthier diets, promoting smoking cessation, stress management, among other strategies linked to lifestyles, to allow the development of a salutary culture, increase quality of life and wellbeing of employees and job satisfaction thereof.

Keywords: health promotion, healthy lifestyles, workplace.

ÍNDICE

0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	13
1 - <u>PRATA DA CASA” – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NO LOCAL DE TRABALHO</u>	15
1.1 - <u>PROBLEMÁTICA /JUSTIFICAÇÃO</u>	15
1.2 - <u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	17
2 - <u>OPÇÕES METODOLÓGICAS</u>	32
2.1 - <u>DIAGNÓSTICO DE SAUDE/JUSTIFICAÇÃO</u>	32
2.2 - <u>DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES</u>	46
2.3 - <u>SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS</u>	49
2.3.1 - <u>Estratégia de Intervenção</u>	49
2.4 - <u>OBJETIVOS, INDICADORES E METAS</u>	51
2.5 - <u>IDENTIFICAÇÃO DOS STAKEHOLDERS</u>	52
3 - <u>ACTIVIDADES</u>	53
3.1 - <u>CRONOGRAMA DO PLANO DE ATIVIDADES</u>	55
4 - <u>ESTRUTURA DO PROJECTO (WBS)</u>	56
5 - <u>ESTIMATIVAS DE CUSTOS</u>	57
6 - <u>ASPETOS ÉTICOS</u>	58
7 - <u>AVALIAÇÃO DO PROJETO</u>	58
8 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	60
9 - <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	62
<u>ANEXOS</u>	67
ANEXO I	1
ANEXO II	3
ANEXO III	7
ANEXO IV	9

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos funcionários por género	33
Tabela 2 - Distribuição dos funcionários por faixa etária	34
Tabela 3 - Distribuição dos funcionários por categoria profissional.....	34
Tabela 4 – Distribuição dos funcionários pelas habilitações literárias	35
Tabela 5 – Distribuição dos funcionários pela classificação de IMC segundo a OMS.....	36
Tabela 6 – Distribuição dos funcionários do género masculino pela classificação do perímetro cintura	37
Tabela 7 – Distribuição dos funcionários do género feminino pela classificação do perímetro da cintura	37
Tabela 8 – Distribuição dos funcionários pela classificação da pressão arterial segundo Sociedade Europeia de Hipertensão (2003).....	38
Tabela 9 – Distribuição dos funcionários por hábitos de consumo de bebidas alcoólicas	39
Tabela 10 – Distribuição dos funcionários com hábitos de consumo de bebidas alcoólicas por tipo de consumo	39
Tabela 11 – Distribuição dos funcionários por hábitos tabágicos	40
Tabela 12 – Distribuição dos funcionários ex-fumadores pelo nº de anos de cessação	41
Tabela 13 – Distribuição dos funcionários pelo nº de anos de consumo	41
Tabela 14 – Distribuição dos funcionários pela prática de actividade física	42
Tabela 15 - Distribuição dos funcionários pelos hábitos alimentares	43
Tabela 16 – Distribuição dos funcionários de acordo com o estado vacinal acerca da vacina bivalente contra o tétano e difteria.....	43
Tabela 17 – Distribuição dos funcionários de acordo com o estado vacinal acerca da vacina contra a hepatite B.....	44
Tabela 18 - Distribuição dos funcionários com a vacina anti-hepatite B incompleta por categoria profissional.....	44
Tabela 19 - Distribuição dos funcionários não vacinados com vacina anti-hepatite B por categoria profissional.....	45
Tabela 20 – Distribuição dos funcionários de acordo com a sua situação relativamente ao sarampo	45
Tabela 21 – Distribuição dos funcionários de acordo com o estado vacinal acerca da vacina VASPR.....	46
Tabela 22 - Indicadores de Execução	51

Tabela 23 - Indicadores de resultado.....	52
Tabela 24 – Cronograma de atividades.....	55
Tabela 25 – Estimativa de Custos com recursos humanos	57
Tabela 26 – Estimativa de custos com recursos materiais.....	57
Tabela 27 – Estimativa total de custos com o projeto.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo dos determinantes em saúde.....	21
Figura 2 - Estrutura do projeto (WBS).....	56

SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

AF – Atividade física

ARS – Administração Regional do Algarve

DGS – Direção Geral de Saúde

DNT – Doenças não transmissíveis

EU - OSHA – Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho

IMC – Índice de massa corporal

IP – Instituição Pública

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Perímetro de cintura

PNSOC – Programa Nacional de Saúde Ocupacional

PSLT - Promoção da Saúde no Local de Trabalho

ROI - *Return on Investment*

TA – Tensão Arterial

Td – Tétano-difteria

VAS – Vacina anti-sarampo

VASPR – Vacina anti-sarampo, Papeira e Rubéola

VHB – Vacina da Hepatite b

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UE – União Europeia

USP – Unidade de Saúde Pública

0 - INTRODUÇÃO

Os princípios da promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, remetem-nos para a saúde enquanto bem público e de índole fundamental para o desenvolvimento social e económico, e reforça ainda que a saúde é criada e vivida pelas populações, nos diferentes contextos da sua vida diária, nomeadamente, nos locais onde se trabalha, onde se aprende, onde se brinca e onde se ama (Carta de Ottawa, 1986).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária para além de ter a responsabilidade de identificar as necessidades de indivíduos/família/grupo, que constituem uma determinada comunidade, deverá ter um conhecimento profundo acerca dos problemas reais de saúde dos mesmos e intervir de forma adequada, contribuindo para o processo de capacitação, promovendo assim ganhos efetivos em saúde. (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Um dos grandes problemas de Saúde Pública no nosso século, com os quais os Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária se deparam diariamente, está relacionado com os determinantes em saúde, que dizem diretamente respeito aos estilos de vida, nomeadamente a obesidade, o sedentarismo, a ingestão de álcool e de tabaco, e o stress, em fase produtiva de suas vidas.

Com as constantes mutações a nível socioeconómico, as pessoas adotaram estilos de vida pouco equilibrados, geradores de stress, em que já não são adotados conceitos fundamentais, como a alimentação saudável, a prática de atividade física e a promoção do bem-estar em tempos livres.

A questão fundamental que queremos abordar, enquanto Enfermeiros Especialistas na comunidade e para a comunidade, é como e onde devemos intervir numa comunidade em fase ativa e que precisa de ser capacitada e ponderada para se tornar competente na determinação da sua saúde (WHO, 2005).

Como Enfermeira Especialista e elemento integrante da equipa do Serviço de Saúde Ocupacional, da ARS Algarve, IP, tenho vindo a incrementar com o exercício profissional na área da Saúde Ocupacional, o nível de conhecimentos acerca da comunidade que servimos e o contexto laboral onde estão inseridos, e reconheço em pleno, o local de trabalho enquanto elemento estratégico na abordagem em promoção da saúde e capacitação das próprias comunidades, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis.

O local de trabalho, enquanto ambiente favorável à saúde e facilitador de opções saudáveis, é extremamente reconhecido, quer a nível das políticas e programas nacionais como internacionais.

A saúde não se pode isolar de outros interesses (WHO, 1986). A integração da promoção da saúde no local de trabalho, neste caso em concreto uma Unidade Funcional de Saúde, vai produzir outros ganhos para além dos que dizem diretamente respeito ao indivíduo/família e comunidade de funcionários, que aí exercem as suas funções, mas também para a instituição, neste caso ARS Algarve, IP., com a redução do absentismo e aumento da produtividade.

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional refere que a Saúde Ocupacional é “uma importante área de Saúde Pública, que tem como objetivos estratégicos não só assegurar a saúde dos trabalhadores, mas também contribuir positivamente para a sua motivação e realização profissional” (DGS, 2009, p.4). E estes efeitos positivos, segundo a Estratégia Comunitária para a Saúde e a Segurança no Trabalho 2007-2012, podem ser potenciados se os trabalhadores em ambientes saudáveis forem incentivados a adotar estilos de vida saudáveis (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

As atividades desenvolvidas pelo Serviço de Saúde Ocupacional, da ARS Algarve, IP. permitiu-nos a realização de um diagnóstico da comunidade de funcionários da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, a exercer funções na Unidade Funcional de Olhão. Os dados obtidos, revelaram fatores de risco, como elevado índice de massa corporal e perímetro de cintura, elevada pressão arterial e baixa prática de atividade física. Desta forma, achamos imperativo delinear estratégias locais, enquanto projeto-piloto da região, adaptado às necessidades identificadas.

Este projeto **Prata da Casa**, surge como estratégia de intervenção local em ambiente específico - o local de trabalho, cuja abordagem multidisciplinar será feita com os recursos humanos presentes nesta Unidade Funcional de Saúde, de forma a promover mudanças positivas nos comportamentos e estilos de vida desta comunidade de profissionais, para além, da criação de uma cultura de saúde na comunidade de funcionários, que são uma população por excelência, promotores da saúde para a população em geral.

No planeamento deste projeto foi tido em conta como linhas orientadoras, as estratégias e diretrizes nacionais e internacionais, que nos remetem para os Estilos de Vida e Saúde Ocupacional, nomeadamente, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionadas com os Estilos de Vida (2003), Programa Nacional de

Saúde Ocupacional 2009-2012, Programa Nacional combate à Obesidade (2005), Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), Programa Nacional de Saúde 2012-2016, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2003), Plano de Ação Global em Saúde dos Trabalhadores 2008-2017, Estratégia Comunitária para a Saúde e a Segurança no Trabalho 2007-2012, Estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade (2007) e o diagnóstico realizado à comunidade de funcionários.

Estruturalmente o trabalho encontra-se essencialmente em três grandes capítulos. O primeiro capítulo remete-nos para a problemática e fundamentação; segundo capítulo, as opções metodológicas, em se encontra contemplado o diagnóstico da comunidade, a definição de prioridades, estratégias, objetivos, *stakeholders* e atividades; no terceiro capítulo diz respeito estrutura do projeto, limitações, aspetos éticos, avaliação e considerações finais.

1 - PRATA DA CASA” – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NO LOCAL DE TRABALHO

1.1 - PROBLEMÁTICA /JUSTIFICAÇÃO

Os aspetos relacionados com a segurança e bem-estar dos trabalhadores têm sido preocupações que se assumem como vitais para milhões de profissionais e que se estendem para além do contexto indivíduo/família, na medida em que são aspetos que se refletem na produtividade, competitividade e sustentabilidade das comunidades e empresas, e consequentemente nas economias, sejam elas regionais ou nacionais (OMS, 2010).

Os trabalhadores representam metade da população mundial e são os principais contribuintes e motores do desenvolvimento socioeconómico dos países em que a sua saúde não é somente determinada pelos perigos no local de trabalho, mas igualmente por fatores sociais e individuais e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2007).

As principais causas de morte, segundo Relatório Global sobre o Estado de Saúde da União Europeia para as pessoas em fase ativa, são as doenças cardiovasculares, cancro,

acidentes e envenenamento. Reporta-nos ainda, que o excesso de peso e obesidade é responsável pela morte de 1 milhão de pessoas na União Europeia e a principal causa de aumento da hipertensão, dislipidemia e da diabetes (EUGLOREH, 2007).

As doenças crónicas não transmissíveis têm como principal responsável os comportamentos e estilos de vida individuais, nomeadamente a alimentação, atividade física, tabaco, álcool, drogas ilícitas e comportamento sexual. (DGS, 2003).

Como os determinantes em saúde são multidimensionais, os estilos de vida deverão ser abordados tendo em consideração o comportamento individual, o contexto físico e o contexto económico e cultural (ARS Algarve, 2011).

Deste modo, trata-se de um verdadeiro desafio o delinear de estratégias comunitárias locais inovadores e exequíveis, enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, para a capacitação dos indivíduos/comunidades na fase produtiva, de forma, a promover a adoção de comportamentos saudáveis, através da criação de contextos favoráveis à sua saúde.

O local de trabalho, segundo a Estratégia Comunitária para a Segurança no Trabalho 2007-2012, “constitui um enquadramento especialmente adequado à adoção de medidas de prevenção dos riscos e de atividades de promoção da saúde” (Comissão das Comunidades Europeias, 2007, p.3), garantindo o bem-estar no trabalho, otimizando a capacidade de trabalho e prevenir o abandono precoce da vida ativa.

O contexto laboral é regido pelos princípios da saúde ocupacional, que engloba a totalidade das intervenções que visam a proteção e promoção de saúde dos trabalhadores e está inserido no Programa Nacional de Saúde Ocupacional (2009-2012) e Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012 com enquadramento legal específico (Lei 59/2008 e Lei 102/2009) e está implementado nas cinco ARSs (DGS, 2012).

A criação do Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012, possibilitou uma melhor orientação para as Administrações Regionais de Saúde, operacionalizarem a nível local e a nível regional, os seus Programas Regionais de Saúde Ocupacional, que abrangem os funcionários afetos à saúde. Na Administração Regional do Algarve, IP, apesar do Serviço de Saúde Ocupacional já existir desde 2005, o Programa Regional entrou em vigor a 2011 e estende-se o presente, até 2016.

O projeto **Prata da Casa** surge no âmbito do Serviço de Saúde Ocupacional da ARS Algarve, IP., em resposta às necessidades identificadas ao bem mais precioso de qualquer instituição, os seus funcionários, uma vez que os mesmos têm um papel fundamental na Administração Regional de Saúde, no desenvolvimento de estratégias regionais e locais para promoverem ganhos em saúde para a população em geral.

Pretendíamos com a nossa intervenção que este local de trabalho, que são os serviços de saúde, no qual se promove de modo sistemático a saúde de todos os cidadãos/comunidade em geral, que os funcionários adotassem uma cultura salutogénica multidisciplinar, pois se cada um na sua profissão cultivar uma dinâmica holística e salutogénica da saúde terá impacto na saúde em geral, no bem-estar individual e da comunidade onde se encontra inserido, como é referido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012).

Neste caso concreto, a estratégia adotada promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis, os ganhos em saúde esperados a médio prazo, serão a redução das doenças crónicas e restantes custos individuais e sociais que lhe estão associados (DGS, 2003). E comitadamente, possibilite a construção de uma nova representação social dos profissionais afetos à saúde e servisse de modelo e empoderamento para a população/comunidade em geral.

Delineamos como objetivo geral promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos funcionários que pertencem à Unidade Funcional de Olhão. E como objetivo específico aumentar em 30% o valor médio encontrado na aplicação do Questionário “Estilo de Vida Fantástico” da nossa comunidade de funcionários nos próximos seis meses.

1.2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Saúde/Promoção da Saúde

Segundo a Direção Geral de Saúde “A saúde e bem-estar resultam de ações e oportunidades que promovem e que previnem a doença e as suas complicações, ao longo do ciclo da vida, nos contextos em que esta está a decorrer” (DGS, 2012,p.2/26). E refere ainda, que a saúde não se acumula, mas resulta de tudo o indivíduo teve oportunidade de vivenciar,

tal como, a promoção da saúde, como adoção de comportamentos saudáveis, como prevenção da doença e suas respectivas complicações (DGS, 2012).

A promoção da saúde, foi definida pela Carta de Ottawa, como um processo que tem como objetivo o capacitar quer os indivíduos quer as comunidades propriamente ditas, no sentido de controlarem a saúde, para que desta forma, a possam otimizar. Para que consigam ficar num estado de pleno bem-estar físico, mental e social, os indivíduos/comunidade devem ter competências para identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e produzir modificações em si para que se consiga adaptar ao meio. A *Saúde* deve ser interpretada e reconhecida para a vida como recurso, e não como uma finalidade para a mesma (WHO,1986).

E reforçou que, a condição primordial, para agirmos de modo informado e consciente sobre os fatores determinantes da saúde, e proporcionar mais saúde e bem-estar, é através do empoderamento dos indivíduos e comunidades e promoção da literacia em saúde (WHO,1986).

A Declaração de Jacarta vem reforçar que a promoção da saúde se trata de um investimento essencial para o século XXI e que tem como principais prioridades, o promover da responsabilidade social respeitante à saúde, reforçar os investimentos em saúde para a promover progressão em saúde, consolidar e expandir as parcerias intersectoriais, incrementar a capacitação das comunidades e seus indivíduos e garantir uma plataforma na saúde (WHO,1997).

Remete-nos para o facto de que a promoção da saúde, **por e com** as pessoas, incrementa quer a capacidade de agir dos indivíduos, como capacita as comunidades para influenciarem os determinantes da saúde; para a capacitação de comunidades é imperativo a educação, formação para liderar e acesso aos recursos e para a capacitação individual é essencial o acesso ao processo de decisão, e demanda a aquisição de competências e conhecimentos essenciais para que se proceda a uma mudança efetiva (WHO,1997).

Revela-nos que os ambientes favoráveis à saúde, constituem a base organizacional da plataforma indispensável à promoção da saúde e que a documentação de experiências, deve ser melhorada através da investigação e relatórios, de modo a incrementar um melhoramento no planeamento, implementação e a avaliação (WHO,1997).

Modelo Salutogénico

O paradigma salutogénico de Antonovski veio dar um novo contributo à promoção da saúde, com uma nova metodologia de intervenção que tem como objetivo reforçar a capacidade do indivíduo, quando exposto a fatores de ordem psicossocial, para consiga gerir de modo salutar, desempenhando assim ação protetora de saúde mental e qualidade de vida. Surge com o conceito – sentido de coerência, que exprime uma característica intrínseca ao indivíduo, que difere de indivíduo para indivíduo, e traduz uma variante importante na capacidade de lidar com fatores geradores de stress (Nunes, L., s.d.).

Modelos Centrados no Empoderamento

A Organização Mundial de Saúde através das orientações emanadas pela Carta de Ottawa, tem desenvolvido desde então, o conceito empoderamento, enquanto ferramenta fundamental na dinamização da promoção da saúde.

A capacitação para saúde na área da promoção da saúde, trata-se de um processo mediante o qual as pessoas adquirem um maior controle sobre as suas tomadas de decisão e ações, concretamente ditas que determinam a sua saúde (WHO,1998).

O processo de empoderamento tem um só objetivo, que se traduz no capacitar as pessoas, de forma que consigam de forma autónoma, na sua tomada de decisão, aumentar o controlo sobre os determinantes da sua saúde, em prol de uma melhor saúde. E esta capacitação é um dos valores abraçados pelo Plano Nacional de Saúde em vigor, em que refere que esta capacitação do cidadão se traduz no promover e otimizar o potencial do indivíduo, organizações e comunidades, para promoverem a sua própria saúde e comitantemente a dos outros (DGS, 2012).

Existem fundamentalmente dois tipos de empoderamento, individual e comunitário. O empoderamento individual diz diretamente respeito à capacidade de tomada de decisões dos indivíduos, de modo, a terem domínio na sua própria vida. E o empoderamento comunitário, traduz-se na participação dos indivíduos enquanto unidade coletiva, que a para incrementarem a qualidade de vida na sua comunidade, exercem o seu poder e controle sobre os determinantes da saúde na comunidade onde estão inseridos (WHO,1998).

Laverack reforça ainda que o conceito de empoderamento comunitário deve ter a sua génese o seio da comunidade, e não é algo que possamos, de alguma forma, dar a um ou

facultar, a um grupo ou comunidade (Laverack, 2004). Refere ainda que, “o empoderamento comunitário inclui o empoderamento das pessoas (psicológico), o poder organizativo e grandes transformações sociais e políticas” (Laverack, 2004, p.59).

Modelo Triangular no Processo de Empoderamento

O Modelo Triangular para o Processo de Empoderamento, refere três pontos de vista relativamente à saúde, nomeadamente o ponto de vista dos indivíduos, do ponto de vista do sistema produtivo e do ponto de vista técnico. Relativamente ao ponto de vista dos indivíduos, a saúde poderá ser vista como qualidade, uma sensação, em que os indivíduos se sintam saudáveis. Do ponto de vista do produtivo, saúde é um valor que implica o uso ou consumo implica entrar em posse do valor consumido. Do ponto de vista técnico, pode ser vista como um tipo específico de poder, ao chamamos **poder de proporcionar saúde**, poder esse investido nos profissionais de saúde, prescrever saúde, através de comportamentos e estilos de vida saudáveis, produzir ações, que por sua vez, irão produzir efeitos de saúde nos indivíduos/populações (Lefèvre & Lefèvre, 2004) .

A interação destes três pontos de vista produzem vários cenários e chegaram à conclusão que o elo mais fraco é o individuo, portanto é o que necessita de maior empoderamento, mas faz a ressalva que o profissional de saúde também deveria ser empoderado para conseguir obter melhores resultados na sua ação (Lefèvre & Lefèvre, 2004).

Determinantes em saúde

Os determinantes em saúde constituem todos os fatores de índole pessoal, social, económicos e ambientais, que contribuem e determinam o estado individual e coletivo da saúde. A promoção da saúde tem como foco advogar todos os determinantes da saúde, potencialmente modificáveis, não só os comportamentos e estilos de vida, como as condições de trabalho e emprego, educação, status social, acessibilidade aos serviços de saúde adequados e ambientes físicos. Em conjunto, criam o impacto da saúde, através das condições de vida. O estado de saúde é determinado pela combinação dos estilos de vida e condições de vida (WHO,1998).

Estes determinantes encontram-se interligados e potenciam-se, permitindo deste modo ter o entendimento de como a saúde individual e das populações é influenciada pelas

intervenções políticas, como ilustra o Modelo de Dahlgren G, Whitehead M. (Figura 1) (DGS, 2012).

O primeiro nível diz respeito às intervenções para promover as condições socioeconómicas, culturais e ambientais; o segundo nível prevê medidas de melhoria das condições sociais e materiais de vida e de trabalho; terceiro nível pretende fortalecer o suporte social e comunitário, e o quarto nível visa influenciar os estilos de vida e atitudes do indivíduo. Deste modo, o modelo explica a influência intersectorial e enfatiza que a responsabilidade da promoção da saúde diz respeito a todos (DGS, 2012).



Figura 1 – Modelo dos determinantes em saúde

(Fonte: Perfil da ARS Algarve, IP., 2011, Modelo de Dahlgren e Whitehead 1991)

Reforçando o modelo anteriormente descrito, os determinantes socioeconómicos da saúde são os responsáveis pela inter-relação entre os comportamentos e estilos de vida dos indivíduos. As pessoas com menos educação, estatuto profissional e vencimento mais baixo tendem a morrer mais cedo, com maior número de problemas de saúde (Mackenbach, 2005 in WHO, 2009). Isto em parte, deve-se aos fatores de risco ambientais, psicossociais, materiais e comportamentais, a que as pessoas estão expostas desde que nascem (WHO, Regional Office for Europe, 2009).

A complexidade de fatores que envolve a díade comportamental, alimentação e estilo de vida da sociedade moderna, não depende estritamente do setor saúde, mas sim do meio ambiente, planeamento urbano e agricultura, entre outros setores, que em conjunto, podem funcionar como promotores de ambientes de suporte à saúde e intensificar ou não as oportunidades de promoção de saúde. (WHO Regional Office for Europe, 2009).

A Estratégia para a Europa, em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade, refere que “Os conhecimentos, as preferências e os comportamentos de um indivíduo, nomeadamente os relacionados com o estilo de vida e os hábitos alimentares, são moldados pelo ambiente que o rodeia”. (Comissão das Comunidades Europeias, 2007, p.6). Isto diz respeito ao tipo de informação a que temos acesso e ao enquadramento da mesma, que diverge por fatores culturais e meios de comunicação. (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Enquadramento dos determinantes relacionados com os estilos de vida

O Relatório Mundial de Saúde refere que o envelhecimento e a urbanização aumentaram o ritmo da transmissão de doenças transmissíveis e incrementaram o peso das doenças crónicas não transmissíveis (OMS, 2008), que constituem hoje, a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos (OMS, 2002).

A Direção Geral da Saúde, na Plataforma de Luta contra a Obesidade, refere que se estima que mais de 50% da população mundial será obesa em 2025, se não for feita qualquer intervenção. Desta forma, a obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia global do século XXI. Na União Europeia, a incidência e a prevalência da pré-obesidade e da obesidade têm vindo incrementar, e Portugal apresenta as mesmas tendências, constituindo um importante problema de saúde pública (DGS, 2012).

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, da Direção Geral da Saúde (2003), refere que estas doenças estão fundamentalmente ligadas aos estilos de vida individuais e que intervir nos mesmos, irá produzir ganhos significativos na redução da prevalência de doenças crónicas e reforça que os principais fatores implicados na sua origem são o consumo de tabaco, a obesidade, os erros alimentares, consumo excessivo de álcool, inatividade física e a não gestão adequada do stress (DGS, 2003).

As doenças cardiovasculares e a prevalência da hipertensão são elevadas. Assim sendo, para além de ser fundamental o controlo da pressão arterial, deve-se considerar a abordagem integrada de outros fatores cardiovasculares, como o tabagismo, a dislipidemia, a diabetes, o abuso de álcool, falta de exercício físico, obesidade e stress excessivo (DGS, 2006).

A população em risco, acrescido do desenvolvimento da diabetes, segundo o Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes, é a que apresenta excesso de peso e obesidade, obesidade central ou visceral (PC), vida sedentária, hipertensão arterial e dislipidemia (DGS, 2008).

A prática da atividade física na vida diária está a decrescer, a Europa torna-se mais urbanizada e as pessoas utilizam cada vez mais veículos motorizados. Os empregos tornaram-se cada vez mais sedentários, as tarefas são cada vez mais mecanizadas e até mesmo as atividades de lazer são promovidas através de atividades maioritariamente sedentárias (Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, 2006 in WHO Regional Office for Europe, 2009), e este facto, constitui um fator de risco para toda a diversidade de doenças não transmissíveis e contribui para o decréscimo na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (WHO Regional Office for Europe,).

O Relatório Europeu de Saúde (2005) refere que a diferença da carga da doença entre os diferentes países, nomeadamente doença isquémica coronária, transtornos depressivos, doenças cerebrovasculares, transtornos devido ao uso de álcool, doença pulmonar crónica e cancro deve-se apenas a sete fatores de risco. São eles o tabaco, álcool, pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso, reduzida ingestão de fruta e vegetais, e a inatividade física (WHO Regional Office for Europe, 2005).

Na maior parte dos países da região europeia, o principal fator de risco para a ocorrência de morte é a hipertensão arterial e para a ocorrência da doença é o tabaco. O consumo de álcool é o principal fator de risco de incapacidade e morte entre os jovens. (WHO, Regional Office for Europe, 2009).

O incremento dos níveis de excesso de peso e obesidade na população UE indicam um agravamento em regimes alimentares pouco adequados e diminuição da atividade física, prevendo-se o aumento da incidência futura de várias doenças crónicas, tais como doenças cardiovasculares, a hipertensão, a diabetes tipo 2, acidentes vasculares, certos tipos de cancro, perturbações músculo-esqueléticas e até uma série de doenças mentais. (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Posteriormente, o Relatório Europeu de Saúde de 2009, veio reforçar que os comportamentos e estilos de vida modernos continuam a ser os responsáveis pelo crescimento de doenças crónicas e doenças como obesidade, hipertensão e diabetes e acrescenta que só na Europa, 60% da carga da doença segundo a OMS deve-se aos sete estilos

de vida e fatores de risco, já referidos no Relatório de 2005 (WHO Regional Office for Europe, 2009).

A alimentação pouco saudável e falta de atividade física são os principais causadores de doenças evitáveis e morte prematura na Europa. Estima-se que a obesidade represente cerca de 7% dos custos em cuidados de saúde a nível europeu. Pelo que se pode afirmar, que traçar estratégias conducentes com a redução da obesidade e excesso de peso é importante para a saúde pública e para a redução de custos a longo prazo dos serviços de saúde, para além de permitir que os indivíduos vivam de modo produtivo durante um período mais longo (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A má nutrição é responsável por 5% do peso total da doença na região europeia. Na dieta dos adultos, o consumo de gordura recomendado é de 15 a 30%, e a proporção nos diferentes países varia entre os 30 a 40%. A ingestão do açúcar também é superior ao recomendado, 10% no total, sendo que a ingestão de bebidas adoçadas com açúcar (como refrigerantes) tem aumentado na última década na maioria dos países. Por outro lado, o consumo de fruta e de vegetais (abaixo do recomendado 400g por dia) e a ingestão de cereais integrais é padronizada no baixo consumo (1.8 – 2.4 g/MJ para homens e 2.0 – 2.8 g/MJ para mulheres), quando a ingestão recomendada é de 2.5 – 3.1 g/MJ. A dieta mediterrânica, que é a recomendada, com os alimentos vegetais, óleos vegetais e peixe, está gradualmente a decrescer entre os jovens. (WHO Regional Office for Europe, 2007).

Segundo a avaliação de desempenho, do sistema de saúde português de 2010, as taxas de obesidade têm vindo a incrementar para ambos os géneros e para todos os grupos etários, não tendo sido registado melhoria na taxa de tabagismo, uma vez que apesar do decréscimo registado entre o género masculino, o mesmo foi compensado por um aumento preocupante entre o género feminino (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Estratégias de intervenção nos determinantes relacionados com os estilos de vida

Todas as intervenções em estilos de vida saudáveis, quer a nível individual ou comunitário, deverão ter em consideração essencialmente três fatores. Em primeiro lugar, que o indivíduo é o responsável pelo seu estilo de vida e família, nomeadamente, pelos filhos, embora tenhamos de ter em conta o ambiente em que se encontra inserido. Em segundo lugar, que somente um indivíduo detentor de informação encontra-se capacitado para fazer as escolhas racionais. E em terceiro lugar, a importância da articulação com áreas distintas,

através de abordagens horizontais e paralelamente, com diferentes níveis de ação, com abordagens verticais, para que consigamos promover uma complementaridade, e consequentemente uma resposta precisa e adequada, no âmbito da promoção dos estilos de vida saudáveis (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

O promover a saúde, no excesso de peso e da obesidade, implica uma abordagem integrada da promoção de estilos de vida saudáveis e ações que intervenham no ambiente físico e nas desigualdades socioeconómicas (Comissão das Comunidades Europeias, 2005)

A Organização Mundial de Saúde refere que o cenário atual, de elevado número de fatores de risco, pode ser resolvido através de intervenções bem conhecidas, de forma a contrariar os fatores de risco e que,

“In general, the most appropriate public health interventions are multifactorial and comprehensive, address diverse aspects of a health problem and consider individuals in the context of their living, working and social circumstances” (WHO Regional Office for Europe, 2005, p.4).

O Livro Branco tem por objetivo propor estratégias a nível comunitário, para agir nos problemas que dizem respeito à nutrição e saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Reforça também o facto de que todas as intervenções, na sua base, deveriam abordar e minimizar os riscos relacionados com a saúde. As estratégias deveriam contribuir para a redução de dietas alimentares deficientes e promover a atividade física e não somente os riscos associados ao excesso de peso. Remete-nos ainda, para a importância da monitorização das intervenções, para verificar a sua eficácia e poder ajustar ou modificar as ações se for necessário (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Uma das estratégias comunitárias recomendada é a promoção da atividade física. A mesma reforça a ideia de que os estados membros e a União Europeia têm de tomar providências, através de ações dinâmicas, para reverter o decréscimo da prática de atividade física. Afirma ainda que “a tentativa de cada pessoa para encontrar maneiras de aumentar a atividade física na vida quotidiana deveria ser apoiada pelo desenvolvimento de um ambiente físico e social que fosse conducente a tal atividade” (Comissão das Comunidades Europeias, 2007, p.8).

O Livro Verde enaltece a importância da educação dos consumidores, relativamente ao tipo de alimentação que reduz o risco de doenças crónicas, as calorias que ingerimos e que gastamos, e a escolha de géneros alimentícios mais saudáveis. Esta é uma condição fundamental, para o sucesso de qualquer política relacionada com nutrição, seja ela de teor

nacional ou ao nível das comunidades. É imperativo que as mensagens, para além de serem consistentes, sejam também coerentes, claras e promovidas por diversos tipos de canais de comunicação (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

O Livro Branco evidencia igualmente a importância da leitura da rotulagem nutricional, enquanto elemento chave, na tomada de decisão de opções saudáveis na compra de géneros alimentícios e bebidas (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Outra das estratégias preconizadas é a intervenção ao nível de grupos e ambientes prioritários, que deveriam promover e minimizar as infraestruturas de saúde e riscos para a mesma, de forma a proporcionar à nossa população ativa mais saúde. Afirma ainda que, o incentivo à atividade física pode desempenhar um papel fulcral nas intervenções, as quais devemos adaptar a contextos locais específicos (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Ao nível de grupos e ambientes prioritários, a proposta passa igualmente por reforçar a formação dos profissionais de saúde, relativamente aos fatores de risco para a saúde que dizem respeito à alimentação e à prática do exercício físico. Deve ser dada especial atenção à prevenção através dos estilos de vida saudáveis (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

A ideia de integrar a prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade nos serviços de saúde, enquanto estratégia, é fortalecida pelo facto de os profissionais de saúde estarem numa posição privilegiada para ajudar os utentes a compreenderem as mudanças que deverão produzir, ao nível dos estilos de vida. (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

É ainda recomendado que haja investimento em estratégias de promoção da saúde a montante, sensíveis ao género de saúde, de forma a travar os fatores de risco de modo assertivo e contemplar os determinantes em saúde pública, a promoção da saúde e os programas de prevenção de doenças em vigor. E igualmente recomendada, a alfabetização da saúde, com maior literacia, tomada de decisão quer para o autocuidado como para a autogestão da doença crónica, através de uma estratégia reestruturada que permita um maior envolvimento por parte dos cidadãos e que permita ao indivíduo a tomada de decisão relativa à sua saúde feminino (WHO Regional Office for Europe, 2010).

A Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Português reforça que,

“Choices made by individuals, such as smoking or nutrition habits, level of physical activity, alcohol consumption and driving habits are predictors of future health status and health system performance in the future. Health promotion, public health policies attempt to promote disease prevention and healthier types of behavior.” (WHO Regional Office for Europe, 2010, p.27).

Contexto laboral enquanto contexto promotor de saúde

A Organização Mundial de Saúde refere que, para se ter uma visão integrada das necessidades e para ter oportunidade de intervir o mais precocemente possível, é primordial promover contextos saudáveis ao longo da vida, o que implica a promoção, a proteção, a manutenção, a reabilitação e o tratamento da doença (WHO, 2002 in DGS, 2012).

Reforça ainda, que os ambientes de suporte constituem ambientes de apoio para a saúde, pois oferecem proteção contra os fatores influenciadores de índole negativa para a saúde das pessoas e paralelamente permitem o desenvolvimento do potencial de cada indivíduo (WHO,1998).

A Conferência de Sundsvall, cuja temática foi a “Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde”, apelou a uma mobilização a nível mundial das pessoas, para que se empenhassem de forma ativa, em tornar os seus ambientes mais favoráveis à sua saúde, de forma a inverter a realidade. Estes ambientes constituem os locais de trabalho, locais onde se vive e passam os seus tempos livres (WHO,1991).

A Estratégia Mundial de Saúde Ocupacional, que emergiu da Assembleia Mundial de Saúde de 1995, menciona que os serviços de saúde ocupacional visam garantir a saúde, a segurança, a capacidade de trabalho e o bem-estar da população ativa. Alerta-nos ainda para o facto, do desenvolvimento socioeconómico global depender de uma força de trabalho saudável, produtiva e motivada. As práticas de saúde no trabalho constituem intervenções chave para um desenvolvimento sustentável (WHO, 1995).

Na Declaração Stresa foi referido que a proteção, a promoção da saúde e a segurança dos trabalhadores depara-se atualmente com novos padrões de emprego e condições de trabalho e que existe um crescente reconhecimento sobre a relação entre as condições de trabalho, a saúde e a produtividade. Reforça ainda, a existência de um aumento do risco de doenças, epidemias e pandemias. No enquadramento legislativo atual, e com a segurança ocupacional, estão disponíveis oportunidades para melhorar a saúde dos trabalhadores e promover uma cultura de saúde e segurança no trabalho (WHO, 2006).

Estes factos remetem para a importância das políticas nacionais e comunitárias, contribuir para a criação de ambientes de trabalho que permitam aos funcionários a sua participação de forma plena e produtiva na sua vida profissional até uma idade mais avançada, contribuindo assim, de forma preponderante, para a saúde global da população e

consequentemente para a saúde pública em geral (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

O envelhecimento da força de trabalho vai conduzir a uma sub-representação dos jovens e uma elevada representação dos mais velhos. Com este novo cenário, torna-se imperativo ajustar as condições de trabalho e recursos, aos trabalhadores mais velhos, para manter, promover a sua saúde e a capacidade de trabalho, por forma a responder às crescentes exigências de maior produtividade (WHO, 1995). Devido ao envelhecimento da população em geral, a percentagem dos trabalhadores mais velhos na UE irá aumentar nas próximas décadas, e irão representar cerca de 30%, em muitos países, da população ativa (EU-OSHA, 2008).

Por outro lado, devido às crescentes exigências a nível profissional, tais como pressão do tempo e elevada carga emocional em determinadas profissões, existe uma maior probabilidade desses trabalhadores apresentarem sintomas de stress e consequências adversas à saúde (WHO, 1995).

Um dos grandes problemas de saúde pública é o decréscimo da saúde mental, na nossa população em geral, o que constitui a quarta causa mais frequente de incapacidade de trabalho. Segundo a OMS, até 2020, a depressão pode assumir-se como a principal causa de incapacidade e que o local de trabalho assume-se com um elevado potencial para prevenir problemas de índole psicológica e promover a saúde mental da população trabalhadora (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Uma das linhas de orientação do Programa Nacional de Intervenção Integrada, sobre os determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, são as intervenções orientadas para as várias etapas do ciclo de vida e por género, para além de serem privilegiados os ambientes específicos, como escolas, locais de trabalho e comunidades locais. (DGS, 2003).

O Plano de Ação Global (2007) veio evidenciar que todos os trabalhadores deveriam usufruir de uma elevada saúde física e mental, e condições de trabalho favoráveis. Todo o sistema de saúde deveria, em conjunto, dar uma resposta integrada às necessidades específicas de saúde da população trabalhadora, no qual a prevenção primária deve ser a principal prioridade. O local de trabalho deveria ser entendido como um cenário de eleição para outras intervenções essenciais em saúde pública e para a promoção da saúde, propriamente dita (WHO, 2007).

É enaltecido ainda, pela Estratégia Comunitária de 2007-2012, que o local de trabalho constitui um enquadramento de excelência à adoção de medidas de prevenção dos riscos e de estratégias/atividades de promoção da saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Seja qual for a estratégia que cada entidade adote, no estimular do desenvolvimento de locais de trabalho saudáveis, é imperiosa a consulta e a participação dos trabalhadores e da entidade empregadora e que,

“Capacity should be built for the primary prevention of occupational hazards, illnesses and injuries, including the strengthening of human rights, methodological and technological resources, training of workers and employers, the introduction of healthy working practices and organization of work and a culture of health promotion in the workplace” (WHO, 2007, p.6)

A Organização Mundial de Saúde refere que a saúde ocupacional tem uma atividade preventiva, que consta na identificação, avaliação e controlo dos fatores de risco no local de trabalho, e é responsável pela promoção de ações competentes e eficazes para garantir que os trabalhadores e o ambiente de trabalho são saudáveis. Esta atividade de índole preventiva deve ser prestada por equipas de competência especializada, em saúde ocupacional, e com o real conhecimento das necessidades no terreno (WHO, 1995).

Menciona ainda, que é fundamental implementar o Plano de Ação Global (2007) para a Saúde dos Trabalhadores, aprovado na Assembleia Mundial de Saúde pela Organização Mundial de Saúde, reforçando o facto de ser uma verdadeira oportunidade de promovermos a proteção da saúde dos trabalhadores, dos riscos ocupacionais e comitantemente a promoção da saúde no local de trabalho (WHO, 2009).

Segundo a autora, a Saúde Ocupacional, para além de ter como objetivo intervir nos determinantes relacionados com o indivíduo, nomeadamente estilos de vida/comportamento, pretende igualmente intervir nos determinantes sociais e ambientais, nomeadamente físicos, tais como locais e condições de trabalho, na cultura organizacional e na promoção de boas relações interpessoais no trabalho.

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional, relativamente à função normativa na prevenção dos riscos profissionais, tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde, nas áreas consideradas como prioritárias pela Direção Geral da Saúde, nomeadamente prevenção de tabagismo, prevenção do consumo de substâncias psicoativas (incluindo as bebidas alcoólicas) e nutrição (DGS, 2009).

Um dos objetivos propostos é o desenvolvimento de práticas saudáveis e promoção sobre a sua saúde e segurança ocupacional. Este, remete-nos para a importância dos estilos de vida dos trabalhadores e para o impacto que estes produzem na saúde do mesmo, na segurança ocupacional e na sua capacidade de trabalho. Os programas dos serviços de saúde ocupacional devem contemplar a promoção da saúde, em estilos de vida saudáveis, que devem ser trabalhados com recurso às várias estratégias de intervenção (WHO, 1995).

O Livro Verde remete-nos para o local de trabalho, enquanto panorama com grande competência para promover opções alimentares salutaras e prática de atividade física. Os refeitórios e cantinas que disponibilizam opções alimentares saudáveis e os locais de trabalho que promovem ambientes facilitadores da prática de atividade física, como por exemplo, existência de balneários, podem dar um contributo muito significativo para a promoção da saúde no local de trabalho (Comissão das Comunidade Europeias, 2005), para além de promoverem maior qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores.

Por exemplo, os ambientes seguros para o ciclismo e para a realização de caminhadas podem proporcionar mais oportunidades de prática de exercício, e como parte integrante do dia-a-dia, os empregadores podem facilitar a prática da atividade física nos locais de trabalho. (WHO, 2009).

As empresas podem e devem apoiar o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis no local de trabalho, mediante a aplicação de medidas simples e economicamente eficazes, para incentivar os trabalhadores a terem estilos de vida mais saudáveis. As que investem em políticas ativas de prevenção obtêm resultados concretos como, redução dos custos decorrentes do absentismo, diminuição da rotação do pessoal, maior satisfação dos clientes, motivação acrescida, qualidade melhorada e imagem da empresa reforçada. De referir ainda, que a potenciação destes resultados é conseguida quando, em ambientes saudáveis, os trabalhadores são incentivados a adotar estilos de vida para melhorem o seu estado geral de saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2010) afirma que cada euro investido na Promoção da Saúde no Local de Trabalho representa um retorno de investimento (ROI) na ordem dos 2,5 e 4,8 euros, e que se encontram diretamente relacionados com a redução de custos associados ao absentismo (EU-OSHA Website, 2010).

Face a isto, a EU-OSHA elaborou o projeto “Promoção da Saúde no Local de Trabalho” (PLST), ao qual associou um conceito relacionado com uma melhor saúde, um decréscimo do

absentismo, aumento da motivação e produtividade. O mesmo, refere que a promoção da saúde no local de trabalho (PSLT) é um processo conjugado entre empregadores, funcionários e sociedade em geral, de forma a promover a saúde e bem-estar dos trabalhadores em contexto laboral. O seu objetivo é concretizado através de estratégias, tais como promover a participação ativa dos funcionários em todo o projeto, melhorar o ambiente e organização de trabalho, e a promoção do desenvolvimento pessoal, para além de facultar escolhas saudáveis (EU-OSHA, 2010).

A promoção de um estilo e qualidade de vida nas empresas é percecionado como um plano estratégico, e reforça que o capital humano é o principal responsável pelas diferenças nas empresas. Reforça ainda a importância da criação de ambientes saudáveis como parte integrante no proteger, no manter e no melhorar do estado de saúde dos trabalhadores, e que este suporte pode ser facultado, por intermédio de programas no ambiente de trabalho, como atividades físicas ou recreativas, que promovam igualmente o envolvimento enquanto comunidade e que potencie uma vida mais saudável e com muita energia (Ogata, 2011).

2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE/JUSTIFICAÇÃO

O planeamento em saúde é a forma racional de usar meios disponíveis para atingir saúde e bem-estar para as populações e requer o conhecimento das situações às quais se vai aplicar (Durán, 1989).

Só com a realização de diagnósticos (problemas, recursos, interações) é possível fixar objetivos operacionais pertinentes, exequíveis e mensuráveis, escolher as atividades e tecnologias adequadas à intervenção que nos propomos levar a efeito, calcular os recursos necessários à sua execução e prever as melhores formas de avaliação (Brissos, 2004).

Segundo o Regulamento nº.128/2011, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, para conhecer a complexidade de problemas de uma comunidade, utiliza o planeamento em saúde, no qual a primeira etapa é a elaboração do diagnóstico em saúde da comunidade, onde se define o perfil de saúde da comunidade estudada (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Durante as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Saúde Ocupacional, da ARS Algarve, IP., no âmbito dos exames de medicina no trabalho, entre os meses de março e abril de 2012, foram recolhidos os dados por meio da entrevista semiestruturada, recorrendo ao auxílio de um formulário (Anexo II), aos funcionários que estão a desempenhar funções na Unidade Funcional de Olhão, do ACES Central. Os dados foram inseridos e analisados no Microsoft Office Excel 2007. De referir que a utilização dos dados recolhidos foi devidamente autorizada pelo Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP. , (Anexo I).

Em termos metodológicos, tratou-se de uma estudo descritivo e transversal, pois o objetivo era a descrição exata de determinadas características dos funcionários e a colheita de dados foi efetuada num só momento, com abordagem quantitativa. Foi salvaguardada a confidencialidade e anonimato dos dados, em que a resposta às questões foi voluntária e os participantes foram informados do diagnóstico/projeto em curso, de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estes dados permitiram a realização do diagnóstico da nossa comunidade de profissionais afetos à saúde, relativamente aos aspetos sociodemográficos, índice de massa corporal/perímetro de cintura/valores da pressão arterial, determinantes relacionados com o

estilo de vida, tais como hábitos de consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, atividade física e alimentação, e estado vacinal acerca da vacina antitetânica, anti-hepatite B e sarampo.

Aspetos sociodemográficos

A Unidade Funcional de Olhão é constituída por uma comunidade de 127 funcionários, distribuída por várias equipas, nomeadamente Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados à Comunidade e Unidades de Saúde Familiares.

Dos 127 funcionários que constituem a comunidade da Unidade Funcional de Olhão, houve oportunidade para a realização de exames de medicina do trabalho, com vista a proceder à recolha de dados, a quatro funcionários, por forma a integrarem o diagnóstico de saúde da unidade funcional.

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que 78% dos funcionários do género feminino e 22% são do género masculino. Estes dados correspondem às estatísticas europeias, indicam uma percentagem de cerca de 80% de funcionários do género feminino no setor da saúde (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008)

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS POR GÉNERO

GÉNERO	Nº.	%
Feminino	96	78
Masculino	27	22
Total	123	100

Relativamente à distribuição dos funcionários por faixa etária, verifica-se uma maior predominância dos funcionários na faixa etária com 50 ou mais anos (34 %), logo seguida pela faixa compreendida entre os 35-39 anos, com cerca 19 %. A faixa etária que regista uma menor predominância é a dos 25-29 anos, com cerca de 6 % (

Tabela 2). Este facto poderá estar relacionado, quer com a redução de concursos de ingresso na função pública, quer com a tendência da população da região do Algarve, que relativamente, aos escalões etários registou uma redução da população ativa dos 24 aos 30 anos, e um aumento desta, entre os 30 e 64 anos, entre 2004 e 2009 (ARS Algarve, 2011).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	N.º	%
25-29	8	6
30-34	17	14
35-39	22	19
40-44	16	13
45-49	18	14
50+	42	34
Total	123	100

Na população de funcionários da Unidade Funcional de Olhão, a categoria profissional predominante é a de enfermagem, com 27% dos trabalhadores, seguindo-se a categoria dos assistentes técnicos (21%), dos médicos (20%), e dos assistentes operacionais (20%). A maior percentagem de enfermeiros, ainda que não significativa, poderá estar relacionada com a existência da Unidade de Cuidados à Comunidade, que é maioritariamente constituída por enfermeiros. Os técnicos superiores e técnicos de diagnóstico e terapêutica, são as categorias profissionais com menor expressão, 5 % e 6 % respetivamente (Tabela 3).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

CATEGORIA PROFISSIONAL	N.º	%
Médico	25	20
Enfermeiro	33	27
Técnico Superior	6	5
TDT	8	7
Assistente Técnico	26	21
Assistente Operacional	25	20
Total	123	100

Relativamente às habilitações literárias dos funcionários da Unidade Funcional de Olhão, 59% dos funcionários apresentam qualificações superiores, tais como bacharelato, licenciatura e mestrado. Dos 41 % de funcionários, que não apresenta qualificações superiores, 23% possuem habilitações entre o 10º e 12º ano (secundário), 13% possuem habilitações ao nível do 2º e 3º ciclo. 5% dos trabalhadores possuem habilitações referentes ao 1º ciclo (até ao 4º ano) (Tabela 4).

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PELAS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	N.º	%
Mestrado	5	4
Licenciatura	62	50
Bacharelato	6	5
Entre o 10º -12º.ano	28	23
Entre o 5º - 9º.ano	16	13
Até ao 4º.ano	6	5
Total	123	100

Índice de massa corporal/perímetro da cintura/valores da pressão arterial

Índice de Massa Corporal

Segundo a OMS, a obesidade, dada a sua elevada prevalência, é considerada como a epidemia do século XXI e a segunda causa de morte evitável (DGS, 2005).

Caracteriza-se pelo excesso de gordura acumulada, devido a sucessivos balanços energéticos positivos e constitui um importante fator de risco quer para o aparecimento quer para o agravamento de outras doenças crónicas.

Desta forma, para sermos conhecedores da realidade da comunidade de profissionais, procedemos ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é o padrão de medida de índole internacional para o diagnóstico da obesidade e pré-obesidade ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$) e utilizámos a classificação de referência da OMS (2000). A classificação utilizada na Tabela 5 é igualmente tida como referência no Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005).

Analisando a Tabela 5, verificamos que só 33% dos funcionários apresenta um IMC dentro da classificação normal. Existe uma maior predominância dos funcionários na categoria de pré-obesidade, cerca de 43%, seguindo-se a obesidade de grau I, com 17 % respetivamente. Com pouca expressão, mas com elevado grau de morbilidade temos a obesidade de grau II e grau III, com prospectivamente, 3% e 1%. Face a estes dados, constatamos que 64 % dos funcionários necessitam de intervenção, nomeadamente na mudança de estilos de vida como preconiza a DGS (2007). A classificação de baixo peso de IMC nesta comunidade de funcionários tem pouca expressão (2%), mas exige igualmente a nossa intervenção para perceber o que está subjacente à situação. Na recolha de dados, houve um funcionário ao qual não se procedeu à avaliação do peso e altura.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE IMC SEGUNDO A OMS

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	N.º	%
Baixo peso < 18,5	3	2
Normal 18,5 - 24,9	40	33
Pré-obesidade 25,0 - 29,9	53	43
Grau I 30,5 - 34,9	21	17
Grau II 35,0 - 39,9	4	3
Grau III > ou = 40	1	1
S/dados	1	1
Total	123	100

Perímetro de cintura

A avaliação do perímetro da cintura foi efetuada conforme preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2007). Foi realizada a análise por géneros, utilizando a classificação referida no Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005), com os níveis de risco de complicações metabólicas específicas para o género masculino (Tabela 6) e feminino (Tabela 7).

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO GÉNERO MASCULINO PELA CLASSIFICAÇÃO DO PERÍMETRO CINTURA

PERÍMETRO DE CINTURA / GÉNERO MASCULINO	N.º	%
Normal < 94 cm	13	48
Aumentado > ou = 94 cm	10	37
Muito aumentado > ou = 102 cm	4	15
Total	27	100

Analisando os dados da Tabela 6, verificamos que 48% dos funcionários do género masculino apresentam PC considerado normal e que 52% apresenta PC aumentado e muito aumentado.

Na Tabela 7, encontra-se representada a classificação utilizada para atribuição do risco metabólico associado aos centímetros do perímetro da cintura para o género feminino (DGS, 2007).

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO GÉNERO FEMININO PELA CLASSIFICAÇÃO DO PERÍMETRO DA CINTURA

PERÍMETRO DE CINTURA / GÉNERO FEMININO	N.º	%
Normal < 80 cm	26	27
Aumentado > ou = 80 cm	24	25
Muito aumentado > ou = 88 cm	44	46
S/dados	2	2
Total	96	100

Verifica-se que dos 96 funcionários do género feminino existentes na unidade funcional de Olhão, 25% apresenta um risco aumentado e 46% apresenta risco metabólico muito aumentado. Somente 27% dos funcionários femininos apresentam valores de perímetro de cintura normais. O que significa que 71% dos funcionários do género feminino encontram-se com risco metabólico acrescido e necessitam de intervenção, nomeadamente na mudança do estilo de vida. Não avaliação do perímetro de cintura para os funcionários do género feminino, não se procedeu à avaliação de dois funcionários, o que representa 2% das funcionárias (Tabela 7).

Avaliação da Pressão Arterial

Segundo a Direção Geral da Saúde, a “HTA e a hipertensão sistólica isolada são fatores de risco, para a doença cerebrovascular, a doença coronária, a insuficiência cardíaca e outras complicações cardiovasculares” (DGS, 2006, s.p.). Desta forma, para conhecer a situação atual da comunidade de funcionários, um dos parâmetros avaliados foi a pressão arterial. Para a classificação da pressão arterial foram utilizadas as *guidelines* da Sociedade Europeia de Hipertensão (2003) (Tabela 8).

Analisando os dados obtidos, verificamos que 44% dos funcionários apresenta a classificação da pressão arterial ideal/normal, 19% encontra-se com a classificação normal elevada, e 37% dos funcionários já apresenta hipertensão instalada, com os diferentes graus.

Desta forma, podemos verificar que 56% dos funcionários necessita de intervenção para a redução da pressão arterial, intervenção esta que passa necessariamente pela alteração de hábitos alimentares e prática de atividade física.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PELA CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO SOCIEDADE EUROPEIA DE HIPERTENSÃO (2003)

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	N.º	%
Ideal [<120/<80 mmhg]	33	27
Normal [120-129/80-84 mmhg]	21	17
Normal elevada [130-139/85-89 mmhg]	23	19
Hipertensão Grau I [140-159/90-99 mmhg]	30	24
Hipertensão Grau II [160-179/100-109 mmhg]	14	11
Hipertensão Grau III [> ou = 180 mmhg/> ou =110 mmhg]	2	2
Hipertensão sistólica isolada [> ou = 140 mmhg / < 90 mmhg]	0	0
Total	123	100

Determinantes relacionados com os estilos de vida

Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas

O Relatório Mundial sobre o Álcool e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (2011), refere que o uso prejudicial do álcool constitui um dos quatro fatores de risco para as doenças

não transmissíveis, tais como, doenças cardiovasculares, cancro, doença pulmonar crónica e diabetes.

No Perfil da Região do Algarve, é referido ainda que “o álcool é a substância que, sendo indutora de dependência, produz porventura as mais graves repercussões, quer sociais, quer para a saúde do indivíduo” (ARS Algarve, IP., 2011, p.95).

Uma vez que constitui um fator de risco, efetuou-se o levantamento na comunidade de funcionários e verificou-se que 72% consumia bebidas alcoólicas e 28% não tinha hábitos de consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 9).

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS POR HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

CONSUMO DE ALCOOL	N.º	%
Sim	88	72
Não	35	28
Total	123	100

Relativamente ao tipo de consumo, verifica-se que 80% tem um consumo esporádico e que em somente 20%, o consumo é diário (

Tabela 10). Desta forma, podemos aferir que apesar de um número significativo de profissionais apresentar hábitos de consumo de álcool, a situação não é problemática pelo tipo de consumo que é predominante. Comparativamente aos dados da região, o consumo diário da nossa comunidade é aproximadamente o mesmo (20%) do consumo da região do Algarve (19%) (ARS Algarve, IP., 2011).

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS COM HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR TIPO DE CONSUMO

TIPO DE CONSUMO DE ALCOOL	N.º	%
Diariamente	7	20
Esporadicamente	28	80
Total	35	100

Hábitos Tabágicos

A Organização Mundial de Saúde, refere que morrem anualmente cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo, em consequência do consumo de tabaco (DGS, 2007).

Segundo o Perfil da Região do Algarve (2011),

“ o tabaco é responsável por cerca de 7 milhões e meio de Dalys perdidos, mais do que a hipertensão, o álcool, o excesso de peso, o colesterol, a inactividade física, o baixo consumo de frutas e vegetais, as drogas ilícitas, e os riscos ocupacionais” (ARS Algarve, IP., p. 90).

Analisando os hábitos tabágicos dos profissionais da nossa comunidade, verificou-se que 80% dos funcionários não são fumadores e que 20% são fumadores (

Tabela 11). Comparando os dados adquiridos com a realidade a nível nacional, verificamos que os 20% de consumo de tabaco, dos nossos funcionários, estão em linha com a média nacional, que são os 23% de fumadores em 2009 (ARS Algarve, IP, 2011).

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS POR HÁBITOS TABÁGICOS

CONSUMO DE TABACO	N.º	%
Sim	24	20
Não	99	80
Total	123	100

Dos funcionários não fumadores, encontram-se cerca de 15% que são ex-fumadores. Este dado obtido da nossa comunidade é semelhante á realidade nacional que corresponde em 2009 a 13% de não fumadores (ARS Algarve, IP, 2011).

Analisando o número de anos de cessação tabágica, temos que 54% dos funcionários deixaram de fumar recentemente, entre os 0 e 5 anos, e 20% deixaram de fumar entre 5 a 10 anos. (Tabela 1). Devido à elevada taxa de recidiva no consumo de tabaco, são funcionários que deveremos seguir com especial atenção, de forma a promover a manutenção da cessação tabágica.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EX-FUMADORES PELO Nº DE ANOS DE CESSAÇÃO

EX-FUMADOR	N.º	%
0A - 5A	8	54
5A -10A	3	20
10A - 15A	0	0
15A - 20A	2	13
>20A	2	13
Total	15	100

Analisando o número de anos de consumo de tabaco dos fumadores, verificamos que 46% é fumador há cerca de 15 a 20 anos, 29% dos fumadores são recentes (até 5 anos), seguindo-se a faixa dos 5 a 10 anos, onde se encontra 21% dos inquiridos (Tabela 13).

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PELO Nº DE ANOS DE CONSUMO

ANOS A FUMAR	N.º.	%
0A - 5A	7	29
5A -10A	5	21
10A - 15A	1	4
15A - 20A	11	46
>20A	0	0
Total	24	100

Atividade Física

Analisando a prática de atividade física, dos funcionários desta Unidade Funcional, verificamos que 51% não pratica qualquer tipo de atividade física, sendo que 49% o faz. Dos trabalhadores inquiridos, somente 13% pratica atividade física diária, 19% com uma periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, e 17% faz mas esporadicamente (Tabela 14).

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PELA PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA

ACTIVIDADE FÍSICA	N.º.	%
Diária	16	13
Esporádica	21	17
2 a 3 vezes por semana	23	19
Não	63	51
Total	123	100

Os dados, relativos à prática ou não de atividade física destes profissionais, vão encontro com os dados mencionados no Programa de Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005, p.10) “que mais de metade da população portuguesa não pratica atividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade”.

Alimentação

Segundo o Perfil da Região do Algarve a “A alimentação é um determinante de saúde, bem-estar e sustentabilidade. O objetivo principal da promoção da saúde no que concerne a alimentação é o contributo para a criação de um sistema alimentar mais sustentável, saudável e equilibrado” (ARS Algarve, IP, 2011, p.81).

Na recolha de dados, foi solicitado que os funcionários observassem a roda dos alimentos, tendo em consideração que é um guia alimentar diário, e manifestassem qual a sua perceção acerca da sua alimentação diária, nomeadamente se era cuidada, não cuidada ou mais ou menos (Tabela 15).

Com esta estratégia, verificou-se o nível de conhecimentos que os funcionários tinham acerca dos alimentos e os mecanismos de autorregulação, que os mesmos adotavam para conseguir ingerir ao longo do dia, os alimentos de todos os grupos alimentares.

Na qualificação da sua alimentação diária, 69% referiu ser cuidada, 27 % mais ou menos, pois referiam que não conseguiam diariamente cumprir o estipulado na roda, e 4% referiu que não era cuidada (Tabela 15).

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PELOS HÁBITOS ALIMENTARES

ALIMENTAÇÃO	N.º	%
Não Cuidada	5	4
Cuidada	85	69
Mais ou menos	33	27
Total	123	100

Vacinação

Os profissionais de saúde estão expostos a diversos agentes biológicos nas suas atividades diárias, pelo que a proteção adquirida pela vacinação e monitorização do estado vacinal é essencial. Esta monitorização aos funcionários, afetos à saúde na ARS Algarve, IP., é efetuada pela enfermeira do Serviço de Saúde Ocupacional.

A vacina bivalente contra o tétano e a difteria (Td) está contemplada para todos, no Plano Nacional de Vacinação 2012. Deverá ser feita de 10 em 10 anos e só confere imunidade individual (DGS, 2012).

Na Unidade Funcional de Olhão 93% dos funcionários estão vacinados contra o Tétano e somente 7% é que a tem respetiva vacina desatualizada (Tabela 16).

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE ACORDO COM O ESTADO VACINAL ACERCA DA VACINA BIVALENTE CONTRA O TÉTANO E DIFTERIA

Vacina Td	N.º	%
Atualizada	114	93
Desatualizada	9	7
Total	123	100

A vacinação contra a hepatite B (VHB), segundo a Circular Normativa nº.15/DT de 15/10/2009 da DGS, está indicada para profissionais de saúde, excluindo os que têm tarefas exclusivamente administrativas.

Na análise à cobertura vacinal contra a hepatite B foram contempladas todas as categorias profissionais. Em algumas situações, numa dada categoria profissional, ao qual

deveriam estar associadas determinadas funções, estão na verdade atribuídas outras, dependendo do posto de trabalho, portanto daí a necessidade de analisar todos os funcionários.

Dos funcionários, 63% encontram-se com 3 doses da vacina da hepatite B, 2% encontra-se com a vacina incompleta e 35% não está vacinado (

Tabela 17).

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE ACORDO COM O ESTADO VACINAL ACERCA DA VACINA CONTRA A HEPATITE B

Vacina VHB	N.º	%
Vacinado	77	63
Vacina Incompleta	3	2
Não vacinado	43	35
Total	123	100

Analisando os funcionários que apresentam a vacina incompleta, 75% são da categoria dos assistentes operacionais e 25% são da categoria dos assistentes técnicos (Tabela 18).

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS COM A VACINA ANTI-HEPATITE B INCOMPLETA POR CATEGORIA PROFISSIONAL

CATEGORIA PROFISSIONAL	N.º	%
Médico	0	0
Enfermeiro	0	0
Técnico Superior	0	0
TDT	0	0
Assistente Técnico	1	25
Assistente Operacional	2	75
Total	3	100

Dos funcionários não vacinados, temos a categoria médica com maior expressão (28%) e seguindo-se a dos assistentes técnicos (26%) e os assistentes operacionais (23%). De acordo com a circular supracitada, estes 26% não deveriam ser valorizados pois trata-se de uma categoria profissional que, por inerência, deveria ter somente funções administrativas (Tabela 19).

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS NÃO VACINADOS COM VACINA ANTI-HEPATITE B POR CATEGORIA PROFISSIONAL

CATEGORIA PROFISSIONAL	N.º	%
Médico	12	28
Enfermeiro	7	16
Técnico Superior	2	5
TDT	1	2
Assistente Técnico	11	26
Assistente Operacional	10	23
Total	43	100

A Direção Geral da Saúde emitiu a Orientação n.º 1/2011 de 04/01/2011, com recomendações para a prevenção da transmissão de sarampo nas unidades de saúde, que surgiu devido a surtos a nível europeu e em África. A recomendação é que todos os profissionais que não tenham tido sarampo, sejam vacinados, senão existirem contraindicações para tal (DGS, 2011).

Dos funcionários da unidade funcional de Olhão, 57% já tiveram sarampo na infância e 43% não tiveram a doença (Tabela 20).

TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE ACORDO COM A SUA SITUAÇÃO RELATIVAMENTE AO SARAMPO

SARAMPO	N.º	%
Não teve doença	53	43
Teve doença	70	57
Total	123	100

Analisando o estado vacinal de quem não tinha a doença, verificou-se que 43% estavam vacinados com duas doses de VASPR e/ou VAS, 15% só tinha uma dose e 42% não se encontrava vacinado.

Tabela 21). Face a estes dados, deveria ser adotada uma estratégia de sensibilização para os profissionais se vacinarem contra o sarampo.

TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE ACORDO COM O ESTADO VACINAL ACERCA DA VACINA VASPR

Vacina VASPR	N.º	%
Atualizada	23	43
Uma toma	8	15
Não vacinado	22	42
Total	53	100

2.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

No planeamento em saúde, a qualquer nível que seja e conforme é referido no Plano Nacional de Saúde vigente, é imperativo a identificação das necessidades em saúde, potenciais ganhos e intervenções prioritárias, que mediante os recursos disponíveis sejam capazes de proporcionar os maiores ganhos em saúde (DGS, 2012).

Para o estabelecimento de prioridades em saúde de uma comunidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, define prioridades em saúde e tem em consideração as orientações do Plano Nacional de Saúde para conseguir desenhar a estratégia de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Perante o diagnóstico da comunidade anteriormente analisado, poderemos determinar as seguintes conclusões:

- População maioritariamente feminina;
- 34% da população tem 50 ou mais anos;
- 59% da população tem qualificações superiores;

- 64% dos funcionários apresentam pré-obesidade ou obesidade;
- 52% dos funcionários do género masculino apresentam perímetro da cintura aumentado ou muito aumentado;
- 71% dos funcionários do género feminino apresentam valores de perímetro da cintura aumentado ou muito aumentado;
- 56% dos funcionários apresentam pré-hipertensão ou hipertensão em diferentes graus;
- 72% dos funcionários consome bebidas alcoólicas, mas 80% apresenta um consumo esporádico;
- 20% dos funcionários são fumadores;
- 15% dos não fumadores foram ex-fumadores;
- 51% dos funcionários não pratica atividade física;
- 49% que praticam atividade física, mas somente 13% o fazem diariamente;
- 93% dos funcionários apresenta a Vacina Td atualizada;
- 35% dos funcionários não se encontra vacina anti hepatite B;
- Dos profissionais que não tiveram sarampo, 57% não se encontram vacinados contra o sarampo;

Tendo em consideração os dados obtidos e as diretrizes nacionais e internacionais para a saúde pública, selecionamos como principais prioridades, para esta comunidade de funcionários afetos à saúde, a promoção da atividade física, a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a promoção da cessação tabágica e a gestão de stress.

Esta seleção deve-se ao facto de 64% dos funcionários apresentarem pré-obesidade ou obesidade, 52% dos funcionários do género masculino apresentarem perímetro da cintura aumentado ou muito aumentado, e de 71% dos funcionários do género feminino apresentarem valores de perímetro da cintura aumentado ou muito aumentado, o que evidencia a necessidade de perda de peso, através da prática de atividade física e reforço em hábitos alimentares. Para além disso, 56% dos funcionários apresentam pré-hipertensão ou hipertensão em diferentes graus, o que vem reforçar a prática de atividade física e hábitos alimentares mais saudáveis, e 20% dos funcionários são fumadores, pelo que devem ser promovidos comportamentos para que haja cessação tabágica. Nas entrevistas efetuadas aos funcionários, verificou-se também que o contexto familiar e falta de tempo, potencia a não adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, e são, na sua generalidade, geradores de stress.

As necessidades identificadas e as estratégias que pretendemos adotar, estão de acordo com algumas das necessidades propostas pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, e que apresentam a maior evidência em termos de benefícios e ganhos para a saúde, no ciclo da vida adulta produtiva, nomeadamente estilos de vida saudáveis, promoção da saúde mental, controle dos fatores de risco inerentes ao excesso de peso, HTA, tabaco, álcool, hipercolesterolemia, reduzida ingestão de vegetais e frutas, sedentarismo, cultura de participação ativa e de responsabilização da pessoa pela própria saúde, adesão aos rastreios e ações para diagnóstico precoce, controlo e autogestão da doença crónica e respostas adequadas e específicas por género (DGS, 2012).

Um dos objetivos para a Direção Geral da Saúde, relativamente à obesidade, é contrair a sua taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade, reduzindo a proporção de indivíduos com IMC entre os 25 e 30, e superior ou igual a 30. Refere igualmente a importância de uma alimentação equilibrada, com redução de sal e de gorduras saturadas, o consumo adequado de leguminosas e vegetais frescos, cereais completos, ingestão de outras fibras e frutos, para além do aumento da atividade física. (DGS, 2007).

Segundo a Direção Geral da Saúde, promover e aumentar a prática de atividade física regular em toda a população e grupos etários, traduz-se numa das medidas de maior impacto e que maiores ganhos produzem, na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares. Refere ainda que um estilo de vida saudável, traduz-se inevitavelmente na prática regular de exercício, seja ela programada ou não, e simultaneamente no contrariar de comportamentos sedentários (DGS, 2006).

As diretrizes internacionais referem que é transversal para a pré-hipertensão (normal elevada) e para a hipertensão, seja ela de qual grau for, a adoção de estilos de vida saudáveis, para reduzir o risco cardiovascular (European Society of Hypertension, 2003).

2.3 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

O planeamento em saúde é fundamental, porque os recursos são escassos, e é preciso dinamizá-los de modo eficaz e eficiente, de forma a resolver-se o maior número de problemas de saúde, com o mínimo custo possível e com uma eficácia máxima, em termos de população abrangida. É imperativa a intervenção na causa dos problemas, definir prioridades, de forma a intervir em alguns problemas de saúde, de modo mais intensivo. (Imperatori & Giraldes, 1992).

Numa perspetiva de desenvolvimento os projetos, estes devem proporcionar uma análise íntegra das necessidades da população, com novas perspetivas de ação, uma concentração de esforços e rentabilização dos recursos, fomentando a capacitação, motivação e autonomia da população a que se referem (Brissos, 2004).

2.3.1 - Estratégia de Intervenção

O planeamento em saúde é um processo contínuo de previsão de recursos e serviços necessários, para atingir determinados objetivos, segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher soluções específicas entre as várias alternativas, que tem em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro. (Tavares, 1992).

O nosso papel, enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, é de delinear estratégias de intervenção exequíveis e articuladas, com os recursos existentes, que permitam as mudanças desejáveis e conseqüente melhoria do estado de saúde da comunidade, neste caso concreto, dos funcionários da Unidade Funcional de Olhão, para além de promover a participação dos mesmos enquanto comunidade, com a finalidade da criação de uma cultura salutogénica.

A nossa estratégia vai de encontro com um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2010-2012, que é o de promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, e elegeu o local de trabalho, enquanto contexto com impacto de saúde dos cidadãos e onde existe a oportunidade de intervenção nos fatores de risco. Por outro lado, vai de encontro com os objetivos do Programa Nacional da Saúde Ocupacional 2009-2012, nomeadamente na promoção da saúde dos trabalhadores e ainda, vem dar resposta a um dos objetivos do Programa Regional de Saúde Ocupacional da ARS Algarve, IP., que é contribuir para a

promoção da saúde dos trabalhadores, através da promoção de atividades e projetos de cooperação com os trabalhadores e nos determinantes de saúde, como alimentação, atividade física, tabaco, álcool e drogas ilícitas.

A nossa intervenção incide sobre a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e pretendemos atuar mais concretamente sobre os determinantes de saúde de estilos de vida e saúde mental, através da prática de atividade física, dinâmicas de grupo para a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis e bem-estar.

A estratégia pressupõe formação inicial de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeira com curso de *personal trainer*, enfermeira especialista em saúde mental, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista, em que cada um dos profissionais intervém no seu domínio de competências e motivação, e que vão ministrar em sessões semanais, a todos os funcionários da Unidade Funcional de Olhão. Posteriormente, podem integrar o projeto, outros profissionais que queiram dar o seu contributo, na sua área de domínio ou interesses.

O projeto vai ser desenvolvido nas instalações da Unidade Funcional de Olhão e em contexto laboral. Está programado o início de atividades para o mês de dezembro de 2012, com a duração de seis meses e contempla nas atividades, sessões de prática de atividade física, sessões de promoção da alimentação saudável e sessões de promoção de bem-estar mental.

Pretende-se que as sessões promovam a união do grupo, espaço de promoção de bem-estar e de informação, que promovam uma atitude participativa dos funcionários, atuem nos determinantes comportamentais, na adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis, na sua rotina diária, perspetivando o empoderamento dos funcionários da Unidade Funcional de Olhão e a construção do local de trabalho enquanto contexto favorável à saúde.

Os profissionais que estão incluídos no projeto é que irão estipular dentro da sua área, a forma como vão abordar as temáticas e as estratégias que vão utilizar, para promover o maior envolvimento dos participantes e uma maior capacitação. No final de cada sessão deverá feita uma breve avaliação da atividade desenvolvida.

Os conteúdos programáticos e as atividades a desenvolver terão por base a sua planificação prévia mensal, em que ficará estipulado dias fixos da semana para o desenvolvimento de cada atividade. A divulgação inicial do projeto será feita através de reunião com todos os funcionários da Unidade Funcional de Olhão e a divulgação mensal será efetuada internamente, pelas equipas gestoras do projeto.

2.4 - OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Objetivo Geral:

- Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos funcionários que pertencem à Unidade Funcional de Olhão

Objetivos Específicos:

- Aumentar em 30% o valor médio encontrado na aplicação do Questionário “Estilo de Vida Fantástico” da nossa comunidade de funcionários nos próximos seis meses;
- Aumentar a prática de atividade física;
- Incrementar os hábitos alimentares saudáveis;
- Reduzir o consumo de tabaco;
- Reduzir o nível de stress;
- Aumentar a satisfação profissional;

Para a monitorização das atividades planeadas para o projeto, definimos um conjunto de indicadores de execução e de resultado, que fossem dar resposta à problemática encontrada nesta comunidade de funcionários, da Unidade Funcional de Olhão.

TABELA 22 - INDICADORES DE EXECUÇÃO

INDICADORES DE EXECUÇÃO	METAS 2013
$(N.º \text{ sessões realizadas} / N.º \text{ sessões planeadas}) \times 100$	80%
$(N.º \text{ sessões de prática de atividade física realizadas} / N.º \text{ sessões de prática de atividade física planeadas}) \times 100$	80%
$(N.º \text{ sessões sobre nutrição realizadas} / N.º \text{ sessões sobre nutrição planeadas}) \times 100$	80%
$(N.º \text{ dinâmicas de grupo realizadas} / N.º \text{ dinâmicas de grupo planeadas}) \times 100$	80%

TABELA 23 - INDICADORES DE RESULTADO

INDICADORES DE RESULTADO	METAS 2013
$(N.º \text{ total de funcionários participantes} / N.º \text{ total de funcionários na unidade funcional de olhão}) \times 100$	70%
$(N.º \text{ total de funcionários com } score \text{ mínimo no tabaco no questionário "Estilos de Vida Fantástico"} / N.º \text{ total de funcionários participantes}) \times 100$	10%
$(N.º \text{ total de funcionários com } score \text{ máximo na nutrição no questionário "Estilos de Vida Fantástico"} / N.º \text{ total de funcionários participantes}) \times 100$	40%
$(N.º \text{ total de funcionários com } score \text{ máximo na atividade física/associativismo no questionário "Estilos de Vida Fantástico"} / N.º \text{ total de funcionários participantes}) \times 100$	40%
$(N.º \text{ total de funcionários com } score \text{ máximo no sono/stresss, no questionário "Estilos de Vida Fantástico"} / N.º \text{ total de funcionários participantes}) \times 100$	50%
$(N.º \text{ total de funcionários com } score \text{ máximo no trabalho/tipo de personalidade no questionário "Estilos de Vida Fantástico"} / N.º \text{ total de funcionários participantes}) \times 100$	30%

2.5 - IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

Constituem todos os elementos que de alguma forma poderão influenciar o projeto.

Stakeholders

- ACES Central
- Unidade Funcional de Olhão

Coordenação do Projeto

- Enfermeira Cíntia Reis, do SSO

Equipas de Gestão do Projeto

- Unidade de Cuidados à Comunidade
- Unidade de Saúde Pública

Equipa de Execução do Projeto

- Enfermeira com Curso de *Personal Trainer*

- Enfermeira Especialista em Saúde Mental
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Psicóloga

3 - ACTIVIDADES

Antes da implementação do projeto, para a validação iremos realizar uma reunião com o Conselho Clínico do ACES Central, com a Enfermeira Coordenadora da UCC Olhar+ e a Coordenadora da Unidade de Saúde Pública de Olhão, com o objetivo de apresentar todas as vertentes da implementação do projeto. Iremos divulgar os resultados do diagnóstico de saúde aos funcionários da Unidade Funcional de Olhão, assim bem como o plano de atividades definido para a concretização do projeto “Prata da Casa”.

Pretende-se ainda realizar a apresentação do orçamento do projeto, por forma a reunir todos os recursos necessários, sejam eles humanos, materiais ou espaços físicos, para a realização das sessões e atividades propostas.

Posteriormente, iremos realizar uma reunião com a equipa executora, constituída por profissionais de áreas distintas, tais como nutrição, fisioterapia, exercício físico, saúde mental e psicologia. Assim sendo, irão fazer parte desta equipa uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma enfermeira com curso de *personal trainer*, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma psicóloga.

O objetivo desta reunião é a validação do projeto propriamente dito e a definição de tarefas e responsabilidades. Pretende-se que os membros da equipa tenham a autonomia e flexibilidade necessárias para, definir da melhor forma, os conteúdos programáticos das sessões que lhes serão atribuídas.

Os defensores da descentralização, argumentam que atribuir maior autoridade à tomada de decisão local, melhora a eficiência técnica e distributiva, em que se opera, o sistema de saúde, para além de ter condições para desenvolver uma ação que aumente a capacidade de aprendizagem e de inovação dos atores. (Brissos, 2004).

Para além da reunião inicial, está prevista uma reunião mensal de todos os membros da equipa executora, para fazer o balanço e planeamento das atividades.

Depois das reuniões iniciais com todos os *stakeholders*, iremos promover o projeto através da sua divulgação junto dos funcionários da Unidade Funcional de Olhão, para promover a sua adesão às atividades e sessões planeadas, e também nas restantes unidades funcionais e serviços da ARS Algarve, IP., por forma a dar maior visibilidade a este projeto piloto e promover as boas práticas preconizadas pelo mesmo.

Posteriormente a esta fase, de planeamento e divulgação, iremos dar início às atividades e sessões propriamente ditas. Esta fase irá iniciar-se em dezembro e irá prolongar-se até maio. As sessões que a equipa executora do projeto irá desenvolver são as seguintes:

- Sessões de Prática de Atividade Física;
- Sessões de Nutrição;
- Sessões de *Wellness*;
- Sessões de Promoção da Saúde Mental.

Serão ainda criadas as atividades de pausa, de *Skipping time* e *Happy Lunch*, que consistem em momentos em que os funcionários fazem uma pausa no horário de trabalho e desenvolvem atividades como saltar à corda ou andar.

Cada uma destas sessões irá realizar-se uma vez por semana, e em dias distintos. A calendarização semanal das mesmas irá ser definida pela a equipa executora, mediante a disponibilidade de cada elemento.

Como linha orientadoras para a seleção das atividades, tivemos o modelo construído pela EU-OSHA, para a Promoção da Saúde em Locais de Trabalho, que contempla a participação dos trabalhadores na organização de trabalho, envolvimento ativo e consulta dos trabalhadores na melhoria do seu ambiente, medidas destinadas a melhorar o bem-estar no trabalho, a questão da alimentação saudável no local de trabalho, sensibilização para os efeitos nocivos do tabaco, promoção da saúde mental e exercícios e atividades físicas e vigilância de saúde (EU-OSHA, 2010).

Tanto no início como no final desta fase, iremos realizar uma avaliação aplicando o questionário “Estilos de Vida Fantástico” com o intuito de comparar os resultados obtidos e avaliar as intervenções que foram efetuadas. Para além disso serão feitas avaliações informais, no final de cada sessão, com vista a avaliar o grau de satisfação dos participantes.

Depois de processados os dados recolhidos nos dois momentos de avaliação acima descritos, iremos fazer a sua divulgação junto da comunidade de funcionários da Unidade Funcional de Olhão. Estes dados servirão também para verificar se a estratégia utilizada foi a mais adequada e se promoveu ganhos em saúde, no universo de participantes.

Seguidamente é apresentado o cronograma do plano de atividades acima descrito.

3.1 - CRONOGRAMA DO PLANO DE ATIVIDADES

TABELA 24 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.
Reunião com Conselho Clínico do ACES Central, Coordenadora da USP de Olhão e Enfermeira Coordenadora da UCC - Olhão								
Reunião com Equipa Executora								
Divulgação do Projeto								
Desenvolvimentos das sessões								
Aplicação do questionário “Estilos de Vida Fantástico”								

4 - ESTRUTURA DO PROJECTO (WBS)

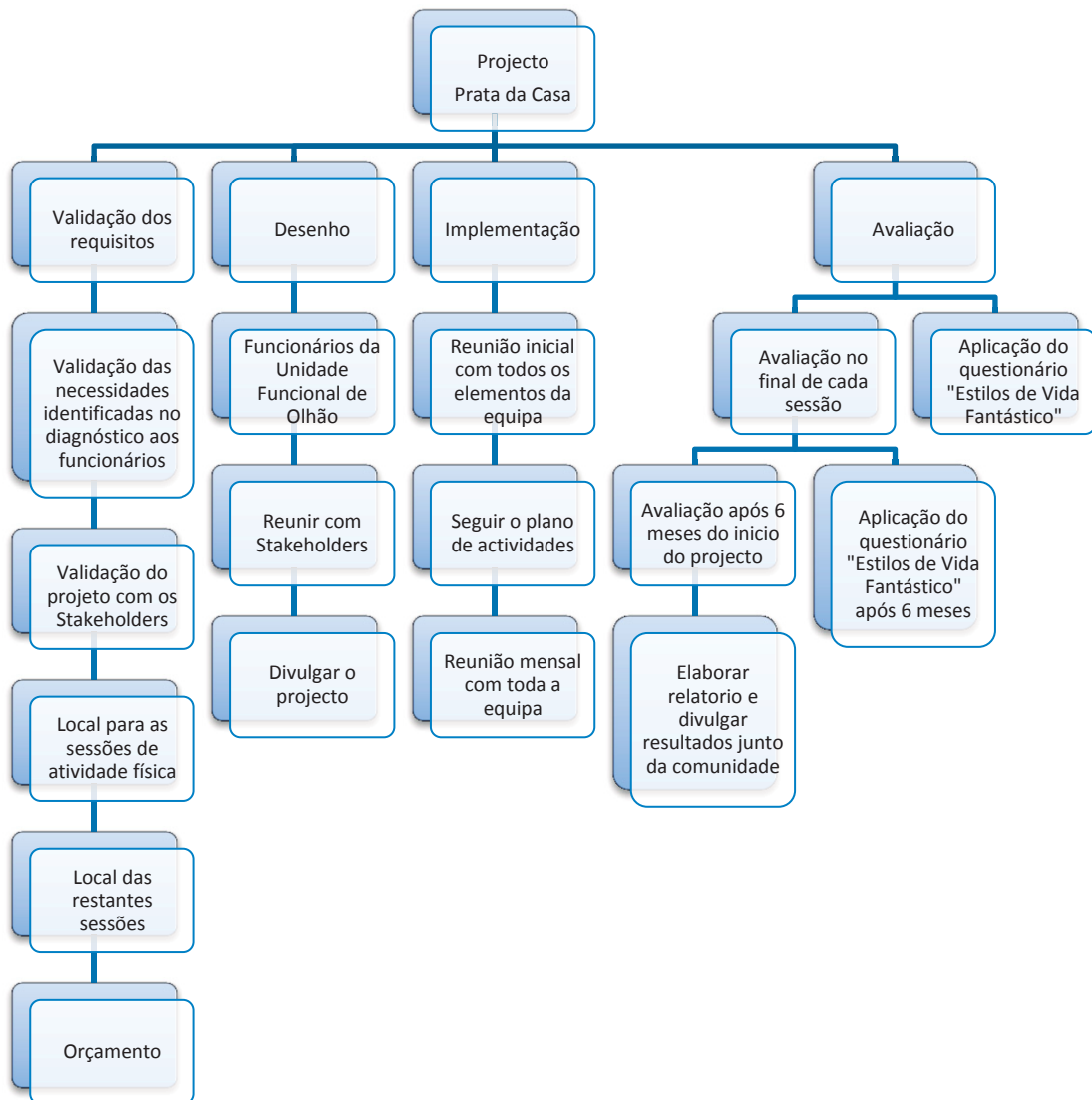


Figura 2 - Estrutura do projeto (WBS)

5 - ESTIMATIVAS DE CUSTOS

No orçamento estão contemplados os custos estimados com os recursos humanos e materiais envolvidos na gestão de projetos. A estimativa apresentada é referente a seis meses de execução do projeto.

TABELA 25 – ESTIMATIVA DE CUSTOS COM RECURSOS HUMANOS

Recursos Humanos	Custo unitário (€) / hora	Horas	Qtd.	Custo Parcial (€)
Equipa Gestora de Projeto	8,5	48	2	816
Enfermeiras	8	48	2	768
Psicólogo	8,5	24	1	204
Fisioterapeuta	7,5	24	1	180
Nutricionista	8,5	24	1	204
Subtotal				2172

TABELA 26 – ESTIMATIVA DE CUSTOS COM RECURSOS MATERIAIS

Recursos Materiais (Custos Indiretos)	Custo Unitário (€)	Qtd.	Custo Parcial (€)
Fotocópias	0,3	200	60
Papel	0,1	1500	150
Canetas	0,5	20	10
Bolas	1	20	20
Cordas de saltar	7	20	140
Pesos (2x1Kg)	14	20	280
Subtotal			620

TABELA 27 – ESTIMATIVA TOTAL DE CUSTOS COM O PROJETO

Custos Parciais	Valor (€)
Recursos Humanos	2172
Recursos Materiais (Custos Indiretos)	620
Estimativa Total de Custos	2792

6 - ASPETOS ÉTICOS

Na realização do trabalho foi tida em consideração a Declaração de Helsinque, tendo os participantes sido informados de todos os procedimentos, de ter sido garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Os participantes foram devidamente informados dos objetivos do diagnóstico e o seu propósito. Foram garantidos, em todos os procedimentos do trabalho realizado, os direitos que estão expressos na Declaração Universal de Direitos Humanos. Foi também seguido o Código Deontológico do Enfermeiro no decurso da elaboração de todas as fases deste projeto.

7 - AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação é um processo, paralelo ao planeamento, que avalia o processo de mudança e que lhe atribui um significado (Durán, 1989). A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pelo diagnóstico de saúde, em vez de justificar somente atividades já realizadas ou identificar as insuficiências (Imperatori & Giraldes, 1993).

Deve-se fazer o planeamento para determinação dos momentos de avaliação, a forma e quais as pessoas responsáveis pela recolha de dados, assim como o seu tratamento e análise posterior (Carvalho & Carvalho, 2006). Assim a avaliação deste projeto será realizada em vários momentos da execução.

No final de cada sessão de atividade haverá uma avaliação informal da mesma, que pretende averiguar se correspondeu às expectativas, interesse, para além da pertinência da atividade e a adesão dos funcionários.

A realização de cada encontro e a análise dos seus efeitos deverá ocorrer entre 1 a 6 meses (Cardim, 2009). Deste modo, como a avaliação incide sobre os estilos de vida dos indivíduos, iremos analisar os seus efeitos após seis meses do início do projeto.

Assim sendo, será aplicado um questionário para avaliar os estilos de vida, no início do projeto e seis meses após o início, com a finalidade de comparar os resultados obtidos e avaliar as intervenções que foram efetuadas.

Elegemos o questionário “Estilo de Vida Fantástico”- versão portuguesa (Anexo IV), por se tratar de um instrumento para os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros que trabalham na área da promoção da saúde, para que possam conhecer e medir os estilos de vida da sua população (J., 2001).

Este questionário considera o comportamento dos indivíduos no último mês, e os resultados fazem a associação entre os estilos de vida e a saúde. Este instrumento é composto por 30 itens, que se agrupam em 10 dimensões que são: 1) Família e amigos; 2) Atividade física/Associativismo; 3) Nutrição; 4) Tabaco; 5) Álcool e outras drogas; 6) Sono e Stress; 7) Trabalho/Tipo de personalidade; 8) Introspeção; 9) Comportamentos de saúde e sexual; 10) Outros comportamentos.

Segundo os autores, o questionário apresenta uma estrutura simples, com valores psicométricos apropriados e adaptados à população portuguesa, e em relação às características psicométricas, o valor de Alfa de Cronbach para a totalidade dos 30 itens é de 0,725 (J., 2001).

No que se refere ao preenchimento, as possibilidades de resposta variam em três graus. Sendo esta uma escala de Likert, a cotação de cada item é de 0 a 2. A soma de todos os resultados classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente”, “Muito Bom”, “Bom”, “Regular” e “Necessita de melhorar”. Quando menor for a cotação obtida, maior será a necessidade de mudança.

Analisando as categorias e respetivo resultado, temos que o “Excelente” indica que o estilo de vida proporciona ótima influência para a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida proporciona uma influência adequada para a saúde; “Bom” aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, mas apresenta igualmente riscos; “Necessita de melhorar” indica que o estilo de vida adotado apresenta muitos fatores de risco associados (J., 2001).

Este instrumento de medição, no projeto **Prata da Casa**, adequa-se perfeitamente para conseguirmos fazer a avaliação da estratégia adotada e percebermos se esta foi eficaz na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos funcionários da Unidade Funcional de Olhão.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e igualmente responsável pela proteção e promoção da saúde no local de trabalho, era imperativo considerar o cenário de estilos de vida pouco saudáveis, encontrado na comunidade de funcionários desta Unidade Funcional de Saúde, como intervenção prioritária.

Os estilos de vida encontram-se intrinsecamente ligados a padrões de comportamento, que se encontram bem identificados e que produzem um efeito muito significativo na saúde da população, e estão, intrinsecamente ligados, a questões como valores, atitudes e oportunidades ao longo do ciclo de vida dos indivíduos.

O projeto **Prata da Casa** surge como uma intervenção prioritária, que emerge numa janela de oportunidade, na fase de vida produtiva, em contexto específico, de forma a torná-lo um contexto favorável à saúde. E tem como linhas orientadoras, os princípios da transparência e participação, o envolvimento e participação de todos os intervenientes, redução de iniquidades em saúde e a sustentabilidade (DGS, 2012).

Para o melhor enquadramento, achámos uma mais valia fazer um diagnóstico estratégico do projeto, através da análise SWOT.

Com a realização da análise SWOT verificamos a existência de pontos fortes como, política interna favorável, profissionais com elevado nível de conhecimentos, existências de enfermeiros especialistas em diferentes áreas de especialidade, elos de ligação da SSO, cultura de saúde valorizada. Como pontos fracos, a missão e visão organizacional mal conhecidas e dificuldade em identificar valores organizacionais, recursos partilhados, elevado número de funcionários, instalações com baixa capacidade de ocupação, insuficiente apoio logístico. Em relação às oportunidades, aplicação da legislação em vigor, aplicar diretrizes nacionais e internacional, rentabilização de recursos e promoção de boas práticas. E como ameaças o constrangimento financeiro.

Analisando o conjunto todos os pontos da análise SWOT podemos concluir que estamos no início de um bom caminho com constrangimentos pouco significativos e que na perspetiva de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária me irá proporcionar a mobilização de todas as competências específicas.

Pretende-se que o projeto **Prata da Casa**, seja reconhecido na Administração Regional de Saúde do Algarve, IP., enquanto projeto inovador e motivador para as Boas Práticas em Saúde, para todas as Unidades Funcionais de Saúde da região do Algarve.

Reconhecendo as sinergias em saúde, temos que reconhecer que os profissionais afetos à saúde em cuidados de saúde primários no seu exercício profissional diário, seja qual for a categoria profissional, exercem algum tipo de influência nos indivíduos/comunidade, seja enquanto representação social ou mesmo empoderamento dos mesmos.

A forma como transmitimos os valores promotores da saúde e nos predispomos a trabalhar os mesmos, está intrinsecamente ligado á nossa forma de estar perante a nossa própria saúde. Portanto, ao cultivarmos e reforçarmos a cultura de valores positivos, proactivos na sua saúde, nomeadamente nos estilos de vida, esta comunidade de profissionais que é a plataforma dos Cuidados de Saúde Primários, irá produzir ganhos em saúde, para si enquanto indivíduo e família e nas comunidades na qual participa enquanto cidadão e enquanto profissional afecto á saúde. A motivação intrínseca e a motivação extrínseca gerada pela comunidade motivada no local de trabalho, enquanto contexto favorável à saúde, irá produzir certamente uma nova representação social dos profissionais desta Unidade de Saúde para a população em geral e incrementar o valor do seu capital social, com uma cultura a jubilar saúde.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração de Saúde da Algarve, IP. (2011). *Algarve - Perfil da Saúde Região*. Recuperado em 2012, agosto 15. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=1424&Itemid=172&lang=en
- Alto Comissariado para a Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde: Agora Mais que nunca*. Lisboa.
- Associação Médica Mundial (2000). *Declaração de Helsinque. Princípios éticos para as pesquisas médicas em seres humanos*. Adotado pela 18ª Assembleia Médica Mundial. Escócia.
- Brissos, A. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 22 (nº1), 43-53.
- Cardim J. C.(2009). *Gestão da formação nas organizações*. Lisboa-Porto: Lidel.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Comissão das Comunidades Europeias (2007). *Melhorar a qualidade e produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012*. Bruxelas. Recuperado em 2012. Julho 17. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:pt:PDF>.
- Comissão Europeia (2007). *Global Report on the Health Status in the European Union*. Recuperado em 2012. Agosto 15. Disponível em http://www.eugloreh.it/ActionPagina_988.do
- Comissão das Comunidades Europeias (2007). *Livro Branco sobre Uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados á nutrição, ao excesso de peso e á obesidade*. Bruxelas. Recuperado em 2012, julho, 15. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52007DC0279:PT:NOT>.
- Comissão das comunidades Europeias. (2005). *Promoção de regimes alimentares saudáveis e da atividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso*

de peso, da obesidade e das doenças crónicas. Recuperado em 2012, julho 15. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0637:FIN:PT:PDF>.

Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2011) Orientação n.º 1/2011 de 04/01/2011

Direção Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2009). Normativa nº.15/DT de 15/10/2009.

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2007). *Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida*. Recuperado em 2012, junho 12. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=10959>,

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2009). Normativa nº.15/DT de 15/10/2009.

Direção Geral da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de vida*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde website (2012). Plataforma de luta contra a obesidade. Recuperado em 2012, junho 12. Disponível em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113.

- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- EU-OSHA (2010). *Vantagens para as empresas de uma boa segurança e saúde no trabalho*. Recuperado em 2012, junho 20. <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/77>
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Living and Working in Europe* (2008) Recuperado em 2012, junho 20. disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>.
- European Society of Hypertension (2003). Practice Guidelines For Primary Care Physicians ESH/ESC Hypertension Guidelines. *Journal of Hypertension*. 21 (10). 1779-1786
- Imperatori, E., & Giraldes, R. (1992). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- J. (2011). Adaptação e validação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Resultados Psicométricos preliminares. *Revista de Enfermagem, Série 3, suplemento*, p.650.
- Laverack, G.(2008). *Promoção de Saúde – poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lefèvre & Lefèvre (2004). Saúde, Empoderamento e Triangulação. *Saúde e Sociedade*.13 (2). Recuperado em 2012, junho 12. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/04.pdf>.
- Nunes, L. S. (s. d.). *O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico*. Comunicação apresentada no IV Congresso Português de Sociologia. Recuperado em 2012, janeiro 20. Disponível em <http://www.aps.pt/ivcongr-actas/Acta199.PDF>.
- Ogata, Alberto (2011). *Profissionais saudáveis, Empresas produtivas*. Brasil: Elsevier-Campus.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Recuperado em 2012, janeiro 5. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_20Nov2010.pdf.

- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*.(2ªed). Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- World Health Organization (2011). Global status report on alcohol and health. Genebra: World Health Organization. Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/en/index.html
- World Health Organization (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis:Um modelo para a ação: Para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*. (Brasília. Serviço Social da Industria. Trad.).
- World Health Organization - Europe. (2010) *Portugal Health System Performance Assessment*. Recuperado em 2012, setembro 1. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2011/01/PHSAP.pdf>.
- WHO Regional Office for Europe (2009). *European Health Report: Health and health systems*. Recuperado em 2012. Junho 15. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.
- World Health Organization (2007). *Workers' health: global plan action – sixtieth world health assembly*. Recuperado em 2012, agosto 15. Disponível em http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf.
- World Health Organization (2006). Declaration on Workers Health. Italy. Recuperado em 2012, agosto 12. Disponível em http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.pdf.
- WHO Regional Office for Europe (2005). *European Health Report: Public health action for healthier children and populations*. Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf.
- World Health Organization (2005). *Carta de Banguecoque. Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Banguecoque. Recuperado em 2012, junho 1. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.

- World Health Organization (2002). *European Health Report*. Recuperado em 2012, Agosto 12. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf.
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva. Recuperado em 2012, abril 28. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf.
- World Health Organization (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI, Jacarta*. Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf.
- World Health Organization (1995). *Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health to Work*. Geneva. Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em http://www.who.int/occupational_health/en/ohstrategy.pdf
- World Health Organization (1991). *Declaração de Sundsvall. Promoção da saúde e Ambientes Favoráveis à saúde*. Suécia. Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Sundsvall.htm
- World Health Organization (1986). *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Canadá, Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em <http://www.opas.org/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da ARS Algarve, IP

DSP	DGAG	DEP	DC	GIE
UVE	LRSP	UGF	UAG	UGRH
USIC			GJ	GCC

CD ARSA I.P. 17/AUG'12 02757

Exmo. Sr.

Voto
A Direção de DSPP
Dre. Ana Cristina Gonçalves
Para informar.

Presidente do Conselho Diretivo

Da ARS Algarve, IP.

Dr. Martins dos Santos

Doc./Entrada N.º 1172
DSPP-Departamento de
Saúde Pública e Planeamento
Data 17/08/2012

Dr. Miguel Madeira
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P.

2012/08/17

É de autorizar e louvar
a iniciativa

Eu, Cíntia Santos Reis, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, a exercer funções no Serviço de Saúde Ocupacional da ARS Algarve, IP., encontro-me a frequentar o I Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja. No âmbito do Mestrado, estou a desenvolver um Trabalho de Projeto que se intitula "Prata da Casa : Projeto de Intervenção em Estilos de Vida Saudáveis no Local de Trabalho".

Este projeto de intervenção será um projeto piloto no Serviço de Saúde Ocupacional da ARS Algarve, IP., e foi construído com base nas informações recolhidas, aos funcionários da Unidade Funcional de Olhão, no âmbito das actividades desenvolvidas na Medicina do Trabalho, durante o mês de março e abril deste ano. As informações dos funcionários, utilizadas na execução do Diagnóstico de Saúde, foram as relacionadas com os determinantes em saúde: os valores antropométricos, nomeadamente, perímetro de cintura, altura e peso, valores tensionais, estado vacinal, prática da actividade física, hábitos alcoólicos, tabágicos e alimentares. O projeto tem como objetivo promover estilos de vida saudáveis e comitantemente, promover uma cultura de saúde e aumentar o bem-estar e satisfação profissional dos funcionários, que constituem a comunidade desta Unidade Funcional. Reforço ainda, que o projeto em curso, vai de encontro com um dos objetivos do Programa Regional do Serviço de Saúde Ocupacional 2011-2016, que é contribuir para a promoção da saúde dos trabalhadores.

Venho solicitar a Vossa Excelência, que autorize o desenvolvimento do Projeto de índole académica, que posteriormente será para implementar em cooperação com os funcionários da Unidade Funcional de Olhão.

Com os melhores cumprimentos,

Cíntia Santos Reis

Cíntia Santos Reis

Faro, 16 de agosto de 2012

Voto
Autentica.
Informar na intervenção do
autores.

2012/08/17

Dr. Miguel Madeira
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P.

ARS Algarve, IP - Depart Saúde Pública

N.º Entrada 1643 Data 21/08/12

Assinatura

ANEXO II

Formulário

FORMULÁRIO

Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Idade:	<input type="text"/>	

Habilitações Literárias		Categoria Profissional:	
Mestrado	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior	<input type="checkbox"/>
10º - 12º Ano	<input type="checkbox"/>	TDT	<input type="checkbox"/>
5º - 9º Ano	<input type="checkbox"/>	Assistente Técnico	<input type="checkbox"/>
4º Ano	<input type="checkbox"/>	Assistente Operacional	<input type="checkbox"/>

Dados antropométricos/tensão arterial			
Peso:	<input type="text"/>	Altura:	<input type="text"/>
PC:	<input type="text"/>	IMC:	<input type="text"/>
		TA:	<input type="text"/>

Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas	
Consome bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, com que frequência?	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Esporadicamente

Hábitos tabágicos

É fumador? Sim Número de anos de consumo:
 Não

Se não, já foi fumador? Sim Número de anos de cessação:
 Não

Atividade Física

Pratica atividade física? Sim
 Não

Se sim, com que frequência? Diariamente
 2 a 3 vezes por semana
Esporadicamente

Hábitos alimentares

Considerando a roda dos alimentos, como um guia alimentar diário, como classificaria a sua alimentação?

Cuidada
Mais ou menos
Não cuidada

Vacinação

Vacina bivalente contra o tétano e difteria

Atualizada

Desatualizada

Vacina contra a Hepatite B

Atualizada

Desatualizada

Vacina contra o sarampo

Teve sarampo? Sim

Não

Se não, indique o seu estado vacinal.

Atualizada

Uma toma

Não vacinado

ANEXO III

Autorização do Questionário “Estilos de Vida Fantásticos”



Cintia Reis <cintiasreis@gmail.com>

Pedido de autorização


irmabrito@esenfc.pt <irmabrito@esenfc.pt>
Para Cintia Reis <cintiasreis@gmail.com>

20 de Setembro de 2012 13:36

Ola Cintia:
Parabéns pelo seu trabalho!
Aqui vai o questionário que deve aplicar tal como está introduzindo o seu contato onde diz" Caso queira mais esclarecimentos, o nosso contacto é"

Antes de iniciar a aplicação, envie-me uma declaração em como se compromete a enviar as base de dados da aplicação do questionário.
Quando a receber essa declaração envio-lhe as instruções de preenchimento e a base de dados em excel.
Posso ainda dar algumas orientações de como fazer o tratamento estatístico
Se quiser pode indicar-me depois para ser arguente na defesa
Saudações académicas
Irma Brito

----- Mensagem de cintiasreis@gmail.com -----
Data: Thu, 20 Sep 2012 13:11:21 +0100
De: "Cintia Reis" <cintiasreis@gmail.com>
Assunto: RE: Pedido de autorização
[Citação ocultada]

 **utf-8"Escala_Fantastico_14.09.12_popula**ção em geral.pdf
102K

Anexo IV

Questionário “Estilos de Vida Fantáticos”

F		A		N		T		A		S		T		I		C		O	
1 UBP = 1 bebida fermentada 2 UBP = 1 bebida destilada																			
COMO É O SEU ESTILO DE VIDA? Ano de nascimento _____ Sexo _____																			
Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês..... Some os pontos em cada coluna																			
Família e amigos	Atividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Alcool e outras drogas	Sono e Stress	Trabalho / Tipo de personalidade	Introspeção	Comportamento sexual	Outros comportamentos										
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades :	Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente:	Fumo cigarros:	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (1 UBP=1 bebida):	Durmo bem e sinto-me descansado:	Sinto que ando acelerado:	Sou uma pessoa otimista e positiva:	Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	Como peço e passo, cumpriro as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária:										
2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Todos os dias 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Não, nos últimos 5 anos 1 Não, no último ano 0 Sim, este ano	2 0 a 7 bebidas 1 8 a 12 bebidas 0 Mais de 12 bebidas	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca										
Dou e recebo carinho/afectos:	Realizo actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou pratico desporto durante 30 minutos de cada vez:	Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces, salgadinhos ou fastfood):	Geralmente fumo cigarros por dia:	Bebo mais de 6 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Sinto-me tenso e/ou pressionado:	Converso com o/a parceiro/a, família e/ou amigos/as sobre temas de sexualidade:	Como condutor, respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemovel, etc):										
2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 3 ou mais vezes por semana 1 1 vez por semana 0 Não faço nada	2 Nenhum destes 1 Alguns destes 0 Todos	2 Nenhum 1 1 a 10 cigarros por dia 0 Mais de 10 cigarros por dia	2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 Frequentemente	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente	2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente	2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca										
Caminho no mínimo 30 minutos diariamente:	Ultrapassei o meu peso ideal em:	Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	Relaxo e desfruto do meu tempo livre:	Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:	Sinto-me triste e/ou deprimido:	No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a protecção do parceiro/a:													
2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 0 a 4 Kg 1 5 a 8 Kg 0 Mais de 8 Kg	2 Nunca 1 Raramente 0 Frequentemente	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase sempre 1 Algumas vezes 0 Frequentemente	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase sempre 1 Algumas vezes 0 Quase nunca	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca	2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca										

SOME OS PONTOS DE TODAS AS COLUNAS E MULTIPLIQUE POR DOIS (2) TOTAL PEER, UICISA-E, 2011

Adaptação de McMaster University (1984) e Lange & Vio (2006): *Do you have a Fantastic lifestyle* por (Silva, Brito, Amado, 2010)