



Instituto Politécnico de Santarém
2021

Promoção da Saúde com Adultos em
Situação de Obesidade

Maria José Martín
Calado

Promoção da Saúde com Adultos em Situação de Obesidade

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem Comunitária

Maria José Martín Calado

Orientadora
Professora Doutora Alcinda Reis

2021, março

Promoção da Saúde com Adultos em Situação de Obesidade

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre na área de Enfermagem Comunitária**

**Maria José Martín
Calado**

**Orientadora
Professora Doutora Alcinda Reis**

2021, março

“Recomeça...
Se puderes
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.”.

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

O meu reconhecimento muito especial à professora doutora Alcinda Reis pelo apoio, otimismo, saber e aconselhamento nesta reta final.

À professora Celeste Godinho pela presença em praticamente todo o caminho percorrido, com votos de sinceras melhoras.

À equipa da UCC pela disponibilidade incondicional que me permitiu atingir os objetivos propostos.

À minha família, são o meu pilar.

À minha avó Margarita, exemplo de vida e de força de vontade.

Ao meu avô Manuel pela saudade. Ficaria orgulhoso.

À minha amiga Catarina, sempre pronta a ajudar.

Às minhas companheiras de viagem para Santarém: Salomé, Arminda, Mónica.

A todos a minha eterna gratidão pela amizade, ânimo, exemplo e incentivo!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AREA – Consulta de Adolescente
ARS – Administração Regional de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
Cm - Centímetros
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DARE – Diabetes Apoio Responsável Escolar
DGS – Direção Geral da Saúde
DNT – Doença não transmissível
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados ao domicílio
EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Enf.^a - Enfermeira
EpS – Educação para a Saúde
EPVA – Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos
ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém
Etc- Etcétera
Ex. - Exemplo
GRT – Gestão do Regime Terapêutico
ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros
IMC – Índice de Massa Corporal
Kg - quilograma
km² – quilómetro quadrado
ln - linhas
M² - metro quadrado
N.º - Número
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NLI – Núcleo Local de Inserção Social
NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBE- Prática Baseada na Evidência

PIOI – Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil

PLS – Plano Local de Saúde

PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS- Plano Nacional de Saúde

Prof.^a – Professora

PrS – Promoção da Saúde

RCEEEECSP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SES – Sessão de Educação para a Saúde

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A obesidade é uma doença crónica e um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, sendo a segunda causa de morte passível de prevenção, com um impacto acentuado na qualidade de vida das pessoas. Os enfermeiros através da Promoção da Saúde podem capacitar os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis. Desenvolveu-se uma *Scoping Review*, com a questão: *quais as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com obesidade?* Nas evidências obtidas identificou-se a importância das intervenções de enfermagem na Promoção da Saúde aos adultos com obesidade. Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde foi elaborado o Diagnóstico de Situação utilizando a perspetiva teórico-conceitual de Betty Neuman, tendo sido planeada a intervenção de que se dará conta neste relatório: “*Projeto Obesidade Zero*”, o qual teve como objetivo promover a adoção de comportamentos saudáveis nos adultos com obesidade do concelho em estudo. Os resultados apontam para uma melhoria nos hábitos alimentares e de atividade física, demonstrando em algumas áreas o impacto positivo do projeto.

Palavras-chave: *Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Adultos e Obesidade*

ABSTRAT

Obesity is a chronic disease and a risk factor in the development of other pathologies. It is the second most preventable cause of death, largely impacting people's quality of life. Through the promotion of healthy habits, nurses can enable individuals to adopt healthy behaviours. A Scoping Review was carried with this question: what are the nursing interventions that promote health to adults with obesity? The evidence identified the crucial importance of such nursing interventions. A Situation Diagnosis was carried out based on the Health Planning Methodology using Betty Neuman's theoretical-conceptual perspective. The intervention described in this report was planned and named "The Zero Obesity Project", the objective of which is to promote the adoption of healthy behaviors in adults with obesity in the county. The results point to an improvement of eating and exercise habits, demonstrating in some areas the positive impact of the project.

Keyword: Community Nursing, Health Promotion, Adults and Obesity

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	19
1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE .	23
2 - CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 - OBESIDADE	27
2.2 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE.....	34
2.3 – PERSPETIVA TEÓRICO-CONCEPTUAL DE BETTY NEUMAN.....	38
3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	43
3.1.1 - Processo de recolha de informação	44
3.1.2 - Problemas identificados	45
3.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	46
3.2.1 - População alvo e amostra	47
3.2.2 - Procedimentos éticos	48
3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	49
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	50
3.4.1 - Instrumentos de colheita de dados	52
3.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	53
3.6 – AVALIAÇÃO.....	57
4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO	65
5 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	67
6 – CONCLUSÃO	71
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	
ANEXO I – Guião da entrevista.....	79

ANEXO II – Análise de conteúdo.....	81
ANEXO III- Hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon.....	87
ANEXO IV – Consentimento Livre e Informado dos participantes	91
ANEXO V – Consentimento Livre e Informado dos informantes-chave	95
ANEXO VI – Autorização da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém....	97
ANEXO VII – Autorização para utilização das escalas de avaliação	99
ANEXO VIII – <i>Scoping Review</i>	101
ANEXO IX – Questionário de colheita de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais.....	133
ANEXO X – Questionário de Propensão Alimentar	137
ANEXO XI – Questionário de Atividade Física	145
ANEXO XII – Fichas de avaliação de conhecimentos.....	151
ANEXO XIII – Questionário para avaliação da sessão pelos formandos	155
ANEXO XIV – Avaliação da sessão pelo formador	159
ANEXO XV – Plano Operacional.....	161
ANEXO XVI – Artigo publicado no jornal	167
ANEXO XVII – Bioimpedância inicial.....	169
ANEXO XVIII – Folheto obesidade	171
ANEXO XIX – Ficha de sinalização.....	175
ANEXO XX – Bioimpedância final.....	179
ANEXO XXI – Planos das sessões	181
ANEXO XXII – Apresentação <i>powerpoint</i> das sessões.....	189
ANEXO XXIII – Artigo submetido à Revista da UIIPS.....	207
ANEXO XXIV – Apresentação seminário intercalar.....	217
ANEXO XXV – Apresentação seminário final.....	221

ÍNDICE DE QUADROS

f.

Quadro 1 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades	29
Quadro 2 - Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas	30
Quadro 3 - Risco relativo de problemas de saúde associados à obesidade	31

ÍNDICE DE TABELAS

	f.
Tabela 1 - Projetos da UCC.....	24
Tabela 2 - Avaliação dos indicadores de atividade	57
Tabela 3 - Avaliação dos indicadores de resultado	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

f.

Gráfico 1 - Comparação entre o tempo sentado num dia de semana pré e pós intervenção, nos últimos 7 dias	60
Gráfico 2 - Comparação entre o número de dias em que realizou atividades vigorosas pré e pós intervenção, nos últimos 7 dias	61
Gráfico 3 - Comparação entre o número de dias em que caminhou pelo menos 10 minutos seguidos pré e pós intervenção, nos últimos 7 dias	61
Gráfico 4 - Comparação entre o número de dias em que realizou atividades moderadas pré e pós intervenção, nos últimos 7 dias	62
Gráfico 5 - Comparação entre o número de dias em que consumiu frutas e legumes pré e pós intervenção	62

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	40

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional do Centro, com a duração de 18 semanas, no período de 13 de julho a 18 de dezembro de 2020.

Conforme preconizado para este estágio, a intervenção na comunidade foi a base para todo o percurso realizado, tendo como finalidade a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

Os objetivos deste relatório são: enquadrar a prática clínica na evidência científica com recurso à metodologia científica, através da revisão sistemática de literatura; fundamentar as competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada; avaliar e criticar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Em relação aos objetivos pessoais para este relatório, procura-se que este documento traduza uma perspetiva analítica e sustentada do percurso desenvolvido e toda a intervenção realizada dando visibilidade às competências adquiridas e aos ganhos em saúde no âmbito da enfermagem comunitária, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção, de forma a promover um maior destaque da profissão de enfermagem.

A literatura evidencia que a prevalência da obesidade mais do que duplicou a nível mundial nos últimos 40 anos, pelo que a Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2000) a considerou como a epidemia global do século XXI, reconhecendo que, neste século, tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Paralelamente, encontra-se já documentada a eficácia terapêutica a médio e longo prazo, de abordagens direcionadas ao estilo de vida na promoção de reduções ponderais na ordem dos 5 a 10% do peso inicial (Galani & Schneider, 2007). Tais premissas colocam o EEEECSP como agente privilegiado na Promoção da Saúde (PrS) com adultos em situação de obesidade,

potenciando a PrS através de estratégias como a capacitação, comunicação, consciencialização, negociação, relação de ajuda e Educação para a Saúde (EpS).

A temática abordada surgiu após a realização do diagnóstico de situação, tendo como orientação a perspetiva teórico-conceitual de Betty Neuman, uma vez que se constitui num modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade das intervenções e processos na comunidade (Tomey & Alligood, 2004). O diagnóstico de situação evidenciou que os principais problemas de saúde na população em estudo eram: depressão, hipertensão, diabetes, obesidade, uso de álcool, consumo de drogas, tabagismo. A partir destes dados e com base na priorização das necessidades, decidiu-se intervir no foco: obesidade (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2016). Para isso foi desenvolvido um projeto de intervenção, dirigido a adultos (19-64 anos) com obesidade do concelho abrangido pela UCC onde decorreu o estágio, designado por “Projeto Obesidade Zero” com o intuito de promover a adoção de comportamentos saudáveis nessa população.

As intervenções delineadas neste projeto procuraram basear-se na melhor evidência científica, desenvolvendo-se por isso uma prática baseada na evidência através de uma *Scoping Review*, partindo da questão “Quais as intervenções de enfermagem na Promoção da Saúde aos adultos com obesidade?”.

As atividades executadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde e concorreram para a aquisição das competências específicas do EEEECSP e do nível de mestrado.

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (RCEEEECSP), este deve centrar a sua prática na comunidade, identificar as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), desenvolver programas e projetos de intervenção para a capacitação das comunidades. Assegura ainda o estabelecimento da articulação com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários conducentes a cuidados de saúde eficazes (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros [OE]).

Relativamente às competências do nível de mestrado, de acordo com a Portaria nº 782/2009, preconiza-se a aquisição de conhecimentos altamente especializados que sustentem a capacidade de reflexão original e a investigação. Nesse sentido, procuram desenvolver-se aptidões especializadas para a resolução de problemas em matéria de

investigação, para ampliar conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas.

O relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro é apresentada a caracterização da UCC onde decorreu o estágio. O segundo capítulo diz respeito à concetualização teórica da temática e ao Modelo Teórico adotado que permitiu caracterizar a comunidade, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária realizada. O terceiro capítulo compreende a metodologia utilizada, o planeamento em saúde com a descrição das suas várias etapas.

Tendo em conta a riqueza de experiências que o local de estágio proporcionou em termos práticos, o quarto capítulo descreve sucintamente outras atividades que foram realizadas na UCC paralelamente à implementação do projeto de intervenção. No quinto e sexto capítulos, respetivamente, expõe-se a análise crítica e reflexiva de todo o trabalho desenvolvido e a conclusão.

Para a realização deste documento foram utilizadas as normas de elaboração e apresentação dos trabalhos escritos da ESSS, do Instituto Politécnico de Santarém.

1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (doravante designada UCC), integrada num ACES da Administração Regional do Centro, tendo como área de abrangência uma área de 187,2 km² distribuída por três freguesias (UCC, 2013).

Para além da UCC, existem duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Saúde Familiar (USF). O Centro de Saúde dispõe ainda de Serviço de Atendimento Permanente 24 horas.

Esta UCC nasceu a 23 de fevereiro de 2014 com a homologação do parecer técnico pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro. Com um horário de funcionamento das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, opera numa base populacional e dá resposta a toda a população do concelho, residente ou não. Quando necessário, presta também cuidados aos fins-de-semana e feriados.

A missão da UCC é contribuir para ganhos em saúde da população que abrange, identificando necessidades específicas e prestando cuidados de elevada qualidade, numa perspetiva integrativa de cuidados multidisciplinares através da transparência, responsabilidade, igualdade, equidade, confiança, dedicação e respeito.

A unidade é constituída por seis enfermeiros, detentores de especialidades várias (Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), duas assistentes técnicas, uma assistente social, um fisioterapeuta, um médico e uma psicóloga. A coordenação está ao cargo de uma enfermeira.

Inclui na sua carteira de serviços os seguintes projetos/programas, que se apresentam na Tabela 1:

Tabela 1 - Projetos da UCC

Programa/Projeto	População alvo
Vamos Nascer (preparação profilática para o parto, recuperação pós parto; hidroginástica para grávidas e workshops parentais; aconselhamento amamentação)	Grávidas e puérperas e pais
Promoção Saúde infantil e juvenil (AREA; PLSeguro; Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil - PIOI)	Crianças dos 0 aos 18 anos menos um dia com intervenção em consulta de enfermagem para adolescentes
Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI)	Crianças dos 0 aos 6 anos com atraso de desenvolvimento referenciados ao SNIPI
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	Famílias de crianças e jovens referenciados ao NACJR, incluindo grávidas, cujo técnico gestor é da equipa da UCC
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	Crianças e jovens com processo na CPCJ
EPVA - Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos	Utentes referenciados à equipa EPVA cujo gestor de caso é o técnico da UCC
Programa saúde Mental para Cuidadores Informais	Cuidadores informais referenciados para o projeto
Rede social e Núcleo executivo	População do concelho
NLI – Núcleo Local de Inserção Social	Utentes com contrato Rendimento Social de Inserção (RSI)
Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos	Consultas e visitas domiciliárias a utentes referenciados – estomaterapia, saúde mental, GRT (gestão do regime terapêutico)
Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; In-dependências; DARE+; Gerações; Adição sem substância; NSE – Necessidades de Saúde Especiais)	Alunos do parque escolar do concelho (cerca de 6000) e restante comunidade educativa
Viver com Diabetes	Utentes diabéticos tipo 2 referenciados ao projeto
Projeto de Intervenção em jovens com comportamentos de risco	Jovens referenciados para o projeto (Intervenções breves em jovens com iniciação de consumos)
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados ao domicílio	Utentes referenciados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

O projeto de que se dá conta neste relatório integra-se no “Projeto de intervenção com doentes crónicos” uma vez que é objetivo da UCC dar ênfase à intervenção nas pessoas com patologias associadas às doenças cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão, a obesidade e a diabetes. Pretende-se instituir ações em grupo que promovam a prevenção e contribuam para o tratamento destas patologias. Assim, a UCC perspetiva no seu plano três programas de intervenção distintos, cada um para doentes que apresentem ou corram o risco de apresentar as referidas patologias, embora não tivesse, até à data de início do estágio, nenhum programa implementado destinado a adultos com obesidade.

Pela sua relevância para este relatório destaca-se também o Projeto de intervenção na Obesidade Infantil (PIOI).

O projeto supramencionado tem como objetivos: promover hábitos de vida saudáveis; sensibilizar crianças e famílias para as consequências da obesidade infantil; identificar necessidades de saúde específicas e intervir na sua resolução. Para a sua concretização no ano transato foram selecionadas as crianças nascidas em 2009 cujo valor de Índice de Massa Corporal (IMC) fosse compatível com excesso de peso/obesidade. Das 115 crianças selecionadas, 22 participaram no projeto. Foram realizadas 10 reuniões com coletividades que participaram na sessão do exercício físico e 22 sessões de *follow-up* às crianças; 4 delas foram referenciadas para outras unidades de saúde.

O “Projeto Obesidade Zero” perspetiva também ser uma continuidade do PIOI, englobando uma faixa etária que este último não abrange, dando assim resposta a uma população diferente.

2- CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2017), referido por Melo (2020), o enfermeiro deve identificar, no contexto do projeto que está a desenvolver, qual é a sua área de atenção ou foco central, tal como ocorreu após consulta da CIPE (2016), na sua versão Beta 2. Deve começar por uma revisão da literatura sobre a problemática a abordar e garantir o que Imperatori e Giraldes (1993) indicam como elementos para um diagnóstico ajustado à realidade: “uma descrição preferencialmente quantitativa da situação; o conhecimento dos fatores que a determinam; a análise e a evolução das suas perspetivas e a avaliação se é ou não satisfatória” (p. 21) (comparando, por exemplo, com outros diagnósticos realizados nas mesmas problemáticas, com comunidades semelhantes).

No presente capítulo serão abordados os aspetos teóricos relativos à temática, baseados em revisão da literatura e que constituem o fio condutor de todo o relatório. Pretende-se ainda apresentar uma conceção de cuidados de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública refletindo sobre qual o papel do EEECSF nessa conceção.

2.1 - OBESIDADE

Reduzir a carga de doença e melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos são objetivos últimos de qualquer sociedade. As doenças não transmissíveis (DNT) são responsáveis pela maioria das mortes e da carga da doença em toda a região europeia da OMS, incluindo Portugal, pelo que as medidas para a sua prevenção e controlo devem ser assumidas como uma prioridade em saúde pública. Muitas DNT são preveníveis através da intervenção nos fatores de risco e determinantes de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017a).

Depois do tabagismo, a obesidade é a segunda causa de morte passível de prevenção (OMS, 2005) sendo considerada uma doença crónica e, ao mesmo tempo, um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbidade (DGS, 2017a).

A prevalência da obesidade mais do que duplicou a nível mundial nos últimos 40 anos, pelo que a OMS (2000) a considerou como a epidemia global do século XXI, reconhecendo que, neste século, tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas.

Também em Portugal, o excesso de peso, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, é provavelmente o principal problema de saúde pública, afetando mais de 50% da população adulta e tendo implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes patologias como a diabetes, a doença cérebro e cardiovascular, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros. Estas doenças, no seu todo, representam a principal despesa em saúde do estado português e o principal encargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2017a).

O Relatório Health at a Glance, de 2019, posiciona o nosso país no quarto lugar na lista dos países que apresentam a maior taxa de população com excesso de peso quando comparado com a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). De facto, 67,6% da população portuguesa com mais de quinze anos tem excesso de peso ou é obesa.

Em linha com este cenário a nível nacional, o concelho onde decorreu o estágio apresenta uma elevada prevalência de utentes adultos inscritos no Centro de Saúde e diagnosticados com obesidade (3751 pessoas).

Também o Plano Local de Saúde (PLS) do respetivo ACES 2018-2020, em alinhamento com os objetivos nacionais, reflete nas suas estratégias e em todas as intervenções uma preocupação com a obesidade já que, a par da diabetes, foi o segundo problema com maior prevalência.

O excesso de peso e obesidade são definidos pela OMS (2000) como uma anormal ou excessiva acumulação de gordura que representa riscos para a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida.

O diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade faz-se através do cálculo do IMC, o qual mede a corpulência e se determina dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado (DGS, 2005).

Segundo a OMS (2000), considera-se que há excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e que há obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30. No entanto, em certos casos, nomeadamente nos atletas, nos indivíduos com edemas e com ascite, o IMC

não é uma determinação fiável da obesidade, pois não permite distinguir a causa do excesso de peso (DGS, 2005).

A obesidade classifica-se, assim, em três categorias.

Quadro 1 - Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de comorbilidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40	Muito grave

Fonte: DGS (2005)

Para avaliar com precisão a presença de obesidade, os profissionais de saúde devem recorrer a métodos de avaliação direta da proporção da massa gorda corporal (ex: densidade corporal, densitometria, ressonância magnética nuclear, medição do potássio corporal total, bioimpedância) (DGS, 2017a).

Tratando-se de métodos dispendiosos e relativamente complexos, é mais habitual o recurso à avaliação antropométrica e, particularmente, a fórmulas que combinam o peso, altura e/ou os perímetros corporais.

Uma das referências para a avaliação do estado nutricional e a deteção precoce do excesso de peso é a Norma da DGS nº 017/2013 de 5/12/2013 para avaliação antropométrica no adulto.

A importância da avaliação do perímetro da cintura, enquanto indicador antropométrico da obesidade central, decorre da sua forte correlação com o tecido adiposo visceral (DGS, 2017a).

Quadro 2 - Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas

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

Fonte: DGS (2005)

Um aspeto importante na avaliação do adulto obeso é a distribuição da gordura corporal. Assim, quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, diz-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral, sendo típica do homem obeso. Quando a gordura se distribui, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide, sendo típica da mulher obesa (DGS, 2005).

Mais do que a redução do peso, em termos absolutos, a abordagem do indivíduo com excesso de peso deve visar melhorias na composição corporal (ex: distribuição do tecido adiposo) e do controlo metabólico subsequente (DGS, 2017a).

A investigação epidemiológica documenta de forma consistente a associação entre o excesso de peso e o risco acrescido de incidência e agravamento de múltiplas patologias (DGS, 2017a). Sem retirar importância a nenhuma das comorbilidades, o risco de incidência da diabetes tipo 2 e das doenças cardiovasculares têm particular relevância em Portugal.

As comorbilidades associadas à obesidade determinam a gravidade desta doença. Assim, a obesidade andróide ou visceral está associada a diabetes tipo 2, dislipidémia, hipertensão arterial, disfunção endotelial, síndrome do ovário poliquístico, doença coronária, doença vascular cerebral e morte, sendo que a associação a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo (DGS, 2005). De acordo com a mesma fonte, o aumento da gordura subcutânea, embora não se acompanhe de risco aumentado para a síndrome metabólica, está associado a doenças ortopédicas e a alterações psicossociais graves.

Paralelamente, e atendendo à conjuntura da atual pandemia, estudos já existentes no âmbito da doença Covid-19 revelaram uma relação desta com a situação de obesidade, apontando um risco muito maior de hospitalização (113%) nos indivíduos obesos, com maior probabilidade de serem admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (74%) e maior risco

de morte pelo vírus (48%) (Popkin et al., 2020).

Quadro 3 - Risco relativo de problemas de saúde associados à obesidade

Risco muito aumentado (Risco relativo >3)	Risco aumentado (Risco relativo 2-3)	Risco ligeiramente aumentado (Risco relativo 1-2)
Insulinorresistência e diabetes tipo 2	Doença coronária	Alteração hormonas reprodutivas e da fertilidade
Dislipidemias	Hipertensão arterial	Síndrome Ovário Poliquístico
Insuficiência respiratória	Osteoartrite	Anomalias fetais
Apneia obstrutiva do sono	Hiperuricemia e gota	Cancro (mama, endométrio, cólon)
Doença da vesícula biliar		Lombalgias

Fonte: DGS (2017a)

Dados recentes (2015) do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico estabelecem uma relação entre a prevalência da obesidade e o estrato socioeconómico dos indivíduos. Numa amostra representativa de adultos portugueses, verificou-se que o excesso de peso era muito mais frequente nos indivíduos com menor literacia, assim como nos indivíduos sem atividade profissional.

A associação entre obesidade e a desigualdade social sugerem que a sua abordagem deverá ser diferenciada. Em certos casos, as intervenções deverão recair sobre a capacitação dos cidadãos e das famílias, outras, necessitarão de recorrer a apoios alimentares diretos em que a ajuda alimentar deverá ter em conta a adequação e o equilíbrio nutricional (DGS, 2017a).

O aumento exponencial na prevalência da obesidade é o resultado da interação entre diversos fatores. A predisposição fisiológica, a multiplicidade de componentes socioambientais e os aspetos psicológicos e comportamentais que promovem e traduzem os dois anteriores, são elementos de uma matriz complexa que predispõe, promove e mantém o excesso de peso (DGS, 2017a).

O tratamento da obesidade sugere necessidade de intervenção a dois níveis: por um lado, é necessário apostar na promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Por outro lado, dado o elevado número de indivíduos que já se encontram com esta doença, é importante também assegurar uma terapêutica adequada para estas situações

(DGS, 2017a).

A mudança dos estilos de vida, nomeadamente do padrão alimentar e de atividade física, é componente imprescindível da terapêutica do excesso de peso (DGS, 2017a). Das evidências consultadas, também os autores Hruby et al. (2016) e Braga et al. (2017) relevam a importância da modificação do estilo de vida no tratamento da obesidade, salvaguardando que os resultados são mais expressivos à medida que as intervenções são mais prolongadas. Na mesma ordem de ideias, Bevilaqua, Pelloso & Marcon (2016) documentaram os ganhos em saúde dos adultos com obesidade do seu estudo através de um programa de intervenção de 16 semanas nesse âmbito, incidindo em temáticas como prática de exercício físico e orientação nutricional.

Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) enquadra vários programas de saúde prioritários, dos quais se destacam, pela sua pertinência para o presente relatório, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF).

O PNPAS integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas e representa um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos tendo como objetivo a melhoria do estado de saúde e nutricional da sua população. Pretende, desta forma, contribuir para um dos desígnios do PNS para 2020: a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis (DGS, 2017b).

Em Portugal, 86% da carga da doença corresponde a doenças crónicas, muitas vezes relacionadas com hábitos alimentares inadequados, dos quais se destacam o consumo insuficiente de fruta, hortícolas, cereais integrais e frutos oleaginosos, associados a um consumo excessivo de sal, representando assim o terceiro fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável nos portugueses, segundo o estudo *Global Burden of Disease*, de 2017.

As metas de Saúde para 2020 do PNPAS são: a) controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020; b) reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população até 2020; c) reduzir em 10% a média de quantidade de açúcar presente nos principais fornecedores alimentares à população até 2020; d) reduzir a quantidade de ácidos gordos trans para menos de 2% no total das gorduras disponibilizados até 2020; e) aumentar o número de pessoas que consome fruta e hortícolas diariamente em

5% até 2020; f) aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da dieta mediterrânica em 20% até 2020 (DGS, 2017b). Segundo a mesma fonte, o aconselhamento relativo à modelação dos consumos alimentares deve sustentar-se em três critérios-base: a) satisfação das necessidades nutricionais; b) objetivos terapêuticos (redução de peso, controlo metabólico, etc.), e; c) adequação às rotinas e constrangimentos individuais (rotinas laborais, valores religiosos, limitações económicas, etc.). A implementação de um balanço energético negativo é fundamental para a redução ponderal.

Pinhão (2014) acrescenta que a escolha alimentar é influenciada por aspetos biológicos (ex: fome, apetite, sabor), por condicionantes económicas (ex: custos dos alimentos, rendimento, disponibilidade), determinantes estruturais (ex: acesso, escolaridade, competências e recursos culinários, tempo), características sociais (ex: cultura, família, relações sociais, padrões alimentares), atitudes, crenças e conhecimentos sobre alimentos e alimentação.

No que concerne à atividade física, esta é entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta num aumento do dispêndio energético relativamente à taxa metabólica de repouso. Quando realizada diariamente a uma intensidade moderada a vigorosa e associada a uma diminuição do tempo dedicado a atividades sedentárias, está associada a um estilo de vida saudável (Seabra, 2017).

O PNPAF foi criado em 2016 e tem como documento orientador a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar. A sua missão é generalizar o conceito de estilo de vida fisicamente ativo como sinal (vital) de saúde e bem-estar para todos, independentemente de condições de saúde, económicas, demográficas ou sociais, envolvendo os atores sociais relevantes em iniciativas centradas no cidadão e gerando cadeiras integradas de valor conducentes a aumentar o interesse da população pela prática regular de atividade física e pela redução do tempo sedentário (DGS, 2016).

Nesse sentido, as metas de Saúde para 2020 são: a) aumentar para 32% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade; b) aumentar para 70% a percentagem de adolescentes que pratica atividade física três ou mais vezes por semana; c) aumentar para 25% a percentagem de adultos com menos de 7.5 horas/dia em atividade sedentária (DGS, 2016).

A atividade física não precisa de ser intensa para promover benefícios para a saúde. As evidências atuais indicam que doses de atividade física moderada realizadas na maioria

dos dias da semana são suficientes para promover saúde e prevenir doenças (Nahas, 2010; Esposito & Fitzpatrick, 2011).

Neste âmbito, as recomendações da OMS (2004) para adultos saudáveis com idade entre os 18 e os 65 anos são: i) 150 minutos de atividade aeróbica moderada ou 75 minutos de atividade aeróbica intensa por semana, ii) a atividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos dez minutos de duração, iii) para obter benefícios adicionais para a saúde deve aumentar-se a atividade física para 300 minutos de atividade aeróbica moderada ou 150 minutos de atividade aeróbica intensa e iv) deverão ser acrescentadas atividades que permitam melhorar a força muscular e resistência, 2 a 3 dias por semana.

No que concerne ao tratamento farmacológico da obesidade, a escolha da terapêutica deve ter em conta a implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas bem como outros fatores como a idade, doenças e condições clínicas associadas, indicações, contraindicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos, entre outros (DGS, 2005).

No caso específico dos indivíduos que já apresentam obesidade classe 2 com comorbidade associada ou obesidade classe 3, a cirurgia bariátrica pode ser uma opção elegível (DGS, 2017a).

Tratando-se de uma doença crónica de etiologia multifatorial, a abordagem da obesidade exige um ambiente e postura terapêutica centrados na pessoa.

A Enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2015). Através do processo de Enfermagem, esta utiliza metodologia científica para identificar problemas de saúde, recolher dados, formular diagnósticos de Enfermagem, elaborar e realizar planos para a prestação de cuidados de Enfermagem, executá-los corretamente e de forma adequada às necessidades e avaliar as ações realizadas, reformulando se necessário as intervenções (OE, 2015).

2.2 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE

A enfermagem assegura e providencia um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e a eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e

necessidades das pessoas de que cuidam (OMS, 1998), constituindo desta forma uma mais-valia na saúde pública das populações.

Aliás, o próprio artigo 101.º do código deontológico (do dever para com a comunidade) indica que:

O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Melo, 2020, p. 89).

No caso particular do EEECS, este deve ter uma intervenção com vista à capacitação e ‘*empowerment*’ da comunidade na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PrS, EpS, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010), o que vai ao encontro do definido pelo PNS extensão e revisão 2020, cujas orientações prevêm, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação.

Na mesma ordem de ideias, os Padrões de Qualidade de cuidados de enfermagem especializados na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública referem que o EEECS

É o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades, através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão; de assegurar infraestruturas para a promoção da saúde (OE, 2017, p. 2).

Pretende-se, desta forma, privilegiar o paradigma salutogénico da saúde, reforçando a importância da relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente. Assim, as pessoas reforçam o seu sentido de coerência, isto é, adquirem competências para avaliarem e compreenderem a sua situação, de se direcionarem para a saúde e responderem a situações stressantes (Pereira, 2017).

Os resultados correspondentes à forma como a pessoa e os seus problemas de saúde são afetados pelas intervenções de enfermagem, são designados por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que surgem em função de intervenções resultantes da prescrição, diagnóstico e planeamento realizados pelos enfermeiros (Ferreira & Amendoeira, 2015).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de PrS à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a PrS é concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, sendo o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária (OMS, 1986).

A OMS (2003) e o ICN (2012) defendem o papel determinante e responsável dos enfermeiros na PrS, sendo esta o primeiro *standard* da prática da enfermagem (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Segundo Pereira (2017) a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS. Um elemento primário na PrS é a EpS, explicada como uma ação usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que envolvem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.

A educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas, 2014).

Das evidências consultadas, os autores Braga et al. (2017) destacaram a EpS como sendo a variável mais forte na PrS com adultos em situação de obesidade. O mesmo foi corroborado por Bevilaqua et al. (2017).

Neste sentido, a PrS deve ser efetuada “pelo e com o povo” e não “sobre e para o povo”. A PrS prevê o início e conservação de comportamentos não só salutareos, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Dias, 2006).

Para isso, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que

este experiência com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

Segundo Costa et al. (2014) este conhecimento não é só útil para o utente, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que o utente sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de EpS. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença do utente proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre o seu comportamento e na adesão ao tratamento.

É, por isso, fundamental que o enfermeiro tenha também conhecimentos sobre a população alvo de cuidados, e que, no presente estudo são os adultos.

Na maioria dos Estados-membros da União Europeia, incluindo Portugal, a maioridade é atingida aos 18 anos, altura em que um jovem se torna adulto e adquire plena capacidade legal, contudo é cada vez mais consensual que não existe uma infância e depois uma vida adulta, as pessoas estão num caminho contínuo.

Ser adulto significa ser distinguido no seu meio social pelas suas responsabilidades, pelos seus direitos e deveres, assim como pela partilha de ambições, realizações e conquistas. Esta etapa da vida encontra-se habitualmente subdividida em três categorias distintas: o Jovem Adulto, a Meia-idade e a Terceira Idade, com características físicas e psicológicas e crises psicossociais particulares (Santos & Antunes, 2007).

Assim, para o presente trabalho serão considerados adultos os indivíduos na faixa etária compreendida entre os 19 e os 64 anos e, para a sua compreensão, é necessário abordar alguns pressupostos sobre os processos de educação e formação nessa fase da vida.

A Recomendação sobre Aprendizagem e Educação de Adultos reflete tendências globais e orienta a transformação e a expansão de oportunidades de aprendizagem equitativas para jovens e adultos (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015).

De acordo com a organização supracitada, a aprendizagem e a educação de adultos incluem oportunidades de educação e aprendizagem para a cidadania ativa, também conhecida como educação comunitária. Ela capacita as pessoas para que se envolvam ativamente com questões sociais, mas também com outros aspetos que contribuem para o desenvolvimento e a dignidade pessoal tais como a saúde e bem-estar, cultura e espiritualidade. É neste âmbito que pode ser enquadrada a EpS.

Nos adultos a aprendizagem é orientada para a resolução de problemas e tarefas com que se confrontam na sua vida quotidiana, o que desaconselha uma lógica centrada nos

conteúdos, uma vez que estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade (Carvalho, Carvalho, Barreto & Alves, 2010).

Segundo os mesmos autores, os adultos são sensíveis a estímulos de natureza externa, como, por exemplo, a atribuição de notas nos trabalhos desenvolvidos, mas são os fatores de ordem interna que os motivam para a aprendizagem: satisfação, auto-estima, qualidade de vida, entre outros.

Importa, assim, conhecer os postulados do modelo andragógico para a educação e formação de adultos, o qual assenta em seis pressupostos fundamentais, de acordo com Osorio (2003). O primeiro diz respeito à “necessidade de saber” uma vez que o adulto tem necessidade de conhecer os motivos pelos quais deve aprender antes de se comprometer com a aprendizagem. O segundo é “conceito de si” e refere que o adulto está consciente da responsabilidade das suas decisões e da sua vida. O terceiro prende-se com o “papel da experiência” e assenta no princípio de que os adultos são portadores de uma bagagem de experiências pelo que a educação adulta deve centrar-se nos processos individuais de aprendizagem face aos processos mais coletivos de outras etapas evolutivas. O quarto é a “vontade de aprender” e explana que os adultos têm a intenção de iniciar o processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para determinadas situações do dia-a-dia, na vida real. O quinto diz respeito à “orientação da aprendizagem”, segundo o qual a aprendizagem é encarada como resolução de problemas e tarefas da vida quotidiana. Por último, a “motivação”: motivação para a aprendizagem também extrínseca (promoção profissional, melhor salário) mas principalmente intrínseca (auto-estima, satisfação profissional, qualidade de vida).

Capacitar grupos e comunidades no contexto da saúde é um desiderato desde 1986 (carta de Ottawa). Considerando esta proposição, pode assumir-se como premissa, no contexto da capacitação comunitária, uma abordagem sistémica da comunidade. Esta abordagem exige que encaremos as comunidades como sistemas abertos que através da permanente interação, partilha de informações e mecanismos de comunicação se influenciam no todo e nas partes (Melo, 2020).

2.3 – PERSPETIVA TEÓRICO-CONCEPTUAL DE BETTY NEUMAN

O desenvolvimento da disciplina de enfermagem tem permitido compreender, através dos modelos e teorias, a forma como os enfermeiros olham para o seu cliente – a Pessoa –

que, enquanto conceito metaparadigmático, pode ser encarado individualmente ou coletivamente (constituindo grupos, famílias, comunidades ou populações) (Tomey & Alligood, 2004).

Pela natureza dos cuidados que o EEEECSP presta, este atua adotando uma abordagem sistêmica atendendo aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistêmico de Betty Neuman (2011), o qual permitiu caracterizar a comunidade do presente estudo, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária realizada.

Este referencial baseia-se na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995), ou seja, equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma interação sistêmica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

Criado em 1970, conhecido também como a Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, compreende quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem.

O conceito de pessoa é apresentado enquanto cliente/sistema de cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. De acordo com este referencial teórico, a pessoa é vista como um sistema composto por variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo).

Essas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação de equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Braga & Silva, 2011; Melanie & Evely, 2009). Ao proteger o núcleo, constituído pelos fatores básicos de sobrevivência comum a todos os seres humanos, as linhas de resistência representam condições internas como última barreira face aos agentes agressores. A sua ineficácia pode resultar na morte da pessoa; quando eficazes, ajudam a estabilizar e

retornar a um estado normal de bem-estar (Martins, 2014; Cross, 1993).

A linha normal de defesa é concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um indivíduo em particular ou um sistema. Este estado normal de bem-estar refere-se às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representando o equilíbrio ou adaptação aos *stressores* (Martins, 2014; Cross, 1993). Por outro lado, a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é *stressante* e como um “filtro” quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento pretendendo conservar o estado de bem-estar e o núcleo da pessoa (Wandekoken & Siqueira, 2013; Martins, 2014).

Quando estas linhas são quebradas por um agente *stressor*, ocorre uma reação na linha normal, afetando o estado de bem-estar normal da pessoa, o que leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio do estado de doença. Estas, ao serem dinâmicas e por poderem mudar rapidamente, são uma forma de intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014).

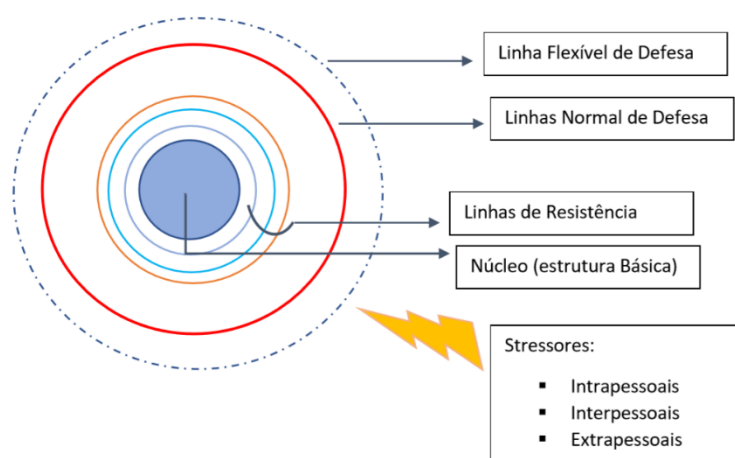


Figura 1 - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman adaptado de Neuman (2011), *The Neuman Systems Model*

À medida que aumenta a distância entre esta e a linha normal de defesa, ou seja, quanto maior a expansividade dessa linha, maior é o grau de proteção ao sistema (Wandekoken & Siqueira, 2013; Oliveira, 2006).

Enquanto referencial holístico pela visão multidimensional da pessoa, considera-se a existência de um equilíbrio dinâmico entre esta e o meio ambiente, resultando no bem-estar e estabilidade do sistema. Neuman utilizou a definição de *stress* como sendo a resposta não

específica do corpo a qualquer pedido, sendo que o *stress* aumenta com a necessidade de reajustamento.

O *stress* surge, assim, como causador de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Essa desarmonia pode ocorrer sempre que os fatores de *stress* rompem as linhas de defesa.

Definiu ainda *stressores* como estímulos produtores de tensão que resultam em *stress* que podem ser positivos ou negativos (Neuman, 2011). Estes *stressores* são de origem ambiental e podem dividir-se em fatores intrapessoais (relacionados com as forças da própria pessoa tais como o aspeto físico, atitudes ou nível de desenvolvimento pessoal); fatores interpessoais (relativos às forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas, de que são exemplo as relações entre familiares ou enfermeiro-utente); e fatores extrapessoais (relacionados com as forças exteriores ao sistema que influenciam a pessoa como a habitação ou o desemprego) (Neuman, 1995; Cross, 1993).

O modelo analisado tem presente um campo energético aberto (fluxo contínuo de entrada e processo, saída e *feedback*) em que a pessoa está sujeita a *stressores*. Como tal, as linhas de defesa deverão ser reforçadas para o equilíbrio do continuum saúde-doença. É precisamente neste ponto que a atuação de enfermagem tem a sua importância, pela ajuda no reforço das diversas linhas de defesa através de intervenções, entendidas como ações de PrS do cuidado e dentro do sistema de saúde, nos diversos níveis de cuidados, destacando-se, de acordo com Martins (2014) e Amaral (2009):

- **Prevenção primária:** atuação para evitar que o *stressor* afete a linha flexível de defesa, visando a identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações;
- **Prevenção secundária:** a intervenção ocorre devido ao nível anterior não conseguir proteger a linha normal de defesa, iniciando-se o tratamento de sintomas após a reação a fatores de *stress* para reduzir os seus efeitos nocivos;
- **Prevenção terciária:** a atuação de enfermagem tem como objetivo ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos. Esta ocorre depois da linha de defesa normal ter sido atingida.

As intervenções de enfermagem em qualquer um dos níveis mencionados visam auxiliar o sistema a adaptar-se ou a ajustar-se e a reter, restaurar ou manter um grau de estabilidade entre as variáveis do sistema e os *stressores* ambientais (Neuman, 2011). Prevenir os *stressores* através da intervenção é a chave para o bem-estar do cliente devendo

esta começar assim que um fator de risco ou *stressor* é identificado ou tem a sua existência comprometida, antes que ocorra uma resposta negativa (Rixillo, 2011).

A saúde está relacionada com a energia disponível do sistema para responder a constantes alterações. Equivale à estabilidade ideal do sistema, sendo este equilíbrio traduzido como o melhor estado de saúde, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de unir a pessoa, ambiente e saúde, mantendo a solidez destes componentes. A doença será o oposto do bem-estar e representa a instabilidade e a diminuição de energia entre partes ou subpartes do sistema (Amaral, 2009; Melanie & Evely, 2009).

O diagnóstico resulta da avaliação dos *stressores* e inclui, por um lado, a limitação do *stressor* e, por outro, o fortalecimento das linhas de defesa. Assim, e após estabilização do grau de reação, a Enfermagem planeia intervenções de forma a fortalecer as linhas de resistência através dos níveis de prevenção primária, secundária ou terciária (Tomey & Alligood, 2004). Segundo Pereira (2017), no sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*.

3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

No contexto atual, a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública encontra o processo de Planeamento em Saúde como uma das suas quatro competências centrais.

É, pois, este planeamento que se aborda no presente capítulo, enquadrando as suas etapas na lógica do processo de decisão clínica em Enfermagem, centrado na Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, considerando os desafios atuais desta área disciplinar da Enfermagem para responder aos fenómenos de saúde-doença das comunidades e populações.

Segundo Nunes (2016), é uma metodologia que orienta e determina a ação tendo em conta um conjunto de fatores condicionantes (sociais, económicos e outros) em contínua transformação, orientando o percurso que se pretende alcançar entre um ponto de partida inicial e aquilo que se espera alcançar no final desse trajeto.

Este processo que é contínuo, cíclico e dinâmico integra diversas fases, designadamente o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a formulação e fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução do plano e, por último, a avaliação (Imperator & Giraldes, 1993; Nunes, 2016).

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O EEEECSP, tal como referido no RCEEEECSP, deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018).

Esta apreciação da comunidade permite-nos conhecer o seu estado de saúde caracterizando o ponto de partida através da identificação dos principais problemas de saúde, podendo fazer-se uso de várias técnicas para a elaboração desta etapa (Nunes, 2016).

Pretendeu-se realizar um projeto com base nos problemas de saúde identificados, no sentido de integrar programas e projetos de intervenção que promovam a capacitação comunitária com o intuito de atingir competências específicas enquanto futura enfermeira

EECSP e constituir deste modo um contributo para o local de estágio e comunidade abrangida.

O diagnóstico de situação na comunidade vai permitir expor o problema, clarificar quem recebe os cuidados e identificar os fatores que contribuíram para o problema. O desenvolvimento do diagnóstico de situação constitui por isso um importante passo para a fase do planeamento (Stanhope & Lancaster, 2011).

3.1.1 - Processo de recolha de informação

A caracterização da comunidade em estudo foi feita a partir do conhecimento dos profissionais de saúde, recorrendo-se a entrevistas semiestruturadas a três informantes-chave (a enfermeira coordenadora da UCC pelo conhecimento aprofundado que detém da comunidade e seus recursos; a EEECSF pelo enriquecimento trazido pela perspetiva da profissional com esta área de especialização; e um médico da USF pela oportunidade de integrar na intervenção a perspetiva biomédica), e tendo como base a perspetiva teórico-conceptual de Betty Neuman, procedendo-se à caracterização através de cada um dos seus subsistemas (comunicação e transportes; económico; educação; recreação; religião; leis e política; saúde e segurança). As entrevistas foram realizadas nos dias 28 e 30 de julho de 2020, após consentimento informado, num ambiente favorável. Foram gravadas em registo áudio e tiveram uma duração média de 50 minutos. Para todas as entrevistas foram elaborados guiões (ANEXO I), sendo posteriormente analisadas com recurso à análise temática de conteúdo de Bardin.

As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para posteriormente referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo. No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1¹ resultou num total de 4 páginas A4, a E2 num total de 2 páginas e a E3 num total de 3 páginas. Todas as páginas dos entrevistados foram dactilografadas.

Para a análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeitado

¹ Utilizar-se-ão os códigos E1, E2, E3 por respeito da anonimização dos entrevistados e dados.

pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Definida a constituição do *corpus* das entrevistas, identificaram-se as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Optou-se, então, por construir através de um tema, um sistema de categorias que se representa sob a forma de uma grelha de análise e que se caracteriza por compreender várias subcategorias. Quanto à construção das categorias, foi feita *a posteriori*.

A par das entrevistas aos informantes-chave, consultaram-se também o Plano de Ação da UCC que constituiu contexto de estágio e o PLS do respetivo ACES, para sustentar o diagnóstico.

3.1.2 - Problemas identificados

Das entrevistas realizadas aos informantes-chave emergiram dois temas²: **caraterização da comunidade e áreas de intervenção comunitária**. O primeiro tema encontra-se dividido nas seguintes categorias: *subsistemas da comunidade* (que engloba as subcategorias “saúde”, “educação”, “recreação”, “leis e política”); *caraterísticas do núcleo* (que inclui a subcategoria “multiculturalidade”); e *problemas de saúde identificados pelos informantes-chave* (que compreende as subcategorias “doenças crónicas”, “comportamentos aditivos”, “doenças mentais”, “excesso de peso/obesidade”) (ANEXO II).

Os entrevistados destacaram a elevada prevalência de obesidade (“a obesidade tem uma prevalência significativa nesta população” [E3]) “sendo, na minha opinião, a obesidade uma verdadeira pandemia” (E2), bem como de “problemas que estão diretamente relacionados com a obesidade” (E3), devido ao “sedentarismo que se tem vindo a intensificar” (E1), entre outras razões porque “os (...) eram pessoas que praticavam atividade física (bicicleta) e essa prática perdeu-se” (E3).

Consultando o Plano Local em epígrafe, verifica-se que com base no Perfil Local de Saúde do ACES, foi elaborada uma lista preliminar dos principais problemas de saúde. A lista preliminar foi apresentada e discutida em Conselho da Comunidade do ACES tendo, a partir desta, sido elaborada uma nova lista que incorporou os vários problemas identificados pelos parceiros.

² Distinção realizada por ordem de grandeza: a negrito encontram-se os temas, em itálico as categorias e entre aspas as subcategorias.

Por outro lado, o Plano de Ação da UCC engloba um programa de intervenção comunitária com doentes crónicos uma vez que é objetivo da mesma dar ênfase à intervenção nas patologias associadas às doenças cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão, a obesidade e a diabetes. Pretende-se instituir ações em grupo que promovam a prevenção e contribuam para o tratamento destas patologias. Assim, a UCC perspetiva no seu plano três programas de intervenção distintos, cada um para doentes que apresentem ou corram o risco de apresentar as referidas patologias.

A realização de atividades para concretizar esta etapa permitiu adquirir experiência numa das competências incluídas no RCEEEECSP (2018): UC. 1.1 – “*Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade*”. Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública dão particular ênfase a esta etapa ao referir que se espera que o EEEECSP “*identifique as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.*” (OE, 2017, p. 3).

3.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A etapa da priorização merece um destaque nas etapas do Planeamento em Saúde pela sua relevância, nomeadamente na boa gestão dos escassos recursos para responder às necessidades das populações ou das comunidades (Melo, 2020).

O mesmo autor acrescenta que é importante priorizar porque normalmente nas comunidades encontram-se múltiplos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos indivíduos que as integram e nem sempre os recursos são suficientes para responder a todos no tempo disponível.

Assim, nesta etapa do planeamento em saúde, são selecionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperator & Giraldes, 1993).

O processo de normalização dos problemas de saúde identificados no Plano Local de Saúde do ACES consistiu em identificar os problemas com especificidade elevada que poderiam ser agregados com outros problemas de cariz semelhante. Deste processo resultou uma nova lista.

Tendo a lista preliminar como base, os parceiros presentes na reunião do Conselho da Comunidade avaliaram os problemas segundo os critérios de magnitude, transcendência (social e económica) e vulnerabilidade. Cada critério podia ser classificado com uma pontuação de 1 a 3. Para cada problema foram obtidos scores, o que permitiu a seleção dos

5 problemas com maior pontuação e a elaboração da Lista Final de Problemas de Saúde, ordenada por prioridades: 1) Saúde Mental; 2) Diabetes e Obesidade; 3) Doenças do Aparelho Circulatório; 4) Tumores Malignos; 5) Acessibilidade (ARS, 2018).

Para a hierarquização das necessidades que emergiram após identificação dos problemas nas entrevistas aos informantes-chave e das consultas do Plano de Ação da UCC e do PLS, optou-se pela escolha do Método de Hanlon, para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990): amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto. Segundo a DGS (2016), este método é complexo mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de problemas de saúde baseados em dados numéricos.

Após hierarquização das necessidades por prioridades, obteve-se a seguinte ordenação: 1) Hipertensão, Diabetes, Obesidade; 2) Uso de álcool, consumo de drogas, tabagismo; 3) Depressão (ANEXO III).

Dadas as limitações temporais do período de estágio e tendo por base os dados obtidos do diagnóstico de situação e da priorização das necessidades, aliando a uma afinidade pessoal e sendo este um problema de Saúde Pública nacional e mundial, em reunião com a Enfermeira (Enf.^a) Coordenadora da UCC e com a Enf.^a Cooperante, definiu-se como prioritário intervir na área da obesidade (CIPE versão beta 2, 2016) no adulto através de um projeto de intervenção comunitária designado “Projeto Obesidade Zero”.

Considera-se que a realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência: UC. 1.2: “*Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade*” (RCEEEECSP, 2018).

3.2.1 - População alvo e amostra

A população do estudo foi constituída pelos adultos com obesidade, entre os 19 e os 64 anos, residentes no concelho.

No que diz respeito à seleção da amostra, esta realizou-se de forma não intencional, tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão: IMC>30, idade compreendida entre os 19 e os 64 anos, residir no concelho, estar inscrito no centro de saúde e aceitar participar no estudo.

O processo de seleção da amostra iniciou-se com a identificação de todas as pessoas com obesidade e idade compreendida entre os 19 e os 64 anos. Para isso, solicitou-se

colaboração a uma das médicas da USF que extraiu uma listagem dos utentes identificados no programa informático com o diagnóstico de obesidade, os quais foram posteriormente contactados telefonicamente pela gestora do projeto. Foram integrados no programa os primeiros 8 utentes a aceitar participar. Este número tão restrito de participantes prendeu-se com duas questões: em primeiro lugar, a limitação governamental imposta no sentido de não permitir ajuntamentos superiores a 10 pessoas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020). Em segundo lugar, o facto da UCC se encontrar em obras e as sessões de EpS terem que decorrer num espaço externo, o que nos limitou às disponibilidades do parceiro em termos de dias e horários, inviabilizando a possibilidade de constituir mais do que um grupo.

3.2.2 - Procedimentos éticos

O processo ético é a filosofia que enforma todas as decisões, no que respeita ao processo de decisão para os cuidados (no contexto clínico) e para a produção de conhecimento (contexto científico) (Melo, 2020).

Segundo o mesmo autor, no que respeita à investigação em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, devem salvaguardar-se os princípios da proteção de dados e direito à privacidade, garantindo a sua utilização em estudos que se coadunem com benefícios para a sociedade e garantindo a salvaguarda dos quatro princípios éticos (princípio da autonomia, princípio da não maleficência, princípio da beneficência e princípio da justiça).

A alínea b) do artigo 5.º do regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas (regulamento n.º 140/2019) indica que o enfermeiro especialista deve garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Assim, para assegurar os princípios ético-morais deste estudo e para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados, os participantes foram informados relativamente à justificação da pertinência do estudo, seus objetivos, o início e término previsto. A participação foi de carácter voluntário, tendo sido assinado o Consentimento Livre e Informado (ANEXO IV). Este consentimento também foi elaborado para as entrevistas aos informantes-chave com pedido de autorização para gravação das mesmas, tendo sido apagadas depois de transcritas (ANEXO V). Realizou-se igualmente um pedido de

autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, de forma a obter permissão para a realização do estudo, tendo sido deferido (ANEXO VI).

Foi também solicitada autorização para utilização dos questionários de propensão alimentar e de atividade física (ANEXO VII).

3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Tendo sido realizado o diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois só mediante uma adequada definição de objetivos é possível proceder a uma avaliação de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste contexto, para o diagnóstico de enfermagem: obesidade, definiu-se como objetivo geral: promover a adoção de comportamentos saudáveis nos adultos obesos do concelho em estudo, através de um projeto de intervenção comunitária, de julho a dezembro de 2020.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) há necessidade de transpor o objetivo geral em objetivos operacionais, uma vez que a capacidade de os alcançar revela a capacidade de atingir o objetivo principal. Por conseguinte, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Instruir sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- Informar sobre os benefícios da prática de atividade física/exercício físico;
- Sensibilizar os adultos para as complicações inerentes à obesidade.

Após a definição dos objetivos urge estabelecer as metas a alcançar. Para Imperatori e Giraldes (1993) meta é um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores. Esses indicadores podem ser indicadores de resultado ou impacto (medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema) ou indicadores de avaliação ou execução (medem a atividade desenvolvida pelos serviços). Segundo os mesmos autores, a satisfação do utente pode estar integrada nos indicadores de resultado.

Os respetivos indicadores e metas definidos, bem como os resultados alcançados, encontram-se descritos no subtítulo da avaliação, neste relatório.

3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Esta fase diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde. Segundo Nunes (2016) as estratégias devem ser suficientemente detalhadas para que possam ser completamente compreendidas e tornam-se importantes para a consecução dos objetivos delineados, nomeadamente na utilização dos recursos.

Para definir estratégias na intervenção comunitária foram tidos em conta as características da população-alvo, os princípios da andragogia nos adultos e o modelo de enfermagem escolhido como base para a intervenção.

No sentido de enquadrar a prática clínica na evidência científica com recurso à metodologia científica, uma das ferramentas utilizadas foi a *Scoping Review* (ANEXO VIII) para uma Prática de Enfermagem Baseada na Evidência (PBE).

A PBE pressupõe a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência existente para fundamentar as decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000). O ICN (2012) acrescenta que consiste num método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Inclui ainda a preferência do utente, ou seja, a integração dos seus valores, expectativas e preocupações no cuidado e nas decisões clínicas.

O contributo dos achados da *Scoping Review* foram uma mais-valia para a seleção do método a utilizar (EpS), o qual é referido por Braga et al. (2017) e por Bevilaqua et al. (2016) como sendo a variável mais forte na PrS para adultos com obesidade. Da mesma forma, esses contributos foram fundamentais na preparação das sessões de formação, cujas temáticas incidiram nos hábitos alimentares e na prática de atividade física, apontados como pontos fulcrais por Hruby et al. (2016), Bevilaqua et al. (2016) e Braga et al. (2017).

Neste sentido, o recurso à EpS, teve como objetivo que a pessoa adquirisse conhecimentos sobre a obesidade, para uma tomada de decisão em seu próprio benefício.

A EpS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes (OMS, 2017). Está estreitamente ligada

com o ato de cuidar e é fundamental para a melhoria do nível de saúde dos indivíduos e comunidades. Este acesso à informação é não só uma estratégia de PrS, mas também um imperativo moral do exercício profissional.

Nesta ordem de ideias, a estratégia foi operacionalizada através de uma sessão de apresentação do projeto, uma sessão final e quatro sessões de EpS a um grupo fechado de oito adultos com obesidade entre os 19 e os 64 anos. Adiante explicitar-se-á mais detalhadamente cada uma das sessões.

Foram igualmente realizadas duas atividades de grupo: uma caminhada e uma aula num clube de Judo do concelho, pela oportunidade de fomentar a prática da atividade física bem como pela possibilidade de partilha e identificação.

Para Potter e Perry (2004, p. 156) “um ensino eficiente depende, em parte, da eficácia das capacidades de comunicação do enfermeiro”, sendo por isso uma ferramenta fundamental para qualquer uma das intervenções descritas. Como tal, foram usados predominantemente dois canais de comunicação: o visual e o auditivo. Procurou-se sempre utilizar linguagem clara, simples, concisa e apropriada ao tempo e às circunstâncias. De igual modo, procurou-se favorecer a comunicação através da escuta ativa, de modo a promover o envolvimento da pessoa. Utilizaram-se como métodos a discussão em grupo, analogias, a preleção, perguntas e respostas, demonstração e prática.

Laverack (2008) refere que as ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde e demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar e cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública enfatizam também esta competência do EEECSPP ao destacar que o mesmo deve mobilizar os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.

Atendendo a esta premissa de ser necessário um trabalho multiprofissional para a execução destes programas, foram criadas parcerias com uma coletividade, com a Junta de Freguesia (apoio da nutricionista), um Clube de Judo e a USF do centro de saúde.

De forma a dar continuidade a esta relação interdisciplinar, foi realizada a apresentação do projeto aos elementos da UCC e aos parceiros. Esta apresentação permitiu um conhecimento e participação dos diferentes atores no desenvolvimento do projeto, fomentando o envolvimento dos intervenientes nas atividades.

A convergência de ideias e objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria

é primordial, pois permite que haja uma linha orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos.

Com o estabelecimento de objetivos e a seleção das estratégias consideradas mais adequadas, desenvolveu-se outra das competências do enfermeiro especialista UC. 1.3 – “*Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.*” (RCEEEECSP, 2018).

3.4.1 - Instrumentos de colheita de dados

Como instrumentos de recolha de dados foram usados: questionário de colheita de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais (ANEXO IX), questionário de propensão alimentar (ANEXO X) e questionário de atividade física (ANEXO XI). De realçar que, no que concerne aos dois últimos, foi utilizada apenas a secção do instrumento destinada à população alvo do estudo (adultos) e que todos os questionários foram eliminados por uma destruidora de papel após tratamento estatístico.

O questionário de propensão alimentar é qualitativo e consiste em medir as frequências de consumo dos alimentos, que variam entre “*nunca*” e “*6-7 dias/semana*”. Contém 49 itens alimentares (incluindo bebidas alcoólicas), tendo como período de referência os últimos 12 meses e uma opção para consumos sazonais. Inclui também uma lista pré-definida de diferentes suplementos alimentares/nutricionais (Lopes et al., 2017).

O questionário de atividade física é um instrumento amplamente utilizado em estudos de base populacional, em diferentes contextos socioculturais, encontrando-se validado em 12 países. A versão curta é composta por sete questões e permite estimar o número de dias e o tempo despendido, por semana, em atividades físicas vigorosas, moderadas, em caminhada e o tempo sentado. É ainda questionado o número de horas de sono habituais, durante a semana e durante o fim de semana (Lopes et al., 2017).

Em relação à preparação da avaliação, foram construídas fichas de avaliação de conhecimentos com 10 ou 11 questões simples, de resposta verdadeiro/falso que foram entregues após cada sessão (ANEXO XII). Foi ainda aplicada uma grelha de avaliação da satisfação da sessão pelos formandos (modelo já existente na UCC) (ANEXO XIII) de modo a obter a perceção acerca de pertinência dos conteúdos, objetivos, desempenho do formador, entre outros. Para além desta avaliação por parte dos utentes, também é importante a avaliação do formador (ANEXO XIV) de modo a realizar uma avaliação global das sessões.

Criou-se também uma ficha de assiduidade para atestar a presença dos elementos do grupo.

3.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Imperatori e Giraldes (1993) referem-se a esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos.

Importa aqui distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129; Nunes, 2016). Já o projeto, de acordo com os mesmos autores, é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.

O “Projeto Obesidade Zero” está enquadrado no programa de intervenção comunitária com doentes crónicos da UCC e surge também na continuidade do já existente PIOI, destinado à população até aos 18 anos de idade.

Pretende ir-se ao encontro de dois dos desígnios do PNS para 2020: a redução da mortalidade prematura (≤ 70 anos) e o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade. Por sua vez, estas metas alinham-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012, de redução em 25% da mortalidade referente a doenças não transmissíveis (DGS, 2017a).

Elaborou-se um plano operacional das atividades a implementar, constante no ANEXO XV, que compreende os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação. Após validação das estratégias de intervenção pela Enf.^a Cooperante, iniciaram-se os contactos aos utentes referenciados.

As sessões foram preparadas em suporte *powerpoint*, com recurso a linguagem simples e imagens ilustrativas das temáticas abordadas. Foi elaborado o respetivo plano e, nalgumas delas, houve convidados especializados na área da temática de forma a individualizar a orientação aos utentes.

Paralelamente, foi feita uma divulgação do projeto no Jornal da região, edição do dia 15 de outubro de 2020 (ANEXO XVI).

Esta atividade permitiu a aquisição da competência UC. 1.4 – “*Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.*” (RCEEEECSP, 2018).

Na fase de execução foram colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram nas instalações de uma coletividade, cuja parceria foi criada, como referido anteriormente, na sequência do centro de saúde se encontrar em obras e não haver disponível um espaço físico adequado para a realização das mesmas, garantindo a devida distância entre os participantes.

A sessão de apresentação realizou-se no dia 8 de outubro de 2020, com duas horas de duração. Iniciou-se com uma apresentação dos elementos do grupo e do “Projeto Obesidade Zero” e, posteriormente, foi realizada a bioimpedância a todos os participantes, bem como medição do perímetro abdominal (ANEXO XVII). De seguida foram entregues os três questionários para preenchimento. Do questionário de colheita de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais, o qual caracteriza a amostra, pode destacar-se que os participantes têm idades compreendidas entre 39-58 anos, sendo a maioria do género feminino. Mais de 50% da amostra tem antecedentes familiares de obesidade e todos eles têm patologias associadas, com maior prevalência para os problemas ortopédicos e hipertensão arterial.

Estiveram presentes a Enf.^a Cooperante e 5 participantes (faltaram três que tinham confirmado presença aquando do contacto no dia anterior para lembrar da formação).

Quanto à primeira sessão intitulada “O que é a Obesidade? Complicações da Obesidade”, foi realizada no dia 13 de outubro de 2020 e estiveram presentes 6 pessoas: três elementos do grupo, a enf.^a cooperante e duas médicas convidadas. De realçar que os três elementos que não tinham comparecido na sessão de apresentação voltaram a não comparecer e não atenderam o telefone. Faltou uma participante que se encontrava em tratamento oncológico e houve uma desistência de uma senhora que se viu forçada a abandonar a formação por questões de incompatibilidade com o exercício da sua atividade profissional. A partir deste momento considerou-se que o número total de elementos do grupo passou a ser quatro.

A sessão decorreu com a participação ativa dos formandos e com a pontualidade de todos. Foram utilizados os métodos expositivo, interrogativo e ativo. No final da sessão foi aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos com posterior correção da mesma e foi entregue o questionário de satisfação da sessão. Foi ainda elaborado um folheto informativo, especificamente para esta sessão, que foi entregue aos presentes (ANEXO XVIII).

A segunda sessão, intitulada “Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável”, aconteceu no dia 22 de outubro de 2020, era muito aguardada pelos formandos e compareceram os quatro. Estiveram também presentes a enf.^a cooperante e uma nutricionista. Foram utilizados os métodos expositivo, interrogativo e ativo. Foi ainda realizada uma atividade “vamos às compras?” em que se simulou uma ida ao supermercado para que os participantes pudessem selecionar os produtos mais saudáveis com base na leitura do rótulo. A presença da nutricionista foi uma oportunidade para esclarecimento de dúvidas mais específicas e exposição de situações práticas. No final da sessão foi aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos e foi entregue o questionário de satisfação da sessão. Dado o elevado número de partilhas, prolongou-se para além do previsto.

Com base no protocolo estabelecido com a Junta de Freguesia, foi entregue a ficha de sinalização (ANEXO XIX) aos interessados em usufruir de consultas de nutrição (gratuitas). Todos os participantes foram encaminhados. Estavam visivelmente agradados com a sessão e houve quem o referisse inclusivamente no questionário de satisfação.

Quanto à terceira sessão, subordinada ao tema “Adotar estilos de vida saudáveis: atividade física”, realizou-se no dia 29 de outubro de 2020. Estiveram presentes os quatro formandos, a enf.^a cooperante e o fisioterapeuta da UCC.

Foram utilizados os métodos expositivo, ativo e interrogativo. Houve oportunidade de realizar exercícios práticos e a presença do fisioterapeuta permitiu adequar a atividade física às limitações de cada um dos elementos do grupo.

A última sessão de EpS abordou a temática “Efeitos psicológicos da obesidade: imagem corporal” e foi desenvolvida no dia 10 de novembro de 2020. Estiveram presentes os 4 formandos e duas enfermeiras da UCC, em substituição da Enf.^a cooperante que estava ausente do trabalho por motivo de doença. Para esta sessão, optou-se por uma dinâmica de grupo para partilhar perceções e significados relacionados com a imagem corporal. Para isso, foram previamente recortadas imagens de revistas e colocadas em micas. Foi entregue uma capa plástica a cada participante e solicitado que escolhessem imagens com as quais se identificassem. Posteriormente cada um deles justificou as escolhas que fez, atribuindo-lhes um significado. Houve vários momentos de diversão e reflexão ao longo desta dinâmica. A avaliação desta sessão foi feita por observação direta.

Perante a iminência da inclusão do concelho onde decorreu o estágio na lista de concelhos de risco elevado de transmissão de Covid-19, com as inerentes limitações a que isso obrigaria, optou-se por realizar também neste dia a sessão final. Assim, após a sessão

de EpS, foi feita uma apreciação global do projeto e realizada novamente a bioimpedância a todos os participantes (ANEXO XX).

Em ANEXO XXI encontram-se os planos das sessões realizadas (onde constam os objetivos, conteúdos abordados, métodos e técnicas pedagógicas utilizadas bem como a respetiva forma de avaliação) e em ANEXO XXII as apresentações em *powerpoint*.

Foram ainda desenvolvidas duas atividades de grupo. No dia 3 de novembro de 2020 decorreu uma aula num clube de Judo do concelho, na sequência da parceria estabelecida, e que incidiu sobre uma adequada distribuição do peso corporal por forma a manter o equilíbrio e prevenir quedas. Permitiu ainda aos presentes praticarem atividade física, havendo uma grande aceitação e satisfação. Participaram 3 elementos do grupo. Posteriormente, um deles enviou um mail onde referiu o entusiasmo que tem sentido com o projeto e a importância da atividade física realizada nesse dia para descomprimir e para perceber que é capaz de fazer mais movimentos do que aqueles que pensava. No final desta atividade, por sugestão dos formandos, agendou-se uma caminhada para o sábado seguinte, dia 6 de novembro de 2020, a qual decorreu com a participação dos quatro elementos do grupo.

No planeamento das atividades estava previsto que a caminhada fosse aberta a toda a comunidade, o que ficou sem efeito atendendo às limitações governamentais impostas na sequência da pandemia de COVID-19.

Da avaliação informal a partir de conversas pós atividades, foi consensual a enorme satisfação com o projeto e o pedido para haver mais iniciativas deste género, tendo os participantes demonstrado disponibilidade para novas iniciativas. Analisando-se estas intervenções de enfermagem pode afirmar-se que foram uma mais-valia para este grupo, pois foi notória a motivação para adoção de comportamentos alimentares saudáveis e de atividade física, como vai ser possível demonstrar no ponto de avaliação.

As atividades realizadas nas etapas de preparação da execução e execução contribuíram para a aprendizagem de outras competências do EEEECSP, a designar: UC. 2.1 – *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”*; UC. 2.2 – *“Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.”*; UC. 2.3 – *“Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.”* (RCEEEECSP, 2018).

3.6 – AVALIAÇÃO

Enquanto última etapa do planeamento, a avaliação consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planejar de forma mais eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados dos indicadores que foram definidos, assim como as atividades realizadas, de modo a proceder a uma avaliação. À medida que o “Projeto Obesidade Zero” foi sendo implementado, foram usados alguns instrumentos de colheita de dados que possibilitaram a realização de uma avaliação.

Assim, é apresentada uma tabela que sintetiza as atividades realizadas e os indicadores de atividade e de resultado respetivos, bem como a avaliação da consecução de todas as metas definidas.

Realça-se que, pela análise das tabelas 2 e 3, todas as metas inicialmente definidas para as diferentes atividades foram atingidas e, em alguns casos, até mesmo superadas.

Tabela 2 - Avaliação dos indicadores de atividade

Indicadores de atividade	Meta	Avaliação
<p>Taxa de realização das atividades:</p> $\frac{N.^{\circ} \text{ de atividades realizadas}}{N.^{\circ} \text{ de atividades programadas}} \times 100$	Realizar 80% das sessões	<p>Sessões:</p> $6/6 \times 100 =$ 100%
<p>Taxa de assiduidade dos participantes nas atividades:</p> $\frac{N.^{\circ} \text{ de participantes presentes nas atividades}}{N.^{\circ} \text{ de participantes previstos nas atividades}} \times 100$	Obter 60% de assiduidade	<p>Sessão de apresentação:</p> $5/8 \times 100 =$ 62,5%
		<p>Sessão 1:</p> $3/5 \times 100 = 60\%$
		<p>Sessão 2:</p> $4/4 \times 100 = 100\%$

		<p>Sessão 3: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Caminhada: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Aula Judo: 3/4 x 100 = 75%</p>
<p>Taxa de avaliação das atividades, segundo os participantes (1 – nulo; 2-fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom)</p> <p>$\frac{N.º \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões}}{N.º \text{ de participantes a avaliar as sessões}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas</p>	<p>Sessão 1: 3/3 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 3: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 4/4 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de avaliação do desempenho do formador, segundo os participantes (1 – nulo; 2-fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom)</p> <p>$\frac{N.º \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador}}{N.º \text{ total de participantes a avaliar o formador}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom</p>	<p>Sessão 1: 3/3 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 3: 4/4 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 4/4 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador (1 – nulo; 2-fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom)</p> <p>$\frac{N.º \text{ de objetivos atingidos avaliados em 4 e 5}}{N.º \text{ total de objetivos a atingir}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo</p>	<p>Sessão 1: 3/3 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2:</p>

	formador	5/5 x 100 = 100% Sessão 3: 3/3 x 100 = 100% Sessão 4: 1/1 x 100 = 100%
--	----------	--

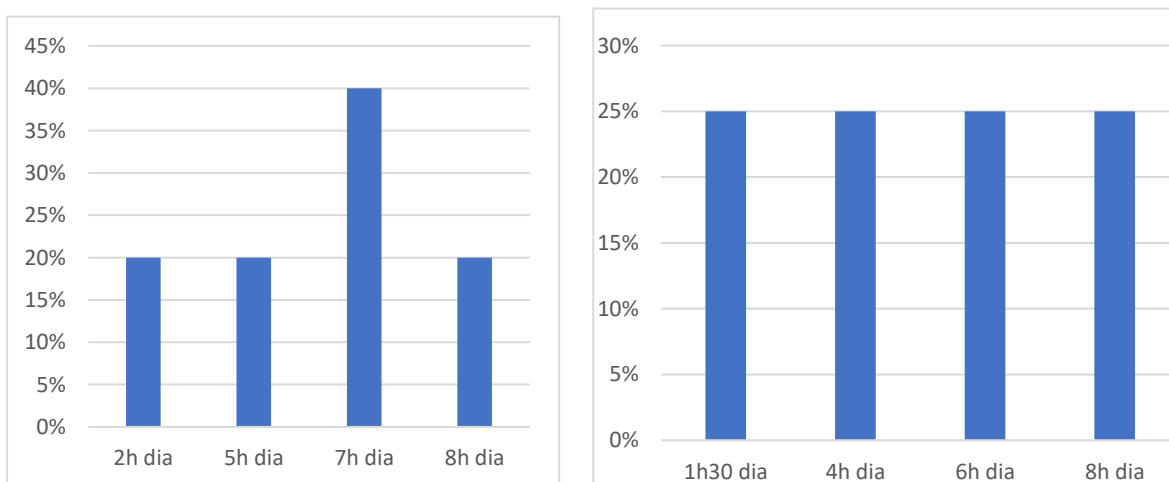
Tabela 3 - Avaliação dos indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Meta	Avaliação
<p>Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos:</p> $\frac{N.^{\circ} \text{ de respostas corretas}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas dadas}} \times 100$	Obter 80% de respostas corretas nas sessões	<p>Sessão 1: 28/30 x 100 = 93%</p> <p>Sessão 2: 39/44 x 100 = 89%</p> <p>Sessão 3: 35/40 x 100 = 88%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da obesidade:</p> $\frac{N.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a obesidade}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a obesidade}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a obesidade como problema de saúde pública mundial	<p>Participante 1: 10/10 x 100 = 100%</p> <p>Participante 2: 9/10 x 100 = 90%</p> <p>Participante 3: 9/10 x 100 = 90%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a alimentação saudável:</p> $\frac{N.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre alimentação}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre alimentação}} \times 100$	Que 80% dos participantes saibam quais são os princípios de uma alimentação saudável	<p>Participante 1: 8/11 x 100 = 73%</p> <p>Participante 2: 10/11 x 100 = 91%</p> <p>Participante 3: 11/11 x 100 = 90%</p> <p>Participante 4: 10/11 x 100 = 91%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física:</p>	Que 80% dos participantes conheçam a	<p>Participante 1: 9/10 x 100 = 90%</p> <p>Participante 2:</p>

$\frac{N.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a importância da atividade física}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a importância da atividade física}} \times 100$	importância da atividade física na prevenção e controlo da obesidade	$9/10 \times 100 = 90\%$ Participante 3: $9/10 \times 100 = 90\%$ Participante 4: $8/10 \times 100 = 80\%$
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre as complicações mais associadas à obesidade:</p> $\frac{N.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre as complicações da obesidade}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre as complicações da obesidade}} \times 100$	Que 80% dos participantes conheçam as complicações mais comuns associadas à obesidade	Participante 1: $8/8 \times 100 = 100\%$ Participante 2: $7/8 \times 100 = 88\%$ Participante 3: $7/8 \times 100 = 88\%$

Relativamente aos resultados obtidos através da aplicação dos questionários de propensão alimentar e de atividade física, pré e pós intervenção, destacam-se os indicadores que vão ao encontro dos objetivos do projeto e das orientações do PNPAS e do PNPAF. No que diz respeito à meta do PNPAF “aumentar para 25% a percentagem de adultos com menos de 7.5 horas/dia em atividade sedentária”, a comparação entre o gráfico inicial e final sugere uma ligeira diminuição do número de horas em que os participantes permanecem sentados num dia de semana:

Gráfico 1 - Comparação entre o tempo sentado num dia de semana pré-intervenção (esquerda) e pós intervenção (direita), nos últimos 7 dias



Relativamente à meta do PNPAF “aumentar para 32% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade”, a comparação dos gráficos pré e pós

intervenção no que diz respeito à realização de atividades vigorosas, moderadas e caminhada, denota uma diminuição da atividade sedentária, paralela a um aumento do número de dias em que realizaram atividade física, com maior expressão nas atividades moderadas.

Gráfico 2 - Comparação entre o número de dias em que realizou atividades vigorosas pré-intervenção (esquerda) e pós intervenção (direita), nos últimos 7 dias

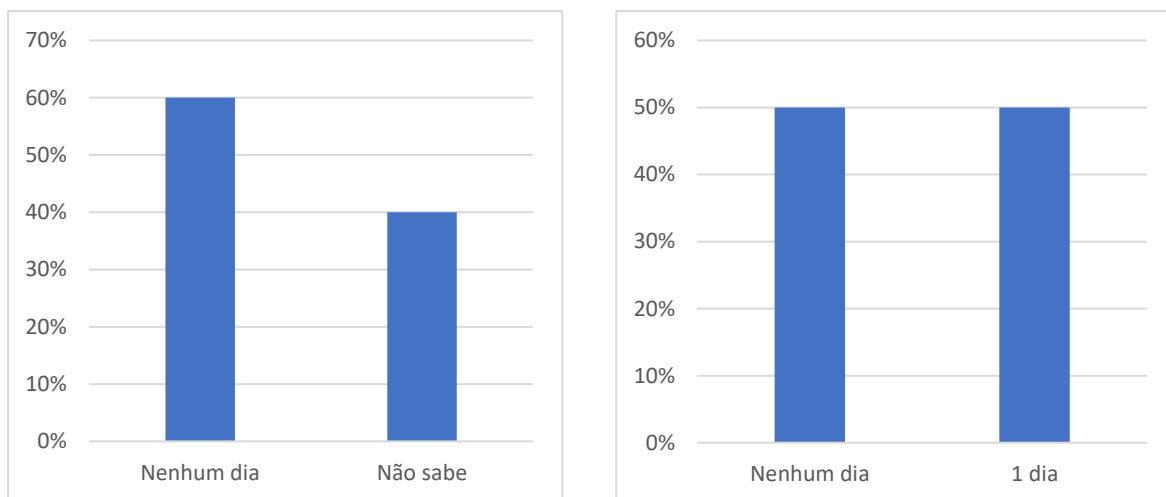


Gráfico 3 - Comparação entre o número de dias em que caminhou pelo menos 10 minutos seguidos pré-intervenção (esquerda) e pós intervenção (direita), nos últimos 7 dias

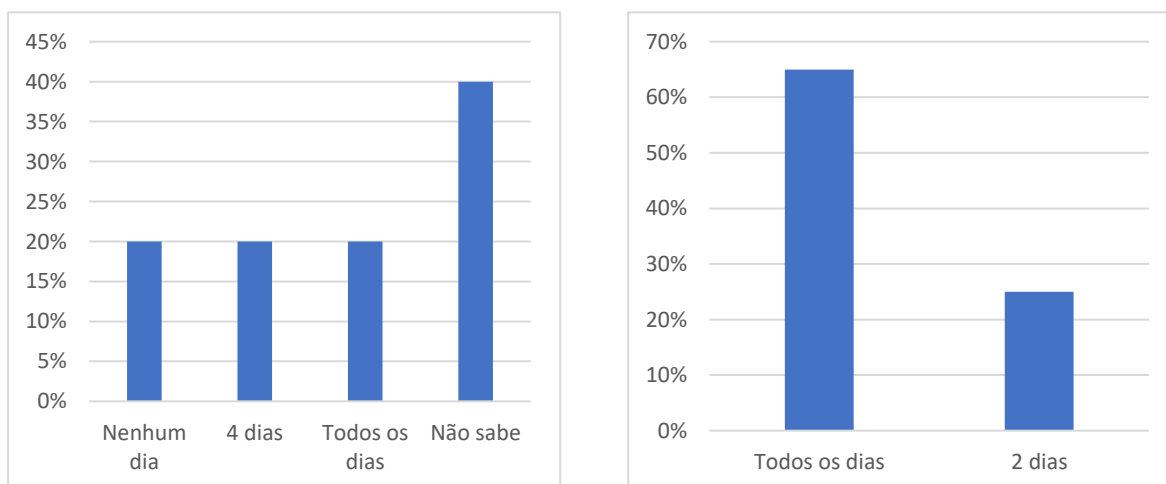
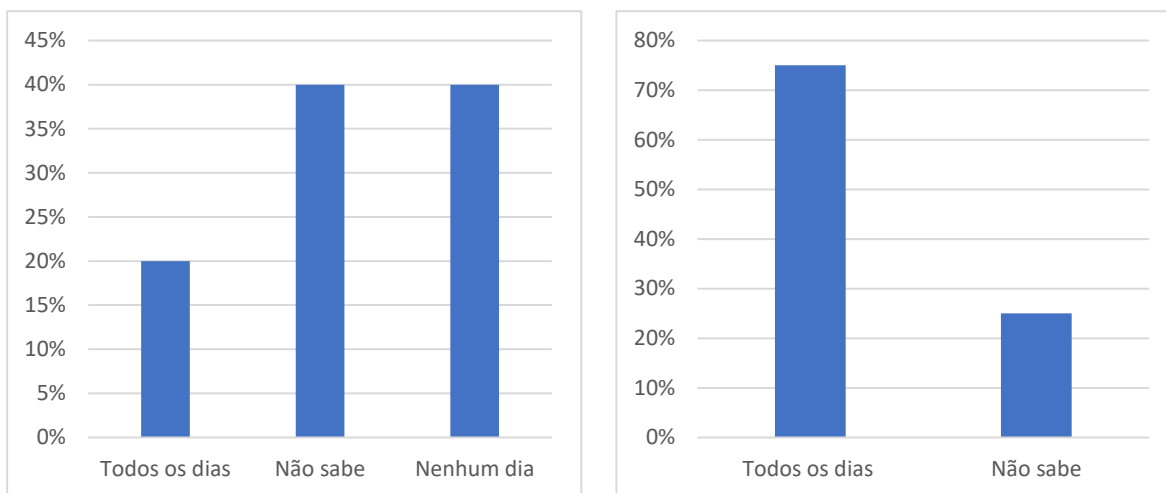
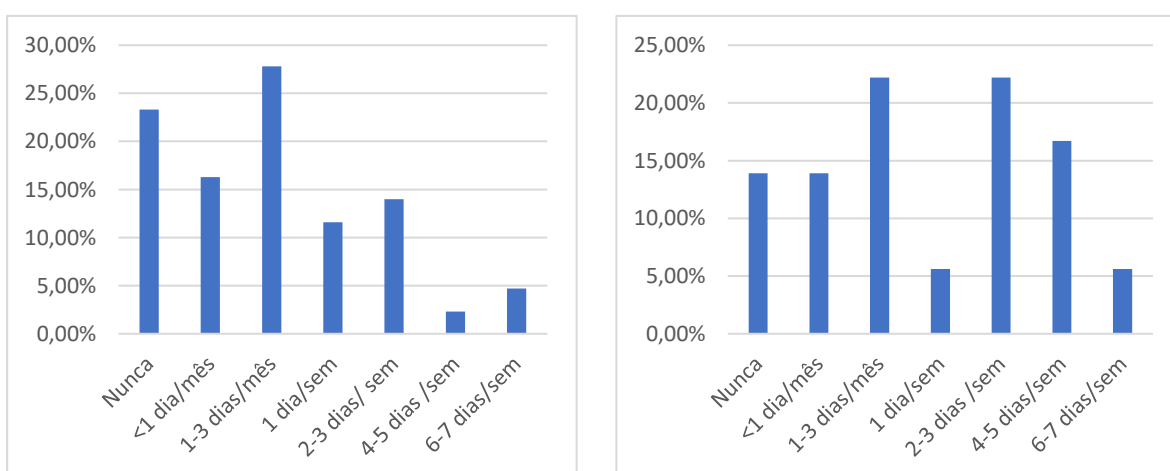


Gráfico 4 - Comparação entre o número de dias em que realizou atividades moderadas pré-intervenção (esquerda) e pós intervenção (direita), nos últimos 7 dias



Quanto aos hábitos alimentares, indo ao encontro do desígnio do PNPAS “aumentar o número de pessoas que consome fruta e hortícolas diariamente em 5% até 2020”, verificamos através do Gráficos 5 um maior número de respostas “2-3 dias/semana”, “4-5 dias/semana” e “6-7 dias/semana”, o que sugere um aumento da frequência semanal de consumo de frutas e legumes.

Gráfico 5 - Comparação entre o número de dias em que consumiu frutas e legumes pré (esquerda) e pós intervenção (direita)



Apesar do curto espaço de tempo que mediou entre o primeiro e o segundo momento de aplicação do inquérito, são possíveis de indiciar alguns indicadores tradutores de alguma

mudança já iniciada, o que vai ao encontro dos resultados obtidos na *Scoping Review* e de autores como Galani & Schneider (2007) que demonstraram a eficácia terapêutica a médio e longo prazo de abordagens direcionadas ao estilo de vida. Estas mudanças refletem também os contributos de Carvalho et al. (2010) e de Osorio (2003), que realçaram que os adultos estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade, sendo motivados por fatores de ordem interna tais como a satisfação, a auto-estima e a qualidade de vida, entre outros.

De salientar também que na bioimpedância final verifica-se ter havido uma diminuição da massa gorda em todos os elementos do grupo o que, não tendo sido definido como um objetivo do projeto, é um ganho em saúde que importa validar futuramente com um maior número de participantes, e que vai ao encontro das orientações da DGS (2017a) que considera que mais do que a redução do peso, em termos absolutos, a abordagem do indivíduo com obesidade deve visar melhorias na composição corporal.

O “Projeto Obesidade Zero” irá ter continuidade na UCC assumindo o estatuto de Programa após validação pela equipa responsável, o que traduz a sua qualidade e relevância.

Desta forma, foi adquirida a competência: UC. 1.5 – “*Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.*” (RCEEEECSP, 2018).

4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO

Para além do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foram realizadas outras atividades propostas pela Enf.^a Cooperante a fim de serem desenvolvidas outras competências do EEECS, assim como perceber o funcionamento da UCC de forma mais abrangente. Deste modo, descrevo sucintamente as atividades em que participei:

- Reunião do Conselho de Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica (solicitada pela Segurança Social para acompanhamento de cuidadores formais no âmbito do *stress* provocado pela pandemia);
- Observação das aulas do curso de preparação para o parto e parentalidade, onde pude verificar a dinâmica das sessões e os exercícios práticos realizados com as grávidas, pela Enf.^a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica;
- Participação nas visitas domiciliárias com Equipa da ECCI onde me foi possível prestar cuidados aos utentes sinalizados;
- Participação na reunião de Saúde Escolar, a qual decorreu por videoconferência no dia 22 de outubro, para definição das temáticas prioritárias a abordar e adequação de estratégias face às limitações impostas pela pandemia;
- Participação na campanha de vacinação contra a gripe sazonal onde colaborei com a equipa da UCC na vacinação, tendo sido um elemento extra importante que permitiu abranger mais utentes no mesmo espaço de tempo.

De realçar que não foi possível participar noutros programas que tinha inicialmente previsto (Viver com Diabetes, intervenção em Jovens com comportamentos de risco) uma vez que estiveram suspensos ao longo dos meses em que decorreu o ensino clínico, na sequência da alocação dos recursos humanos a necessidades decorrentes da situação pandémica.

Importa também salientar que as duas primeiras semanas de estágio decorreram numa USP de um Centro de Saúde da ARS Centro, tendo sido direcionadas para os aspetos relativos da gestão da referida unidade funcional, no cumprimento das missões respetivas, nomeadamente no que se refere à Vigilância Epidemiológica e PLS. A experiência proporcionada por esse campo de estágio no contexto da atual pandemia foi fundamental

para a compreensão da gestão da mesma onde houve oportunidade de fazer seguimento das cadeias de transmissão, perceber a dinâmica da emissão dos certificados de isolamento social e conhecer o programa Covid 19 *Situation Report* USP para registo dos casos ativos.

O conjunto das atividades que foi possível realizar contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram a aquisição das competências: UC. 3.1 – *“Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde”* e UC. 4.1 – *“Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica”* (RCEEEECSP, 2018).

5 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

De acordo com Schön (2000), a prática reflexiva é um processo de transformar o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem, a qual pode ajudar a alterar e modificar as abordagens nessa mesma prática. O mesmo autor acrescenta que se trata de um meio estruturado de identificar o conhecimento relevante na prática, passá-lo em revista e percebê-lo, o qual assenta em três eixos: a tomada de consciência, a reflexão e o pensamento crítico.

Na mesma ordem de ideias, a reflexão em enfermagem constitui um importante instrumento de capacitação dos estudantes e profissionais na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Neste âmbito, Santos (2010) destaca que a reflexão em enfermagem aumenta a capacidade de aprender a partir das práticas permitindo que, quer o conhecimento quer a experiência seja fundamentado e sustentado pela prática.

As evidências científicas mostram que as questões da reflexão/prática reflexiva são essenciais para a construção da aprendizagem a partir da prática. Nesse sentido, a elaboração do presente relatório insere-se nesta medida e expõe toda a jornada de desenvolvimento de atividades constituindo uma análise retrospectiva com um caráter reflexivo e crítico das atividades desenvolvidas neste estágio e o seu contributo na aquisição e desenvolvimento de competências na área específica da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e do grau de Mestre.

Atualmente as exigências de rigor quer técnico-científico quer financeiro exigem uma prática sustentada em critérios rigorosos e evidência científica comprovada. O rigor metodológico e científico fundamenta as intervenções desenvolvidas e contribui para a visibilidade e reconhecimento da enfermagem aos mais diferentes níveis, quer junto dos cidadãos quer ao nível político e governamental, como uma profissão de excelência e determinante para os ganhos em saúde das pessoas e comunidades.

Com o início do estágio na UCC existia a necessidade de planejar uma intervenção comunitária. Imperatori e Giraldes (1993, p. 23) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real” e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade

segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”. Seguindo estas premissas, e com a colaboração da Enf.^a cooperante e da Professora (Prof.^a) Orientadora, deu-se início ao “Projeto Obesidade Zero”, o qual dava resposta ao diagnóstico de situação previamente realizado à comunidade.

Com a implementação do projeto de intervenção pretendeu-se obter ganhos em saúde para o grupo populacional, permitindo também a aquisição de competências como EEECS. Estas competências foram referidas ao longo do relatório e foram alcançadas na sua totalidade apesar das dificuldades inerentes ao atual contexto pandémico. Da mesma forma, foram atingidos os objetivos do ensino clínico.

O planeamento em saúde e a forma como as etapas estão definidas demonstrou ser um método eficaz na gestão de todo o projeto, de modo a dar resposta ao objetivo proposto. O planeamento de projetos eficazes e eficientes deve ser baseado na identificação das necessidades da população.

A perspetiva teórico-conceitual de Betty Neuman, que foi adotada como referencial teórico de Enfermagem, revelou também ser adequada nesta intervenção comunitária uma vez que permitiu um conhecimento aprofundado da comunidade. Este defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, perspetivando-a como um ser multidimensional que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress* (Neuman, 1995). A apreciação do sistema cliente contribuiu para a definição do diagnóstico de situação e deu suporte ao delineamento da intervenção.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica característico da sua disciplina e a transmissão do conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas. Nesta linha de pensamento, o recurso à *Scoping Review* permitiu a escolha de intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica.

Com a realização da *Scoping Review*, foi reforçada a importância da enfermagem na PrS com adultos em situação de obesidade. A importância do recurso a sessões de EpS abordando temáticas como atividade física e alimentação saudável ficou também demonstrada, havendo evidência na modificação dos estilos de vida (Hruby et al., 2016; Braga et al., 2017; Bevilaqua et al., 2016).

Já durante a execução deste relatório, elaborou-se um artigo para publicação na revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) sobre os achados da *Scoping Review* (ANEXO XXIII).

Durante as sessões de formação foi sempre dada oportunidade aos participantes para interagir com o formador, de forma a promover um ambiente gerador de aprendizagem e de relações interpessoais salutareas. Foram ainda criados momentos para esclarecimento de dúvidas e discussão conducentes à reflexão, articulação e consolidação dos conhecimentos teórico-prático adquiridos, facilitando a sua transferência para o contexto específico de trabalho.

Após ter sido efetuado o diagnóstico de situação, terem sido definidas as prioridades, selecionado as melhores estratégias, preparado, executado e avaliado a intervenção, é possível afirmar que se instruiu sobre os benefícios de uma alimentação saudável; que se informou sobre os benefícios da prática de atividade física/exercício físico; que se sensibilizaram os adultos para as complicações inerentes à obesidade, atingindo-se desta forma os objetivos específicos deste projeto.

Da mesma forma, a comparação dos resultados entre os questionários de propensão alimentar e de atividade física aplicados no início e no fim da intervenção parecem traduzir alguma mudança já iniciada, constituindo bons indicadores da evidência da importância do papel do EEECS na PrS.

A avaliação deste processo realizou-se através das fichas de avaliação de conhecimentos implementadas no final das sessões, das próprias sessões e do *feedback* dos participantes.

Das limitações e constrangimentos inerentes a projetos de intervenção que se caracterizam por uma participação ativa dos seus intervenientes, há a destacar o fator tempo, o qual exigiu uma sistematização cuidada de todas as ações e articulação com os diferentes parceiros. O facto de o Centro de Saúde estar em obras também impediu a realização das sessões naquele espaço pelo que os dias e horários tiveram que ser adaptados à disponibilidade do parceiro que nos cedeu as instalações.

Contudo, o fator mais relevante foi o momento que o mundo atravessa provocado pela pandemia de Covid-19 que provocou, numa fase inicial, uma suspensão do ensino clínico e, posteriormente, obrigou a uma contínua adequação de normas e procedimentos na sequência das limitações impostas como a proibição de ajuntamentos e a declaração do estado de emergência. Por outro lado, o aumento das exigências do local de trabalho devido a ausência de outros colegas por quarentena também trouxe uma dificuldade acrescida que foi ultrapassada com resiliência e espírito de sacrifício.

Nesse sentido, salienta-se o empenho pessoal como estudante que procurou mobilizar

todo o esforço e dedicação para a consecução dos objetivos e metas definidas bem como para a aquisição de conhecimentos e competências específicas do EEEECSP.

Os momentos de discussão ocorridos na escola nos seminários (intercalar -ANEXO XXIV; e final – Anexo XXV), com a inerente troca de experiências e saberes, trouxe também contributos muito profícuos para o desenvolvimento deste estágio e de todo o processo reflexivo.

Em suma, o conjunto de atividades desenvolvidas ao longo do estágio contribuíram para a compreensão e aquisição de competências do EEEECSP e das inerentes ao grau de Mestre, bem como para perceber o impacto da intervenção de enfermagem na PrS das pessoas/comunidades.

Importa também referir a importância de dar visibilidade às intervenções específicas do EEEECSP na melhoria do estado de saúde da comunidade, tão patente no projeto implementado. Destaca-se aqui também a experiência proporcionada pela USP na vigilância epidemiológica para, mais uma vez, enaltecer a imprescindibilidade não só da profissão de enfermagem como da Saúde Comunitária e Saúde Pública. A gestão da atual pandemia, com uma fraca aposta na prevenção da doença e PrS deixa, mais uma vez, a descoberto a necessidade de serem essas as linhas que devem guiar os cuidados de saúde.

A enfermagem procura manter o bem-estar tal como a pessoa o define e "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher, num processo co construído promotor de saúde e não se impondo a ela, o que requer tempo, pelas características das pessoas e dos contextos em que ocorrem, mas em que as pessoas serão coprodutoras de saúde a partir da consciência da situação (Pereira, 2017).

6 – CONCLUSÃO

No presente relatório foi descrito todo o percurso realizado em contexto de estágio na USP e UCC e cujo grande objetivo foi a aquisição das competências específicas do EEECSF e do grau académico de Mestrado. O relatório inclui também a análise crítica e reflexiva das intervenções implementadas.

A temática que serviu de base à construção do projeto de intervenção comunitária foi relativa à PrS nos adultos com obesidade. A elevada prevalência desta doença (e fator de risco para outras doenças) em Portugal justifica a pertinência da temática e exige uma intervenção concertada, desde a prevenção ao tratamento. Por um lado, importa implementar estratégias ao nível da prevenção que sejam capazes de eficazmente promover hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Por outro lado, exige-se ao SNS uma maior capacidade de resposta para lidar com esta problemática, nomeadamente através da implementação eficaz de programas de combate à obesidade com intervenções homogeneizadas nos diferentes níveis de cuidados, em particular nos cuidados de saúde primários.

O conhecimento, treino e motivação dos profissionais para abordar de forma adequada a obesidade reverte-se em efetivos ganhos em saúde, nas duas diversas vertentes – desde o benefício clínico à redução dos custos em saúde.

Nesse sentido, a proximidade que o EEECSF tem com a comunidade e pelos problemas de saúde que identifica, é um elemento facilitador na abordagem dos clientes.

Com o trabalho realizado foi possível promover a saúde numa perspetiva salutogénica bem como intervir no âmbito da prevenção terciária para restabelecimento do equilíbrio na comunidade afeta a este projeto. A implementação do projeto delineado é também motivo de orgulho.

As atividades realizadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde, permitindo o desenvolvimento e aquisição das competências específicas da enfermagem comunitária. O recurso à prática baseada na evidência científica através da *Scoping Review* constituiu uma estratégia à concretização do projeto delineado tendo sido realizadas intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica.

Este percurso só foi possível pelo apoio da Enf.^a cooperante e da Prof.^a Orientadora cujas sugestões permitiram prosseguir com sucesso no caminho delineado. De destacar também a disponibilidade de toda a equipa da UCC, de toda a comunidade e dos parceiros envolvidos, que foram essenciais para o sucesso do projeto.

Os campos de estágio revelaram-se adequados pelo enriquecimento de experiências que possibilitaram, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional. Deixa-se o legado da responsabilidade de manter vivo o “Projeto Obesidade Zero”, o qual assumiu o estatuto de programa na UCC, ficando assim patente a sua pertinência.

Atendendo ao anteriormente exposto ao longo deste documento, considera-se que foram atingidos os objetivos do estágio, foram alcançados os objetivos pessoais e foram adquiridas as competências específicas do EEECS e do grau de Mestre.

Por fim, a redação deste relatório permitiu o desenvolvimento da capacidade de análise crítica e reflexiva, essencial na avaliação do projeto de intervenção comunitária desenvolvido.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro. (2018). *Plano Local de Saúde ACES Pinhal Litoral 2018-2020*. Coimbra.
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2019). *Perfil de Saúde ACES Pinhal Litoral*. Coimbra.
- Amaral, M. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados, a visão das enfermeiras*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recm-nascidos%20prematuros%20internados.pdf>
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo* (3.^a Ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>
- Bevilaqua, C., Pelloso, S. & Marcon, S. (2016). Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Nº 24, pp. 1-10.
- Braga, G. & Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Erica.
- Braga, V., Jesus, M., Conz, C., Tavares, R., Silva, M. & Merighi, M. (2017). Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. *Journal of School of Nursing: University of São Paulo*. Nº 51, pp. 1-11.
- Carvalho, J., Carvalho, M., Barreto, M. & Alves, F. (2010). Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. *Revista REMPEC – Ensino, Saúde e Ambiente*, Nº 1 (3), pp. 78-90.
- Community Health Nurses of Canada. (2011). *Canadian community health nursing: professional practice model & standards of practice*. Disponível em <https://chnc.ca/documents/chnc-standards-eng-book.pdf>
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, Nº 38, pp. 473-481.
- Cross, J. (1993). *Teorias de Enfermagem – os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Edições IHMT/UNL.
- Direção Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto. Disponível em <https://nocs.pt/avaliacao-antropometrica-no-adulto/>

- Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020. Disponível em <http://pns.dgs.pt>
- Direção Geral da Saúde (2016). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Disponível em https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/rel_capitulo-pnpaf-2016-a-saude-dos-pt-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2017a). Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Disponível em https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servico-nacional-de-saude.pdf
- Direção Geral da Saúde (2017b). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PNPAS2017_V7.pdf
- Esposito, E., & Fitzpatrick, J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. *Int J Nurs Pract*, N° 17 (4), pp. 351-356.
- Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade de cuidados. *Revista UIIPS*, N° 3 (5), pp. 396-407. Disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/issue/view/5>.
- Galani, C. & Schneider. H. (2007). Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. *Journal of Public Health*, N° 52 (6), pp. 348-359.
- Hruby, A., Manson, J., Qi, L., Malik, V., Rimm, E., Sun, Q., Willett, W. & Hu, F. (2016). Determinants and Consequences of Obesity. *Revista AJPH*. N° 106 (9), pp. 1656-1662.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª ed., Lisboa: Obras Avulsas.
- International Council of Nurses (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genève: ICN.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016*. Universidade do Porto. Porto. ISBN: 978-989-746-181-1.
- Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/handle/ufjf/774>
- Melanie, M. & Evely, W. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* 2ª ed., Porto Alegre: Artmed.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Edições lidel.
- Nahas, M. (2010). *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um estilo de vida ativo*. 5ª ed., Londrina: Midiograf.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª ed., USA: Library of Congress.
- Neuman B. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª ed. Upper Saddle River (US): Pearson.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as suas ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Oliveira, S. (2006). *Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo*. Tese de Mestrado em Enfermagem: Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-115355/pt-br.php>

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização das Nações Unidas (2015). *Recomendação sobre aprendizagem e educação de adultos*. Brasil: Organização das Nações Unidas
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da saúde*. Otava, Canadá.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *Health at a Glance*. Disponível em <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en>
- Osorio, A. (2003). *Educação Permanente e Educação de Adultos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf.
- Pinhão, S. (2014). *Avaliação dos Hábitos Nutricionais da População Portuguesa*. Porto: Universidade do Porto.
- Popkin, B., Du, S., Green, W., Beck, M., Algaith, T., Herbst, C., Alsukait, R., Alluhidan, M., Alazemi, N., Shekar, M. (2020). *Individuals with obesity and COVID-19: a global perspective on the epidemiology and biological relationships*. University of North Carolina. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13128>.
- Portaria nº 782/2009. *Diário da República, nº 141/2009, Série I*. Ministério do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Potter, P. & Perry, A. (2004). *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª ed., Brasil: Editora Elsevier.
- Regulamento nº 140/2019. *Diário da República, nº 26/2019 – Série II E*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento nº 428/2018. *Diário da República nº 135/2018 - 2ª Série E*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 70-A/2020. *Diário da República nº 178/2020 - Série I*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa
- Rixillo, M. (2011). *Modelo de Sistemas de Betty Neuman*. Recuperado de <http://pt.slideshare.net/rixillo/modelo-de-sistemas-de-neuman>
- Sackett, L., Strauss, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Londres: Chuechill Livingstone.
- Santos, B. & Antunes, D. (2007). Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. *Educação*, Nº 30 (61), pp. 149-164.

- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Revista Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, N° 4 (3), pp. 127-134.
- Schon, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Seabra, A. (2017). A Atividade Física em crianças e adolescentes. Um comportamento decisivo para um estilo de vida saudável. *Revista Fatores de Risco*, N° 44, pp. 9-20.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Ed., Loures: Lusodidata.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, 5ª ed., Loures: Lusociência.
- UCC Marinha Grande (2013). *Plano de Ação da UCC Marinha Grande*. Marinha Grande.
- Wandekoken, K. & Siqueira, M. (2013). Aplicação do modelo de Neuman e diagnósticos de Nanda ao cuidado do usuário de crack. *Ciencia y enfermeria*, N° 19 (2), pp. 125-139.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *Nurses and midwives: A force for health. WHO European strategy for continuing education for nurses and midwives*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/102238/E81549.pdf
- World Health Organization (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *Health education*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2020). *Obesity and overweight*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

ANEXOS

ANEXO I – Guião da entrevista



GUIÃO DA ENTREVISTA

Diagnóstico de situação

Entrevistadora: Maria Calado

Data: _____

Local: _____

Hora de início: _____

Hora de término: _____

QUESTÕES	INDICADORES
1. Quais os principais recursos da comunidade?	Saúde Educação Lazer Desporto Instituições de solidariedade social Outros.
2. Quais as principais características da comunidade?	Tipo de população: etnias, imigrantes... Relações sociais Integração no meio
3. Quais as principais necessidades/problemas de saúde da comunidade?	
4. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	

ANEXO II – Análise de conteúdo

ANÁLISE DE CONTEÚDO (Bardin, 2018)

No sentido de manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes sempre que estes forem referidos, foram utilizadas nomenclaturas simbólicas: E1, E2 e E3 para denominação do primeiro, segundo e terceiro entrevistados, respetivamente. As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para posteriormente referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo. No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1 resultou num total de 4 páginas A4, a E2 num total de 2 páginas e a E3 num total de 3 páginas. Todas as páginas dos entrevistados foram dactilografadas.

Para a análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeitado pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Definida a constituição do *corpus* das entrevistas, identificaram-se as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Optou-se, então, por construir através de um tema, um sistema de categorias que se representa sob a forma de uma grelha de análise e que se caracteriza por compreender várias subcategorias. Quanto à construção das categorias, foi feita *à posteriori*.

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Caracterização da comunidade	Subsistemas da comunidade	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • “o Centro de saúde (...) com 2 extensões” - E1: In24 / In 28 • “11 clínicas de saúde privadas” E1: In 30 • “8 farmácias e 1 parafarmácia” E1: In 31-32 • “Centro de Saúde (...) uma Unidade de Cuidados na Comunidade, uma unidade de Saúde Pública, Serviços de assistente social e de fisioterapia” E2: In 23-26 • “Centro de Atendimento a Toxicodependentes” E2: In 26 • “temos o centro de Saúde (...) 3 equipas de saúde familiar (...)1 unidade de cuidados na comunidade, uma equipa de Saúde Pública, um serviço de atendimento permanente aberto 24h” E3: In 24-27 • “clínicas privadas, muitas farmácias” E3: In 30
		Educação	<ul style="list-style-type: none"> • “três agrupamentos de escolas (...) um total de 40 estabelecimentos de ensino público e 11 privados” E1: In 34-35 • “O concelho encontra-se servido de escolas públicas e privadas” E2: In 29 • “estamos muito bem servidos, 3 agrupamentos de escolas públicas” E3: In 34
		Recreação	<ul style="list-style-type: none"> • “alguns espaços de lazer (poucos, na minha opinião), pavilhões desportivos” E2: In 29-30 • “existem vários parques de lazer no concelho” E1: In 37 • “50 coletividades desportivas” E1: In 52 • “5 espaços museológicos (...) núcleo de arte contemporânea (...) 2 cine-teatros (...) galeria municipal (...) oferta cultural promovida pela autarquia e várias coletividades/associações (...) vários grupos de teatro (...) Orquestra Ligeira; Biblioteca Municipal, Grupo de Percussão, Orquestra da (...), Coro (...) Teatro, Auditório” E1: In 42-51 • “em relação ao desporto, existem cerca de 50 coletividades desportivas” E3: In 31 • “muitos museus, 2 cine teatro, vários grupos de teatro, orquestras, grupos de percussão, o Teatro ...” E3: In 37-38
		Leis e Política	<ul style="list-style-type: none"> • “várias IPSS” E1: In 59 • “IPSS de intervenção na infância e juventude” E1: In 60-61 • “IPSS que intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade social” E1: In 63 • “IPSS que intervêm na área das toxicodependências” E1: In 64-65 • “as respostas sociais e da saúde articulam-se de forma efetiva” E1: In 67-68

	Características do núcleo	Multiculturalidade	<ul style="list-style-type: none"> • “pessoas de diversas origens” E2: In 35 • “oriunda de todo o país e também estrangeiro” E1: In 78 • “de realçar a presença de comunidades: indiana, brasileira, de países do Leste” E1: In 81 • “muitas pessoas são provenientes de várias partes do país (...) e de países estrangeiros” E2: In 36-37 • “aumento do número de cidadãos paquistaneses no concelho” E1: In 82-83 • “uma crescente comunidade brasileira, indiana, paquistanesa” E2: In 38 • “existem também indivíduos de etnia cigana distribuídos por 3 principais comunidades” E1: In 87-88 • “uma grande comunidade de etnia cigana” E2: In 39 • “adaptação dos conceitos de saúde face à cultura dos indivíduos” E1: In 84-85
	Problemas de saúde identificados pelos informantes-chave	Doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • “os principais problemas são as doenças crónicas como hipertensão, diabetes” E2: In 43-44 • “problemas que estão diretamente relacionados com a obesidade, como a hipertensão, diabetes” E3: 58-59
		Comportamentos aditivos	<ul style="list-style-type: none"> • “consumos de tabaco, álcool e drogas” E1: In 108-109 • “diagnósticos associados a consumos de tabaco, álcool e drogas” E3: In 55
		Doenças mentais	<ul style="list-style-type: none"> • “há uma incidência importante de doença mental, nomeadamente a perturbação depressiva” E2: In 45 • “associado ao consumo de álcool temos alterações do comportamento e aumento do número de casos de violência doméstica” E3: In 55-57 • “perturbações depressivas” E3: In 59
		Excesso de peso/obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • “sendo, na minha opinião, a obesidade uma verdadeira pandemia” E2: In 53 • “o sedentarismo que se tem vindo a intensificar” E1: In 105 • “o excesso de peso é um dos diagnósticos ativos para os determinantes de saúde” E1: In 107-108 • “Programa de Intervenção em Obesidade Infantil (...) forte preocupação (...) nomeadamente no âmbito da alimentação e exercício físico” E1: In 110-113 • “os 5 primeiros diagnósticos estão diretamente relacionados com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos, hipertensão, perturbações depressivas, obesidade e diabetes” E1: In 114-116 • “Tendo em consideração o Plano Local de Saúde 2018-2020 e o Perfil Local de Saúde ACES 2018, (...) o excesso de peso é um dos diagnósticos ativos para os determinantes de saúde” E3: In 52-54 • “a obesidade tem uma prevalência significativa nesta população” E3: In 65

			<ul style="list-style-type: none"> • “com a prevenção ou tratamento desta problemática existiriam diversos ganhos em saúde para o indivíduo (...) e até comunidade” E3: In 66-68 • “os (...) eram pessoas que praticavam atividade física (bicicleta) e essa prática perdeu-se” E3: In 69-70
Áreas de intervenção comunitária	Integração de um projeto no âmbito da obesidade	Linhas orientadoras	<ul style="list-style-type: none"> • “o tratamento e a prevenção da obesidade (...) ligado com a mudança de hábitos o que implica uma mudança de atitude que só é possível através de uma intervenção educativa que promova empoderamento e literacia” E1: In 122-125 • “o principal objetivo será capacitar o utente e sua família para a mudança de hábitos, promovendo melhorias a nível da alimentação e exercício físico e com isso, a longo prazo, poder atingir melhorias ao nível do IMC” E1: In 130-132 • “sensibilização da população em geral para a problemática” E1: In 134 • “a UCC deveria formalizar uma parceria com a USF, constituindo-se esta como entidade sinalizadora” E1: In 141-142 • “seria determinante o papel motivador dos enfermeiros para a adesão dos utentes à mudança de estilos de vida” E2: In 63-64 • “o objetivo principal esteja relacionado com a capacitação do utente/família na gestão do regime terapêutico (medicamentoso, exercício físico e alimentação” E3: In 75-77 • “através de estratégias que promovam a saúde” E3: In 77 • “um projeto neste âmbito terá que ser efetuado de acordo com o planeamento em saúde” E3: In 85-86
		Principais dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> • “não se afigura fácil a adesão, pela experiência que as equipas de Saúde Familiar têm no dia-a-dia de trabalho com estes doentes” E2: In 64-65 • “trabalhar com a população obesa não é tarefa simples” E2: In 61 • “outro fator que influencia é a motivação das pessoas referenciadas” E3: In 83

ANEXO III- Hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon

MÉTODO DE HANLON

No planeamento em saúde, após o diagnóstico de situação são definidas as prioridades. Para a definição das prioridades optou-se pela escolha do Método de Hanlon adaptado à dimensão da amostra, para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990).

A - Amplitude ou magnitude do problema.

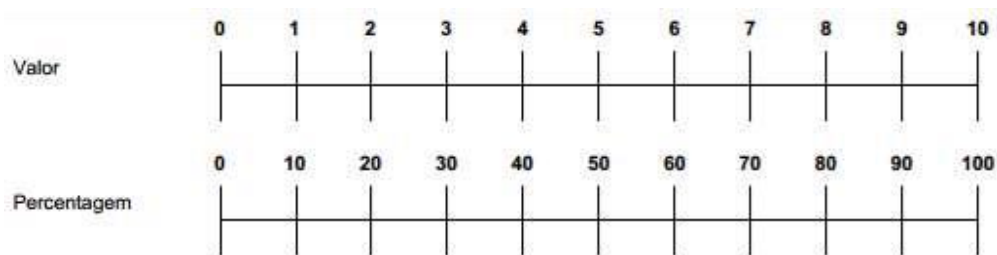
B - Gravidade do problema.

C - Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema).

D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Amplitude ou Magnitude do Problema

A amplitude calcula-se com base no número de pessoas afetadas, sendo atribuído uma ponderação de 0 a 10. Para esta definição de prioridades, usou-se uma adaptação à metodologia proposta, utilizando-se como base o valor máximo do potencial de melhoria identificado, sendo este expresso em percentagem, ao valor de 100% correspondeu o valor 10 de amplitude, tal como expresso na escala que se apresenta de seguida.



Gravidade do Problema

A gravidade do problema “pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, causa de incapacidades, custos ou outros” (Tavares, 1990, p. 91) e cada fator em análise é ponderado na escala (0 -10) sendo 0 nenhuma gravidade, 5 gravidade média e o de maior gravidade pontuado com 10.

Eficácia

A eficácia da solução deve ser ponderada numa escala de 0,5; 1 e 1,5, sendo considerado:

0,5 - Difícil solução.

1 - Média solução.

1,5 - Fácil solução.

Exequibilidade

O critério da exequibilidade possui cinco componentes avaliados por ponderação: Sim = 1 e Não = 0.

Os componentes propostos por Tavares (1990) são:

- . Pertinência.
- . Exequibilidade económica.
- . Aceitabilidade.
- . Recursos disponíveis.
- . Legalidade.

Se no decorrer da avaliação o fator D = 0 então o problema é eliminado.

Problemas	Magnitude A	Gravidade B	Eficácia C	Exequibilidade D	$A+(2 \times B) \times C$	Prioridades
Hipertensão	9	10	0.5	1	19	1º
Uso de álcool	7	9	0.5	1	16	2º
Consumo de drogas	7	9	0.5	1	16	2º
Tabagismo	7	9	0.5	1	16	2º
Depressão	8	6	0.5	1	14	3º
Obesidade	9	10	0.5	1	19	1º
Diabetes	9	10	0.5	1	19	1º

Com base nos quatro critérios definidos pelo Método de Hanlon, amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto, apresenta-se o respetivo cálculo (DGS, 2016).

Com base no método de Hanlon, são apresentadas as necessidades hierarquizadas por prioridades:

- 1) Hipertensão, Diabetes, Obesidade
- 2) Uso de álcool, consumo de drogas, tabagismo
- 3) Depressão

ANEXO IV – Consentimento Livre e Informado dos Participantes

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Caro participante,

Este documento descreve o estudo para o qual é convidado a participar.

Por favor, leia-o atentamente. No fim, o investigador irá perguntar-lhe se concorda participar neste estudo. Se não se sentir totalmente esclarecido, sinta-se à vontade para colocar todas as questões ao investigador presente. Não fique com dúvidas. Caso decida participar, e se surgirem novas questões, poderá contactar o investigador para esclarecê-las.

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

O objetivo principal deste estudo é promover a adoção de comportamentos saudáveis nos adultos com obesidade do concelho [REDACTED].

EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Nas instalações [REDACTED], o participante irá responder a 3 questionários e ser-lhe-á realizada uma avaliação antropométrica.

Os questionários serão: i) Questionário sociodemográfico (envolve questões acerca dos dados pessoais); ii) Questionário de Propensão Alimentar (envolve questões acerca da frequência com que ingere determinados grupos de alimentos); iii) Questionário de Atividade Física (envolve questões acerca das atividades físicas que realizou na última semana).

Seguem-se 7 sessões de Educação para a Saúde (sensivelmente uma por semana) onde serão abordadas temáticas como alimentação, exercício físico e efeitos psicológicos da obesidade.

No final os participantes responderão novamente ao questionário de Propensão Alimentar e ao questionário de Atividade Física.

CARÁTER VOLUNTÁRIO DA PARTICIPAÇÃO E POSSIBILIDADE DE SAÍDA OU ABANDONO DO ESTUDO

Os participantes terão total liberdade para decidir se desejam ou não participar no estudo, não decorrendo desta decisão qualquer prejuízo para o próprio. Os participantes também poderão decidir retirar-se do estudo em qualquer momento, sem que tal decisão comprometa o relacionamento com a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade em que estão envolvidos, nem o respeito pelos direitos à assistência que lhes são devidos.

GARANTIA DE PRIVACIDADE E DE CONFIDENCIALIDADE

Os dados recolhidos na pesquisa terão fins exclusivamente científicos e a identidade do participante será mantida em anonimato. Todos os dados e informações recolhidos serão guardados por

profissionais devidamente capacitados e experientes. Apenas a equipa de investigadores terá acesso aos dados recolhidos, que serão mantidos na máxima privacidade e confidencialidade.

Declaro que me sinto esclarecido com a informação que me foi prestada e que foram respondidas todas as questões que desejei colocar. Declaro, com a minha assinatura, que consinto a minha participação neste estudo.

██████████, _____ de _____ de 2020

O Participante

O Investigador

ANEXO V – Consentimento Livre e Informado dos informantes-chave

CONSENTIMENTO INFORMADO

Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente no concelho [REDACTED]

Entrevistadora: Maria Calado

Entrevistado/Informante-chave: _____

Data: _____

Local: _____

Hora de início: _____

Hora de término: _____

Sou enfermeira a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém e a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde [REDACTED] sob a orientação da Enf.ª [REDACTED] e da Prof.ª [REDACTED].

Pretendo realizar um **Diagnóstico de Enfermagem Comunitária** com os seguintes objetivos:

- Colher informação acerca da comunidade residente no concelho [REDACTED];
- Identificar as necessidades de saúde dos residentes no concelho [REDACTED].

Para que tal seja possível, solicito a sua colaboração nesta entrevista que será gravada, no sentido de fornecer alguns dados que considero pertinentes. Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista ou suspender a gravação, isso será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicito que, após considerar que está devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento.

Assinatura Entrevistado: _____

Assinatura Entrevistador: _____

ANEXO VI – Autorização da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER 122020Saúde

Identificação do Investigador | Maria Calado

Identificação do Projeto | Obesidade Zero

PARECER

Considerando que:

- Trabalho Académico de Investigação;
- Identificação das instituições envolvidas (Escola Superior de Saúde de Santarém e ACeS [REDACTED]);
- Objetivos Gerais e Específicos definidos em consonância entre a fundamentação teórica (Orientação proposta pela OMS) e a metodologia propostas;
- Estudo misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, com recurso a técnicas e instrumentos adequados e apresentados à apreciação desta Comissão;
- É apresentada a autorização dos autores do questionário a ser utilizado neste projeto; - O consentimento informado aos participantes, é apresentado e, salvaguarda a participação voluntária e a anonimização dos participantes, não sendo claro o destino dos questionários após o adequado tratamento dos dados constantes dos mesmos, nem as gravações das Entrevistas, pelo que se sugere possa ser clarificado;

Recomenda-se que:

- Devem ser utilizados apenas a seção do instrumento destinado à população alvo do estudo (adultos) e seja apresentada a informação respeitante ao destino a dar aos dados provenientes dos questionários e das audiogravações das entrevistas;

Somos de parecer que o projeto de investigação, reúne todos os requisitos ao seu desenvolvimento, atendendo ao solicitado.

Assinatura

[REDACTED]

(Coordenadora da Comissão de Ética)
Santarém, 26 de outubro 2020

ANEXO VII – Autorização para utilização das escalas de avaliação

Re: pedido de utilização do questionário de propensão alimentar e de atividade física



sex, 14-08-2020 14:36

Para: Você



Cara Maria Calado,

Informo que os questionários que estão disponíveis no site do IAN-AF são do domínio público pelo que teremos muito gosto que possam ser úteis para o desenvolvimento do projecto.

Com os melhores cumprimentos,

Institute of Public Health University of Porto
Rua das Taipas 135
4050-600 Porto
Portugal
Phone: [+351 222061820](tel:+351222061820);
<http://www.ispup.up.pt>

maria calado <miacalado1986@hotmail.com> escreveu no dia sexta, 14/08/2020 à(s) 14:33:

Boa tarde,

O meu nome é Maria Calado e encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Na sequência de um Projeto de Intervenção Individual que irei implementar com o nome "Obesidade Zero", venho por este meio solicitar autorização para aplicar o instrumento por vós criado sobre propensão alimentar e atividade física.

Sem mais assunto de momento, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Grata pela atenção dispensada,

Maria Calado

ANEXO VIII – Scoping Review

Review Title

Promoção da Saúde aos adultos com obesidade

Reviewers

¹ Maria Calado

² Professora Celeste Godinho

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review question

Quais as intervenções de enfermagem na Promoção da Saúde aos adultos com obesidade?

Objectives

- Identificar as intervenções de Enfermagem na Promoção da saúde aos adultos com obesidade.

Key word (MeSH Descriptors)

Passam a ser designadas por descritores MeSH as palavras-chave: *Nurs**; *Health promotion*; *Obesity*, validadas na MeSH Browser 2020.

Nurs (MeSH)*: The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

Health Promotion (MeSH): Encouraging consumer behaviors most likely to optimize health potentials (physical and psychosocial) through health information, preventive programs, and access to medical care.

Obesity (MeSH): a status with BODY WEIGHT that is grossly above the acceptable or desirable weight, usually due to accumulation of excess FATS in the body. The standards may vary with age, sex, genetic or cultural background. In the BODY MASS INDEX, a BMI greater than 30.0 kg/m² is considered obese, and a BMI greater than 40.0 kg/m² is considered morbidly obese (MORBID OBESITY).

Background

A evidência epidemiológica sustenta, de forma crescente e robusta, que a obesidade representa um problema de saúde pública à escala global.

A prevalência da obesidade mais do que duplicou a nível mundial nos últimos 40 anos, pelo que a OMS a considerou como a epidemia global do século XXI, reconhecendo que, neste século, tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas.

Também em Portugal, o excesso de peso, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, é provavelmente um dos principais problemas de saúde pública, afetando mais de 50% da população adulta e tendo implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes patologias como a diabetes, a doença cérebro e cardiovascular, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros. Estas doenças, no seu todo, representam a principal despesa em saúde do estado português e o principal encargo do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2017a).

O Relatório Health at a Glance, de 2019, posiciona o nosso país no quarto lugar na lista dos países que apresentam a maior taxa de população com excesso de peso quando comparado com a média da OCDE. De facto, 67,6% da população portuguesa com mais de quinze anos tem excesso de peso ou é obesa, o que sugere necessidade de intervenção a dois níveis: por um lado, é necessário apostar na promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Por outro lado, dado o elevado número de indivíduos que já se encontram com esta doença, é importante também assegurar uma terapêutica adequada para estas situações (DGS, 2017a).

A agenda 2030 da OMS para o desenvolvimento sustentável reconhece as doenças não transmissíveis (DNT's) como um grande desafio para o desenvolvimento sustentável. Como parte da agenda, os chefes de Estado e de Governo comprometeram-se a desenvolver ambiciosas respostas nacionais, até 2030, para reduzir em um terço a mortalidade prematura por DNT's através de prevenção.

Na mesma ordem de ideias, o Plano Nacional de Saúde enquadra vários programas de saúde prioritários, dos quais se destacam, pela sua pertinência para a presente revisão, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas e representa um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos tendo como objetivo a melhoria do estado de saúde e nutricional da sua população. Pretende, desta forma, contribuir para um dos desígnios do Plano Nacional de Saúde para 2020: a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis (DGS, 2017b).

Em Portugal, 86% da carga da doença corresponde a doenças crónicas, muitas vezes relacionadas com hábitos alimentares inadequados, dos quais se destacam o consumo insuficiente de fruta, hortícolas, cereais integrais e frutos oleaginosos, associados a um consumo excessivo de sal, representando assim o terceiro fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável nos portugueses, segundo o estudo *Global Burden of Disease*, de 2017 (DGS, 2017b).

As metas de Saúde para 2020 do PNPAS são: a) controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020; b) reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população até 2020; c) reduzir em 10% a média de quantidade de açúcar presente nos principais fornecedores alimentares à população até 2020; d) reduzir a quantidade de ácidos gordos trans para menos de 2% no total das gorduras disponibilizados até 2020; e) aumentar o número de pessoas que consome fruta e hortícolas diariamente em 5% até 2020; f) aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da dieta mediterrânica em 20% até 2020 (DGS, 2017b).

O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física foi criado em 2016 e tem como documento orientador a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar. A sua missão é generalizar o conceito de estilo de vida fisicamente ativo como sinal (vital) de saúde e bem-estar para todos, independentemente de condições de saúde, económicas, demográficas ou sociais, envolvendo os atores sociais relevantes em iniciativas centradas no cidadão e gerando cadeiras integradas de valor conducentes a aumentar o interesse da população pela prática regular de atividade física e pela redução do tempo sedentário (DGS, 2016).

Nesse sentido, as metas de Saúde para 2020 são: a) aumentar para 32% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade; b) aumentar para 70% a percentagem de adolescentes que pratica atividade física três ou mais vezes por semana; c) aumentar para 25% a percentagem de adultos com menos de 7.5h/dia em atividade sedentária (DGS, 2016).

O excesso de peso e obesidade são definidos pela OMS como uma anormal ou excessiva acumulação de gordura que representa riscos para a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. As causas subjacentes são complexas e variadas, incluindo fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais.

Para avaliar com precisão a presença de obesidade dever-se-ia recorrer a métodos de avaliação direta da proporção da massa gorda corporal (ex: densidade corporal, densitometria, ressonância magnética nuclear, medição do potássio corporal total, bioimpedância) (DGS, 2017a).

Tratando-se de métodos dispendiosos e relativamente complexos, é mais habitual o recurso à avaliação antropométrica e, particularmente, a fórmulas que combinam o peso, altura e/ou os perímetros corporais.

O diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade faz-se através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), o qual mede a corpulência e se determina dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado.

Segundo a OMS, considera-se que há excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e que há obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30. No entanto, em certos casos, nomeadamente nos atletas, nos indivíduos com edemas e com ascite, o IMC não é uma determinação fiável da obesidade, pois não permite distinguir a causa do excesso de peso (DGS, 2005).

Um aspeto importante na avaliação do adulto obeso é a distribuição da gordura corporal. Assim, quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, diz-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral, sendo típica do homem obeso. Quando a gordura se distribui, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide, sendo típica da mulher obesa (DGS, 2017a).

A identificação destes tipos morfológicos tem grande importância, dado estar demonstrado, hoje, que a obesidade visceral se associa a complicações metabólicas como a diabetes tipo 2 e a dislipidémia e doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral (DGS, 2005).

A avaliação adequada e a identificação precoce de uma excessiva distribuição central do tecido adiposo será particularmente relevante nos indivíduos com sobrecarga ponderal menos acentuada. Em contraponto, a avaliação do perímetro da cintura será menos pertinente naqueles indivíduos que já apresentem obesidade (particularmente as classes 2 ou 3) (DGS, 2017a).

Para além do impacto na morbidade física, a obesidade tem um impacto relevante no funcionamento psicológico e no bem-estar individual. A qualidade de vida relacionada com a saúde é afetada pela magnitude da sobrecarga ponderal (DGS, 2017a).

Dados recentes (2015) do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico estabelecem uma relação entre a prevalência da obesidade e o estrato socioeconómico dos indivíduos. Numa amostra representativa de adultos portugueses, verificou-se que o excesso de peso era muito mais frequente nos indivíduos com menor literacia, assim como nos indivíduos sem atividade profissional.

Sendo a obesidade mais uma das facetas da desigualdade social, a sua abordagem tem de passar pela capacitação dos indivíduos para adotar padrões alimentares adequados. Nestes casos

em particular, são necessárias medidas adicionais que facilitem o acesso de alimentos de baixa densidade energética e o seu consumo regular por parte das famílias envolvidas (DGS, 2017a).

No âmbito da prevenção do excesso de peso e obesidade, a OMS destaca: limitar a ingestão de energia a partir de gorduras e açúcares totais; aumentar o consumo de frutas e vegetais, além de legumes, grãos integrais e nozes; praticar atividade física regular (60 minutos por dia para crianças e 150 minutos durante a semana para adultos).

A mudança dos estilos de vida, nomeadamente do padrão alimentar e de atividade física, é componente imprescindível da terapêutica do excesso de peso, independentemente do grau e do recurso concomitante a fármacos ou à cirurgia da obesidade (DGS, 2017a).

Segundo o mesmo autor, o aconselhamento relativo à modelação dos consumos alimentares deve sustentar-se em três critérios-base: a) satisfação das necessidades nutricionais; b) objetivos terapêuticos (redução de peso, controlo metabólico, etc.), e; c) adequação às rotinas e constrangimentos individuais (rotinas laborais, valores religiosos, limitações económicas, etc.). A implementação de um balanço energético negativo é fundamental para a redução ponderal.

A literatura documenta a eficácia terapêutica a médio e longo prazo, de abordagens direcionadas ao estilo de vida na promoção de reduções ponderais na ordem dos 5 a 10% do peso inicial (Galani & Schneider, 2007).

De acordo com a DGS (2017a), o estágio de prontidão do indivíduo à data da consulta tem de ser tido em consideração na definição do plano terapêutico. A criação de um ambiente terapêutico promotor de decisões partilhadas tem a sua base teórica em modelos com evidência de efetividade na mudança comportamental.

Importa, assim, conhecer os postulados do modelo andragógico para a educação e formação de adultos, o qual assenta em seis pressupostos fundamentais. O primeiro diz respeito à “necessidade de saber” uma vez que o adulto tem necessidade de conhecer os motivos pelo qual deve aprender antes de se comprometer com a aprendizagem. O segundo é “conceito de si” e refere que o adulto está consciente da responsabilidade das suas decisões e da sua vida. O terceiro prende-se com o “papel da experiência” e assenta no princípio de que os adultos são portadores de uma bagagem de experiências pelo que a educação adulta deve centrar-se nos processos individuais de aprendizagem face aos processos mais coletivos de outras etapas evolutivas. O quarto é a “vontade de aprender” e explana que os adultos têm a intenção de iniciar o processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para determinadas situações do dia-a-dia, na vida real. O quinto diz respeito à “orientação da aprendizagem”, segundo o qual a aprendizagem é encarada como resolução de problemas e tarefas da vida quotidiana. Por último, a “motivação”: motivação para a aprendizagem também extrínseca (promoção profissional, melhor salário) mas principalmente intrínseca (auto-estima, satisfação profissional, qualidade de vida) (Osorio, 2003).

A nível social é importante apoiar as pessoas a seguir estas recomendações, por meio da implementação sustentada de políticas baseadas em evidências e baseadas na população que disponibilizam atividade física regular e escolhas alimentares mais saudáveis e facilmente acessíveis a todos, principalmente aos mais pobres.

Uma das referências para a avaliação do estado nutricional e a deteção precoce do excesso de peso é a Norma da DGS nº 017/2013 de 5/12/2013 para avaliação antropométrica no adulto.

Tratando-se de uma doença crónica de etiologia multifatorial, a abordagem da obesidade exige um ambiente e postura terapêutica centrados na pessoa.

A Enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Através do processo de Enfermagem, esta utiliza metodologia científica para identificar problemas de saúde, recolher dados, formular diagnósticos de Enfermagem, elaborar e realizar planos para a prestação de cuidados de Enfermagem, executá-los corretamente e de forma adequada às necessidades e avaliar as ações realizadas, reformulando se necessário as intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira, 2009). Várias são as fontes que dão ênfase à pessoa como ser individual, alvo de cuidados. É nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que se encontra a definição de que “a pessoa (...) é alvo dos cuidados de Enfermagem, é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 8).

Desta constatação é possível inferir que a Enfermagem se interessa pelo cuidado à pessoa que, em interação contínua com o ambiente que a rodeia, vive experiências de saúde. Esta definição leva-nos aos conceitos metaparadigmáticos em Enfermagem: cuidados de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Morais, 2012).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito individual de saúde, numa complexa interdependência pessoa/ambiente (Morais, 2012).

Também o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 428/2018) determina no seu artigo 2º, nº1, alínea b) que, no âmbito das suas competências específicas em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro

especialista nessa área “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018: 19354).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a Promoção da Saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

O enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve ter uma intervenção centrada na comunidade com vista à capacitação e ‘*empowerment*’ das mesmas na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PrS, Educação para a Saúde (EpS), manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010), o que vai ao encontro do definido pelo Plano Nacional de Saúde extensão e revisão 2020, cujas orientações prevêem, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação.

Segundo Pereira (2017) a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS. Um elemento primário na PrS é a EpS, explicada como uma ação usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que envolvem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.

A educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa *et. al.*, 2014).

O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida (Wallerstein, 2006; citado por Pereira, 2017). Assume-se não apenas como um fim, mas como

um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis. É necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

Segundo Costa et al. (2014) não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para a pessoa, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que aquela sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de educação para a saúde. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença da pessoa proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre o seu comportamento e na adesão ao tratamento.

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

É amplamente reconhecida a necessidade de adotar medidas multissetoriais que permitam uma redução da incidência do excesso de peso na população portuguesa. Tal premissa coloca o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) como agente privilegiado na promoção da saúde da pessoa com obesidade, através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda e EpS.

Inclusion criteria

Types of participants: Pessoas com obesidade, entre os 19 e os 64 anos.

Concept: Enfermagem; Promoção da saúde; obesidade.

Context: esta revisão considera todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da Promoção da Saúde com a pessoa adulta com obesidade

Types of studies: Qualitativos, quantitativos e mistos

Search strategy

Tendo por base a questão enunciada, de acordo com a metodologia PCC, foi elaborado um protocolo de pesquisa onde se definiram critérios de inclusão. A expressão de pesquisa conjuga os

booleanos *AND* e *OR* articulando-se: *Nurs* AND Health Promotion OR Obesity*.

Neste sentido, procedeu-se à pesquisa no dia 02/08/2020 às 11h, de artigos primários e secundários, publicados em texto integral, nas bases de dados abaixo indicadas.

Bases de dados incluídas:

- Bases de Dados científicas:

Plataforma EBSCO *Host*:

- *CINAHL Complete*
- *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*
- *MedLine Complete*
- *MedicLatina*

PubMed

Limitadores:

EBSCO:

- **CINAHL complete:**

Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; AB Resumo; Friso temporal da data de publicação: 01/08/2015 a 31/07/2020; Língua inglesa; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Faixas etárias: Adult e middle aged; Texto completo em PDF.

- **MEDLINE complete:**

Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; AB Resumo; Friso temporal da data de publicação: 01/08/2015 a 31/07/2020; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: Adult e middle aged.

- **MedicLatina:**

Texto completo; Referências disponíveis; AB Resumo; Friso temporal da data de publicação: 01/08/2015 a 31/07/2020; Texto completo em PDF.

- **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive:**

Texto completo; Referências disponíveis; AB Resumo; Friso temporal da data de publicação: 01/08/2015 a 31/07/2020; Texto completo em PDF.

Pubmed:

Tipo de artigo: Clinical Trial e Review; free full text; in the last 5 years; Humans; Língua: Inglês e Português. Idade: Adult e middle aged.

Study selection

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o *Prisma 2009 Flow Diagram* (presente no *Appendix III*). Assim, foram identificados 361 artigos através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 3 artigos duplicados. Dos 358 artigos, 345 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 13 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 10: um deles (Nº6) por apresentar crianças como população em estudo, dois deles (Nº 4 e Nº 5) por não incluírem apenas pessoas com obesidade na população em estudo, dois deles por incluírem apenas intervenções na área legislativa (Nº 7 e Nº 8), dois por se restringirem aos estudo dos fatores de risco cardio-metabólico (Nº 9 e Nº 10), um por recorrer apenas a intervenções com uso de tecnologias com o objetivo da perda de peso (Nº 11), e dois porque nenhum dos autores é enfermeiro (Nº 12 e Nº 13).

Foram por isso selecionados 3 artigos, 1 de natureza quantitativa e 2 de natureza qualitativa.

Artigos selecionados:

Nº 1 – Determinants and Consequences of Obesity;

Nº 2 – Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review;

Nº 3 – Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade;

Artigos excluídos:

Nº 4 – The adoption of physical activity and eating behaviors among persons with obesity and in the general population: the role of implicit attitudes within the Theory of Planned Behavior;

Nº 5 – Misinterpretation of SNAP participation, diet and weight in low-income adults;

Nº 6 – Effects of Proximity to Supermarkets on a Randomized Trial Studying Interventions for Obesity;

Nº 7 – Strengthening the body of evidence on effective regulatory measures to improve food and nutrition and control obesity;

Nº 8 – Does anything work to reduce obesity? (Yes, modestly);

Nº 9 – Effects of alternate day calorie restriction and exercise on cardio-metabolic risk factors in overweight and obese adults: an exploratory randomized controlled study;

Nº 10 – A whole-grain diet reduces cardiovascular risk factors in overweight and obese adults: a

randomized controlled trial;

Nº 11 – Behavioural intervention for weight loss maintenance versus standard weight advice in adults with obesity: a randomised controlled trial in the UK (NULevel Trial);

Nº 12 – Principles of patient management;

Nº 13 – Lifestyle management.

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento presente no *Appendix IV: Data Extraction Instrument*, o qual é constituído por 9 variáveis, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo. Identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência. Integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

A literatura documenta a eficácia terapêutica, a médio e longo prazo, de abordagens direcionadas ao estilo de vida na promoção de reduções ponderais na ordem dos 5 a 10% do peso inicial (Galani e Schneider, 2007). Esta afirmação é comprovada nos três artigos analisados, com destaque para a relevância da intervenção do enfermeiro nessas mudanças.

Segundo o artigo de Bevilaqua et al. (2016) o programa de intervenção de 16 semanas no âmbito da obesidade, que incorporou sessões de EpS ministradas por uma enfermeira, teve efeitos muito profícuos na melhoria da saúde dos adultos com obesidade do estudo em causa. Os resultados reforçam a importância da capacitação dos utentes através da EpS enquanto estratégia de PrS na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis. Estes achados vão ao encontro de Pereira (2017), que destaca ser necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, num processo contínuo e numa relação de confiança.

No mesmo artigo é referido que as sessões de EpS em grupo incidiam na modificação de estilo de vida, consistindo em temáticas como prática de exercício físico e orientação nutricional.

Estas temáticas vão ao encontro do que referem Hruby et al. (2016) relativamente aos fatores de risco e denotam a importância de ser esse o foco de temas a abordar nas sessões de EpS. Também Braga et al. (2017) corroboram que o conteúdo das intervenções de enfermagem deve incluir aspetos da alimentação preventiva da obesidade, importância da atividade física e hábitos

alimentares saudáveis.

Segundo a WHO (2017) a educação e a informação são essenciais para que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente. Nos artigos de Braga et al. (2017) e de Bevilaqua et al. (2016) fica bem patente que a EpS é a variável mais forte na promoção da saúde para adultos com obesidade.

Braga et al. (2017) acrescentam que os resultados das intervenções dos enfermeiros são mais expressivos à medida que estas são mais prolongadas, mostrando que os impactos podem demorar a emergir, mas são efetivos, especialmente se as intervenções ocorrerem a longo prazo.

Também Bevilaqua et al. (2016) apontam nesse sentido, destacando que a inclusão de novos hábitos no quotidiano é indispensável para o sucesso de qualquer intervenção mas também para que os comportamentos decorrentes da intervenção e promotores de resultados positivos sejam mantidos a longo prazo.

Segundo Bastos (2012), o conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer, o que irá contribuir para a adesão ao tratamento.

Deste modo, o conhecimento é um fator mediador entre a atitude e a consciencialização. No artigo de Bevilaqua et al. (2016) é possível verificar que a gravidade percebida da doença está diretamente associada com a mudança de comportamento. O mesmo é corroborado por Osorio (2003) que, no modelo andragógico para a educação e formação de adultos, destaca logo em primeiro lugar a “necessidade de saber” realçando que o adulto tem necessidade de conhecer os motivos pelo qual deve aprender antes de se comprometer com a aprendizagem. O mesmo autor realça a importância da motivação para a aprendizagem, o que é também destacado por Bevilaqua et al. (2016) que referem que avaliar a motivação para a mudança de comportamento é importante, pois determina as reais possibilidades de que ela ocorra, na medida em que permite distinguir quais os indivíduos que estão dispostos a mudar o seu estilo de vida.

A educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa *et. al.*, 2014).

O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e utente obeso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Tal como refere Amendoeira (2009), a pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico.

No artigo de Braga et al. (2017) é destacada a importância de acompanhamento e de incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutarés do adulto com obesidade, realçando que a habilidade na comunicação e a capacidade de promover vínculos com os utentes se constituem como fatores facilitadores para a abordagem dessas pessoas.

Os mesmos autores enaltecem que tais habilidades, inerentes à atuação do enfermeiro, sobretudo a comunicação, devem ser valorizadas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, indo de encontro ao previsto na Carta de Ottawa (1986) que destaca a Enfermagem Comunitária como uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade.

Neste sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar.

Na sequência da análise dos três artigos, podemos inferir a importância do enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública junto da população obesa, cuja intervenção centrada na comunidade deve ter em vista a capacitação e ‘*empowerment*’ das mesmas na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PrS, Educação para a Saúde (EpS), manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010), indo assim ao encontro do definido pelo Plano Nacional de Saúde extensão e revisão 2020, cujas orientações prevêm, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação.

Conflicts of interest

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

O autor agradece à Professora Celeste Godinho pelo apoio prestado, dedicação, sugestões e disponibilidade ao longo do desenvolvimento desta *scoping review*.

References

Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/>

[10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%2de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf](https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%2de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf)

Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>

Bevilaqua, C., Pelloso, S., Marcon, S. (2016). *Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, pp. 1-10.

Braga, V., Jesus, M., Conz, C., Tavares, R., Silva, M., Merighi, M. (2017). Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. *Journal of School of Nursing: University of São Paulo*. 51, pp. 1-11.

Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. e Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38, pp. 473-481.

Direção Geral da Saúde (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. Orientação N.º 017/2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 30 de julho de 2020 em <http://pns.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Disponível em https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/rel_capitulo-pnpaf-2016-a-saude-dos-pt-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servico-nacional-de-saude.pdf

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PNPAS2017_V7.pdf

Galani, C., Schneider, H. (2007). Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. *Journal of Public Health*. 52 (6), pp. 348-359.

Hruby, A., Manson, J., Qi, L., Malik, V., Rimm, E., Sun, Q., Willett, W. e Hu, F. (2016). Determinants and Consequences of Obesity. *Revista AJPH*. 106(9), pp. 1656-1662.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, Estados Unidos da América.

Morais, C. (2012). *Matrizes Conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. (Tese de mestrado em enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewi91eOm-fXjAhVuilsKHRqRA1wQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2FInde>

[x.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24204%26code%3D688&usg=AOvVaw1k8IVqyN-cy8v49ysbBlvz](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en)

OECD (2019) *Health at a Glance 2019*. Disponível em <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en>

OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos*. Divulgar. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-0517.pdf

Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da saúde*. Otava, Canadá.

Osorio, A. (2003). *Educação Permanente e Educação de Adultos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos. Lisboa, Portugal.

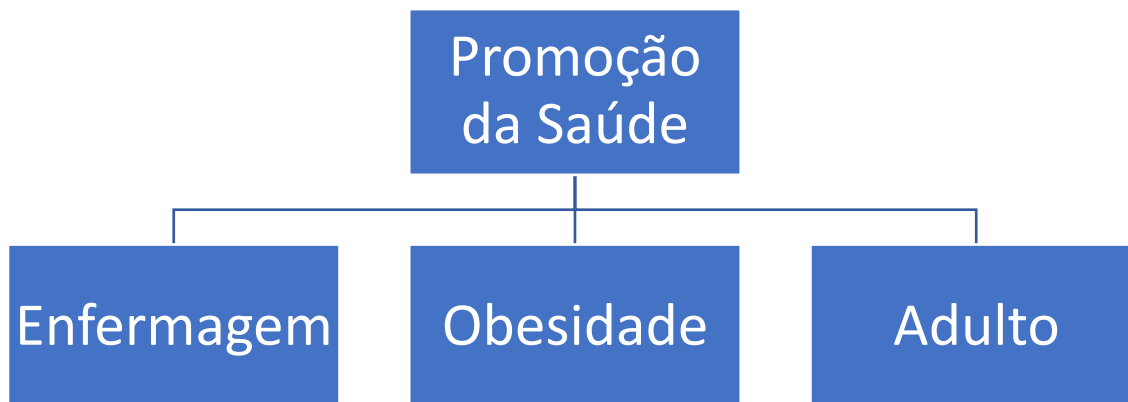
Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento em enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf. Acedido a 28 de julho de 2020.

Regulamento nº 428/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>. Acedido a 25 de julho de 2020

World Health Organization (2020). *Obesity and overweight*. Geneva. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Anexos

Appendix I: Mapa conceptual



Adaptado de Curso1st Comprehensive Systematic Review Training Program (CRSTP) Portugal Centre for EvidenceBasedPractice–PCEBP. ESENFUC_UICISA

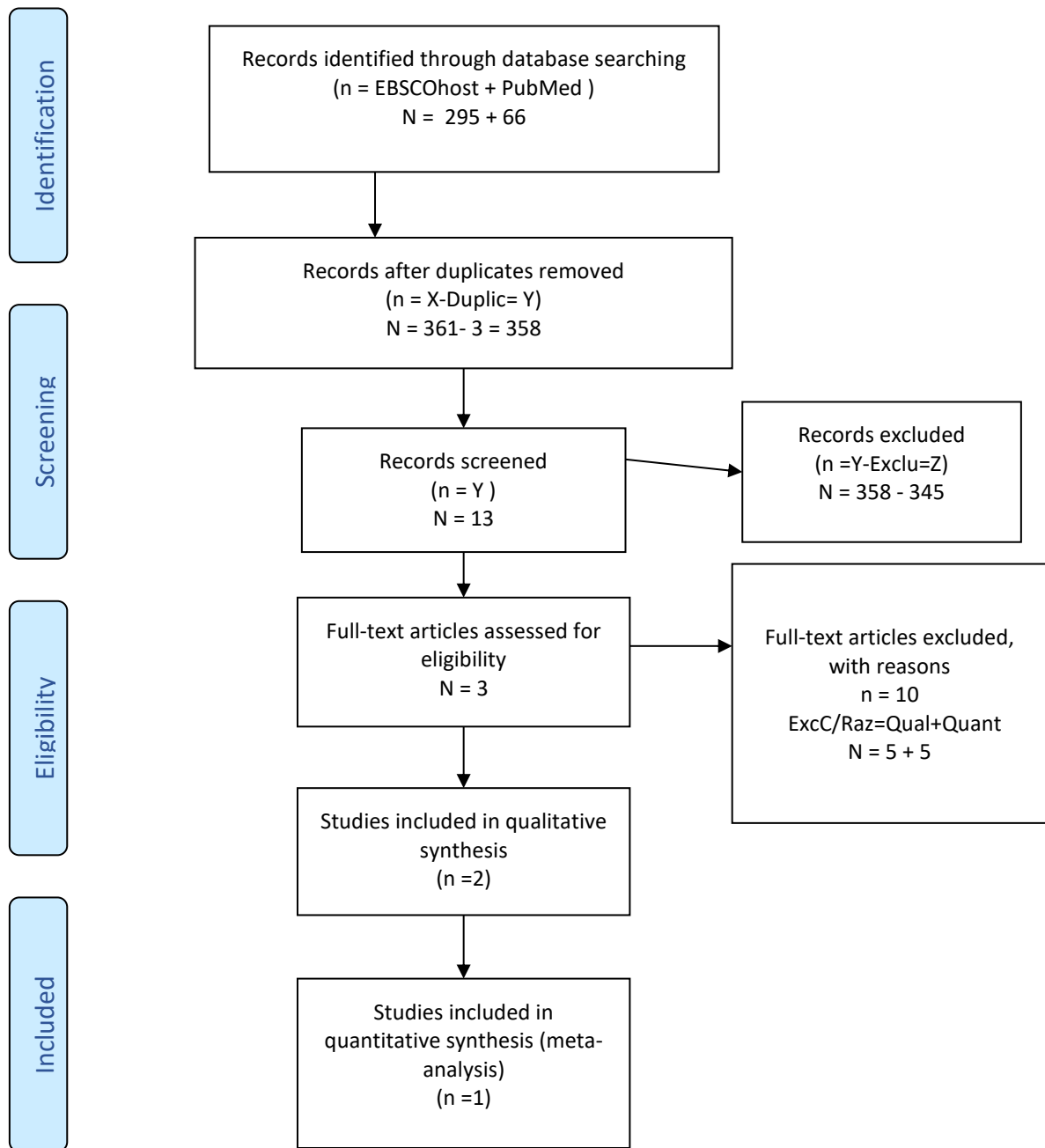
Appendix II: Initial Search Strategy

Bases de Dados	Plataforma EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	Medic Latina		
Descritores						
Nurs* (1)	1	1086	0	0	60	1147
Health Promotion (2)	0	133	0	0	19	152
Obesity (3)	0	278	0	0	66	344
1 e 2	0	15	0	0	1	16
1 e 3	0	11	0	0	2	13
2 e 3	0	2	0	0	3	5
1 e 2 e 3	0	1	0	0	0	1
1 e 2 ou 3	0	295	0	0	66	361
Total	1	1821	0	0	217	4078

Appendix III: Appraisal instruments



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV – Data Extraction Instrument

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Maria Calado

Artigo n.º 1: *Determinants and Consequences of Obesity*

Título da Revisão: Promoção da Saúde aos adultos com obesidade

Questão: Quais as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com obesidade?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Pessoas com obesidade, entre os 19 e os 64 anos

Conceito: Promoção da saúde, enfermagem, adulto, obesidade

Contexto: esta revisão considera todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da Promoção da Saúde com a pessoa adulta com obesidade

➤ **Autor/es:** Adela Hruby; JoAnn E. Manson; Lu Qi; Vasanti S. Malik; Eric B. Rimm; Qi Sun; Walter C. Willet; Frank B. Hu

DOI: [10.2105 / AJPH.2016.303326](https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303326)

➤ **Ano da Publicação:**

2016

➤ **País de origem:**

Estados Unidos da América

➤ **Objetivos:**

Rever o contributo das enfermeiras do NHS (Nurses Health Studies) na abordagem de hipóteses sobre os fatores de risco e as consequências da obesidade.

➤ **Metodologia/métodos:**

O método de estudo utilizado foi o qualitativo. A metodologia utilizada foi a revisão sistemática das publicações do NHS e NHS II entre 1976 e 2016. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados questionários.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Em 1976, 121.701 enfermeiras nos Estados Unidos com idades entre 30 e 55 anos inscreveram-se no NHS. O NHS II foi estabelecido em 1989 com 116 671 enfermeiras registadas. Na inscrição e semestralmente foram aplicados questionários em ambas as coortes para colher e atualizar informações médicas e de estilo de vida.

Os dados dietéticos foram recolhidos a cada 4 anos por meio de um questionário de frequência alimentar (começando em 1980 no NHS). As taxas de acompanhamento ultrapassaram 90% em cada ciclo de 2 anos. Com mais de 200 000 participantes em 40 anos de acompanhamento foram recolhidas avaliações detalhadas e repetidas de dieta e estilo de vida, antropometria e incidência de doenças, o que deu a possibilidade aos investigadores de mapear os efeitos do peso e da mudança de peso ao longo do curso de vida.

O artigo faz apenas a revisão das publicações, não explicitando pormenorizadamente quais os questionários utilizados.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“A obesidade é agora uma epidemia e as principais organizações de saúde consideram-na uma doença.”

(p.1)

“As taxas de obesidade subiram ao longo das décadas, apesar do aumento do conhecimento sobre os riscos à saúde da obesidade e das estratégias de prevenção.” (p.1)

“Hoje, aproximadamente dois terços das mulheres americanas têm excesso de peso ou obesidade.” (p.1)

“Manter um peso saudável é em grande parte uma função das escolhas de estilo de vida que podem reduzir o risco de obesidade.” (p. 1)

“A ingestão total de gorduras foi fracamente relacionada ao ganho de peso.” (p. 2)

“O aumento da ingestão de energia de gorduras animais saturadas e trans foi positivamente associado ao ganho de peso.” (p. 2)

“As mulheres que aumentaram a ingestão de grãos inteiros ou fibra alimentar total durante o acompanhamento tiveram risco 19% e 34% menor, respectivamente, de se tornarem obesas do que aquelas com os menores aumentos na ingestão.” (p. 2)

“O aumento da ingestão de bebidas açucaradas ou de sumos de fruta foi associado a maior ganho de peso.” (p. 2)

“Mulheres que aumentaram a ingestão diária de água, café (sem adição de açúcar) ou uma bebida dietética em 1 porção perderam peso num período de 4 anos, enquanto que aquelas que aumentaram a ingestão de bebidas açucaradas ou sumos de fruta ganharam peso.” (p. 2)

“Mulheres que aumentaram a ingestão de batata frita e batata, grãos refinados, doces ou sobremesas, bebidas açucaradas, carnes vermelhas processadas e não processadas ou alimentos fritos experimentaram maior ganho de peso, em média, ao longo de um período de 4 anos.” (p. 2/3)

“Mulheres que aumentaram a ingestão de vegetais, frutas, grãos inteiros, nozes ou iogurte no mesmo período tiveram menos ganho de peso.” (p. 3)

“As mulheres que aumentaram a sua adesão a um padrão ocidental (alta ingestão de carnes vermelhas e processadas, grãos refinados, doces ou sobremesas, bebidas açucaradas e batatas) ganharam mais peso em 8 anos de acompanhamento.” (p. 3)

“Paralelamente, as mulheres que aumentaram a adesão a um padrão prudente (ingestão elevada de frutas, vegetais, grãos inteiros, peixes, aves e molho para salada) ganharam menos peso.” (p. 3)

“Num estudo recente sobre qualidade alimentar (...) ou seja, uma dieta de estilo mediterrânico, (...) foi associada a um menor ganho de peso num período de 4 anos, com maiores benefícios nas mulheres com excesso de peso.” (p. 3)

“Níveis mais elevados de atividade física foram associados à prevenção do ganho de peso e à manutenção do peso a longo prazo após a perda intencional de peso.” (p. 3)

“Mulheres com baixos níveis de atividade física (por exemplo, <30 min/dia) que aumentaram para níveis elevados (>30 min/dia) tiveram ganho de peso significativamente menor.” (p. 3)

“Correr parecia melhor para limitar o ganho de peso, embora caminhada rápida e ciclismo também estivessem inversamente relacionados ao ganho de peso.” (p. 3)

“O sedentarismo desempenha um papel importante na obesidade: ver televisão e outras atividades sedentárias em casa ou no trabalho aumentam o risco de obesidade.” (p. 3)

“Cada aumento diário de 2 horas em pé ou a caminhar foi associado a um risco 9% menor, enquanto uma hora de caminhada rápida por dia foi associada a um risco de 24% menor.” (p. 3)

“A duração habitual do sono foi avaliada (...) as mulheres que dormiam 5 ou menos horas por noite tinham 32% mais de probabilidade de ganhar peso e as mulheres que dormiam 6 horas tinham 12% mais probabilidade de ganhar 15 ou mais quilogramas do que aquelas que dormiam 7 a 8 horas.” (p. 3)

“Mais anos de trabalho noturno rotativo (ou seja, menos descanso noturno) foram associados a um risco aumentado de ganho de peso e obesidade ao longo de 18 anos de acompanhamento.” (p3)

“Os estudos incluíram, por exemplo, o cruzamento da predisposição genética para IMC mais alto ou obesidade com padrões alimentares, macronutrientes e atividade física. Em cada caso, os resultados indicam que as escolhas inadequadas de estilo de vida exacerbam o risco genético (ou, inversamente, as escolhas de vida saudáveis reduzem o risco genético).” (p. 3)

“O ganho de peso adulto continuou a ser preditivo de diabetes, enquanto que a perda de peso de 5 ou mais quilos desde os 18 anos foi associada a um risco quase 50% menor.” (p. 4)

“A perda de peso a longo e médio prazo foi associada a um risco menor de hipertensão e o ganho de peso a um risco maior de hipertensão.” (p. 4)

“Ao longo de 8 anos de acompanhamento, em comparação com aqueles com IMC inferior a 21, cada aumento de 2 IMC aumentava o risco de doença cardíaca (...) além disso, ganhar 10 ou mais quilos a partir dos 18 anos versus manter o peso dentro de 3 quilos confere um risco mais de 60% maior de doença cardíaca.” (p. 4)

“O IMC e a mudança de peso também estão implicados no risco de derrame (...) o ganho de peso desde os 18 anos foi relacionado a um risco aumentado de acidente vascular cerebral.” (p. 5)

“Em geral, IMC mais alto e aumentos no IMC ao longo da vida estão associados a um risco maior de cancro.” (p. 5)

“O risco de adenomas no cólon distal mais do que duplicou em mulheres com IMC de 29 ou mais versus menos de 21, em 6 anos de acompanhamento.” (p. 5)

“Mulheres que ganharam peso ao longo da vida também tinham um risco elevado de cancro do endométrio (...) o risco de cancro do rim e pâncreas também foi significativamente maior com IMC e ganho de peso mais elevados.” (p.5)

“Mulheres obesas tiveram níveis mais baixos de funcionamento físico e vitalidade do que mulheres com IMC de 21 a 23.” (p. 5)

“Além do funcionamento físico, relações bidirecionais entre obesidade e depressão também foram observadas.” (p. 5)

“Consistente com os achados da qualidade de vida, o excesso de peso corporal, bem como o ganho de peso desde os 18 anos, predizem significativamente as chances de envelhecimento bem-sucedido (definido como sendo livre das principais condições crónicas e sem limitações cognitivas, físicas ou mentais substanciais aos 70 anos).” (p. 5)

“O IMC na faixa de sobrepeso ou obesidade está associado a um maior risco de morte prematura entre indivíduos geralmente saudáveis no início do estudo.” (p. 5)

“O sobrepeso ou obesidade está consistentemente entre os fatores de risco mais fortes para morte prematura no NHS, sendo responsável por cerca de 22% (em não fumadores; 14% no geral) do risco atribuível à população de mortalidade por todas as causas.” (p. 5)

“Quarenta anos de pesquisas do NHS revelaram o excesso de adiposidade como um dos fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade por doenças crónicas.” (p. 6)

“Limitar o ganho de peso e a obesidade – mesmo em face da predisposição genética, tamanho da infância ou peso do adolescente – é possível por meio de dieta saudável, atividade física e outras opções de estilo de vida positivas, que se têm mostrado consistentemente as melhores medidas preventivas contra a maioria das doenças crónicas.” (p.6)

“A pesquisa do NHS identificou os determinantes dietéticos da obesidade (por exemplo, bebidas açucaradas e dieta de baixa qualidade.” (p. 6)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 4.a – Systematic Review of Historically Controlled Studies

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo dá contributos muito profícuos para a questão formulada uma vez que identifica as áreas em que é necessário e possível intervir no âmbito da obesidade: alimentação e exercício físico. Desta forma, as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com obesidade terão como foco estas duas grandes áreas cujos benefícios foram comprovados com 40 anos de estudo pelo NHS.

Por outro lado, o artigo realça também as complicações inerentes à obesidade, de forma sustentada, o que é um dos objetivos específicos do Projeto de Intervenção Individual.

As intervenções de enfermagem nesta área podem ser sessões de EpS em grupo, de modificação de estilo de vida para que possam potenciar a atividade física e os benefícios de uma alimentação saudável, bem como sensibilizar os adultos para as complicações inerentes à obesidade.

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Maria Calado

Artigo n.º 2: *Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review*

Título da Revisão: Promoção da Saúde aos adultos com obesidade

Questão: Quais as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com obesidade?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Pessoas com obesidade, entre os 19 e os 64 anos

Conceito: Promoção da saúde, enfermagem, adulto, obesidade

Contexto: esta revisão considera todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da Promoção da Saúde com a pessoa adulta com obesidade

➤ **Autor/es:** Vanessa Braga; Maria Cristina Jesus; Claudete Conz; Renata Tavares; Marcelo Silva; Miriam Merighi

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019203293>

➤ **Ano da Publicação:**

2017

➤ **País de origem:**

Brasil

➤ **Objetivos:** identificar o conhecimento produzido nas intervenções de enfermagem às pessoas com obesidade, em Cuidados de Saúde Primários

➤ **Metodologia/métodos:** O método de estudo utilizado foi o qualitativo. A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura de artigos publicados em bases de dados.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Foi feita uma revisão sistemática da literatura de artigos publicados nas seguintes bases de dados: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SciELO, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, entre 2011 e 2016. A revisão foi realizada em seis etapas: seleção da questão de investigação; estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos); análise das informações; interpretação dos resultados; apresentação da revisão (síntese do conhecimento). Para nortear a busca das publicações científicas, foi formulada a questão de investigação a partir da estratégia PICO: “quais os conhecimentos produzidos sobre as intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade em Cuidados de Saúde Primários?”, onde P= pessoas com obesidade; I= intervenção do enfermeiro; C= cuidados de saúde primários; O= conhecimentos produzidos. O levantamento das publicações foi realizado entre janeiro e julho de 2017 pela pesquisadora principal e um revisor independente. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos que destacavam as intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade nos Cuidados de Saúde Primários; nos idiomas inglês, espanhol e português; publicados entre 2011 e 2016; contendo os termos levantados no título, nos descritores ou no corpo dos resumos; disponíveis em versão integral e gratuita *online*. Foram excluídas teses, dissertações, estudos de casos, editoriais, cartas ao editor e os duplicados encontrados em mais do que uma base de dados. A partir da composição da amostra foi elaborada uma base de dados no *software Microsoft Office Excel* 2016. Este permitiu organizar e compilar as informações dos estudos selecionados: título do artigo, profissão do primeiro autor, ano de publicação, país, base de dados, nacionalidade dos participantes do estudo, delineamento, intervenção e conclusão. Os dados

obtidos foram reunidos em quadros instrumentais e em categorias temáticas agrupadas por semelhança de conteúdo. Os resultados foram interpretados com base na literatura relacionada à temática em estudo.

➤ ***Interpretação desenvolvida:***

“Diante das projeções de prevalência da obesidade, demarcam-se os Cuidados de Saúde Primários, que têm um papel fundamental na gestão dos cuidados às pessoas do território adstrito, com a atuação das suas equipas multidisciplinares e, em especial, o papel do enfermeiro.” (p. 2)

“As ações de promoção de saúde, prevenção e controle das complicações da obesidade devem ser rotineiras, visando fazer face às dificuldades inerentes à gestão dessa doença e garantindo o apoio necessário aos utentes com obesidade, mas também àqueles em risco de desenvolvê-la.” (p. 2)

“Os enfermeiros têm como atribuições estabelecer a estratificação do risco para obesidade, realizar ações de promoção à saúde com participação social, apoiar o autocuidado, assim como promover a prestação de cuidados aos indivíduos que já se encontram com obesidade, principalmente se houver comorbidades associadas. Além disso, devem acompanhar aqueles que se submeteram a procedimentos cirúrgicos relacionados à obesidade.” (p. 2)

“Um estudo de revisão sistemática da literatura destacou a atuação dos enfermeiros (...) eficácia das intervenções realizadas por esses profissionais nos Cuidados de Saúde Primários com enfoque no estilo de vida, visando mudanças positivas nos comportamentos associados à prevenção de doenças crónicas. Entre as ações, o controlo do peso, da tensão arterial, do colesterol, além do incentivo a comportamentos alimentares saudáveis e à prática de atividade física foram as ações mais realizadas pelos enfermeiros.” (p. 2)

“Ressalta-se a importância do aconselhamento em saúde para a promoção de hábitos de vida saudáveis, que incluem a necessidade de perda de peso, prática de atividade física e mudança no consumo alimentar.” (p. 6)

“Famílias orientadas por enfermeiros aumentaram o consumo de frutas e legumes, diminuíram horas a ver televisão e aumentaram as horas de atividade física.” (p. 6)

“Salienta-se que os resultados das intervenções dos enfermeiros eram mais expressivos à medida que estas fossem mais prolongadas, mostrando que os impactos podem demorar a emergir, mas são efetivos, especialmente se as intervenções ocorrerem a longo prazo.” (p. 6)

“O uso da tecnologia, associado ao aconselhamento realizado por enfermeiros, pode levar a melhores indicadores de perda de peso do que aqueles alcançados somente por programas de gestão na *web* ou somente baseados no cuidado convencional de enfermagem. Isso sugere que a combinação das intervenções baseadas na *web* com o apoio básico de enfermagem pode fornecer uma solução eficaz para a gestão do peso no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.” (p. 7)

“Intervenções realizadas por enfermeiros associando a consulta de enfermagem a contactos telefónicos mostraram satisfação geral elevada nos adultos com obesidade.” (p. 7)

“Mesmo valorizando os telefonemas, preferiram o contacto presencial e avaliaram o enfermeiro como um profissional capacitado para a realização de atividades em educação para a saúde e intervenções motivacionais.” (p. 7)

“A maioria dos enfermeiros utilizou a comunicação motivacional para abordar as questões de peso e atividade física e a comunicação informal para discussões sobre nutrição.” (p. 7)

“Outras investigações também apontaram a comunicação motivacional como estratégia importante para abordar as questões de prevenção e tratamento da obesidade.” (p. 7)

“As pesquisas de intervenção às pessoas com obesidade que envolviam a equipa multidisciplinar mostraram resultados positivos em relação à atuação do enfermeiro.” (p. 7)

“A maioria dos adultos com excesso de peso e comorbidades associadas conseguiu estabilizar o peso após intervenção baseada em aconselhamento para mudança no estilo de vida durante três anos.” (p. 7)

“Tais habilidades, inerentes à atuação do enfermeiro, sobretudo a comunicação, devem ser valorizadas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, pois podem facilitar o primeiro acesso do utente com obesidade ao serviço de saúde e a sua permanência para acompanhamento da sua condição de saúde.” (p. 7)

“O planeamento do cuidado às pessoas com obesidade deve garantir infra-estruturas adequadas nos Centros de Saúde, como rampas de acesso, portas largas, cadeiras, macas e balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfigmomanómetro específico, entre outros.” (p. 8)

“Ressalta-se que a falta de capacitação da equipa pode ser dificultadora no acolhimento às pessoas com obesidade, uma vez que é imprescindível que os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários estejam aptos e sensibilizados para acolher de forma eficiente este desafio.” (p. 8)

“Referiram frustração em lidar com esses utentes, principalmente com aqueles com grau elevado de obesidade, justificando-se pelas altas taxas de abandono do tratamento e pequena perda efetiva do peso.” (p. 8)

“Enfatiza-se a necessidade do enfermeiro estar atento às suas competências em relação à obesidade nos Cuidados de Saúde Primários, independentemente dos utentes apresentarem ou não comorbidades.” (p. 8)

“Para aqueles que possuem comorbidades, a atenção do enfermeiro em relação aos hábitos alimentares e de atividade física deve ser redobrada, havendo necessidade indispensável da avaliação cardiovascular – ferramenta importante para compreensão do risco de ocorrência de um evento agudo.” (p. 8)

“Outra questão que merece destaque diz respeito à crença de que a obesidade se constitui uma responsabilidade da família e da própria pessoa.” (p. 8)

“As dificuldades apontadas pelos enfermeiros para atuar junto das pessoas com obesidade, além do aumento das condições crónicas nos Cuidados de Saúde Primários, tornam imperativo pensar a reestruturação dos serviços a esse nível de cuidados, acompanhada por um processo de formação e sensibilização profissional centrado na integralidade do cuidado às pessoas com obesidade.” (p. 8)

“O conhecimento produzido na literatura sobre as intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade nos Cuidados de Saúde Primários permite considerar que este profissional utiliza tecnologias baseadas em recursos digitais, técnicas motivacionais e consulta de enfermagem para realizar o aconselhamento em saúde de crianças e seus familiares, adolescentes e adultos com obesidade com ou sem comorbidades.” (p. 9)

“O conteúdo das intervenções de enfermagem inclui aspetos da alimentação preventiva da obesidade na infância, importância da atividade física e hábitos alimentares saudáveis.” (p. 9)

“Por outro lado, a confiança na habilidade da comunicação e a capacidade de promover vínculos com os utentes constituem-se como fatores facilitadores para a abordagem dessas pessoas, o que requer educação permanente.” (p. 9)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 5.a - Systematic Review of expert opinion

➤ **Contributo para a questão de revisão:** este artigo traz alguns contributos importantes para a questão formulada, principalmente a nível da importância das intervenções de enfermagem junto das pessoas com obesidade. Os resultados comprovam que as intervenções dinamizadas por enfermeiros que potenciam alterações nos hábitos de vida, provocaram mudanças positivas na saúde dos utentes. Algumas das questões levantadas no artigo podem ajudar a suscitar reflexões sobre a formação profissional, gestão e serviços de saúde no que diz respeito à relevância do papel do enfermeiro com pessoas que sofrem de obesidade, com o suporte de tecnologias digitais, técnicas motivacionais e consultas de enfermagem. Isso poderia potencializar a sua atuação nas equipas multiprofissionais das quais participam.

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Maria Calado

Artigo n.º 3: *Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade*

Título da Revisão: Promoção da Saúde aos adultos com obesidade

Questão: Quais as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com obesidade?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Pessoas com obesidade, entre os 19 e os 64 anos

Conceito: Promoção da saúde, enfermagem, adulto, obesidade

Contexto: esta revisão considera todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da Promoção da Saúde com a pessoa adulta com obesidade

➤ **Autor/es:** Cheila Aparecida Bevilaqua; Sandra Marisa Peloso; Sonia Silva Marcon
DOI: 10.1590/1518-8345.0549.2809

➤ **Ano da Publicação:**
2016

➤ **País de origem:**
Brasil

➤ **Objetivos:** verificar a efetividade de um programa de intervenção sobre medidas antropométricas e a motivação para mudança de comportamento em mulheres com excesso de peso.

➤ **Metodologia/métodos:** o método de estudo utilizado foi o quantitativo, do tipo analítico. Como metodologia foi utilizado um pré-teste e pós-teste num programa de intervenção em mulheres adultas com excesso de peso (IMC>25 Kg/m²) durante 16 semanas. O grupo de intervenção foi constituído por 13 mulheres adultas com excesso de peso e o grupo controlo por 20. A intervenção incluiu prática de atividade física orientada três vezes por semana e sessões de educação para a saúde uma vez por semana. A aplicação do questionário para avaliar a motivação para mudança de comportamento e as avaliações antropométricas foram realizadas em dois momentos, antes e após o período de intervenção. A análise estatística envolveu testes de comparação e associação.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**
A amostra foi composta por mulheres recrutadas na pesquisa intitulada "Inquérito populacional sobre a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares na região metropolitana de Maringá-PR", realizada em Maringá, Paiçandu e Sarandi (Brasil). No Município de Paiçandu foram avaliados 415 indivíduos, dos quais 287 eram do sexo feminino e destes, 83 apresentavam excesso de peso, todos convidados a participar no estudo.
As 51 mulheres que aceitaram participar no estudo foram aleatoriamente alocadas em dois grupos, 25 no grupo de intervenção e 26 no grupo controlo mas só 33 foram avaliadas após as 16 semanas de intervenção, sendo que 13 pertenciam ao primeiro grupo e as restantes 20 ao grupo de controlo. Houve seis desistências no grupo controlo e foram excluídas 12 mulheres do grupo de intervenção por motivos diversos (fratura ortopédica, gravidez, dificuldade para se deslocarem até ao local das intervenções, indisponibilidade de tempo).
As 33 mulheres que participaram no estudo foram submetidas a um protocolo geral de avaliação incluindo: identificação das características sociodemográficas, anamnese, aptidão para a prática de atividade física,

antropometria e o questionário “Estágio de Prontidão para Mudança de Comportamento” (EPMC). As avaliações antropométricas incluíram a massa corporal, altura, circunferência da cintura e quadril. Foi considerada presença de obesidade central quando a circunferência de cintura foi superior a 88 cm. Foi também utilizado o aparelho de bioimpedância multifrequencial. A aptidão para a prática de atividade física foi determinada por meio da aplicação do questionário PAR-Q (*Physical Activity Readiness Questionnaire*).

A avaliação dos EPMC alimentar e de atividade física foi realizada através da aplicação do questionário *Stage of Change* (SOC) validado para o contexto brasileiro. O EPMC é determinado de acordo com o *score* médio obtido, sendo que valores entre 1 e 1,4 indicam estadios de pré-contemplação; entre 1,5 e 2,4 contemplação; entre 2,5 e 3,4 preparação; entre 3,5 e 4,4 ação; e entre 4,5 a 5 manutenção. Para verificar o estadios global de aptidão para mudança de comportamento foi verificada a média geral dos *scores* obtidos em cada um dos domínios.

O programa de intervenção foi realizado no salão da igreja localizada no centro da cidade e teve uma duração de 16 semanas. As avaliações realizadas nos momentos pré e pós-intervenção ocorreram fora desse período nos dois grupos.

A intervenção incluiu prática de exercícios físicos, orientações nutricionais e educação para a saúde. Os exercícios físicos foram realizados três vezes por semana, durante 60 minutos, estruturados em três momentos: aquecimento e alongamento inicial (15 minutos), atividade aeróbia seguida de exercícios localizados (35 minutos) e alongamento final (10 minutos).

A educação para a saúde e as orientações nutricionais ocorreram quinzenalmente de forma alternada, durante 60 minutos, e foram realizadas sempre às segundas-feiras, antes do programa de exercício. As sessões de educação para a saúde foram ministradas por uma enfermeira, com participação pontual de especialistas de outras áreas, que realizaram orientações específicas relacionadas com a sua área de atuação.

As orientações nutricionais foram realizadas em grupo, sem prescrições dietéticas individuais. Envolveram temas diversos como a pirâmide alimentar, densidade energética e composição nutricional dos alimentos, importância dos macro e micronutrientes, forma adequada de prepará-los e consumi-los e estímulo à criação de novos comportamentos alimentares.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 18.0, e para a distribuição desses dados foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. A estatística descritiva utilizada para caracterização da amostra envolveu as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão e amplitude). Nas comparações entre os momentos pré e pós-intervenção em relação aos domínios/questões foram utilizados o teste *t de Student* para amostras independentes e o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras dependentes. O teste do qui-quadrado e Exato de *Fischer* foram utilizados para verificar a associação entre a diminuição das variáveis antropométricas e os EPMC geral na fase pré-intervenção. Em todas as análises foi adotado nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Estadual de Maringá e o projeto do qual derivou este estudo teve parecer positivo do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado.

➤ ***Interpretação desenvolvida:***

“Em geral, no momento inicial, as participantes dos dois grupos estavam pré dispostas a realizarem mudanças na alimentação e na atividade física. No entanto, só foi observada diferença significativa em relação ao peso, índice de massa corporal, circunferência da cintura e relação cintura-quadril e motivação para a mudança entre as integrantes do grupo de intervenção.” (p. 1)

“A intervenção programada foi efetiva na perda de peso, diminuição da circunferência da cintura e relação cintura-quadril e na mudança de comportamentos relacionados à prática de exercícios físicos e alimentar.” (p. 1)

“O aumento na prevalência da obesidade encontrado em vários países caracteriza esta situação como uma epidemia e um problema mundial.” (p. 2)

“Fatores genéticos e metabólicos influenciam de maneira direta no ganho de peso, porém outros fatores como inatividade física, dieta pouco saudável e stress psicossocial aumentam o risco de desenvolvimento da obesidade. Deste modo, intervenções orientadas para esses fatores devem ser realizadas para prevenir ou reverter o quadro da obesidade no âmbito individual e populacional.” (p. 2)

“Existem poucos estudos de intervenção que objetivam o controle não apenas da massa corporal, mas principalmente mudanças nos comportamentos de risco.” (p. 2)

“Após 16 semanas, as mulheres do grupo de intervenção apresentaram diminuição significativa para todas

as variáveis em análise. No grupo controle não foi observada diminuição, pelo contrário, ocorreu aumento na média de três das quatro medidas analisadas.” (p. 4)

“No final do período da intervenção, a maioria delas (12) apresentou redução das variáveis peso, IMC, CC e RCQ.” (p. 4)

“Entre as participantes do grupo controle não foi observada redução nas médias de nenhuma das variáveis antropométricas em estudo.” (p. 5)

“Foram observadas alterações positivas nas mulheres do grupo de intervenção, representadas pela evolução entre os estádios nos quatro domínios, aspecto não observado entre as mulheres do grupo controle.” (p. 5)

“No que se refere ao comportamento alimentar (...) diferenças significativas entre os dois momentos em relação a seis comportamentos no grupo de intervenção e a dois no grupo controle, sendo que no grupo de intervenção as mudanças estiveram relacionadas ao tamanho das porções e quantidade de alimentos ingeridos e também na adoção de uma dieta pobre em gordura.” (p. 5)

“Também chama a atenção a ausência de mudança em relação ao consumo de frutas e vegetais. Entre as mulheres do grupo controle foi observada mudança significativa apenas em relação ao tempero utilizado na preparação de saladas e na substituição de fritos por vegetais.” (p. 6)

“As mulheres do grupo de intervenção apresentaram diferença significativa em três aspectos relacionados com atividade física e que denotam a inclusão de algumas atitudes diárias, como adoção de uma rotina com diversas atividades, estacionar o carro longe para ir a caminhar e realizar serviço pesado no trabalho. Já as mulheres do grupo controle apresentaram em relação a dois aspectos: uso de escadas em vez de elevador e estacionar o carro a certa distância.” (p. 6)

“Para os indicadores antropométricos observou-se redução significativa dos valores médios de peso corporal, IMC, CA e RCQ apenas nas mulheres do GI, reforçando a eficácia da intervenção (atividade física e orientações nutricionais).” (p. 7)

“A inclusão de novos hábitos no cotidiano é indispensável para o sucesso de qualquer intervenção, especialmente quando se comparam condições diversas antes do seu início e após o seu término, mas também para que os comportamentos decorrentes da intervenção e desencadeadores de resultados positivos sejam mantidos a longo prazo.” (p. 7)

“Avaliar a motivação para a mudança de comportamento é importante, pois determina as reais possibilidades de que ela ocorra, na medida em que permite distinguir indivíduos que estão dispostos a mudar o seu estilo de vida, daqueles que não têm planos bem definidos sobre isto.” (p. 7)

“Só foi observada redução nas médias das medidas antropométricas no grupo de intervenção, o que mostra a importância da intervenção, caracterizada por prática de atividade física e orientações nutricionais, junto a mulheres com excesso de peso.” (p. 7)

“À medida que os indivíduos avançam nos estádios de mudança de comportamento, aumentam a sua motivação para o exercício e isto torna-os sujeitos mais autodeterminados a incluir o exercício físico como rotina diária.” (p. 7)

“Observou-se que o grupo de intervenção apresentou mudanças significativas nos estádios de aptidão para a mudança após as 16 semanas de intervenção. Isto indica que as orientações relacionadas à alimentação adequada e à prática regular de atividade física fizeram com que as participantes incluíssem efetivamente algumas mudanças no seu dia-a-dia.” (p. 8)

“Para ocorrerem mudanças efetivas é necessário que o indivíduo perceba realmente a sua condição de saúde e esteja em estágio de preparação e/ou ação (...) importância de dar suporte a esses sujeitos por meio de intervenções sistematizadas e em longo prazo, destacando que apenas a aptidão individual para mudança pode não ser suficiente. Portanto, é necessário intervir diretamente na oferta de atividades que promovam educação alimentar, hábitos saudáveis e a prática regular de atividade física.” (p. 8)

“Ao analisar especificamente as questões que integram cada um dos domínios do EPMC, observa-se que hábitos relacionados à adequação alimentar determinados por quantidade de alimento, consumo de frutas e vegetais e quantidade de gordura foram alterados significativamente para as mulheres do grupo de intervenção.” (p. 8)

“Um fator que se relaciona diretamente com o sucesso da mudança de comportamento é a percepção do risco que o excesso de peso pode causar na saúde.” (p. 8)

“Acredita-se que orientações nutricionais favorecem o desenvolvimento de estratégias individuais que podem interferir na escolha do alimento, da mesma maneira que na quantidade e qualidade do que se consome.” (p. 8)

“Constata-se que os indivíduos avaliados por meio deste modelo tendem a buscar melhorias na qualidade da alimentação, principalmente diminuindo a ingestão de gordura e aumentando o consumo de frutas e

hortaliças, tal como observado no presente estudo.” (p. 8)

“Além de uma alimentação equilibrada, a prática habitual de atividade física é um fator que contribui tanto para a perda quanto para a manutenção do peso corporal (...) destaca-se que as mulheres do grupo de intervenção apresentaram mudanças significativas no que se relaciona a inclusão de hábitos diários de exercício físico.” (p. 8)

“Intervenções que incorporem orientações alimentares aliadas ao incentivo e prática de atividade física em grupo, podem ajudar a prevenir o aumento das taxas de obesidade em mulheres.” (p. 9)

“Os resultados permitem inferir que para ocorrer mudanças comportamentais significativas, ou seja, impacto nos componentes antropométricos, não basta que os indivíduos apresentem bons indicativos de disposição para mudança. É necessário apoio, estímulo e oferta de ações que objetivem promover a prática regular de exercícios físicos e alimentação equilibrada.” (p. 9)

“O apoio multiprofissional foi importante para que ocorressem as mudanças observadas.” (p. 9)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

➤ **Contributo para a questão de revisão:** o presente artigo enfatiza a eficácia de uma intervenção de 16 semanas junto de mulheres obesas promovida por uma equipa multidisciplinar que incluiu apoio em três áreas principais: prática de exercício físico, orientações nutricionais e sessões de EpS ministradas por uma enfermeira.

Todas as intervenções de enfermagem provaram melhorar a capacidade dos adultos para atingir e manter comportamentos saudáveis, o que indica que as orientações fizeram com que as participantes incluíssem efetivamente algumas mudanças no seu dia-a-dia. Para além disso, destaca-se a importância da literacia em saúde, nomeadamente ao reconhecer que a percepção do risco que o excesso de peso pode causar na saúde foi um fator diretamente relacionado com a mudança de comportamento. De salientar também a aplicação de questionários antes e após a intervenção para avaliação de hábitos alimentares e de atividade física.

ANEXO IX – Questionário de colheita de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais

Colheita de Dados Sociodemográficos e Antecedentes Pessoais

1 - Idade:

	Nº	%
19-28	0	0
29-38	0	0
39-48	2	40
49-58	3	60
59-64	0	0

2 – Género:

	Nº	%
Feminino	4	80
Masculino	1	20

3 – Estado civil:

	Nº	%
Solteiro	1	20
Casado/união de facto	3	60
Divorciado/separado	1	20
Viúvo	0	0

4 – Escolaridade:

	Nº	%
Não sabe ler nem escrever	0	0
1º Ciclo	0	0
2º Ciclo	0	0
3º Ciclo	1	20
Ensino secundário	3	60
Ensino profissional	1	20
Ensino superior	0	0

5 – Situação laboral:

	Nº	%
Empregado	2	40
Desempregado	1	20
Reformado/Pensionista	2	40

6 – Com quem vive?

	Nº	%
Sozinho	0	0
Cônjuge	3	60
Filhos	1	20
Outros	1	20

7- Antecedentes Familiares:

	Nº	%
Obesidade	3	60
Diabetes	3	60
Hipertensão	4	80
Cancro	3	60
AVC	2	40
Problemas cardíacos	3	60
Hipercolesterolemia	2	40

8 – Problemas de saúde conhecidos:

	Nº	%
Problemas ortopédicos	4	80
Diabetes	1	20
Hipertensão	2	40
Cancro	1	20
Problemas cardíacos	1	20
Hipercolesterolemia	2	40
Apneia do sono	0	0
Outros	2	40

9 – Hábitos de consumo:

	Nº	%
Álcool	1	20
Tabaco	1	20
Drogas	0	0

10 – Faz alguma medicação?

	Nº	%
Sim	4	80
Não	1	20

ANEXO X – Questionário de Propensão Alimentar

	Nunca	<1 dia/ mês	1-3 dias/ mês	1 dia/ semana	2-3 dias/ semana	4-5 dias/ semana	6-7 dias/ semana	Não responde	Duração (meses)
17. Suplementos calóricoproteicos (exº: Fortimel®, Fantomalt®, Nutridrink®, Resource®, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Outro Por favor indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2. Se sim, indique onde costuma adquirir os seus suplementos alimentares/nutricionais?

1. Farmácia	<input type="checkbox"/>
2. Loja de alimentos e produtos dietéticos/ Parafarmácia	<input type="checkbox"/>
3. Supermercado	<input type="checkbox"/>
4. Internet, on-line shopping ou compra por telefone	<input type="checkbox"/>
5. Centro desportivo	<input type="checkbox"/>
6. Loja de venda de material desportivo	<input type="checkbox"/>
7. Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>

ANEXO XI – Questionário de Atividade Física

Código de identificação do participante: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Código de identificação do entrevistador: |__| |__| |__| |__|

Data da entrevista: |__| |__| / |__| |__| / |__| |__| |__| |__|

QUESTIONÁRIO ATIVIDADE FÍSICA – AF5

Adultos e idosos

A atividade física realizada no dia-a-dia é da maior importância. As questões apresentadas seguidamente estão relacionadas com o tempo que gastou sendo fisicamente ativo(a) nos últimos 7 dias. Pense nas atividades que realiza no trabalho, em casa, no jardim/quintal, nas deslocações de um lugar para outro e no seu tempo livre em situações de lazer, exercício ou desporto.

1. Pense em todas as atividades VIGOROSAS que praticou nos últimos 7 dias. Atividades físicas VIGOROSAS referem-se a atividades que requerem um grande esforço físico, tornando a respiração muito mais forte que o normal. Considere apenas as atividades que realizou durante pelo menos 10 minutos seguidos de cada vez.

Nos últimos 7 dias, em quantos dias realizou atividades VIGOROSAS, como por exemplo transportar pesos, cavar, praticar ginástica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta com rapidez? Não inclui andar.

Nenhum dia	<input type="checkbox"/> [passar à questão 3]
1 dia	<input type="checkbox"/>
2 dias	<input type="checkbox"/>
3 dias	<input type="checkbox"/>
4 dias	<input type="checkbox"/>
5 dias	<input type="checkbox"/>
6 dias	<input type="checkbox"/>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/> [passar à questão 3]

2. Na totalidade quanto tempo gasta em atividade física VIGOROSA num desses dias, habitualmente?

|__|__| horas por dia

|__|__| minutos por dia

Não sabe/Não tem a certeza

3. Agora, pense em todas as atividades MODERADAS que praticou nos últimos 7 dias. Atividades MODERADAS referem-se a atividades que requerem um esforço físico moderado e que fazem respirar de maneira um pouco mais forte que o habitual. Considere apenas as atividades que realizou durante pelo menos 10 minutos seguidos de cada vez.

Nos últimos 7 dias, em quantos dias realizou atividades MODERADAS, como por exemplo, transportar pesos leves, andar de bicicleta devagar, limpar a casa ou cuidar do jardim? Não inclui andar.

Nenhum dia	<input type="checkbox"/> [passar à questão 5]
1 dia	<input type="checkbox"/>
2 dias	<input type="checkbox"/>
3 dias	<input type="checkbox"/>
4 dias	<input type="checkbox"/>
5 dias	<input type="checkbox"/>
6 dias	<input type="checkbox"/>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/> [passar à questão 5]

4. Na totalidade quanto tempo gasta em atividade física MODERADA num desses dias, habitualmente?

|__|__| horas por dia

|__|__| minutos por dia

Não sabe/Não tem a certeza

5. Pense no tempo que dedicou a CAMINHAR nos últimos 7 dias. Inclua o tempo a andar no trabalho ou em casa, a deslocar-se de um lugar para outro, outro tipo de caminhada que faça por lazer, desporto ou exercício.

Nos últimos 7 dias, em quantos dias CAMINHOU durante pelo menos 10 minutos seguidos de cada vez?

Nenhum dia	<input type="checkbox"/> [passar à questão 7]
1 dia	<input type="checkbox"/>
2 dias	<input type="checkbox"/>
3 dias	<input type="checkbox"/>
4 dias	<input type="checkbox"/>
5 dias	<input type="checkbox"/>
6 dias	<input type="checkbox"/>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/> [passar à questão 7]

6. Na totalidade quanto tempo CAMINHA num desses dias, habitualmente?

|_|_| horas por dia

|_|_| minutos por dia

Não sabe/Não tem a certeza

7. Esta questão relaciona-se com o tempo que permaneceu SENTADO(A) durante os dias de semana (e não de fim de semana) nos últimos 7 dias. Inclua ainda o tempo gasto com atividades como estar sentado a uma secretária, estar de visita em casa de amigos, ler, estar sentado ou em repouso a ver televisão ou ouvir música. Inclua o tempo gasto deitado(a), mas acordado(a).

Nos últimos 7 dias, quanto tempo em geral passou SENTADO(A) num dia de semana?

|_|_| horas por dia

|_|_| minutos por dia

Não sabe/Não tem a certeza

8. Quantas horas costuma dormir em média por dia?

Durante a semana |_|_| h |_|_| min

Fins de semana |_|_| h |_|_| min

9. As questões seguintes descrevem atividades do dia-a-dia.

Por favor, indique quantas vezes, no último mês, escolheu cada uma das atividades descritas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre que possível	Não aplicável
1. Subir escadas em vez de utilizar elevadores ou escadas rolantes (p.ex. no seu prédio, em centros comerciais, no local de trabalho, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Escolher estar em pé em situações em que podia estar sentado/a (p.ex. em casa, enquanto fala ao telefone, enquanto espera em locais públicos, espera pelo transporte, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Escolher caminhar quando habitualmente costumava ir de carro ou transportes (p.ex. ir às compras, deslocar-se no bairro ou em percursos pequenos equivalentes a 5-10 min de carro, ir aos correios ou à farmácia, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estacionar o carro (ou outro veículo) num local mais distante da entrada (p.ex. centros comerciais, lojas, cinema, trabalho, etc.) para poder caminhar mais até à entrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Escolher fazer manualmente o que antes fazia com auxílio de máquinas automáticas (p.ex. lavar o carro, lavar janelas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fazer pausas durante o trabalho/estudo ou ocupação habitual (se esta implica passar muito tempo sentado) e utilizar as pausas para caminhar, estar em pé ou movimentar-se mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Costuma praticar algum tipo de atividade física de lazer programada e de forma regular?

Não [Terminar o questionário]

Sim [Passar à questão 10.1]

10.1. [Se sim], qual é o tipo de atividade física, e quanto tempo pratica por semana?

Tipo de atividade física	Nº de vezes por semana	Horas:minutos por semana
	_	_ _ : _ _
	_	_ _ : _ _
	_	_ _ : _ _
	_	_ _ : _ _

ANEXO XII – Fichas de avaliação de conhecimentos

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 1: O que é a Obesidade? Complicações da Obesidade.

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
Quanto maior a duração da obesidade, maior o risco de morte.		
Quanto maior a circunferência da cintura, menor o risco de complicações metabólicas.		
Fatores comportamentais e nutricionais estão relacionados com o aparecimento da obesidade.		
A obesidade é a segunda causa de morte a nível mundial que pode ser prevenida.		
A obesidade é a 2ª causa de diabetes tipo II.		
Não há qualquer relação entre obesidade e apneia do sono.		
O risco de mortalidade por doença cardíaca é menor nos doentes com excesso de peso.		
A gota pode ser uma complicação da obesidade.		
Indivíduos obesos estão imunes ao coronavírus.		
A obesidade não apresenta riscos para a saúde.		

Obrigada pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 2: Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
É importante ter uma rotina alimentar para evitar ter maus hábitos e agravar o seu estado de saúde.		
As leguminosas não representam um papel importante na nossa dieta.		
O azeite é uma fonte de gordura saturada, relacionada com o aumento das doenças cardiovasculares e ácido úrico.		
A sopa de legumes é uma fonte de gordura, vitaminas, minerais e fibra. Torna-se dispendiosa se fizer para muitos dias.		
Quando se lê o rótulo, os ingredientes estão organizados por ordem decrescente de acordo com as suas quantidades no produto.		
Ser saudável e ter hábitos de compras saudáveis implica gastar muito dinheiro no supermercado.		
O óleo de amendoim não pode ser considerado como uma fonte de gordura.		
A hidratação é essencial para garantir a saciedade diária.		
A individualidade nutricional torna-se difícil de cumprir tendo em conta o papel dos <i>mass media</i> na sociedade atual.		
É importante não levar travessas e panelas para a mesa para garantir que come só o suficiente na refeição.		
Um planeamento semanal é a chave para garantir o sucesso dos seus hábitos, poupar recursos e garantir a redução do desperdício alimentar.		

Obrigada pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 3: Adotar estilos de vida saudáveis: atividade física

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é: Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
Exercício físico e atividade física são a mesma coisa.		
A atividade física ajuda a controlar a tensão arterial e aumenta as defesas do organismo.		
Ser sedentário não representa riscos para a saúde.		
A atividade física diminui a capacidade pulmonar porque fazemos muito esforço.		
A atividade física favorece as interações sociais.		
Devemos realizar 3 a 4 vezes/semana exercícios que aceleram o ritmo cardíaco.		
Não devemos realizar exercícios de força.		
Devemos evitar ao máximo a inatividade física.		
O sedentarismo não tem relação com a perda de massa muscular.		
Realizar as atividades do dia-a-dia é, no fundo, realizar atividades físicas.		

Obrigada pela sua participação!

ANEXO XIII – Questionário para avaliação da sessão pelos formandos

Questionário de satisfação sobre a sessão

Com vista a melhorar o serviço prestado no âmbito da promoção da saúde, agradecemos que preencha este questionário de satisfação. Assinale com uma **cruz (X)** o quadro que traduz a sua opinião, sendo que:

MP (Muito pouco); **P** (Pouco); **S** (Suficiente); **B** (Bom); **MB** (Muito Bom).

1 – Organização da Sessão

		MP	P	S	B	MB
1.1	Qualidade da sessão					
1.2	Instalações e equipamentos					
1.3	Horário adequado					
1.4	Duração adequada					

2 – Conteúdos programáticos e Métodos

		MP	P	S	B	MB
2.1	O tema tem aplicabilidade e utilidade para si.					
2.2	Os conteúdos teóricos estavam bem organizados.					
2.3	Houve equilíbrio na exposição teórica.					
2.4	Os métodos utilizados facilitaram a apresentação do tema.					

3 – Formadores

		MP	P	S	B	MB
3.1	Utilizaram linguagem clara e acessível.					
3.2	Transmitiram bem os seus conhecimentos técnicos.					
3.3	Estimularam e motivaram a participação na sessão.					
3.4	Tiveram uma boa relação com o grupo.					

4 – Avaliação global do programa

		MP	P	S	B	MB
4.1	Concretizou os objetivos propostos.					
4.2	Permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.					
4.3	Correspondeu às suas expectativas.					
4.4	Recomendaria a um amigo ou familiar.					

5 – Críticas / Sugestões / Comentários:

Muito Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO XIV – Avaliação da sessão pelo formador

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELO FORMADOR

Sessão n.º

Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: **1 – Nulo; 2 – Fraco; 3 – Suficiente; 4 – Bom; 5 – Muito Bom**

	1	2	3	4	5
1- Os objetivos da Sessão de Educação para a Saúde (SES) foram atingidos?					
2 – A metodologia utilizada foi a adequada?					
3 – A duração da sessão foi adequada?					
4 – O espaço onde decorreu a SES foi adequado?					
5 – Participação dos formandos					

6 – Avaliação global da sessão:

7 – Sugestões para o futuro:

ANEXO XV – Plano Operacional

4 -PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Objetivo geral: Desenvolver estratégias de intervenção em Enfermagem Comunitária na UCC

Área de intervenção individual: intervenção comunitária em adultos com obesidade

População-alvo: Adultos (19-64 anos) com obesidade que residem no concelho em estudo

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
G.1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecida	- Conhecer a UCC e a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunião de apresentação com a Enf.ª Cooperante e com a Enf.ª Coordenadora ➤ Apresentação da equipa multidisciplinar ➤ Conhecer as instalações da UCC ➤ Conhecer as áreas de intervenção da UCC ➤ Consultar Plano de Ação da UCC 	UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Maria Calado - Enf.ª Coordenadora da UCC - Enf.ª Cooperante - Equipa multidisciplinar da UCC - Prof.ª Orientadora 	27/07/2020 a 31/07/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de propostas conseguidas na reunião; - Nº de projetos onde serão integrados os alunos; - Nº de intervenções individuais propostas para cada aluno.
	- Identificar a área de intervenção para a implementação do projeto de intervenção individual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunião para discussão do projeto a executar com base no diagnóstico de situação 	UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Maria Calado - Enf.ª Coordenadora da UCC - Enf.ª Cooperante 	27/07/2020 a 31/07/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de propostas para desenvolver o projeto individual; - Nº de intervenções estabelecidas para o projeto.

G.1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	- Desenvolver o projeto de intervenção comunitária face ao diagnóstico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do plano de atividades e cronograma; ➤ Validação do planeamento da intervenção com Enf.ª Cooperante, Professora e parceiros envolvidos e aferição da operacionalização do mesmo; ➤ Participação em reuniões com a coordenadora da UCC e Enf.ª Cooperante, no sentido de estabelecer parcerias para a construção e implementação do projeto. 	UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Maria Calado - Enf.ª Coordenadora da UCC - Enf.ª Cooperante - Parceiros 	27/07/2020 a 18/09/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de reuniões efetuadas; - Nº de propostas produzidas para a intervenção; - Nº de parcerias efetuadas; - Nº de intervenções estabelecidas para o projeto; - Resultados da validação do planeamento da intervenção; - Documento com proposta de atividades com o grupo e parceiros.
	- Planear intervenções para promover a saúde dos adultos com obesidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do plano de formação a implementar; ➤ Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enf.ª coordenadora 	UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Maria Calado 	27/07/2020 a 18/09/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de adultos com obesidade disponíveis para o projeto; - Nº de propostas produzidas com Professora e Enf.ª Coordenadora; - Documento produzido com o planeamento das intervenções.
G.2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e	Divulgar o projeto de intervenção à comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação e discussão do projeto de intervenção à Enf.ª Coordenadora da UCC e Enf.ª Cooperante, professora e parceiros; 	UCC	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Maria Calado - Enf.ª Coordenadora da UCC - Enf.ª Cooperante 	27/07/2020 a 18/09/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de propostas resultantes das reuniões; - Nº de adultos abrangidos pelo projeto.

<p>comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Divulgação em órgãos de informação locais das atividades a serem desenvolvidas; ➤ Convocação dos adultos com obesidade para as sessões do projeto; ➤ Motivar a população em estudo para a participação no projeto “Obesidade zero”. 		<p>- Parceiros do projeto “Obesidade Zero”</p>		
<p>G.1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>	<p>Realizar a <i>Scoping Review</i> de acordo com problemática definida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração da questão de investigação, objetivos e restante protocolo da <i>Scoping Review</i> para ir ao encontro da melhor evidência científica; ➤ Obtenção de evidências científicas que conduzam a uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, de acordo com a área de intervenção definida; 	<p>UCC</p>	<p>- Mestranda Maria Calado</p>	<p>Ao longo do estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo da <i>Scoping Review</i> produzido de acordo com problemática definida; - Nº de artigos finais para analisar em resposta à questão de investigação;
<p>G.2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, ciências</p>	<p>Implementar o projeto de intervenção com os adultos obesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planeamento de cada sessão, considerando os objetivos, conteúdos, as estratégias e avaliação; ➤ Sessão de apresentação do programa e dos elementos do grupo; ➤ Sessão nº 1 de EpS: “o que é a obesidade? Complicações da Obesidade”; ➤ Sessão nº 2 de EpS: “Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável”; 	<p>UCC Coletividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Maria Calado - Equipa UCC; - Parceiros do projeto “Obesidade Zero”; 	<p>2 de outubro a 30 de novembro de 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de contatos telefónicos semanais com os adultos obesos; - Taxa de adesão dos participantes em cada sessão; - Taxa de participantes que avaliem as sessões;

humanas e sociais		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prática de atividade física em grupo: caminhada ➤ Sessão nº 3 de EpS: “Adotar estilos de vida saudáveis: atividade física”; ➤ Atividade com o clube de Judo; ➤ Sessão nº 4 de EpS: “Efeitos psicológicos da obesidade: imagem corporal”; ➤ Sessão final; 				- Nº de partilhas de experiências na mudança de comportamento relativamente aos temas abordados em sessões.
G.1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Processo reflexivo ao longo do projeto; ➤ Elaboração da ficha de avaliação das sessões; ➤ Elaboração da ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores. 	UCC	- Mestranda Maria Calado	Setembro a novembro 2020	Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto; Avaliação de processo na fase intermédia e final da intervenção comunitária; Taxa de participantes que avaliem as sessões.
G.2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania	Integrar alguns projetos do plano de ação da UCC mediante necessidades de intervenção comunitária	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação nos programas e projetos: ➤ Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil; ➤ Curso de preparação para o parto e parentalidade; ➤ Viver com Diabetes; ➤ Equipa de Cuidados Continuados Integrados; ➤ Projeto de intervenção em jovens com comportamentos de risco. 	UCC	- Mestranda Maria Calado	Setembro a dezembro 2020	Feedback da comunidade e dos profissionais de saúde da UCC.

	<p>Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação em Seminário Intercalar; ➤ Análise dos resultados das intervenções; ➤ Realização do relatório de estágio; ➤ Participação em seminário final de discussão dos resultados. 	UCC	- Mestranda Maria Calado	No decorrer do estágio	Documento produzido como Relatório final de Estágio.
--	---	--	-----	--------------------------	------------------------	--

ANEXO XVI – Artigo publicado no Jornal

Projeto Obesidade Zero

“As raízes da obesidade são profundas - juntos podemos criar um futuro mais saudável!”. Este é o lema estabelecido este ano pela Federação Mundial da Obesidade, no sentido de estimular e apoiar ações práticas que ajudarão as pessoas a alcançar e manter um peso saudável, revertendo a crise global da obesidade.

Em Portugal, 67,6% da população acima dos 15 anos tem excesso de peso ou é obesa, o que coloca o nosso país no quarto lugar na lista dos países que apresentam a maior taxa de população com excesso de peso, quando comparado com a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

Em linha com este cenário a nível nacional, o concelho [REDACTED] apresenta uma elevada prevalência de utentes diagnosticados com obesidade; paralelamente, estudos já existentes no âmbito da pandemia por Covid-19 revelaram uma relação desta com a situação de obesidade, apontando um risco muito maior de hospitalização (113%) nos indivíduos obesos, com maior probabilidade de serem admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (74%) e maior risco de morte pelo vírus (48%).

A obesidade é assim uma doença crónica caracterizada pela acumulação excessiva de gordura corporal que acontece quando a ingestão de calorias (provenientes dos alimentos) é superior aos gastos energéticos, levando o organismo a acumular o excedente calórico. Comer mal é o principal responsável pela perda de anos de vida saudável dos portugueses. Apesar da obesidade ser facilmente visível (através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que sendo superior a 30 é indicativo de obesidade) ela pode ainda esconder outras doenças normalmente associadas como a diabetes, apneia do sono, hipertensão, problemas cardíacos, problemas osteoarticulares e maior risco de cancro, entre uma longa lista.

Mas há boas notícias! O combate à obesidade pode fazer-se sem recurso a medicamentos, tratamentos dolorosos ou com muito investimento, pois basta alterar o que já se faz diariamente: comer e mexer! Hábitos alimentares saudáveis e uma vida ativa são fundamentais no tratamento e prevenção da obesidade. Neste sentido existem orientações da Direção Geral de Saúde, como podemos ver de seguida:



Atendendo a estas premissas, a UCC do Centro de Saúde [REDACTED] tem procurado intervir neste âmbito, desenvolvendo já o Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil, destinado à população até aos 18 anos. Em continuidade, terá início este mês o projeto “Obesidade Zero”, promovido por uma enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, a realizar estágio naquela unidade. Este projeto, realizado em parceria com a Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], Junta de Freguesia [REDACTED] e o Clube de Judo, tem como população alvo adultos com obesidade residentes no concelho com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos, tendo como principal objetivo promover a adoção de comportamentos saudáveis. Irá integrar 8 sessões psicoeducativas e serão abordados temas como as complicações da obesidade, a adoção de estilos de vida saudáveis e a imagem corporal. Estão também incluídas atividades como caminhada e aulas promovidas pelo Clube de Judo.

Em suma, é necessário apostar na prevenção da obesidade através da promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Por outro lado, dado o elevado número de indivíduos que já se encontram com esta doença, é importante e urgente assegurar uma intervenção terapêutica adequada para estas situações. Queremos ajudá-lo a cuidar de si!

Maria Calado - Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

ANEXO XVII – Bioimpedância inicial

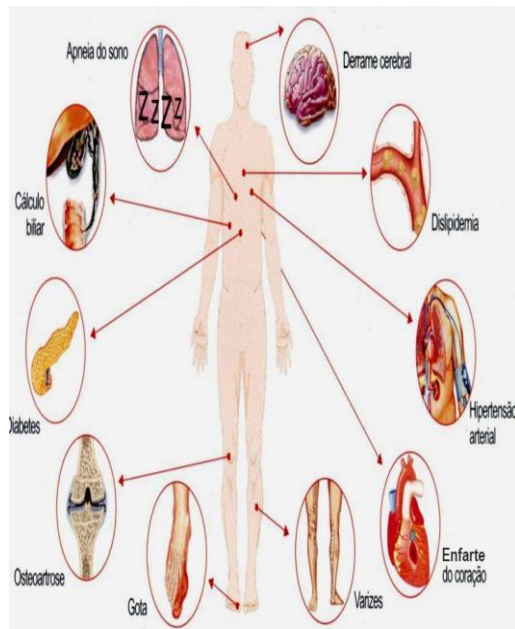
Registo de resultados da bioimpedância da sessão inicial

Nome	Altura	Peso	Massa Gorda	Massa Muscular	Massa óssea	IMC	Metabolismo Basal	Idade Metabólica	Percentagem de Água	Gordura Visceral	Perímetro Abdominal
Participante 1	1.66	115.8	52.5	52.2	2.8	42	2740	67	35.8	16	120
Participante 2	1.72	95.4	42.5	52.1	2.8	32.2	2637	56	43.2	9	103
Participante 3	1.78	114.6	38.1	67.4	3.5	36.2	3342	61	43.1	20	124
Participante 4	1.60	111.5	45.5	57.7	3.1	43.6	2937	65	41.1	15	129
Participante 5	1.62	90.6	44.4	47.8	2.6	34.5	2416	73	41.2	12	100

ANEXO XVIII – Folheto obesidade

Complicações da Obesidade

A obesidade tem implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes doenças.



67,6% da população portuguesa com mais de quinze anos tem excesso de peso ou é obesa!

OBESIDADE NO ADULTO



Enf.^ª Maria Calado
Mestranda em
Enfermagem Comunitária



**Projeto Obesidade
Zero**

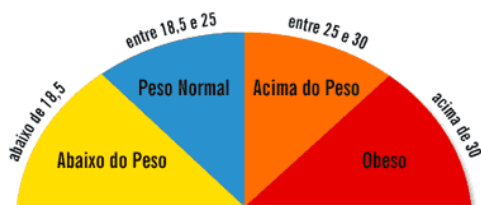
outubro, 2020

O que é a Obesidade?

É uma anormal ou excessiva acumulação de gordura que representa riscos para a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivas situações em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida.

Considera-se que um indivíduo é obeso quando o Índice de Massa Corporal (IMC) é superior a 30, o que significa que tem muito peso a mais para a sua altura.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso em kg}}{\text{Altura}^2 \text{ (Metros)}}$$



Cuidados a ter

Tomar sempre o pequeno-almoço;



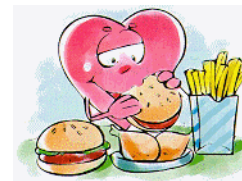
Aumentar o consumo de fruta, hortaliças e legumes;



Diminuir o consumo de sal e produtos salgados (consumir menos do que 5 g por dia – 1 colher de chá);



Reduzir o consumo total de gordura, em especial de gordura saturada (principalmente produtos de origem animal);



Consumir de preferência peixe e carnes magras (ex: aves ou coelho);



Beber água em abundância (entre 1,5 e 3 litros por dia);

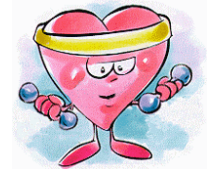


Evitar ingerir açúcar e produtos açucarados;



Praticar exercício físico:

Adultos: pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (ex: andar de bicicleta devagar, cuidar do jardim), ou 75 minutos de atividades vigorosas (ex: ginástica, correr, nadar).



Idosos: se possível, participar em, pelo menos, 30 minutos de atividades como caminhada, pelo menos 5 dias por semana, ou 3 sessões de 20 minutos de uma atividade mais vigorosa (ou uma combinação de ambas).

ANEXO XIX – Ficha de sinalização

FICHA DE SINALIZAÇÃO – Adultos

Nome Entidade _____

Referenciado por (nome do técnico) _____

Data ____/____/____

Dados Pessoais

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Estado civil _____ Escolaridade _____

Situação face ao emprego _____ Profissão _____

Morada _____

Beneficiário de RSI _____ Pensionista _____

Contactos _____ / _____

Caracterização do Agregado Familiar

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Outros

Motivo do Pedido

____ Psicologia	____ Conflitos conjugais	____ Dificuldade na parentalidade	____ Outros problemas familiares	____ Problemas Emocionais
	____ Problemas profissionais	Outros:		
____ Nutrição	____ Excesso de peso/Obesidade	____ Problemas de saúde que beneficiem de apoio alimentar	____ Perturbações alimentares	____ Educação Alimentar
	Outros:			
____ Apoio Social	____ Problemas habitacionais	____ Dificuldades na organização da vida diária	____ Recursos aos equipamentos técnicos	

	Outros:
--	---------

Informação Adicional

ANEXO XX – Bioimpedância final

Registo de resultados da bioimpedância da sessão final

Nome	Altura	Peso	Massa Gorda	Massa Muscular	Massa óssea	IMC	Metabolismo Basal	Idade Metabólica	Porcentagem de Água	Gordura Visceral	Perímetro Abdominal
Participante 2	1.72	95.5	41.9	52.6	2.8	32.3	2659	56	43.6	9	101
Participante 3	1.78	114.3	38	67.4	3.5	36.1	3341	61	43.2	20	124
Participante 4	1.60	111.3	45.2	57.8	3.1	43.6	2935	65	41.1	15	129
Participante 5	1.62	91.3	42.1	50.2	2.7	34.8	2510	73	43	12	100

ANEXO XXI – Planos das sessões



PLANO DE SESSÃO DE APRESENTAÇÃO

Temática	Sessão de apresentação	Data de realização	8 de outubro de 2020
		N.º de horas	2 horas
Formador	Maria Calado	Sessão n.º	Apresentação
Destinatários	Adultos com obesidade dos 19-64 anos	Local	████████████████████

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão, os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conheçam o Projeto Obesidade Zero e todos os elementos do grupo;- Tenham realizado a bioimpedância;- Tenham preenchido o questionário para colheita de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais;- Tenham preenchido o Questionário de Propensão Alimentar e de Atividade Física.
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	45 min.	Apresentação dos elementos do grupo e do Projeto Obesidade Zero		<ul style="list-style-type: none">- Formador e Participantes;- Computador portátil;- <i>Datashow</i>;	<ul style="list-style-type: none">- Observação direta.

Desenvolvimento	60 min.	Realização de bioimpedância, preenchimento do Questionário de Propensão Alimentar e de Atividade Física. Preenchimento do questionário para colheita de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais.	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Fita métrica; - Balança de bioimpedância; - Desinfetante; - Compressas; - Canetas. 	
Conclusão	15 min.	Esclarecimento de dúvidas			

Temática	O que é a Obesidade? Complicações da Obesidade.	Data de realização	13 de outubro de 2020
		N.º de horas	1h30
Formador	Enf.ª Maria Calado. Convidados: Dr.ª [REDACTED] e Dr.ª [REDACTED]	Sessão n.º	1
Destinatários	Adultos com obesidade dos 19-64 anos	Local	[REDACTED]

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar duas causas modificáveis da obesidade; - Conhecer cinco das principais complicações da obesidade; - Reconhecer a importância de prevenir e tratar a obesidade.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	20 min.	- Enquadramento da temática a nível mundial e nacional;	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojetor;	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	40 min.	- Conceito de obesidade; - Causas; - Diagnóstico; - Complicações associadas;			
Conclusão	30 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.			

Temática	Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável	Data de realização	22 de outubro de 2020
		N.º de horas	2h
Formador	Enf.ª Maria Calado. Convidada: Nutricionista [REDACTED]	Sessão n.º	2
		Destinatários	Adultos com obesidade dos 19-64 anos
		Local	[REDACTED]

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar quatro estratégias promotoras de uma alimentação saudável; - Reconhecer a importância das porções dos nutrientes na alimentação; - Reconhecer a importância da água na alimentação; - Identificar as gorduras mais saudáveis na confeção; - Decifrar componentes do rótulo dos alimentos.
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da nutricionista; - Pequena abordagem à formação anterior; - Enquadramento da temática; 	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Formadoras e Participantes; - Computador portátil; - Datashow. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	40 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios de uma alimentação saudável; - Leitura de rótulos alimentares; 			

		<ul style="list-style-type: none">- Análise de declarações nutricionais;- Exercício prático: vamos às compras?			
Conclusão	30 min.	<ul style="list-style-type: none">- Esclarecimento de dúvidas;- Avaliação de conhecimentos;- Avaliação da Sessão.			

Temática	Adotar estilos de vida saudáveis: atividade física	Data de realização	29 de outubro de 2020
		N.º de horas	1h30
Formador	Enf. Maria Calado. Convidado: Fisioterapeuta [REDACTED]	Sessão n.º	3
		Destinatários	Adultos com obesidade dos 19-64 anos
Local	[REDACTED]		

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distinguir os conceitos de exercício físico e atividade física; - Identificar quatro dos benefícios da atividade física; - Reconhecer os princípios da pirâmide da atividade física.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento da temática; - Apresentação do fisioterapeuta; 	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Formador e Participantes; - Computador portátil; - Datashow. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	40 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de atividade física; - Benefícios da atividade física; - A pirâmide da atividade física; - Consequências do sedentarismo; - Exemplos de exercícios físicos com realização prática. 			
Conclusão	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da sessão. 			

Temática	Efeitos psicológicos da obesidade: imagem corporal	Data de realização	10 de novembro de 2020
		N.º de horas	1h30
Formador	Enf.ª Maria Calado	Sessão n.º	4 e final
Destinatários	Adultos com obesidade dos 19-64 anos	Local	████████████████████

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partilhar perceções e significados relacionados com a imagem corporal.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	10 min.	- Enquadramento da temática;	Método interrogativo e ativo	- Formador e Participantes; - Imagens de revistas;	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Ficha de avaliação da sessão; - Questionário de propensão alimentar; - Questionário de Atividade Física.
Desenvolvimento	50 min.	Dinâmica de grupo através da seleção de imagens de revista			
Conclusão	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Realização de bioimpedância; - Preenchimento do questionário de propensão alimentar e de atividade física; - Avaliação da sessão e do projeto. 			

ANEXO XXII – Apresentação *powerpoint* das sessões



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Projeto de Intervenção Individual

Obesidade Zero

Orientadora:

[Redacted]

Enf.ª Cooperante:

[Redacted]

8 de outubro de 2020

Autora:
Maria Calado

1



PROJETO OBESIDADE ZERO

Foram feitas entrevistas a um médico da USP e duas enfermeiras da UCC para realizar um diagnóstico de situação



PROBLEMA COM MAIOR PONTUAÇÃO: **OBESIDADE**



OBJETIVOS

- o Apresentar o Projeto Obesidade Zero;
- o Conhecer todos os elementos do grupo;
- o Realizar colheita de dados sociodemográficos e de antecedentes pessoais;
- o Realizar bioimpedância a todos os elementos do grupo;
- o Preencher o Questionário de Propensão Alimentar e de Atividade Física.



2



PROJETO OBESIDADE ZERO

Portugal: 67,6% da população acima dos 15 anos tem excesso de peso ou é obesa;

4º lugar na lista dos países que apresentam a maior taxa de população com excesso de peso, quando comparado com a média da OCDE;

[Redacted] 3751 pessoas com diagnóstico de obesidade.

Objetivo geral:

- o Promover a adoção de comportamentos saudáveis nos adultos com obesidade do concelho da [redacted]

Objetivos específicos:

- o Instruir sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- o Informar sobre os benefícios da prática de atividade física/exercício físico;
- o Sensibilizar os adultos para as complicações inerentes à obesidade.

- o Horizonte Temporal de 8 semanas;
- o Sessão de apresentação: 8 de outubro de 2020;
- o 1ª Sessão: 13 de outubro de 2020 – O que é a Obesidade? Complicações da Obesidade;
- o 2ª Sessão: 22 de outubro de 2020 - Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável;
- o 3ª Sessão: 26 de outubro de 2020 – Atividade de grupo: caminhada;

- o 4ª Sessão: 29 de outubro de 2020 – Adotar estilos de vida saudáveis: atividade física;
- o 5ª Sessão: 3 de novembro de 2020 – Atividade de grupo: clube de Judo da [redacted]
- o 6ª Sessão: 10 de novembro de 2020 – Efeitos psicológicos da obesidade: imagem corporal;
- o Sessão final: 19 de novembro de 2020;

Questionário de Propensão Alimentar

QUESTIONÁRIO DE PROPENSAO ALIMENTAR – QPAZ
Adolescentes, adultos e idosos

Para responder às questões que se seguem, pense numa semana típica dos últimos 12 meses.

1. Com base nas categorias que apresenta (mostrar cartão), como se perguntar em quantos dias da **semana** ou da **semana com ou bebou** os seguintes alimentos, nos últimos 12 meses.
Para os alimentos de consumo variável (vegetais, frutas, etc.), indique quantos dias por semana ou por mês, conforme o alimento seja ingerido (exemplo: 1 dia por semana ou 1 dia por mês).

	semana	1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	4 a 5 vezes por semana	6 a 7 vezes por semana	8 a 9 vezes por semana	10 a 11 vezes por semana	12 vezes por semana
Carne, legumes e derivados								
1. Peixe - branco	01	02	03	04	05	06	07	08
2. Peixe - vermelho/azul	01	02	03	04	05	06	07	08
3. Carne de consumo comum	01	02	03	04	05	06	07	08
4. Carne de consumo especial (carne de vaca, carne de porco, carne de frango)	01	02	03	04	05	06	07	08
5. Bife e pastel (bife ou pastel)	01	02	03	04	05	06	07	08
6. Salsichas	01	02	03	04	05	06	07	08
7. Adoçantes artificiais	01	02	03	04	05	06	07	08
8. Sal	01	02	03	04	05	06	07	08
9. Outros (carne de vaca, carne de porco)	01	02	03	04	05	06	07	08

	semana	1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	4 a 5 vezes por semana	6 a 7 vezes por semana	8 a 9 vezes por semana	10 a 11 vezes por semana	12 vezes por semana
Vegetais e frutas								
10. Batata	01	02	03	04	05	06	07	08
11. Outras (de qualquer tipo)	01	02	03	04	05	06	07	08
12. Agrião	01	02	03	04	05	06	07	08
13. Espinaço	01	02	03	04	05	06	07	08
14. Beterraba	01	02	03	04	05	06	07	08
15. Alho	01	02	03	04	05	06	07	08

Questionário de Atividade Física

QUESTIONÁRIO ATIVIDADE FÍSICA - AFS

Adultos e Idosos

A atividade física realizada no dia a dia é da maior importância. As questões apresentadas seguem-se estando relacionadas com o tempo que gastou sendo fisicamente ativo(a) nos **últimos 7 dias**. Pense nas atividades que realiza no trabalho, em casa, no jardim/quintal, nas deslocações de um lugar para outro e no seu tempo livre em situações de lazer, exercício ou desporto.

1. Pense em todas as atividades **VIGOROSAS** que praticou nos **últimos 7 dias**. Atividades físicas **VIGOROSAS** referem-se a atividades que requerem um grande esforço físico, tornando a respiração muito mais forte que o normal. Considere apenas as atividades que realizou durante pelo menos 30 minutos seguidos de cada vez.

Nos **últimos 7 dias**, em quantos dias realizou atividades **VIGOROSAS**, como por exemplo transportar pesos, canoa, praticar ginástica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta com rapidez? Não inclui andar.

Nenhum dia	<input type="checkbox"/> (pense à questão 2)
1 dia	<input type="checkbox"/>
2 dias	<input type="checkbox"/>
3 dias	<input type="checkbox"/>
4 dias	<input type="checkbox"/>
5 dias	<input type="checkbox"/>
6 dias	<input type="checkbox"/>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/> (pense à questão 2)

2. Na totalidade quanto tempo gasta em atividade física **VIGOROSA** num desses dias, habitualmente?
 horas por dia
 minutos por dia Não sabe/Não tem a certeza

3. Agora, pense em todas as atividades **MODERADAS** que praticou nos **últimos 7 dias**. Atividades **MODERADAS** referem-se a atividades que requerem um esforço físico moderado e que fazem

9

Bioimpedância: avaliação da composição corporal



- o Peso;
- o IMC;
- o Metabolismo basal;
- o Idade metabólica;
- o Massa muscular;
- o Massa gorda;
- o Massa óssea;
- o Percentagem de água;
- o Gordura visceral.

Avaliação de Perímetro Abdominal

10

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS





Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

O que é a obesidade? Principais complicações da Obesidade.

Orientadora:

Enf.ª Cooperante:

Autora:
Maria Calado

13 de outubro de 2020

1



-> O QUE É?

-> ETIOLOGIA

-> EPIDEMIOLOGIA

-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

2



-> O QUE É?

-> ETIOLOGIA

-> EPIDEMIOLOGIA

-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES



-> O QUE É?

DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA:

“o.be.si.da.de
- nome feminino;

1. qualidade ou estado de obeso;

2. MEDICINA estado patológico caracterizado pela acumulação excessiva de gordura no organismo e pelo aumento de peso”

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION:

“Acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde;

-A obesidade é uma doença por direito próprio.”



-> O QUE É?

CLASSIFICAÇÃO

IMC: Peso em Kg/ altura em metros²

CLASSIFICAÇÃO	IMC	RISCO DE COMORBILIDADES
Baixo Peso	<18,5	
Varição Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Pré Obesidade	25 – 29,9	Aumentado
Obesidade Classe I	30 – 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35 – 39,9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40	Muito Grave

Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de Comorbilidades (Adaptado de: Programa Nacional de Combate à Obesidade – 2005)

5



-> O QUE É?

CLASSIFICAÇÃO

IMC: Peso em Kg/ altura em metros²

CLASSIFICAÇÃO	IMC	RISCO DE COMORBILIDADES
Obesidade Classe I	30 – 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35 – 39,9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40	Muito Grave

Entre os 20 – 30 anos: !

-> 5 anos de vida perdidos

-> 7 anos de vida perdidos

6



-> O QUE É?

CLASSIFICAÇÃO

IMC: Peso em Kg/ altura em metros²

CLASSIFICAÇÃO	IMC	RISCO DE COMORBILIDADES
Obesidade Classe I	30 – 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35 – 39,9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40	Muito Grave

Existe uma relação quase linear entre IMC e morte: !

-> O risco de morte de um indivíduo com IMC ≥ 35, entre os 25 e os 35 anos, é > 12X o risco de morte de um indivíduo com peso normal, da mesma idade e sexo;

-> A esperança de vida de um homem na década dos 20 com IMC ≥ 45 kg/m² é de menos 13 anos do que seria se ele tivesse um peso normal.

-> Quanto maior a duração da obesidade, maior o risco de morte.



-> O QUE É?

CLASSIFICAÇÃO

Distribuição de gordura corporal

-> Obesidade Ginoide:

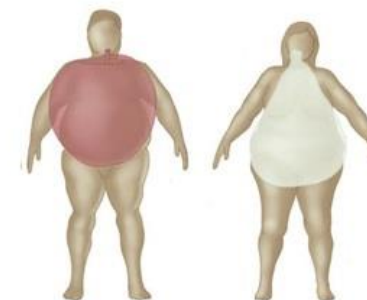
-> + ♀

-> Menos associada a complicações

-> Obesidade Androide:

-> + ♂

-> Maior risco de complicações



ANDROIDE

GINOIDE



-> O QUE É?

CLASSIFICAÇÃO

Perímetro abdominal

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA		
RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS	♂	♀
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas (Adaptado de: Programa Nacional de Combate à Obesidade – 2005)

9



-> O QUE É?

CLASSIFICAÇÃO

Índice perímetro da cintura/estatura:

> 0,5 -> risco acrescido para a saúde



10



-> O QUE É?

-> ETIOLOGIA

-> EPIDEMIOLOGIA

-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES



-> ETIOLOGIA

-> Etiologia multifatorial:

- > Fatores genéticos
- > Fatores bioquímicos
- > **FATORES COMPORTAMENTAIS**
- > **FATORES NUTRICIONAIS**

DESEQUILÍBRIO ENERGÉTICO:





-> O QUE É?

-> ETIOLOGIA

-> EPIDEMIOLOGIA

-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

13



-> EPIDEMIOLOGIA

-> Epidemia global do séc. XXI;



-> 2ª causa de morte passível de prevenção;

14



-> EPIDEMIOLOGIA



Evolução da prevalência da obesidade em Portugal ao longo do tempo. OMS. (consultado a 10/2020)



-> EPIDEMIOLOGIA

Excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) em Portugal



Excesso de peso por região



Prevalência de excesso de peso em Portugal (pré-obesidade e obesidade). DGS, 2017



-> O QUE É?

-> ETIOLOGIA

-> EPIDEMIOLOGIA

-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA		
GRANDE	MODERADO	LIGEIRO
Diabetes tipo II	Doença coronária	Ca mama
Dislipidemia	Hipertensão	Ca endométrio (pós menopausa)
Litíase vesicular	Osteoartrose (joelho)	S. Ovário Poliúístico
Apneia do sono	Gota	Diminuição da fertilidade
		Risco anestésico
		Mal formações fetais associadas à obesidade materna

Riscos relativos de doenças associadas à obesidade. Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005.

17

18



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA	
GRANDE	
Diabetes tipo II	→
Dislipidemia	
Litíase vesicular	
Apneia do sono	

-> A genética tem um papel importante na patogénese da DM, mas logo a seguir surge a obesidade como principal causa da diabetes tipo II;

-> O risco de um indivíduo obeso desenvolver DM tipo II é +/- 40x > comparado com um indivíduo com peso normal;

-> Oito em cada dez obesos sofrem de diabetes tipo II.



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA	
GRANDE	
Diabetes tipo II	
Dislipidemia	→
Litíase vesicular	
Apneia do sono	

-> ↑ triglicéridos e LDL e ↓ HDL.



Mais frequente em casos de distribuição de gordura do tipo abdominal.



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA

GRANDE

Diabetes tipo II

Dislipidemia

Litíase vesicular

Apneia do sono

-> Incidência 3 a 4 vezes > em indivíduos obesos;

-> O risco aumenta com o IMC, sendo ainda maior na obesidade abdominal.

21



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA

GRANDE

Diabetes tipo II

Dislipidemia

Litíase vesicular

Apneia do sono

-> +/- 65 a 75% dos indivíduos com apneia obstrutiva do sono são obesos.

22



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA

MODERADO

Doença coronária

Hipertensão

Osteoartrose

Gota

-> Além de se associar a um conjunto de fatores de risco para doença cardiovascular a obesidade é de per si um fator de risco independente para doença cardíaca coronária.;

-> O peso é o 3º mais importante fator de predição de doença cardíaca coronária a seguir à idade e dislipidemia;

-> O risco de mortalidade por doença cardíaca coronária é maior nos doentes com excesso de peso, mesmo para um excesso de peso de apenas 10% acima do peso normal.



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA

MODERADO

Doença coronária

Hipertensão

Osteoartrose

Gota

-> A prevalência de HTA em indivíduos com excesso de peso é aproximadamente 2,5 vezes maior do que em indivíduos com peso normal.



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA

MODERADO

Doença coronária

Hipertensão

Osteoartrose

Gota

-> + Peso -> carga nas articulações -> stress mecânico e consequentemente patologia (e dor)...

25



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

AUMENTO RISCO DE DOENÇA

GRANDE

Diabetes tipo II

Dislipidemia

MODERADO

Doença coronária

LIGEIRO

Risco anestésico

Mal formações fetais associadas à obesidade materna

E AINDA...

... Obesidade como fator de risco para agravamento da doença por SARS - CoV - 2.

26



-> PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES



Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável

Autora:
Maria Calado

Outubro 2020
Obesidade Zero - Projeto de Intervenção em Obesidade no Adulto



1

A alimentação saudável

Dieta é para **Doentes** e para alguns **Dias** ou para **Diarreia**

Dieta **NÃO!** comer **BEM** toda a vida

Não andem com fome



2

Bons hábitos para uma alimentação saudável



Projeto Obesidade Zero

3

Crie uma rotina alimentar



Projeto Obesidade Zero

4

1. Planeie a ementa semanal

Exemplo:

<u>Segunda-feira</u>	<u>Terça-feira</u>	<u>Quarta-feira</u>	<u>Quinta-feira</u>	<u>Sexta-feira</u>
<u>Sopa de espinafres:</u> Bifes de peru grelhados com arroz de feijão e salada de tomate e pepino	<u>Sopa de espinafres:</u> Selitan à portuguesa com batata doce assada no forno e couve cozida	<u>Sopa de ervilha:</u> Massa de atum com brócolos cozidos	<u>Sopa de alho francês:</u> Coelho estufado com puré de batata e salada de alface e cenoura ralada	<u>Sopa de alho francês:</u> Arroz de lulas com macedónia de legumes
<u>Sopa de espinafres:</u> Selitan à portuguesa com batata doce assada no forno e couve cozida	<u>Sopa de ervilha:</u> Massa de atum com brócolos cozidos ao vapor	<u>Sopa de ervilha:</u> Coelho estufado com puré de batata e salada de alface e cenoura ralada	<u>Sopa de alho francês:</u> Arroz de lulas com macedónia de legumes	<u>Crème de cenoura:</u> Omelete recheada com queijo, cebola, cogumelos e pimento.

Projeto Obesidade Zero

5

1. Planeie a ementa semanal

Cuidados a ter ao construir a ementa semanal:

- Iniciar todas as refeições principais com sopa de legumes; Caso não aprecie a sopa deve incluir uma quantidade significativa (1/2 prato) de hortícolas;
- Acompanhar o prato principal com hortícolas (crus ou cozinhados);
- Variar as fontes proteicas (carne, pescado, ovo, leguminosas, fontes vegetais, entre outros);
- Moderar o consumo de carne vermelha e os métodos de confeção ricos em gordura;
- Incluir leguminosas na alimentação diária.

Projeto Obesidade Zero

6

Porquê sopa de legumes

Benefícios do consumo da sopa de legumes:

- É rica em vitaminas, minerais e fibras;
- Tem um baixo valor calórico;
- É altamente saciante (muito importante para a manutenção e um peso saudável);
- Importante fonte de hidratação;
- É barata e rápida de fazer;
- Pode guardar-se no frigorífico durante três dias.

Porquê sopa de legumes

Exemplo:

- 500g batatas médias (0,70€);
- 300g de cenoura (0,23€);
- 150g de cebola (0,18€);
- 20g de alho (5 dentes) (0,24€);
- 300g de abóbora manteiga (0,36€);
- 150g de alho-francês (0,28€);
- 200g de curgete (0,40€);
- 100g de couve branca (0,26€);
- 40mL de azeite (4 colheres de sopa) (0,35€)

3 litros de sopa
Valor total = 3,06€
10 doses de sopa!



Porquê incluir sempre hortícolas no prato principal

Metade do seu prato deve estar ocupado com hortícolas crus e/ou cozinhados
(Atenção à quantidade de sal que adiciona!)



Porquê incluir sempre hortícolas no prato principal

Benefícios do consumo de hortícolas

- São ricos em vitaminas, minerais e fibras;
- Tem um baixo valor calórico;
- São altamente saciantes (muito importante para a manutenção e um peso saudável);
- Acrescentam cor ao prato;
- Ao ocupar metade do prato com os hortícolas vai conseguir muito mais facilmente controlar as porções de carne/pescado.

Projeto Obesidade Zero

10



2. Elabore uma lista de compras e CUMPRE-A

Coloque na lista tudo o que prevê que vai necessitar para cumprir a ementa semanal que preparou

Vai garantir que tem todos os ingredientes para as suas refeições, evitando idas extra às compras (que resultam em maior despesa com deslocação, compras por impulso, etc).

Projeto Obesidade Zero

11



2. Elabore uma lista de compras e CUMPRE-A

- 1 - Verifique que alimentos ainda tem em casa;
- 2 - Verifique o espaço de refrigeração e congelação que tem;
- 3 - Tenha em atenção a data de validade dos produtos.

Projeto Obesidade Zero

12



3. NUNCA vá às compras com fome

Fome no supermercado = compras por impulso



Mais dinheiro gasto em alimentos que não são saudáveis (regra geral)

Projeto Obesidade Zero

13



Leia os rótulos dos alimentos

Projeto Obesidade Zero

14

1. Quantos ingredientes tem?

Regra geral:
Quanto menos ingredientes tiver, melhor.

Observação: os ingredientes estão organizados por ordem decrescente de acordo com a sua quantidade.



Projeto Obesidade Zero

15



Pão "da padaria"
Farinha de trigo, água, fermento e sal



Pão de forma
Farinha de trigo, água, levedura, óleo vegetal (girassol), sal, conservantes (E 282, E 200), emulsionantes (E 471, E 472e), vinagre de vinho, farinha de fava, amido de trigo e milho, agentes de tratamento da farinha (E 300, E 341)

Projeto Obesidade Zero

16

3. Analisar a declaração nutricional

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL / NUTRITION DECLARATION	POR 100g DE PRODUTO / PER 100g OF PRODUCT	POR PORÇÃO / PER PORTION	UNIDADES / UNITS	VALOR DE REFERÊNCIA / REFERENCE VALUE
ENERGIA / ENERGY	1837kJ / 436kcal	551kJ / 131kcal	7	8400kJ / 2000kcal
LÍPIDOS / FAT	10g	3,0g	4	70g
DESDOÇURADOS / SUGARS	5,0g	1,5g	8	20g
PROTEÍNAS / PROTEIN	7,0g	2,1g	4	50g
SAL / SALT	0,73g	0,22g	4	6g



2. Que ingredientes tem?

O açúcar pode ser muitas "coisas"

- = Açúcar de cana;
- = Açúcar invertido;
- = Xarope de açúcar;
- = Xarope de milho;
- = Xarope de glicose;
- = Xarope de frutose;
- = Mel;
- = Melaço;
- = Frutose;
- = Glucose;
- = Sacarose;
- = Maltose;
- = Dextrose;
- = Maltodextrina;
- = Extrato de malte;
- = Polidextrose;

Projeto Obesidade Zero

17



19

★



20

★



2. Que ingredientes tem?

A **gordura** pode ser muitas "coisas"

- = Gordura hidrogenada;
- = Gordura parcialmente hidrogenada;
- = Óleos vegetais (coco, palma, milho, amendoim);
- = Cremes vegetais (margarina);
- = Manteiga;
- = Óleo de milho, palma, colza, amendoim, etc;
- = Azeite.

Projeto Obesidade Zero

21



22

★



23



24



Projeto Obesidade Zero



*Fonte de Fibra, Vitamina e minerais
*Menor teor de açúcar e gordura

28

Substitua sempre que possível

Stevia



★

29

Opções mais saudáveis



30

31

Quinoa

Quinoa: o "Grão-Mãe"

NutriVox

120g de quinoa cozinhada (40g de quinoa crua)

Calorias: 245kcal
Fibra: 3,6g

Pequeno-Almoço/Lanches
3 colheres de sopa com leite integral (20g)
Calorias: 100 kcal
Fibra: 0,5g

Almoço/Jantar
3 colheres médias (27g cozida)
Calorias: 180 kcal
Fibra: 0,9g

32



33

cuscuz

A matéria prima do cuscuz é o milho
Possui fibras
Rico em Vitamina A, B1 e ácido fólico
Isento de glúten



Arroz Branco (Médio, Cozido)

Arroz Branco (Médio, Cozido)	
Porção Nutricional	por 100g
Energia	104 kcal
Carboidratos	28,1g
Proteínas	2,6g
Gorduras	0,7g
Gordura Saturada	0,07g
Gordura Monoinsaturada	0,07g
Gordura Poliinsaturada	0,00g
Colesterol	0,0g
Fibra	0,3g
Açúcar	0,0g
Sódio	0,0g

Porção Nutricional		por 100g
Energia		408 kcal
Carboidratos		77,7g
Proteínas		7,7g
Gorduras		0,7g
Gordura Saturada		0,07g
Gordura Monoinsaturada		0,07g
Gordura Poliinsaturada		0,00g
Colesterol		0,0g
Fibra		0,3g
Açúcar		0,0g
Sódio		0,0g

Batata Doce

•Ajudar a controlar a diabetes porque tem baixo índice glicémico;
•Diminui o apetite porque é rica em fibra;
•Fortalecer o sistema imunológico porque tem boa quantidade de vitamina A



Resumo Nutricional

Porção Nutricional	por 100g	por 100g	por 100g
Energia	110 kcal	110 kcal	110 kcal
Carboidratos	28,1g	28,1g	28,1g
Proteínas	2,6g	2,6g	2,6g
Gorduras	0,7g	0,7g	0,7g
Gordura Saturada	0,07g	0,07g	0,07g
Gordura Monoinsaturada	0,07g	0,07g	0,07g
Gordura Poliinsaturada	0,00g	0,00g	0,00g
Colesterol	0,0g	0,0g	0,0g
Fibra	0,3g	0,3g	0,3g
Açúcar	0,0g	0,0g	0,0g
Sódio	0,0g	0,0g	0,0g

Faça bem para si e mantenha a saúde!

Fortalece o funcionamento do sistema imunológico



Leguminosas



ONU declara 2016 Ano Internacional das Leguminosas

33

Frutos secos



37



Notas finais

Projeto Obesidade Zero

38

Controle a quantidade de alimentos que come



Projeto Obesidade Zero

39

- Beber um copo de água antes de iniciar a refeição;
- Iniciar a refeição com sopa de legumes;
- Acompanhar o prato principal com hortícolas (atenção aos temperos);
- Utilizar pratos mais pequenos;
- Não levar travessas e panelas para a mesa;
- Desligar aparelhos eletrónicos (televisão, telemóvel) – Foque-se no momento da refeição;
- Arrumar de imediato a comida excedente; Em festas dividir as sobras!
- Fazer uma pausa durante a refeição e pousar os talheres;
- Lavar os dentes imediatamente após finalizar a refeição.

Projeto Obesidade Zero

40



Mantenha-se hidratado(a)

Evite consumir sumos, refrigerantes e bebidas alcoólicas – só em dias especiais!
A água da rede pública é adequada para consumo. Pode assim ser um produto a economizar!

Projeto Obesidade Zero

41

Saiba distinguir fome de “fome emocional”



Projeto Obesidade Zero

42



Se para além do peso tiver outras doenças é importante individualizar

Não pesquise na internet, não vá em modas,
PROCURE AJUDA!

Convidada



Outubro 2020
Obesidade Zero - Projeto de Intervenção em Obesidade no Adulto



Escola Superior de Saúde [IP Santarém]

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Adotar estilos de vida saudáveis | Atividade Física

Orientadora: [Redacted]
Enf.ª Cooperante: [Redacted]

Autoria: Maria Calado

29 de outubro de 2020

1

Escola Superior de Saúde [IP Santarém]

OBJETIVOS

- o Distinguir os conceitos de exercício físico e atividade física;
- o Identificar os benefícios da atividade física;
- o Reconhecer os princípios da pirâmide da atividade física.

2

Escola Superior de Saúde [IP Santarém]

ATIVIDADE FÍSICA

Exercício Físico

Toda a prática planeada de atividade física. Movimentos repetidos, planeados e estruturados que são usados para manter ou desenvolver aspetos específicos de aptidão física (FITT)

Atividade Física

Qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (os principais músculos), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso.

≠

- Cooperstein et al. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Public Health Reports, 1985, Vol 100 (2): 126-131.
- DGS (https://www.dgs.pt/programa-nacional-par-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx)

3

Escola Superior de Saúde [IP Santarém]

ATIVIDADE FÍSICA

Qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta num aumento de dispêndio energético relativamente à taxa metabólica de repouso, quando realizada diariamente a uma intensidade moderada a vigorosa e associada a uma diminuição do tempo dedicado a atividades sedentárias.

(Seabra, 2017)

Escola Superior de Saúde [IP Santarém]

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Favorece o Sistema Nervoso Central, responsável pela memória e aprendizagem.

Aumenta a capacidade pulmonar e a resistência respiratória.

Melhora a circulação e a vasodilatação, controla a pressão arterial e reduz o risco de doenças.

Fortalece os músculos, protege a coluna e evita dor nas costas.

Evita a sobrecarga e tonifica a musculatura.

Escola Superior de Saúde [IP Santarém]

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Ajuda a diminuir o peso

Estimula o bem-estar

Diminui o aparecimento de depressões

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA



7

ATIVIDADE FÍSICA

TABELA 1. Síntese das definições das principais recomendações mundiais para atividade física, 2014

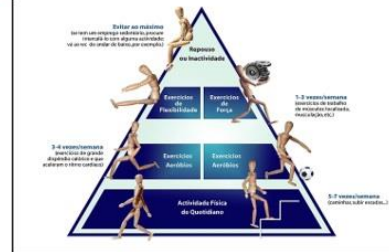
Recomendação	Definição das metas recomendadas*
American College of Sports Medicine (ACSM)/2007	30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana, ou 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, em sessões de pelo menos de 10 minutos de duração
Organização Mundial da Saúde (OMS)/2010	150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana em sessões de pelo menos 10 minutos de duração
Institute of Medicine (IOM)/2004	60 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
União Europeia/2008	30 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
Advisory Committee on International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)/2008	30 minutos de atividade física moderada 5 ou mais dias por semana; 20 minutos de atividade física vigorosa 3 ou mais dias por semana, ou qualquer combinação de intensidade, desde que atinja o mínimo de 600 MET minutos/semana

* Nota: para todas as recomendações, foram consideradas malinas as pessoas que não praticam nenhuma quantidade de atividade física. Além disso, quando a atividade física atinge o nível recomendado, para cada dia, o nível recomendado é diferente, conforme descrito a seguir. Além disso, quando atinge as metas recomendadas. Mais ainda, quando ultrapassa as metas recomendadas.

(Lima et al., 2014)

8

COMO FAZER ATIVIDADE FÍSICA



9

SEDENTARISMO



- > Obesidade;
- > Perda de massa muscular;
- > Dores articulares;
- > Tensão arterial alta;
- > Doenças cardíacas;
- > Encurtamento muscular;
- > Má postura;
- > Cansaço;
- > Alto nível de stress;
- > ...

7

Convidado: 

8

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



9

ANEXO XXIII – Artigo submetido à Revista da UIIPS

9 - 1 | 2021

Promoção da Saúde com Adultos em Situação de Obesidade: uma *Scoping Review*

Health Promotion for Adults with Obesity: a Scoping Review

Autor 1 | Autor 2 | Autor 3

Electronic version

URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/> ISSN: 2182-9608

Publisher

Revista UI_IPSantarém

Printed version

Date of publication: **31st March 2021** Number of pages: **X-XX**

ISSN: 2182-9608

Electronic reference

Referência Bibliográfica do artigo

PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ADULTOS EM SITUAÇÃO DE OBESIDADE: UMA SCOPING REVIEW

Health promotion for adults with obesity: a scoping review

RESUMO

A obesidade é uma doença crónica e um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias. Constitui a segunda causa de morte passível de prevenção, com impacto acentuado na qualidade de vida.

O presente artigo apresenta uma *Scoping Review* desenvolvida com base em protocolo do *Joanna Briggs Institute*, durante o mestrado em enfermagem comunitária. Objetivo: identificar as intervenções de Enfermagem na Promoção da Saúde com adultos em situação de obesidade.

Procedeu-se à pesquisa de artigos publicados entre 08/2015 e 07/2020, em bases de dados científicas, com descritores *MeSH* e conjugando a estratégia: *Nurs* AND Health Promotion OR Obesity*. O processo de seleção desenvolveu-se de acordo com o *Prisma 2009 Flow Diagram*.

As evidências obtidas relevam a importância da educação para a saúde enquanto eixo central da promoção da saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, na adoção de comportamentos saudáveis por parte de adultos com obesidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Obesidade, Promoção da Saúde

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease and a risk factor for the development of other pathologies. It is the second preventable cause of death, with a significant impact on quality of life.

This article presents a Scoping Review based on the protocol of the Joanna Briggs Institute, developed during the master's degree in community nursing. Objective: to identify the impact of nursing interventions in tackling obesity and empowering adults to live healthier lives.

Articles published between 08/2015 and 07/2020 were searched for in scientific databases, using MeSH descriptors and by combining key search words: *Nurs* AND Health Promotion OR Obesity*. The selection process was carried out according to the 2009 Flow Diagram Prisma.

The evidence highlights the importance of health education as a key pillar for promoting health at the primary health care level and in the adoption of healthy behaviors by adults with obesity.

Keywords: Health Promotion, Nurs*, Obesity

1 INTRODUÇÃO

A evidência epidemiológica sustenta, de forma crescente e robusta, que a obesidade representa um problema de saúde pública à escala global.

A prevalência da obesidade mais do que duplicou a nível mundial nos últimos 40 anos, pelo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerou como a epidemia global do século XXI, reconhecendo que, neste século, tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas.

Também em Portugal, o excesso de peso, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, é provavelmente um dos principais problemas de saúde pública, afetando mais de 50% da população adulta e tendo implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes patologias como a diabetes, a doença cérebro e cardiovascular, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros. Estas doenças, no seu todo, representam a principal despesa em saúde do estado português e o principal encargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

O Relatório Health at a Glance, de 2019, posiciona o nosso país no quarto lugar na lista dos países que apresentam a maior taxa de população com excesso de peso quando comparado com a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). De facto, 67,6% da população portuguesa com mais de quinze anos tem excesso de peso ou é obesa, o que sugere necessidade de intervenção a dois níveis: por um lado, é necessário apostar na promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis. Por outro lado, dado o elevado número de indivíduos que já se encontram com esta doença, é importante também assegurar uma terapêutica adequada para estas situações (DGS, 2017).

A agenda 2030 da OMS para o desenvolvimento sustentável reconhece as doenças não transmissíveis (DNT's) como um grande desafio para o desenvolvimento sustentável. Como parte da agenda, os chefes de Estado e de Governo comprometeram-se a desenvolver ambiciosas respostas nacionais, até 2030, para reduzir em um terço a mortalidade prematura por DNT's através de prevenção.

2 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE

Do ponto de vista teórico-conceitual sabe-se que a obesidade é uma anormal ou excessiva acumulação de gordura resultante de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. As causas subjacentes são complexas e variadas, incluindo fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais.

Tratando-se de uma doença crónica de etiologia multifatorial, a abordagem da obesidade exige um ambiente e postura terapêutica centrados na pessoa.

A Enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Através do processo de Enfermagem, esta utiliza metodologia científica para identificar problemas de saúde, recolher dados, formular diagnósticos de Enfermagem, elaborar e realizar planos para a prestação de cuidados de Enfermagem, executá-los corretamente e de forma adequada às necessidades e avaliar as ações realizadas, reformulando se necessário as intervenções (OE, 2015).

A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira, 2009). Várias são as fontes que dão ênfase à pessoa como ser individual, alvo de cuidados. É nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que se encontra a definição de que “a pessoa (...) é alvo dos cuidados de Enfermagem, é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)” (OE, 2012, p. 8).

Desta constatação é possível inferir que a Enfermagem se interessa pelo cuidado à pessoa que, em interação contínua com o ambiente que a rodeia, vive experiências de saúde. Esta definição leva-nos aos conceitos metaparadigmáticos em Enfermagem: cuidados de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Morais, 2012).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos

de vida e que se repercutem no conceito individual de saúde, numa complexa interdependência pessoa/ambiente (Morais, 2012).

Também o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 428/2018) determina no seu artigo 2º, nº1, alínea b) que, no âmbito das suas competências específicas em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro especialista nessa área “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018, p. 19354).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a PrS, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

O Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) deve ter uma intervenção centrada na comunidade com vista à capacitação e ‘empowerment’ das mesmas na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PrS, Educação para a Saúde (EpS), manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010), o que vai ao encontro do definido pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) extensão e revisão 2020, cujas orientações prevêm, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação.

Segundo Pereira (2017) a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS. Um elemento primário na PrS é a EpS, explicada como uma ação usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que envolvem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.

A educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas, 2014).

O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida (Pereira, 2017). Assume-se não apenas como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis. É necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

Segundo Costa et al., (2014) não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para a pessoa, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que aquela pessoa sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de EpS. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença da pessoa proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre o seu comportamento e na adesão ao tratamento.

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia com a

progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

3 MÉTODO

A presente *Scoping Review* foi realizada seguindo o protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e teve como ponto de partida a questão: Quais as intervenções de enfermagem na Promoção da Saúde aos adultos com obesidade?. Foi desenvolvida com recurso a metodologia científica PCC em que (P) representa os participantes; (C) os conceitos e (C) o contexto. Teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com obesidade.

As palavras-chave definidas para a pesquisa foram *Nurs** (Enfermagem); *Health Promotion* (Promoção da Saúde) e *Obesity* (Obesidade), previamente validadas como descritores na plataforma *Mesh Browser 2020*.

Definiram-se critérios de inclusão e exclusão com o objetivo de inventariar a produção científica relacionada com a questão colocada. Deste modo foram definidos como critérios de inclusão: adultos com obesidade, entre os 19 e os 64 anos; a intervenção do enfermeiro no âmbito da Promoção da Saúde com a pessoa adulta em situação de obesidade, em cuidados de saúde primários; estudos qualitativos, quantitativos e mistos.

Nas pesquisas realizadas utilizaram-se como limitadores: Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; AB Resumo; Friso temporal da data de publicação: 01/08/2015 a 31/07/2020; Língua inglesa e portuguesa; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Faixas etárias: *Adult e middle aged*; Texto completo em PDF. As bases de dados utilizadas foram a *Ebsco (CINAHL complete; Medline complete; MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive)* e *pubmed*. O cruzamento das 3 palavras-chave resultou num total de 361 artigos (Tabela 1). Deste número, foram eliminados 3 artigos duplicados. Dos 358 artigos, 345 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 13 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 10 (Figura 1). Foram por isso selecionados 3 artigos, 1 de natureza quantitativa (Bevilaqua, Peloso & Marcon, 2016) e 2 de natureza qualitativa (Hruby et al., 2016; Braga et al., 2017).

Tabela 4
Resultados da pesquisa nas diferentes bases de dados

Bases de Dados	Plataforma EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	Medic Latina		
Descritores						
Nurs* (1)	1	1086	0	0	60	1147
Health Promotion (2)	0	133	0	0	19	152
Obesity (3)	0	278	0	0	66	344
1 e 2	0	15	0	0	1	16
1 e 3	0	11	0	0	2	13
2 e 3	0	2	0	0	3	5
1 e 2 e 3	0	1	0	0	0	1
1 e 2 ou 3	0	295	0	0	66	361
Total	1	1821	0	0	217	4078

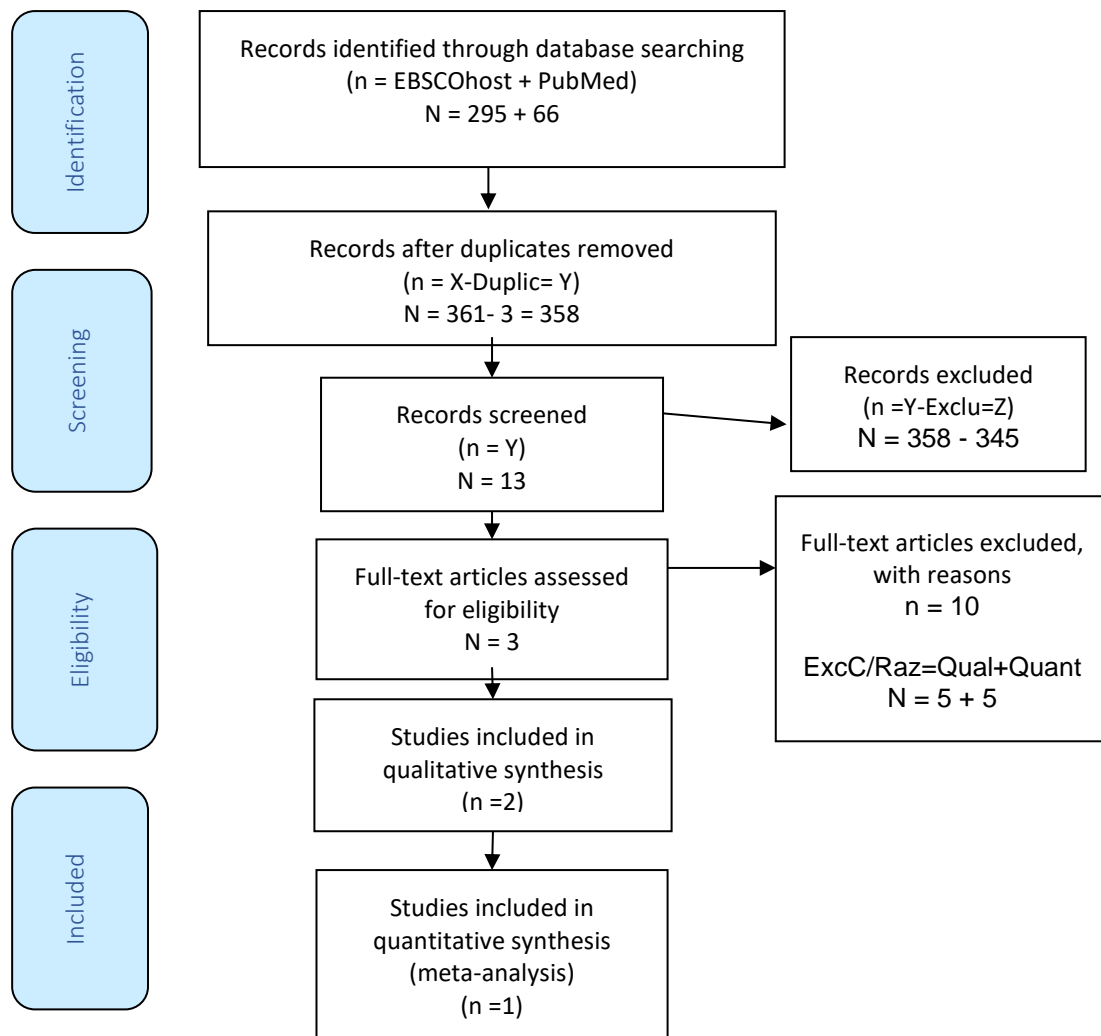


Figura 1: PRISMA 2009 Flow Diagram

4 RESULTADOS

A literatura documenta a eficácia terapêutica, a médio e longo prazo, de abordagens direcionadas ao estilo de vida na promoção de reduções ponderais na ordem dos 5 a 10% do peso inicial (Galani & Schneider, 2007). Esta afirmação é comprovada nos três artigos analisados, com destaque para a relevância da intervenção do enfermeiro nessas mudanças.

Segundo o artigo de Bevilaqua et al. (2016) o programa de intervenção de 16 semanas no âmbito da obesidade, que incorporou sessões de EpS ministradas por uma enfermeira, teve efeitos muito profícuos na melhoria da saúde dos adultos com obesidade do estudo em causa. Os resultados reforçam a importância da capacitação dos utentes através da EpS enquanto estratégia de PrS na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis. Estes achados vão ao encontro de Pereira (2017), que destaca ser necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, num processo contínuo e numa relação de confiança.

No mesmo artigo é referido que as sessões de EpS em grupo incidiam na modificação de estilo de vida, consistindo em temáticas como prática de exercício físico e orientação nutricional.

Estas temáticas vão ao encontro do que referem Hruby et al. (2016) relativamente aos fatores de risco e denotam a importância de ser esse o foco de temas a abordar nas sessões de EpS. Também Braga et al. (2017) corroboram que o conteúdo das intervenções de enfermagem deve incluir aspetos da alimentação preventiva da obesidade, importância da atividade física e hábitos alimentares saudáveis.

Segundo a OMS (2017) a educação e a informação são essenciais para que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente. Nos artigos de Braga et al. (2017) e de Bevilaqua et al. (2016) fica bem patente que a EpS é a variável mais forte na promoção da saúde para adultos com obesidade.

Braga et al. (2017) acrescentam que os resultados das intervenções dos enfermeiros são mais expressivos à medida que estas são mais prolongadas, mostrando que os impactos podem demorar a emergir, mas são efetivos, especialmente se as intervenções ocorrerem a longo prazo.

Também Bevilaqua et al. (2016) apontam nesse sentido, destacando que a inclusão de novos hábitos no quotidiano é indispensável para o sucesso de qualquer intervenção mas também para que os comportamentos decorrentes da intervenção e promotores de resultados positivos sejam mantidos a longo prazo.

Deste modo, o conhecimento é um fator mediador entre a atitude e a consciencialização. No artigo de Bevilaqua et al. (2016) é possível verificar que a gravidade percebida da doença está diretamente associada com a mudança de comportamento. O mesmo é corroborado por Osorio (2003) que, no modelo andragógico para a educação e formação de adultos, destaca logo em primeiro lugar a “necessidade de saber” realçando que o adulto tem necessidade de conhecer os motivos pelo qual deve aprender antes de se comprometer com a aprendizagem. O mesmo autor realça a importância da motivação para a aprendizagem, o que é também destacado por Bevilaqua et al. (2016) que referem que avaliar a motivação para a mudança de comportamento é importante, pois determina as reais possibilidades de que ela ocorra, na medida em que permite distinguir quais os indivíduos que estão dispostos a mudar o seu estilo de vida.

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e utente obeso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Tal como refere Amendoeira (2009), a pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico.

No artigo de Braga et al. (2017) é destacada a importância de acompanhamento e de incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutareos do adulto com obesidade, realçando que a habilidade na comunicação e a capacidade de promover vínculos com os utentes se constituem como fatores facilitadores para a abordagem dessas pessoas.

Os mesmos autores enaltecem que tais habilidades, inerentes à atuação do enfermeiro, sobretudo a comunicação, devem ser valorizadas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, indo de encontro ao previsto na Carta de Ottawa (1986) que destaca a Enfermagem Comunitária como uma área por excelência para a prestação de cuidados de PrS à pessoa, à família e comunidade.

Neste sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar.

Na sequência da análise dos três artigos, podemos inferir que é amplamente reconhecida a necessidade de adotar medidas multissetoriais que permitam uma redução da incidência do excesso de peso na população. Tal premissa coloca o EEECS como agente privilegiado na PrS da pessoa em situação de obesidade, através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda e EpS.

6 CONCLUSÃO

Capacitar grupos e comunidades no contexto da saúde é um desiderato desde 1986 (carta de Ottawa) (Melo, 2020).

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos,

2012).

Neste sentido, a PrS deve ser efetuada “pelo e com o povo” e não “sobre e para o povo”. A PrS prevê o início e conservação de comportamentos não só salutareos, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Dias, 2006).

O contributo da *Scoping Review* irá concorrer para uma prática de cuidados baseada na síntese da melhor evidência científica e, deste modo, contribuir para aumentar os ganhos em saúde dos indivíduos com obesidade, sendo a EpS uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários.

Se o enfermeiro tiver como referencial a melhor prática, a que é baseada na síntese da melhor evidência, na experiência profissional e no respeito pelos valores e referências das pessoas, poderá responder de modo efetivo às necessidades da população e conseguir melhores resultados sensíveis em enfermagem (Amendoeira, 2000).

7 REFERÊNCIAS

- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing*, pp. 8-14. Disponível em: <http://skat.ihmc.us/rid=1HVNTRWWM-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%2de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>
- Bevilaqua, C., Pelloso, S., Marcon, S. (2016). Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, pp. 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0549.2809>
- Braga, V., Jesus, M., Conz, C., Tavares, R., Silva, M., Merighi, M. (2017). Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. *Journal of School of Nursing*: University of São Paulo. 51, pp. 1-11. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017019203293>
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. e Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38, pp. 473-481.
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. IHMT/UNL. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servico-nacional-de-saude.pdf
- Galani, C., Schneider, H. (2007). Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. *Journal of Public Health*. 52 (6), pp. 348-359.
- Hruby, A., Manson, J., Qi, L., Malik, V., Rimm, E., Sun, Q., Willett, W. e Hu, F. (2016). Determinants and Consequences of Obesity. *Revista AJPH*. 106(9), pp. 1656-1662. doi:<https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303326>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Edições lidel.

- Morais, C. (2012). *Matrizes Conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. (Tese de mestrado em enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi91eOm-fXjAhVuilsKHRqRA1wQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24204%26code%3D688&usg=AOvVaw1k8lVqyN-cy8v49ysbBlvz>
- OECD (2019) *Health at a Glance 2019*. Disponível em <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos*. Divulgar. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-0517.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da saúde*. Otava, Canadá.
- Osorio, A. (2003). *Educação Permanente e Educação de Adultos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos. Lisboa, Portugal.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento em enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf.
- Regulamento nº 428/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>.
- World Health Organization (2017). *Health education*. Recuperado de http://www.who.int/topics/health_education/en/

ANEXO XXIV – Apresentação seminário intercalar

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária

Promoção da Saúde com Adultos em Situação de Obesidade

Autor: Maria Calado
Cooperante: [Redacted]
Professor: Pr [Redacted]

16 de outubro de 2020

Plano/Seminário

Objetivos do Seminário: Apresentar o trabalho em desenvolvimento, com base no projeto individual;
Partilhar experiências, numa perspetiva de interajuda, contribuindo para a superação de eventuais dificuldades;
Perpetuar a segunda fase da intervenção planeada, mobilizando a crítica intra grupo como estratégia de intervenção, numa lógica reflexiva;

Etapas	Conteúdos/Tópicos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	- Enquadramento da temática - Caracterização da comunidade	Método expositivo	- Estudante - Data show - Powerpoint	2 minutos
Desenvolvimento	- Planeamento em Saúde	Método expositivo	- Estudante - Data show - Powerpoint	7 minutos
Conclusão	- Outras atividades desenvolvidas	Método expositivo	- Estudante - Data show - Powerpoint	1 minuto

Local de estágio

ACES

Caraterização da Comunidade

Modelo Teórico de Betty Neuman

Subsistema Comunicação e Transportes	Subsistema Económico	Subsistema Educação	Subsistema de Recreação	Subsistema Religião	Subsistema Lda e Políticas	Subsistema Saúde e Segurança
- Cidades Várias AE - Linha interna de transportes públicos - Estação rodoviária e ferroviária - Praças de táxis - Estações de comboios - Pontos de telefone públicos	- Índice total de dependência 56,98% - 68% população ativa - Índice juvenil: 17% - Índice envelhecimento: 123,7%	- 3 agrupamentos de escolas - 40 estabelecimentos públicos e 11 privados	- Parques infantis, jardins e espaços verdes - percursos para caminhada - Pavilhões multimdesportivos - Campos de futebol - Piscinas municipais - 3 equipas musicológicas - 2 times de teatro - Auditório José Vaz - Casa da Cultura - Biblioteca Municipal - Museu de Arte Contemporânea - 50 coletividades desportivas - Estação de Rádio e Jornal	- Diferentes credos e religiões, fruto da multiculturalidade presente na região - Distância à religião cristã	- Vários IPS	- PSP - GAF - Proteção Civil - Diversas corporações bombeiras - Centro de Saúde (1) equipas de Saúde Familiar, uma UCC, uma equipa da Unidade de Saúde Pública, um SAU, um equipamento da Unidade de Apoio à Gerência - 11 clínicas privadas - 8 laboratórios analises clínicas - Um laboratório imagiologia - 8 farmácias

Planeamento em Saúde

Diagnóstico de Situação → Definição das Prioridades → Diagnóstico de Enfermagem Comunitária → OBESIDADE (CIFE)

Entrevistas a informantes chave - análise de conteúdo (Kvale, 2016);
Plano Local de Saúde do ACE;
Plano de Ação da UCC.

Hierarquização das necessidades: Método de Hanlon (Lewin, 1999)

"Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade" (RCEEECSP, 2018)

"Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade" (RCEEECSP, 2018)

(Imperatori e Giraldes, 1993; Nunes, 2016)

Enquadramento Teórico

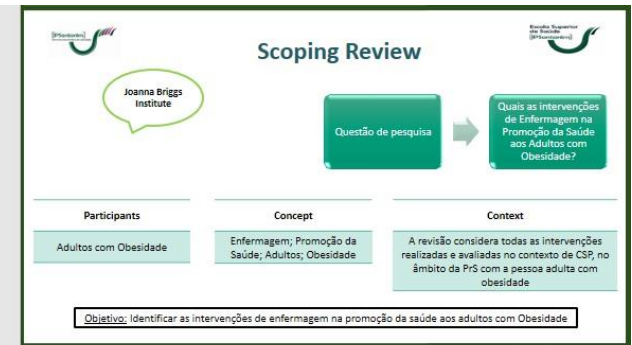
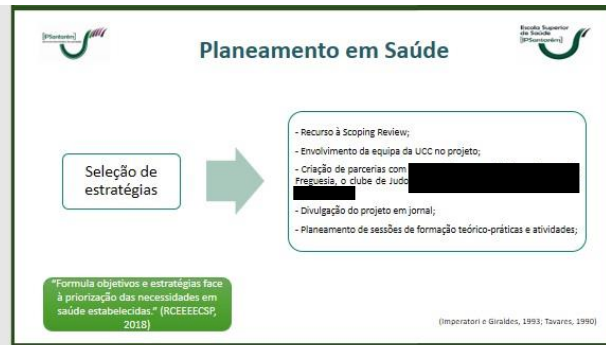
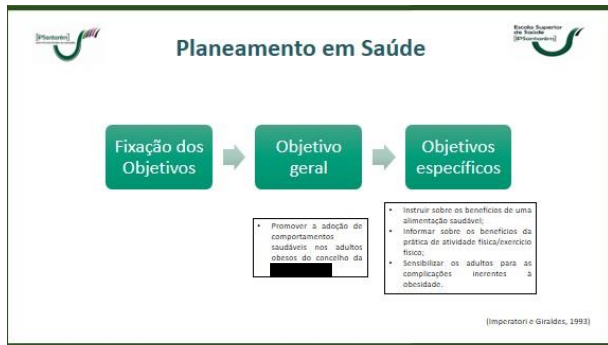
A obesidade como epidemia do século XXI (OMS) e a sua prevalência no mundo, em Portugal (dos, 2017) e no concelho [Redacted]

Modelo teórico de Betty Neuman (Neuman, 1995; Almeida, 2013; Freitas, 2004)

PROMOÇÃO DA SAÚDE (Pereira, 2017; Carta de Ottawa, 1986)

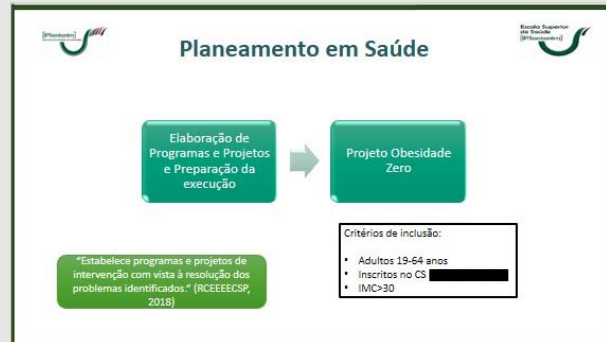
Educação para a saúde nos adultos (Pereira, 2017; Osorio, 2003)

A intervenção de enfermagem na promoção de conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis (Costa et al., 2014)



Contributos da Scoping Review

CONTRIBUTOS	Hruby et al. (2016) Artigo nº1	Braga et al. (2017) Artigo nº2	Berthelozzi et al. (2016) Artigo nº3
Eficácia terapêutica, a médio e longo prazo, de abordagens direcionadas ao estilo de vida.	X	X	X
Melhoria da saúde dos adultos com obesidade após programa de intervenção que incorporou sessões de EpS ministradas por enfermeiros.			X
Intervenções de enfermagem com incidência nos hábitos alimentares saudáveis e importância da atividade física.	X	X	X
A EpS é a variável mais forte na PrS para adultos com obesidade.		X	X



Planeamento de atividades

Temática	Objetivos	Estratégias	Indicadores	Metas
Sessão de Apresentação	- Conhecer o Projeto Obesidade Zero e todos os elementos do grupo; - Realizar a biopsiquiatria; - Preencher o Questionário de Percepção Alimentar e de Atividade Física.		- Taxa de realização das atividades, em cada sessão;	
O que é a Obesidade? Complicações da Obesidade	- Compreender o conceito de obesidade; - Identificar as causas da obesidade; - Conhecer as complicações da obesidade; - Compreender a importância de prevenir e tratar a obesidade.	- Atividades de grupo;	- Taxa de participação que avaliam as sessões;	Indicador de execução: 80%
Ativar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável	Em execução	- Fichas de avaliação de conhecimentos em cada sessão;	- Taxa de avaliação do desempenho do formato, segundo os participantes;	Indicador de satisfação: 80%
Ativar estilos de vida saudáveis: atividade física	Em execução	- Fichas de avaliação de sessões;	- Nº de partilhas de experiências na mudança de comportamento relativamente aos temas abordados em sessões;	
Controlada	Em execução		- Nº de contactos telefónicos semanais com os participantes;	
Atividade física: clube de Judo da Manha Grande	Em execução			
Efeitos psicológicos da obesidade: imagem corporal	Em execução			
Sessão final e que resultados?	Em execução			

ANEXO XXV – Apresentação seminário final

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária

Promoção da Saúde com Adultos em Situação de Obesidade

Autor: Maria Calado
Cooperante: [Redacted]
Professor: Pr [Redacted]

18 de dezembro de 2020

Plano/Seminário

Objetivos do Seminário: Apresentar resumidamente o trabalho desenvolvido durante o estágio; Refletir sobre as competências construídas nos diversos contextos da prática; Perspetivar a continuidade institucional do desenvolvimento do projeto iniciado.

Etapas	Conteúdos/tópicos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	Enquadramento da temática	Método expositivo	Estudante: Data show Powerpoint	2 minutos
Desenvolvimento	Planeamento em Saúde	Método expositivo	Estudante: Data show Powerpoint	7 minutos
Conclusão	Outras atividades desenvolvidas Considerações finais	Método expositivo	Estudante: Data show Powerpoint	1 minuto

Local de estágio

ACES

Planeamento em Saúde

Diagnóstico de Situação → Definição das Prioridades → Diagnóstico de Enfermagem Comunitária → OBESIDADE (CIV)

- Entrevistas a informantes chave – Análise de conteúdo (Yuan, 2016);
- Planeamento de Saúde do ACES;
- Plano de Ação da UCC.

Hierarquização das necessidades: Método de Nixson (Yuan, 1998)

“Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (RCEEECSP, 2018)

“Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (RCEEECSP, 2018)

(Imperatori e Giraldez, 1993; Nunes, 2016)

Enquadramento Teórico

A obesidade como epidemia do século XXI (costa) e a sua prevalência no mundo, em Portugal (Costa, 2017) e no concelho da [Redacted]

Modelo teórico de Betty Neuman (Neuman, 1995; Almeida, 2011; Fresso, 2004)

PROMOÇÃO DA SAÚDE (Pereira, 2017; Carta de Ottawa, 1986)

Educação para a saúde nos adultos (Pereira, 2017; Osorio, 2003)

A intervenção de enfermagem na promoção de conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis (Costa et al., 2014)

Planeamento em Saúde

Fixação dos Objetivos → Objetivo geral → Objetivos específicos

Autorização da Comissão de Ética do IPSantarém para a realização do estudo

- Promover a adoção de comportamentos saudáveis nos adultos obesos do concelho da [Redacted]

- Instruir sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- Informar sobre os benefícios da prática de atividade física/exercício físico;
- Sensibilizar os adultos para as complicações inerentes à obesidade.

(Imperatori e Giraldez, 1993)

Planeamento em Saúde

Seleção de estratégias

- Recurso a Scoping Review;
- Envolvimento da equipa da UCC no projeto;
- Criação de parcerias com a Freguesia, o clube de Judo e [redacted];
- Divulgação do projeto em jornal;
- Planeamento de sessões de formação teórico-práticas e atividades;

"Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas." (RCEEEESP, 2018)

(Imperatori e Giraldes, 1993; Tavaras, 1990)

7

Planeamento em Saúde

edição do dia 15 de outubro de 2020

8

Scoping Review

Joanna Briggs Institute

Questão de pesquisa → Quais as intervenções de Enfermagem na Promoção da saúde aos Adultos com Obesidade?

Participants	Concept	Context
Adultos com Obesidade	Enfermagem; Promoção de saúde; Adultos; Obesidade	A revisão considera todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto de CS9, no âmbito da PrS com a pessoa adulta com obesidade

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem na promoção da saúde aos adultos com Obesidade

9

Contributos da Scoping Review

CONTRIBUTOS	Hruby et al. (2016) Artigo nº1	Birago et al. (2017) Artigo nº2	Bonvillian et al. (2016) Artigo nº3
Eficácia terapêutica, a médio e longo prazo, de abordagens direcionadas ao estilo de vida.	x	x	x
Melhoria da saúde dos adultos com obesidade após programa de intervenção que incorporou sessões de EpS ministradas por enfermeiros.			x
Intervenções de enfermagem com incidência nos hábitos alimentares saudáveis e importância da atividade física.	x	x	x
A EpS é a variável mais forte na PrS para adultos com obesidade.		x	x

Planeamento em Saúde

Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da execução → Projeto Obesidade Zero

Crítérios de inclusão:

- Adultos 19-64 anos
- Inscrições no CS
- IMC>30

Sessão de apresentação: 8 de outubro
 1ª Sessão: "O que é a obesidade? Complicações da Obesidade" – 13 outubro
 2ª Sessão: "Adotar estilos de vida saudáveis: alimentação saudável" – 23 outubro → encaminhamento consultas nutrição
 3ª Sessão: "Adotar estilos de vidas saudáveis: atividade física" – 29 de outubro
 4ª Sessão: "Efeitos psicológicos da obesidade: imagem corporal" – 10 novembro
 Aula de Juro: 3 de novembro
 Caminhada: 6 de novembro

"Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados." (RCEEEESP, 2018)

Planeamento em Saúde

Execução

"Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania." (RCEEEESP, 2018)

"Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais." (RCEEEESP, 2018)

Planeamento em Saúde

Execução

"Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades." (RCEEECCSP, 2018)

13

Indicadores de Atividade

Avaliação

Indicadores de atividade	Metas	Resultados obtidos
Taxa de realização das atividades: $\frac{N^{\circ} \text{ de atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atividades programadas}} \times 100$	Realizar 80% das sessões	100%
Taxa de assiduidade dos participantes nas atividades: $\frac{N^{\circ} \text{ de participantes presentes nas atividades}}{N^{\circ} \text{ de participantes previstos nas atividades}} \times 100$	Obter 60% de assiduidade	85%
Taxa de avaliação das atividades, segundo os participantes (1 – nulo; 2 – fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 nas sessões}}{N^{\circ} \text{ de participantes a avaliar as sessões}} \times 100$	Obter 80% dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas	100%
Taxa de avaliação do desempenho do formador, segundo os participantes (1 – nulo; 2 – fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador}}{N^{\circ} \text{ total de participantes a avaliar o formador}} \times 100$	Obter 80% dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom	100%
Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador (1 – nulo; 2 – fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ de objetivos atingidos/avaliados em 4 e 5}}{N^{\circ} \text{ total de objetivos a atingir}} \times 100$	Obter 80% dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo formador	100%

14

Indicadores de Resultados

Avaliação

Indicadores de resultado	Metas	Resultados obtidos
Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas}} \times 100$	Obter 80% de respostas corretas nas sessões	90%
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da obesidade: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a obesidade}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a obesidade}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrassem conhecer a obesidade como problema de saúde pública mundial	93%
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a alimentação saudável: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre alimentação}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre alimentação}} \times 100$	Que 80% dos participantes saibam quais são os princípios de uma alimentação saudável	88%
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a importância da atividade física}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a importância da atividade física}} \times 100$	Que 80% dos participantes saibam a importância da atividade física na prevenção e controlo da obesidade	87,5%
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre as complicações mais associadas à obesidade: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre as complicações da obesidade}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre as complicações da obesidade}} \times 100$	Que 80% dos participantes conheçam as complicações mais comuns associadas à obesidade	92%

15

Planeamento em Saúde

Avaliação

QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÃO SUBJETIVA - AP2

1. Como tem estado em atividades MODERADAS que praticou nos últimos 7 dias. Atividades físicas MODERADAS incluem as atividades que exigem um grande esforço físico, tornando a respiração bastante difícil, mas que não causam desconforto generalizado nem dor. Exemplos: Dançar para o recreio, brincar ao ar livre, jogar futebol, etc.

2. No total, quanto tempo gastou em atividades físicas MODERADAS nos últimos 7 dias, habitualmente?

3. Agora, pense em todas as atividades MODERADAS que praticou nos últimos 7 dias. Atividade MODERADA refere-se a atividades que exigem um esforço físico moderado e que fazem

Lopes et al. (2017)

- Diminuição do número de horas em que os participantes permanecem sentados num dia de semana;
- Diminuição da atividade sedentária, paralela a um aumento do número de dias em que realizaram atividade física, com maior expressão nas atividades moderadas;

Planeamento em Saúde

Avaliação

QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÃO SUBJETIVA - AP2

Para responder às questões que se seguem, pense numa semana típica dos últimos 12 meses.

1. Com base nos seguintes sete aspectos (descreva cada um), avalie o grau em que mudou em relação ao período anterior (antes de iniciar o programa).

Aspecto	Muito menos	Menos	Não mudou	Mais	Muito mais
1. Consumo de frutas e legumes	1	2	3	4	5
2. Consumo de alimentos ricos em gordura saturada	1	2	3	4	5
3. Consumo de alimentos ricos em açúcar	1	2	3	4	5
4. Consumo de alimentos ricos em sal	1	2	3	4	5
5. Consumo de alimentos ricos em gordura trans	1	2	3	4	5
6. Consumo de alimentos ricos em gordura saturada e açúcar	1	2	3	4	5
7. Consumo de alimentos ricos em gordura saturada e sal	1	2	3	4	5

Lopes et al. (2017)

- Aumento da frequência semanal de consumo de frutas e legumes;
- Na bioimpedância final verifica-se ter havido uma diminuição da massa gorda em todos os elementos do grupo.

"Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados." (RCEEECCSP, 2018)

Outras atividades desenvolvidas

Preparação para o Nascimento

SAÚDE ESCOLAR

Reunião Conselho Especialistas de Saúde Mental

"Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde condcentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde." (RCEEECCSP, 2018)

"Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica." (RCEEECCSP, 2018)

