



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

**COIMBRA UNIDA PELO CORAÇÃO: EFETIVIDADE DE UM
PROJETO DE SENSIBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A PREVENÇÃO DA
DOENÇA CARDIOVASCULAR**

TÂNIA SOFIA MESQUITA RIBEIRO

Coimbra,
Agosto, 2022



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
IX CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**COIMBRA UNIDA PELO CORAÇÃO: EFETIVIDADE DE UM
PROJETO DE SENSIBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A PREVENÇÃO DA
DOENÇA CARDIOVASCULAR**

TÂNIA SOFIA MESQUITA RIBEIRO

Orientador: Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Enfermeira Filipa Homem

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau
de Mestre em
Enfermagem de Médico-cirúrgica

Coimbra,
Agosto, 2022

“Uma Enfermagem com mais Enfermagem... Com orgulho no que somos e com a noção que podemos ser significativos e que podemos ter impacte na saúde das pessoas.”

Abel Paiva

AGRADECIMENTO

A realização desta dissertação de mestrado marca o término de uma importante etapa da minha vida. Consciente de que este percurso não foi executado sozinha gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização.

Em primeiro lugar, ao Sr. Professor Doutor Paulo Alexandre, a quem expresso o meu profundo agradecimento pelo grande envolvimento neste trabalho e pela disponibilidade, compreensão e apoio em todos os momentos.

À minha coorientadora, Enfermeira Filipa Homem, pelo incentivo e colaboração ao longo de todo o percurso, principalmente por ter sido muito mais que uma coorientadora, mas sim uma amiga sempre presente.

A todas as pessoas e instituições envolvidas na execução da recolha de dados deste trabalho, pois sem a sua colaboração a execução do mesmo não estava assegurada. Com particular agradecimento a todos os profissionais e participantes envolvidos.

Agradeço aos meus pais, Paula Mesquita e Adérito Ribeiro e avós, por todo o carinho e amor a mim dedicados, esta conquista é nossa, pois estiveram ao meu lado como sempre e para sempre durante todo o caminho e que mesmo longe me incentivaram a iniciar este desafio.

Agradeço à minha restante família e amigos, pelo apoio e incentivo, mas sobretudo pela compreensão da minha ausência em diversos momentos. À Alexandra Borges, por acreditar em mim, pelo carinho, reforço positivo e colaboração contínua, à Luísa de Matos, pelo estímulo à auto-confiança e pela colaboração e sorrisos genuínos, à Inês Aleluia, por tornar leves as minhas tardes de dedicação à dissertação, à Sandra Rito, por ser um persistente incentivo para concluir esta etapa.

Por fim, e merecedora de especial destaque, à minha melhor amiga e irmã de coração Inês Simões, por continuar comigo ao longo desta trajetória que se iniciou quando nascemos e a quem estarei eternamente grata pelo apoio incondicional e pela presença constante neste desafio. As suas palavras de ânimo nos momentos mais difíceis foram fundamentais. É gratificante para mim poder dizer que a sua ajuda contribuiu muito para o meu sucesso.

A todos aqueles que não foram citados aqui mas que compõem a minha rede de apoio e participaram de alguma forma na elaboração desta dissertação.

A TODOS, O MEU MUITO OBRIGADA.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CS - Centro de Saúde

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CUpC – Coimbra Unida pelo Coração

DCV - Doença Cardiovascular

DIC - Doença Isquémica do Coração

DM - Diabetes *Mellitus*

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Fig. – Figura

FPC - Fundação Portuguesa de Cardiologia

HTA - Hipertensão arterial

IC - Insuficiência Cardíaca

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RCV - Risco Cardiovascular

SCORE – *Systematic Coronary Risk Evaluation*

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhado

DCV- Doença Cardiovascular

DGS - Direção Geral da Saúde

FRCV – Fatores de Risco Cardiovascular

HA - Hábitos alimentares

HTA - Hipertensão Arterial

HTA I - Hipertensão Arterial grau I

HTA II - Hipertensão Arterial grau II

HTA III - Hipertensão Arterial grau III

IMC - Índice de Massa Corporal

ISAK - Sociedade Internacional de Cineantropometria

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

RDHTA - Risco de Desenvolver Hipertensão Arterial

RDHTA 1 ano - Risco de Desenvolver Hipertensão Arterial em 1 ano

RDHTA 2 anos - Risco de Desenvolver Hipertensão Arterial em 2 anos

RDHTA 3 anos - Risco de Desenvolver Hipertensão Arterial em 3 anos

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TA - Tensão Arterial

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares são a principal causa de morte em toda a Europa e têm vindo a demonstrar uma importância enorme em Portugal. Relativamente à sua prevenção, é fundamental desenvolver ações que criem ambientes favoráveis à saúde. Assim, garantir os níveis de saúde da comunidade, passa pelas respostas de proximidade, como é o projeto “Coimbra Unida pelo Coração” (CUpC).

Os objetivos deste projeto, que abrange as pessoas incluídas no projeto em 2016, 2017 e 2018, são: identificar e analisar o perfil de saúde cardiovascular da população sujeita a intervenção; analisar a vigilância de saúde de acordo com o risco cardiovascular (RCV) da população sujeita a intervenção; analisar o acompanhamento das unidades funcionais dos Centros de Saúde das pessoas referenciadas sem vigilância de saúde adequada ao seu RCV e analisar a efetividade e o impacto do projeto CUpC.

Concluiu-se que este projeto teve impacto na saúde dos indivíduos, uma vez que uma parte substancial referiu ter alterado o seu estio de vida, hábitos alimentares, de exercício físico e realizam maior vigilância do seu estado de saúde. Comprovou-se a obtenção de ganhos em saúde decorrentes desta intervenção através da educação em saúde e identificação dos fatores de risco e conseqüente RCV. Os resultados deste estudo permitem ainda perceber que é emergente a promoção de uma maior consciencialização do estado de saúde dos indivíduos. Torna-se também evidente a necessidade de as autoridades de saúde desenvolverem estratégias para sensibilizar a população em geral quanto aos fatores de risco para a doença cardiovascular e promoverem medidas de estilo de vida adequadas e literacia em saúde. A introdução precoce e manutenção de medidas terapêuticas específicas é um desafio global que tem de ser mais amplamente abraçado por todos: profissionais de saúde, investigadores, decisores políticos e população em geral.

Palavras-Chave: enfermagem, hipertensão arterial, risco cardiovascular

ABSTRACT

Heart diseases are the leading cause of death throughout Europe and have been showing an enormous importance in Portugal. Regarding its prevention, it is essential to develop actions that create environments favorable to health. Thus, guaranteeing the health levels of the community involves proximity responses, such as the Coimbra Unida pelo Coração” (CUpC) project.

The objectives of this project, which covers people screened in 2016, 2017, and 2018, are to identify and analyze the cardiovascular health profile of the population subject to intervention; analyze the health surveillance according to heart disease risk (HDR) of the population subject to intervention; analyze the follow-up in the functional units of the health centers of people referred without adequate health surveillance according to their HDR; and analyze the effectiveness and impact of the CUpC project.

It was concluded that this project had an impact on the health of individuals, since a substantial part of them reported having changed their lifestyles, eating habits, physical exercise, and performed greater surveillance of their health status. There was evidence of health gains from this intervention through health education and identification of risk factors and consequent HDR. The results of this study also show that the promotion of a greater awareness of the health status of individuals is emerging. It is also evident the need for health authorities to develop strategies to screen the general population for risk factors for cardiovascular disease and to promote appropriate lifestyle measures and health literacy. The early introduction and maintenance of specific therapeutic measures is a global challenge that needs to be more widely embraced by all: health professionals, researchers, policy makers, and the general population.

Keywords: nursing, heart disease risk, high blood pressure

ÍNDICE

Agradecimento

Lista de Siglas e Abreviaturas.....	8
Resumo.....	10
Abstract	12
Índice.....	14
Lista de Tabelas.....	16
Introdução	18
Parte I - Enquadramento Teórico/Concetual.....	22
1. Doenças Cardiovasculares	24
1.1. Fatores de Risco Cardiovascular.....	27
2. Prevenção De Doenças Cardiovasculares.....	32
3. Vigilância em Saúde	34
3.1. Articulação dos Serviços de Saúde.....	34
3.2. Gestão da Doença Cardiovascular	36
3.3. Importância Da Sensibilização para a Prevenção de Doença Cardiovascular 38	
4. Projeto: “Coimbra Unida Pelo Coração”	40
Parte II - Enquadramento Metodológico.....	48
1. Metodologia De Investigação	50
1.1. Tipo de Estudo	51
1.2. Questão de Investigação	52
1.3. Objetivos.....	52
1.4. População e Amostra	53
1.5. Variáveis do Estudo	54
1.6. Instrumento de Colheita de Dados.....	56
1.7. Processo de Recolha de Dados	57

1.8. Processo de Tratamento de Dados	58
1.9. Procedimentos Formais e Éticos	58
Parte III - Apresentação, Análise E Discussão Dos Resultados	60
1. Apresentação e Análise Dos Resultados	62
1.1. Perfil De Saúde Cardiovascular Da População Sujeita A Intervenção.....	62
1.2. Caracterização Das Entrevistas.....	70
1.3. Estatística Inferencial.....	75
2. Discussão dos Resultados	88
2.1. Vigilância de saúde de acordo com o RCV da população entrevistada	92
2.2. O acompanhamento das unidades funcionais dos Centros de Saúde das pessoas entrevistadas	93
2.3. A efetividade/impacto do Projeto CUpC.....	94
Parte IV - Conclusão	96
Conclusão.....	98
Referências Bibliográficas	102
Apêndices.....	112
Apêndice I - Estudos analisados segundo <i>Joanna briggs institute</i>	114
Apêndice II - Instrumento de colheita de dados (Formulário)	124
Apêndice III - Formulário do Consentimento Informado	130
Anexos	132
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.....	134
Anexo II - Questionário utilizado na 1ª fase	136
Anexo III – Autorização da Comissão Nacional de Proteção de dados.....	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Vigilância de Saúde em função do RCV dos utentes abrangidos pelo projeto	44
Tabela 2 – Características de saúde dos utentes abrangidos pelo projeto.....	45
Tabela 3 – Critérios para Formulação da Questão de Investigação	52
Tabela 4 - Valores De Referência Das Diferentes Categorias Da HTA	56
Tabela 5 - Distribuição Da Amostra Segundo A Variável Faixa Idade.....	63
Tabela 6 - Distribuição Da Amostra Segundo O Ano De Intervenção	63
Tabela 7 - Distribuição Da Amostra Segundo A Variável Posto Temático.....	64
Tabela 8 - Distribuição Da Amostra Segundo As Unidades Funcionais	64
Tabela 9 - Distribuição Da Amostra Segundo A Variável Antecedentes Pessoais.....	65
Tabela 10 - Distribuição Da Amostra Por Classes De IMC	66
Tabela 11 - Distribuição Da Amostra Por Classes De HTA.....	66
Tabela 12 - Distribuição Da Amostra Por Categoria Da Glicémia.....	67
Tabela 13 - Distribuição Da Amostra Por Categoria Do Colesterol.....	67
Tabela 14 - Distribuição Da Amostra Por Categoria Do Risco Metabólico	68
Tabela 15 - Distribuição Da Amostra Por SCORE.....	69
Tabela 16 - Distribuição Da Amostra Por Score E Ano De Intervenção.....	69
Tabela 17 - Distribuição Da Amostra Por Vigilância De Saúde Adequada Ao Seu RCV	69
Tabela 18 - Género Dos Participantes.....	70
Tabela 19 - Dados De Frequência Sobre A Cor Atribuída Às Pessoas Entrevistadas....	70
Tabela 20 - Dados De Frequência Sobre Alteração Do Estilo De Vida Após Intervenção	71
Tabela 21 - Dados De Frequência Da Procura Por Serviços De Saúde	72

Tabela 22 - Dados De Frequência Do Contacto Pela Equipa De Saúde Familiar Para Uma Consulta No Seu Centro De Saúde	72
Tabela 23 - Periodicidade Da Vigilância No Centro De Saúde Depois Da Intervenção	73
Tabela 24 - Dados De Frequência De Alteração Do Estilo De Vida.....	74
Tabela 25 - Distribuição Da Classificação Da Intervenção	74
Tabela 26 - Descritivas Dos Aspetos De Melhoria Da Intervenção	75
Tabela 27 - Cruzamento Da Cor Real Atribuída Com A Cor Referida Pelo Indivíduo .	76
Tabela 28 - Cruzamento Da Cor Real Atribuída Com A Noção Do Significado Da Cor	76
Tabela 29 - Cruzamento Da Cor Real Atribuída Com A Vigilância Adequada Ao RCV	77
Tabela 30 - Cruzamento Da Vigilância Adequada Ao Rcv Com O Possível Contacto Pela Equipa De Saúde Familiar	77
Tabela 31 - Cruzamento Da Cor Real Atribuída Com A Periodicidade De Vigilância No Centro De Saúde Depois Da Intervenção	78
Tabela 32 - Cruzamento Da Vigilância Adequada Ao RCV Com A Procura De Serviços De Saúde Após A Intervenção	79
Tabela 33 - Cruzamento Da Cor Real Atribuída Com A Possível Mudança De Estilo De Vida.....	80
Tabela 34 - Cruzamento Da Possível Mudança De Estilo De Vida Com A Categoria De Glicémia E Categoria De Colesterol.....	82
Tabela 35 - Cruzamento Da Possível Mudança De Estilo De Vida Com A Categoria De Hipertensão Arterial.....	83
Tabela 36 - Cruzamento Da Possível Mudança De Estilo De Vida Com A Categoria De Índice De Massa Corporal.....	84
Tabela 37 - Cruzamento Da Possível Mudança De Estilo De Vida Com A Categoria De Risco Metabólico	85
Tabela 38 - Cruzamento Da Possível Mudança De Estilo De Vida Com A Categoria De Fumador	86

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte e internamentos hospitalares, bem como responsáveis pela incapacidade da população em toda a Europa (Perdigão, Rocha, Duarte, Santos & Macedo, 2011). Yang, Kim e Lee (2016) reforçam esta ideia e referem que as pessoas com baixos rendimentos são um grupo social vulnerável, porque vivenciam não só dificuldades económicas, mas também problemas de saúde, como DCV, relacionadas a comportamentos não saudáveis.

Os dados atuais sobre a morbimortalidade revelam um decréscimo da Doença Isquémica do Coração (DIC) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), contudo as DCV continuam a ser das primeiras causas de morte e doença em todo o mundo. Perante estes resultados, as Nações Unidas, associada às mais diversas Sociedades Científicas (*World Heart Federation, American Heart Association, American College of Cardiology Foundation, European Heart Network, and European Society of Cardiology*), definiram como objetivo a redução da mortalidade cardiovascular e dos fatores de risco a ela relacionadas em 25% até 2025 (Ministério da Saúde, 2017). O importante estudo *Interheart* (2004), desenvolvido em 50 países, permitiu identificar alguns fatores de RCV que explicam mais de 80% dos casos de DIC, são eles o tabagismo, a Hipertensão Arterial (HTA), a Diabetes *Mellitus* (DM), a obesidade abdominal, os fatores psicossociais e o sedentarismo (DGS, 2005; Kivimaki et al., 2009; Yusuf et al., 2004). De acordo com Perdigão et al. (2011), a taxa de mortalidade cardiovascular, que varia com a idade, sexo, condição socioeconómica, entre outros fatores, tem diminuído nos últimos anos em Portugal, tendo contribuído para esta diminuição as alterações dos estilos de vida, como é o caso do tabagismo, tensão arterial e colesterol. Também em Portugal, as DCV são a principal causa de morte, tendo sido responsáveis em 2015 por 32.443 óbitos (INE, 2017), apesar do significativo decréscimo (DGS, 2015).

Os principais fatores de risco que contribuem para a mortalidade global são o tabagismo, a pressão arterial sistólica elevada, a hipercolesterolemia, a glicose plasmática em jejum elevada, assim como o elevado índice de massa corporal (IMC) (Pimenta & Caldeira, 2014; van Bussel et al., 2018). Todos são potencialmente suscetíveis e favoráveis ao

aparecimento de DCV (Farrel & Keeping-Birke, 2014; Jennings & Astin, 2017; Savolainen et al., 2015).

Segundo o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (2011), o enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, possui as competências necessárias para dotar os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a tomar decisões adequadas ao seu estilo de vida. O exercício da enfermagem tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (OE, 2011). Segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2018), o enfermeiro cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica cuida da pessoa, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Neste sentido, o enfermeiro assume um papel de extrema importância no desenvolvimento da investigação em Enfermagem, com relevância no Enfermeiro Mestre, que continua para o 2º ciclo de estudos de acordo com a organização de ciclos de estudo do ensino superior na declaração de Bolonha. O artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro (2005), refere que o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem. Estes deveres assentam em valores universais e em princípios orientadores da atividade do enfermeiro (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A maior parte das soluções para garantir os níveis de saúde da comunidade passam pelas respostas de proximidade, como a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), sendo que estes são os que apresentam maior proximidade ao indivíduo, família e comunidade, o que permite a assistência na saúde mais próxima dos locais onde a população vive e trabalha (Bessa, Mesquita, & Stipp, 2016; Durlak, 2018; Jørstad et al., 2016; Lieshout et al., 2016).

O projeto CUpC surgiu em 2016 na parceria de todos os serviços de cardiologia e cirurgia cardiotorácia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e todas as Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC) de Coimbra e vários parceiros comunitários, no sentido de prevenir a doença cardiovascular do cidadão desta cidade.

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão orientadora da presente investigação: “Qual a efetividade do projeto “Coimbra Unida pelo Coração” na sensibilização do RCV a indivíduos adultos?”.

Assim, os objetivos deste projeto, que abrange as pessoas incluídas no projeto em 2016, 2017 e 2018, são:

- Identificar e analisar o perfil de saúde cardiovascular da população sujeita a intervenção;
- Analisar a vigilância de saúde de acordo com o RCV da população sujeita a intervenção;
- Analisar o acompanhamento das unidades funcionais dos CS (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Familiar (USF)) das pessoas entrevistadas;
- Analisar a efetividade/impacto do projeto CUpC.

De forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos delineados, realizou-se um estudo descritivo e longitudinal de abordagem quantitativa.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes: enquadramento teórico, onde irei abordar as temáticas da DCV e os seus fatores de risco; a prevenção destas mesmas doenças bem como a vigilância em saúde nomeadamente a articulação dos serviços de saúde; a gestão da DCV e a importância da sensibilização para a prevenção da DCV e por fim ainda neste capítulo irei abordar o conceito do projeto “Coimbra Unida pelo Coração”; a segunda parte, onde irei abordar todo o enquadramento metodológico, nomeadamente a metodologia de investigação e por fim apresentação, discussão e análise dos resultados, nomeadamente a vigilância de saúde de acordo com o RCV da população entrevistada, acompanhamento das unidades funcionais dos centros de saúde das pessoas entrevistadas e a efetividade/impacto do projeto CUpC.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL

1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Para o desenvolvimento deste estudo, foi necessária a realização de uma revisão integrativa da literatura, com o intuito de analisar o estado de arte e fundamentar a esta temática.

Neste contexto, foi realizada a pesquisa em dezembro de 2018, através da plataforma EBSCO com interface de pesquisa para diversas bases de dados (CINAHL; MEDLINE; MedicLatina; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*), SCIELO e RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal). No sentido de refinar as pesquisas, foi utilizado o método PICO para descrever todos os componentes relacionados com a problemática, tendo sido estruturada a seguinte questão de pesquisa: “Qual a efetividade de programas de rastreio/sensibilização do RCV a indivíduos adultos?”. Para tal, foram selecionados os seguintes descritores em saúde e palavras-chave conjugados pelos seguintes operadores booleanos: *cardiovascular AND risk factors AND prevention AND nurs* AND health AND care*.

Para seleção dos resultados, foram considerados os respetivos critérios de inclusão: artigos de cariz científico, publicados no horizonte temporal de cinco anos na pesquisa (2013-2018); estudos disponíveis na versão integral, em língua inglesa, espanhola ou portuguesa e serem de cariz interventivo com população adulta. No total foram obtidos oitenta e um artigos que, após a avaliação independente dos títulos dos estudos potencialmente relevantes, foram reduzidos a vinte e seis, e que após a leitura dos *abstracts* foram selecionados catorze artigos para leitura integral. Com base na leitura integral, foram selecionados para análise, quatro artigos que preenchiam os critérios de seleção mencionados. Todos os restantes artigos foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão, serem artigos repetidos e/ou não adequados à temática. Os quatro artigos selecionados encontram-se analisados no Apêndice I, e de forma a justificar a temática selecionada, procede-se à interpretação dos estudos selecionados.

O estudo 1 refere que os profissionais de saúde do Congo, apresentam uma necessidade crescente de formação relativa à área dos fatores de risco cardiovascular (FRCV), por forma a prestarem cuidados de saúde adequados nesta área à sua população (Aimée et al.,

2015)Relativamente aos estudos 2 e 3 podemos inferir que os ensinos e aconselhamento sobre os FRCV, realizados pelo enfermeiro, revelaram-se eficientes na diminuição dos FRCV na população em estudo (Soon, Shin & Seung, 2016; Vilchez, Paravic, Salazar & Sáez, 2015).

No estudo 4, foi possível verificar que, no sentido de diminuir o tempo de espera nos CSP e dar resposta aos utentes relativamente às suas necessidades, foi elaborado um *software* integrado na rede de CSP, sendo este possível de aceder em qualquer lugar. Todos os participantes deste estudo (utilizadores) descreveram o papel da tecnologia, como sendo fundamental na sua vida quotidiana e útil para rastrear e interpretar informações médicas pessoais e como uma ferramenta muito vantajosa para melhorar os seus estilos de vida (Neubeck et al.,_2016).

Face ao exposto e devido à pouca literatura existente sobre projetos de intervenção na prevenção da DCV, considera-se pertinente a avaliação da efetividade do projeto “Coimbra Unida pelo Coração”, pois segundo as recomendações de Bolso da ESC – prevenção da DCV (2021), a DCV está a diminuir, mas ainda constitui uma causa significativa de morbilidade e de mortalidade e este diz-nos que a forma mais importante de prevenir esta doença é efetivamente a promoção de um estilo de vida saudável e em todas as intervenções, a melhoria da motivação e a estimulação à adesão são essenciais.

as taxas de mortalidade por doença coronária podem ser reduzidas para metade se houvesse uma redução efetiva dos fatores de risco. E esta redução do RCV na população possibilitaria uma poupança de € 40 milhões por ano num único país da Europa. Sabe-se que, nas últimas décadas, a maior parte a redução da mortalidade cardiovascular foi atribuída a alterações dos FRCV (redução dos níveis do colesterol, da pressão arterial e do tabagismo). Esta tendência favorável é parcialmente compensada por um aumento de outros FRCV, em especial a obesidade e a DM tipo 2.

As DCV's são consideradas distúrbios do coração e vasos sanguíneos que incluem doenças: coronárias, cerebrovascular, cardíacas reumáticas, entre outras. Segundo o relatório da *European Health Report* (2018), os indivíduos com risco de desenvolver DCV podem apresentar aumento da pressão arterial, glicose, lipídios e obesidade, sendo que são fatores facilmente medidos e avaliados nos CSP. Após a sua avaliação, é fundamental identificar aqueles com maior risco de desenvolver DCV e garantir que têm vigilância e tratamento adequado, de modo a prevenir mortes prematuras (WHO, 2018).

As DCV, têm vindo a demonstrar uma crescente importância em Portugal nos últimos anos, uma vez que anualmente morrem aproximadamente 334 pessoas por cada 1000 habitantes por a DCV (INE, 2020). Apesar de nos últimos anos haver evidência de uma ligeira redução da mortalidade devida a AVC e enfartes agudos do miocárdio (EAM), está a ocorrer um aumento dos casos de Insuficiência Cardíaca (IC). No seu conjunto, as DCV são responsáveis por mais de um terço de toda a mortalidade da população portuguesa (Carrajeta, 2018).

Relativamente à prevenção das DCV, é fundamental desenvolver ações que criem ambientes favoráveis à saúde. Neste sentido, foram já desenvolvidos programas de intervenção comunitária em diferentes países, desde o início da década de 70, com o objetivo de modificar FRCV e diminuir a morbimortalidade causadas por estas doenças. É de destacar, nestas experiências, a importância de uma vigilância adequada dos FRCV por forma a desenvolver ações que modifiquem os comportamentos e estilos de vida dos indivíduos.

Segundo Piepoli et al., (2016), não são apenas os fatores de risco predominantes que levam à preocupação dos profissionais, mas também as medidas preventivas para os mesmos. Pois, como o mesmo refere, as desigualdades entre países, ainda persistem, particularmente a obesidade e a DM, que aumentaram substancialmente. Se a prevenção fosse praticada conforme as diretrizes, nomeadamente a educação para a saúde com enfoque nos estilos de vida saudáveis, bem como a monitorização da evolução dos fatores de risco, a prevalência de DCV reduziria acentuadamente.

Sabe-se que a DCV aterosclerótica é a causa principal de morte precoce a nível mundial e afeta tanto os homens como as mulheres antes dos 75 anos. Isto é um dos factos relevantes na prevenção da DCV para a prática clínica, pois é importante que o RCV seja avaliado de forma contínua ao longo da vida, pois tanto este como a prevenção são elementos dinâmicos que evoluem com a idade do doente e/ou com as comorbilidades acumuladas. Assim, os profissionais de saúde têm um papel importante em assegurar esta abordagem constante na sua prática clínica (ESC, 2016).

1.1. Fatores de Risco Cardiovascular

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a promoção da saúde como estratégia mais rentável, para reduzir a maioria dos fatores de risco, comuns às mais prevalentes doenças não-transmissíveis e de evolução prolongada e incapacitante (DGS, 2013).

São vários os fatores que influenciam a forma como vivemos e, conseqüentemente, o nosso estado de saúde. O estado de saúde resulta, assim, de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais.

Os Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV) podem ser classificados em dois tipos: modificáveis e não modificáveis. Os FRCV são aqueles que, numa perspetiva de prevenção, não são passíveis de intervenção, nomeadamente a idade, o género, a etnia, a história pessoal e familiar de doença cardiovascular. Os FRCV modificáveis podem ser alvo de intervenção e ser corrigidos, nomeadamente o tabagismo, a alimentação, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, os fatores psicossociais, a hipertensão arterial (HTA), a dislipidemia, a diabetes *mellitus* (DM), a obesidade e as alterações do sono. As DCV têm normalmente uma base aterosclerótica, e estão associadas a múltiplos fatores de risco que podem ser divididos, segundo a Carta Europeia para a Saúde do Coração (2019), em três categorias: biológicos, determinantes do estilo de vida, e outros determinantes que podem ser fixos ou modificáveis. Os primeiros referem-se à HTA, hiperglicemias, hipercolesterolemia e obesidade, a segunda refere-se ao tabagismo, dieta pouco saudável, consumo excessivo de álcool e sedentarismo, por fim, quanto ao último, este refere-se a rendimentos, educação, condições de vida, condições de trabalho, sexo, idade, etnia e genética (Leite, 2014).

Neste seguimento, torna-se importante esmiuçar um pouco dos fatores de risco que consideramos mais pertinentes a serem abordados.

A obesidade e o excesso de peso, devem-se aos estilos de vida pouco saudáveis dos tempos modernos, como é o exemplo da falta de exercício físico, baixo consumo de legumes e frutas, consumo de refrigerantes e de refeições pré-cozinhadas, que são os fatores que mais têm contribuído para esta epidemia no mundo inteiro (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016). A prevalência da obesidade na população portuguesa é crescente, pois no país existem cerca de 1 milhão de adultos obesos e 3.5 milhões de pré-obesos. Segundo Ministério da Saúde (2018) (Retrato da Saúde), refere que indivíduos com excesso de peso têm maior risco de consumo excessivo de sódio e de

ácidos gordos saturados, e estes hábitos alimentares inadequados contribuem para a perda de 15.40% dos anos de vida saudável na população portuguesa.

Também, no segundo Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) estimou-se que: 5.9 Milhões de portugueses apresentam excesso de peso e que apenas 41.80% dos cidadãos apresenta uma prática regular de atividade física, desportiva e/ou de lazer programada (Ministério da Saúde, 2018).

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morte prematura, por cancro, doenças respiratórias e cardiovasculares. Segundo o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, em Portugal, o tabaco mata uma em cada quatro indivíduos no grupo dos 50–59 anos (Ministério da Saúde, 2018).

Um estudo desenvolvido em 2016 com o objetivo de analisar a associação entre o tabagismo e o risco coronário numa coorte de pacientes 35–74 anos de idade, seguido por 10 anos, conclui que fumar duplica o risco de eventos coronários. Refere ainda, que os CSP devem manter o seu compromisso de investigar estratégias em busca da facilitação da cessação do tabagismo (Caballero et al., 2016).

Segundo a DGS (2013), a HTA, é também em Portugal, uma doença que prevalece desde há muito tempo com níveis de conhecimento, tratamento e controlo da mesma, muito longe dos objetivos que são os ideais para um estilo de vida saudável. Para além disso, a quantidade de sal consumida é sensivelmente o dobro daquela que é recomendada pela OMS (5g/dia). Por esta razão, torna-se urgente começar a reduzir, de forma progressiva, a quantidade de sal na alimentação.

A hipercolesterolemia é gordura acumulada nas paredes das artérias, que pode conduzir à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo (FPC, s.d). De acordo com a mesma fonte, a dislipidemia, é considerada um dos fatores de risco da aterosclerose, e responsável pela principal causa de morte nos países desenvolvidos, incluindo Portugal.

A DM, caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia), para além de ser uma doença, constitui também um importante FRCV, tendo a incidência da mesma vindo a aumentar, associada a fatores genéticos, ambientais e devido a hábitos de vida pouco saudáveis. De acordo com o Programa Nacional para a Diabetes (2017), a prevalência desta doença no nosso país foi de 13,3%, estimando-se que 44% da população não está ainda diagnosticada (DGS, 2017).

Neste sentido, torna-se urgente a mudança, por forma a alterar os fatores modificáveis, transformando os comportamentos de risco em estilos de vida mais saudáveis (Ministério da Saúde, 2018).

Num dos estudos analisados, podemos concluir que programas de prevenção de FRCV com uma enfermeira que presta cuidados personalizados (10 sessões presenciais e 5 telefónicas) torna-se mais eficaz na mudança de comportamentos de risco do que um programa de prevenção do RCV geral. Foi, assim possível diminuir o RCV a 10 anos (Soon, Shin, & Seung, 2016). Um outro estudo, também demonstrou que os ensinamentos para redução/modificação dos FRCV são eficazes (Vilchez, Paravic, Salazar, & Sáez, 2015).

Assim, a promoção da saúde deve ser vista de uma forma ampla e não apenas como a prevenção da doença, ou seja, melhorar a condição de saúde, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. Os CSP são o primeiro nível de contato das comunidades/indivíduos com o sistema de saúde, logo a sua articulação com outros níveis do sistema é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados.

Segundo a Comissão para as recomendações Práticas para melhorar a qualidade da prática clínica e o tratamento dos doentes da Europa (2016), existem algumas recomendações para a população a nível da prevenção das DCV, tais como: abordagens sobre a dieta em função da população, como a reformulação e limitações de marketing e impostos sobre os alimentos não saudáveis, subsídios ao custo de alimentos mais saudáveis e rotulagem apelativa ao consumidor sobre hábitos de nutrição beneficiarão a escolha de alimentos saudáveis, criar também ambientes saudáveis na comunidade, nas escolas e nos locais de trabalho estimularão um estilo de vida saudável; abordagens sobre a atividade física em função da população, pois como é sabido o estilo de vida sedentário e a inatividade física afetam mais do que metade da população em todo o mundo, então recomenda-se uma atividade física regular em todos os homens e mulheres como parte integrante do estilo de vida com pelo menos 150 minutos de atividade moderada por semana ou pelo menos 75 minutos de atividade intensa por semana ou uma combinação equivalente de ambas, as unidades funcionais tem um papel muito importante relativamente a estas abordagens pois têm intervenções em função da população a nível da promoção da atividade física, como a instrução precoce na infância sobre esta temática e sobre o movimento deve começar na pré-escola/jardim infantil; abordagens em função da população sobre o tabagismo e outras formas de utilização do tabaco, o estabelecimento de impostos elevados sobre os produtos derivados do tabaco é a medida política mais efetiva para

reduzir a adesão ao tabagismo por parte dos jovens, pois a adolescência é o período mais vulnerável para a adesão ao tabagismo com consequências para o resto da vida, por isso uma das metas seria tomar uma decisão a nível europeu para conseguir uma Europa sem tabagismo a partir de 2030. Também a abordagem de uma proteção ao abuso do álcool se torna importante para a promoção da saúde, pois o excessivo consumo de álcool está associado ao aumento da mortalidade, sendo a segunda maior causa de DALYs (anos de vida ajustados por incapacidade) perdidos nos países de elevado rendimento. As intervenções na abordagem do efeito prejudicial do álcool são custo-efetivas com bom retorno, por exemplo, aumentando os impostos sobre bebidas alcoólicas, restringindo o acesso às bebidas alcoólicas e implementando restrições e proibições abrangentes sobre a publicidade e promoção de bebidas alcoólicas. Segundo as recomendações, também o próprio ambiente envolvente tem influência no estilo de vida saudável, pois a poluição atmosférica contribui para o risco de doenças respiratórias e DCV, sendo que as fontes importantes de partículas finas na União Europeia (UE) são o tráfego rodoviário motorizado, as fábricas e o aquecimento industrial e residencial a óleo, carvão ou madeira. Cerca de um terço de europeus residentes nas áreas urbanas estão expostos a níveis que excedem os padrões da qualidade do ar na UE. Os jovens e os idosos e os indivíduos com um risco elevado de desenvolver DCV são mais propensos aos efeitos prejudiciais da poluição atmosférica na circulação e no coração. Neste sentido, as várias associações, como são o exemplo das associações de doentes e os profissionais de saúde têm um papel importante ao apoiar uma política de iniciativas formativas e ao desenvolver uma voz forte na chamada para o apelo de ação a nível governamental. A prevenção das DCV nos cuidados de saúde primários deve ser proporcionada em todos os contextos dos cuidados de saúde, pois quando é adequado, todos os profissionais de saúde devem avaliar os FRCV para determinar o score do mesmo a nível global individual. Os profissionais de saúde devem trabalhar em equipa para proporcionar cuidados efetivos multidisciplinares.

2. PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Ao analisar-se o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 (extensão a 2020), verifica-se que entre as prioridades estabelecidas se encontram, por um lado, as DCV – com objetivo de intervenção na prevenção, tratamento, reabilitação e promoção de estilos de vida saudáveis e, por outro lado, a equidade no acesso e distribuição da saúde (Direcção-Geral de Saúde [DGS], 2015).

A prevenção das DCV é definida como um conjunto coordenado de ações, implementadas ao nível da população ou direcionadas a um indivíduo, que visam eliminar ou minimizar o impacto, consequências e limitações relacionadas com as DCV (European Society of Cardiology, 2016).

Segundo o Diário da República nº 250, Série I (2014), o enfoque da intervenção preventiva é centrado na avaliação do risco de ocorrência de uma doença, a operacionalizar em três níveis de intervenção, segundo a população alvo:

- Universal - Dirigida à população em geral ou subgrupos da população. Não é avaliado o grau de risco dos indivíduos ou grupos, sendo este desconhecido ou variável. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco.
- Seletiva - Dirigida a grupos que partilham fatores de risco, sendo o nível do risco variável entre os indivíduos. O nível de risco dos grupos pode ser delimitado em função de indicadores sociodemográficos e contextuais. O risco é avaliado em função dos fatores que o grupo apresenta em relação a um determinado fator de risco.
- Indicada – Definida, tendo em consideração a avaliação do risco individual, é dirigida a Indivíduos que apresentam alguns fatores de risco ou sintomas que sugerem uma perturbação.

Um dos objetivos deste tipo de estruturas é, exatamente, diminuir a morbilidade e a mortalidade por DCV através da redução dos FRCV nas comunidades, através da educação em saúde e das estruturas existentes na comunidade (Ribeiro, Cotta, & Ribeiro, 2012) Num dos estudos analisados (4) foi desenvolvido um *software* que se mostrou eficaz

e útil na avaliação e resposta às necessidades do utilizador e por isso foi integrado na rede de cuidados de saúde primários da Austrália (Neubeck et al., 2016).

A educação para a saúde torna-se importante na sociedade moderna, uma vez que nenhuma sociedade será globalmente saudável se não estiver esclarecida dos fatores de risco possíveis de influenciar o aparecimento de doenças e consequente perda da qualidade de vida. Assim, a educação para a saúde reflete o seu objetivo através da transmissão adequada de informação ao indivíduo/comunidade, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção da doença (Peixoto, 2013 cit. por Correia, 2016).

Atualmente intervenções de enfermagem realizadas em instituições de saúde estão relacionadas com a modificação de FRCV, e, portanto, de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis. Através da educação em saúde é possível capacitar o indivíduo/comunidade para não perder a sua autonomia e analisar e mudar os seus comportamentos (Estrada & Ortega, 2017).

A educação para a saúde é uma parte vital da enfermagem. Deve ser um processo holístico, porque pretende promover a saúde e prevenir a doença da pessoa, grupo ou comunidade, procura também promover o espírito crítico da pessoa por forma a que esta adote comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Sebastião, 2012).

3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Torna-se importante definir o conceito de vigilância, para abordar esta temática neste capítulo. Segundo Waldman (1998), vigilância é a observação contínua das incidências de doenças mediante uma colheita de dados.

3.1. Articulação dos Serviços de Saúde

De uma forma geral, as instituições de saúde apresentam como missão a eficiência dos serviços e a satisfação dos clientes, e para isso são necessárias estratégias para a articulação entre os CSP e os Hospitais.

Enquanto um dos objetivos dos hospitais é orientar a sua prestação de cuidados para o cidadão, promovendo a articulação mais eficaz com os CSP, o objetivo primeiro dos CSP é o de procurar o melhor nível de saúde da população na área geográfica que tem a seu cargo.

Neste seguimento, é possível inferir que a articulação dos cuidados de saúde é fundamental na racionalização e potencialização dos recursos existentes. E nesta perspectiva, torna-se necessário não nos esquecermos do grande objetivo desta articulação, que são os ganhos em saúde para todos os cidadãos que apresentam uma eficaz continuidade dos cuidados que necessitam.

Segundo Monte e Torres (2011), ao analisar a situação económico-financeira entre os CSP e os hospitais, deve ter-se em conta as atividades desenvolvidas e avaliar como se relacionam entre si. E por isso, existem algumas variáveis a termos em conta, são elas, a promoção da saúde (no que se refere a prevenção da doença) ao nível dos CSP e o empenho dos hospitais em procurarem serem mais produtivos, no que respeita à eficiência e esforço de redução de custos. Assim, a continuidade dos cuidados depende do esforço de coordenação, ou seja, da referenciação de ambos os agentes, CSP e hospitais.

As entidades prestadoras de serviços de saúde desenvolveram de forma íntegra e sistémica a sua capacidade de oferta, maximizando os seus resultados e uma melhoria na satisfação dos seus clientes, devido ao facto da existência de mudanças relativas ao

processo de procura de serviços por parte dos clientes. E por isso tem-se verificado bastantes mudanças tanto do lado da oferta como da procura de serviços de saúde.

Neste contexto, sabemos que a reforma estrutural do sector da saúde, em que é constituído nomeadamente por CSP e hospitais, os cuidados prestados devem ser adequados às necessidades reais da população a que prestam serviços. Como existem vários tipos de prestadores de cuidados de saúde, cada uma com a sua especificidade, torna-se importante assegurar a referenciação eficaz dos clientes dentro do sistema de saúde, procurando desta forma articular e interligar os CSP e os hospitais, por forma a promover a complementaridade e aumentar a rentabilidade dos mesmos, com redução dos custos.

Neste contexto, surgiram várias políticas com o objetivo de promover a articulação das instituições de saúde, no que se refere à otimização dos cuidados, como foi o exemplo da criação de Unidades de Saúde. Com o Decreto-Lei nº 28/2008, o governo pretendeu reestruturar os Centros de Saúde criando os ACES, serviços públicos de saúde, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais. Este é composto, nos seus órgãos, por um diretor executivo, um conselho clínico e um conselho na comunidade, e a sua estrutura é composta por 5 unidades funcionais, são elas: a UCC que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, a USF, tem autonomia funcional e técnica, que se traduz na contratualização de objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços, a Unidade de UCSP, estes tem estrutura idêntica à USF e presta ainda cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, a Unidade de Saúde Pública (USP) à qual compete gerar e elaborar programas no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde e ainda uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

Esta articulação torna-se importante, dado que a afluência dos clientes que recorrem aos serviços de urgência hospitalares é muita, e sabendo que a maior parte deles não se

encontra a vivenciar nenhuma situação de emergência, este facto, tem provocado o congestionamento destes serviços, condicionando desta forma a qualidade de cuidados de saúde prestados, assim torna-se importante refletir e analisar esta articulação e a sua importância na prestação de cuidados de saúde eficientes e eficazes para os clientes e assim, conseguirmos ganhos em saúde. Segundo Monte e Torres (2011), se aumentassem o número de consultas nos CSP, iria diminuir o número de consultas nos serviços de urgência dos hospitais e vice-versa.

3.2. Gestão da Doença Cardiovascular

Quando abordamos o tema relativo à gestão das DCV, este pressupõe a implementação de intervenções de promoção da saúde, dirigidas a mais do que um fator de risco ao mesmo tempo. No entanto, no estudo desenvolvido por Uthman e colaboradores (2015), com o objetivo de determinar a eficácia da intervenção na modificação dos principais FRCV para a prevenção primária de DCV, foi possível identificar a evidência de que pode reduzir os níveis de pressão arterial, índice de massa corporal, entre outros.

Segundo um documento da Ordem dos enfermeiros (2022) sobre a consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular, este recomenda medidas educacionais sustentadas, por forma a assegurar as mudanças positivas no estilo de vida destas pessoas, e é neste contexto que a enfermagem assume um papel influente. Pois é ao enfermeiro que cabe a responsabilidade de capacitar a pessoa para a aceitação do seu estado de saúde, assim como para a sua consciencialização da relação entre o estilo de vida e a progressão da sua doença cardiovascular, e assim o enfermeiro garante um processo de transição saúde-doença adequado bem como um processo de transição saúde-doença do utente e sua família. Nesta fase, também a articulação entre os CSP e CSD, possuem um papel de grande importância, no que concerne à continuidade de cuidados da pessoa com DCV, e através deste projeto iremos conseguir perceber essa grande importância.

As intervenções dos enfermeiros, relativas à mudança de comportamento dos indivíduos, são essenciais para redirecionar processos causais que regulam o comportamento do mesmo, para um melhor estilo de vida, mais saudável. Na literatura, há evidência de que, programas de intervenção na gestão do risco de DCV, são basilares para a obtenção de ganhos em saúde. Nestes programas de intervenção, existem alguns domínios principais

que são abordados, tais como, o exercício físico, a alteração dos hábitos alimentares, a psicologia motivacional e a educação da população sobre os estilos de vida saudáveis.

Segundo Henriques et al. (2020), verificou-se uma diminuição do risco de DCV associada à implementação de programas de intervenção, de educação para a saúde, de promoção para a saúde. Destacaram-se como alguns dos resultados desses artigos, o aumento da prática de exercício físico, a perda de peso corporal, os conhecimentos de saúde adquiridos e conseqüentemente o controle de parâmetros analíticos (glicémia, lipidemia e tensão arterial).

Dias e colaboradores (2016) referem que a atuação do profissional de enfermagem juntos dos indivíduos com fatores de risco cardiovascular, é muito importante, principalmente no que se refere à adesão ao tratamento, que na maior parte das vezes esta adesão tem por base uma alteração dos estilos de vida e cotidiano das pessoas.

Com base em alguns estudos analisados ao longo do trabalho, podemos dizer que os profissionais de enfermagem têm um importante papel na criação de estratégias de intervenção a favor da prevenção das DCV, pois tem como objetivo oferecer ao indivíduo a capacidade de reconhecer a doença (caso ela exista, ou mesmo de prevenção da mesma) e entender a necessidade e importância da adesão à alteração dos estilos de vida. Atualmente, uma das principais estratégias para prevenção e/ou controle dos fatores de risco e incentivo a adesão a alterações de estilo de vida é a educação em saúde, que favorece a desmistificação de certos hábitos e a transformação dos indivíduos e permite a essas pessoas com risco de DCV a reflexão e uma maior consciencialização do seu estado de saúde. A enfermagem, apresenta um papel fundamental nesta temática, pois atua diretamente na promoção da saúde, contribuindo desta forma para um diagnóstico precoce da doença, através de sessões de intervenção em saúde.

Segundo Silva (2019), cabe ao enfermeiro informar os indivíduos sobre o processo de avaliação do risco, sobre o possível tratamento e desta forma estimular o envolvimento ativo do indivíduo na reeducação dos seus hábitos e estilo de vida para reduzir o risco de DCV. A enfermagem é responsável pelo cuidado desta população, acompanhando sistematicamente e colaborando na minimização das barreiras à mudança do seu estilo de vida, através de orientações, incentivo, acolhimento, escuta ativa, uso de recursos disponíveis no SNS, valorização das suas dificuldades e medos (Júnior, 2016).

3.3.Importância da Sensibilização para a Prevenção de Doença Cardiovascular

É necessário, devido à realidade das DCV, desmistificar os fatores de risco com o intuito de possibilitar a construção de conhecimentos da população, para assim contribuir com estratégias focadas na prevenção e promoção de saúde para as DCV.

Para reduzir a taxa de mortes provocadas por DCV, é necessário diminuir a prevalência dos FRCV. Neste contexto, torna-se importante os enfermeiros dedicarem-se à redução do risco destas doenças, tornando assim o papel das Unidades Funcionais fundamental e por isso os enfermeiros, devem estar capacitados para colocar em prática estratégias de promoção de saúde e prevenção do risco de DCV.

As sensibilizações sobre estas temáticas tornam-se importantes porque permitem ao enfermeiro identificar as comorbidades dos indivíduos e desta forma puderem desmistificar certos aspetos que possam estar a aumentar os fatores de risco destas pessoas, bem como, educar a população para hábitos de vida mais saudáveis, um maior controlo da sua situação de saúde e detetar situações de risco de DCV. Neste sentido, a deteção precoce de patologias ou risco das mesmas é uma importante estratégia de saúde coletiva que facilita a deteção da doença e á posteriori o tratamento da mesma e minimiza as consequências à saúde da pessoa (Júnior, 2016).

Assim, é importante destacar que esta sensibilização não é uma consulta propriamente dita, apesar de realizar certas intervenções como alguns exames e avaliações (pesquisa de glicémia, valores de colesterol entre outros) a pessoas assintomáticas (ou não), logo os rastreios devem ser realizados sempre e á posteriori permitir uma avaliação mais adequada ao caso da pessoa e manter sempre uma vigilância da sua situação clínica.

4. PROJETO: “COIMBRA UNIDA PELO CORAÇÃO”

Em Portugal, os óbitos associados às doenças do aparelho circulatório têm vindo progressivamente a diminuir. No entanto, verifica-se um aumento de 20,3% dos internamentos por IC. Estes resultados devem ser considerados sinais de alerta e reforçar a necessidade de manter esta patologia dentro das prioridades de atuação dos diferentes intervenientes assistenciais (DGS, 2017).

Surge assim o projeto CUpC que tem como finalidade mobilizar os diferentes recursos de saúde e outros da comunidade de Coimbra para a prevenção e tratamento da DCV.

Lançado em maio de 2016, pretende criar uma rede comunitária de serviços de saúde que:

- 1) Capacite para estilos de vida saudáveis, promovendo o consumo de alimentos saudáveis, a atividade física, a cessação tabágica e a gestão do stress;
- 2) Sensibilize para a utilização de transportes públicos, como forma de promover a atividade física e um ambiente sustentável;
- 3) Identifique e consciencialize sobre problemas de saúde do foro cardiovascular;
- 4) Informe sobre os serviços disponíveis e adequados para resolver/encaminhar os problemas de saúde identificados;
- 5) Qualifique a procura dos cuidados de saúde primários para vigilância de saúde.

Ao longo dos anos, o projeto CUpC mostrou-se eficaz na identificação e referenciação dos utentes que necessitavam de vigilância em saúde, e capaz de estimular a procura dos CSP como uma forma de promover a saúde. Através da parceria com inúmeras instituições de referência na comunidade de Coimbra, CUpC tornou-se uma eficiente rede de parcerias comunitárias em prol do bem-estar do cidadão.

O projeto tem a aprovação do CNPD nº 1830/2018, tendo sido autorizado pela Comissão de Ética da ESEnfC (Parecer nºP503-05/2018) (Anexo I) e é liderado pela DC-FPC, que garante uma boa coordenação entre os diferentes parceiros.

As coordenações entre os diferentes níveis de cuidados são essenciais para garantir que o utente recebe os melhores cuidados de saúde de forma eficaz. Na região centro do país e

particularmente em Coimbra faltava iniciativa e um projeto que promovesse a aproximação entre a população, os CSP e os Cuidados de Saúde Diferenciados na área das doenças cardiovasculares. Desta forma, o projeto CUpC constituiu a primeira experiência de uma abordagem diferente para a conscientização da comunidade sobre a doença cardiovascular, com base numa boa articulação entre os CSP e os CSD. O projeto envolve os serviços de Cardiologia e de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), bem como as quatro Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de Coimbra do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego (UCC Celas, UCC S. Martinho, UCC Norton Matos, UCC Coimbra Saúde), a ESEnfC e a Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC), em parceria com vários organismos da cidade de Coimbra. Este projeto, com início em 2016, tem sido importante não só na identificação do Risco Cardiovascular (RCV) dos habitantes de Coimbra, como também na identificação e referenciação de utentes sem a correta vigilância de saúde nos CSP. Depois da sensibilização para a DCV realizada anualmente durante um sábado de maio, os utentes com risco médio e elevado de acordo com o seu RCV, seriam convocados pela sua equipa de saúde familiar.

Este projeto desenvolve-se essencialmente em dois momentos: um primeiro designado de “Gincana do Coração”, para dar resposta aos objetivos 1 ao 4, e esta consiste em jogos motivadores da população, um segundo sobre a vigilância de saúde da pessoa com DCV diagnosticada, por forma a dar resposta ao objetivo 5.

No primeiro momento designado de “Gincana do Coração”, as quatro UCC’s dos seis CS de Coimbra, o CHUC e a ESEnfC mobilizaram recursos para esta intervenção, onde os utentes podem avaliar o seu risco de DCV nos próximos 10 anos e receber informação especializada nos mais postos de rastreio dispersos pela cidade:

- Posto 1 (Fórum): avaliação estado-ponderal, da tensão arterial, do IMC, do RCV, do estilo de vida, da glicémia capilar, do colesterol e realização de aconselhamento personalizado sobre estilos de vida saudáveis.
- Posto 2 (Casa de Chá Jardim da Sereia): avaliação estado-ponderal, da tensão arterial, do IMC, do RCV, do estilo de vida, da glicémia capilar, do colesterol e realização de aconselhamento personalizado sobre alimentação saudável. Dinamização de workshop de confeção de alimentos saudáveis.

- Posto 3 (Mercado Municipal D. Pedro V): avaliação estado-ponderal, da impedância, da tensão arterial, do IMC, do RCV, do estilo de vida, da glicémia capilar, do colesterol e realização de aconselhamento personalizado sobre o consumo de água e de bebidas alcoólicas.
- Posto 4 (Parque do Choupalinho): avaliação estado-ponderal, da tensão arterial, do IMC, do RCV, do estilo de vida, da glicémia capilar, do colesterol e realização de aconselhamento personalizado sobre gestão do stress, HTA e suporte básico de vida.
- Posto 5 (Café Santa Cruz - Praça 8 de Maio): avaliação estado-ponderal, da tensão arterial, do IMC, do RCV, do estilo de vida, da glicémia capilar, do colesterol, e realização de espirometria e aconselhamento personalizado sobre prevenção do consumo de tabaco e cessação tabágica.
- Posto 6 (Exploratório): avaliação estado-ponderal, da tensão arterial, do IMC, do RCV, do estilo de vida, da glicémia capilar, do colesterol e aconselhamento personalizado sobre AVC e avaliação carotídea.
- Posto 7 (Museu da água): posto de referência para realização de Eletrocardiografia, Ecocardiografia e avaliação da rigidez arterial.

Em todos os postos houve um formulário próprio para os registos dos dados obtidos e entregue um cartão “semáforo”, com as cores verde, amarelo, laranja e vermelho, para o RCV a cada cidadão.

Importa referir que o modelo *Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE)* engloba duas equações de RCV que diferem ao serem aplicáveis a regiões consideradas de alto risco ou a regiões de baixo RCV. A equação para regiões de alto RCV foi desenvolvida utilizando estudos de coorte da Dinamarca, Finlândia e Noruega, países onde se registam mais eventos cardiovasculares tendo em conta ponderação para fatores de risco e outras interferências. Estudos de coorte de Itália, Bélgica e Espanha foram utilizados para desenvolver equações para regiões de baixo risco, nas quais Portugal se insere (Gouveia, Rodrigues, & Pinto, 2018).

Em Portugal, a Norma de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde n.º 005/2013 determina a avaliação do RCV através do modelo *SCORE* a utentes com idade entre os 40 e 65 anos. Segundo esta norma, os utentes são classificados em quatro grupos de risco distintos (risco muito alto, alto, moderado ou baixo).

Para facilitar a utilização do *SCORE*, a classificação obtida é registada em quatro diferentes níveis de risco: risco muito alto, não apresenta necessidade de ser avaliado caso o utente apresente já DCV aterosclerótica documentada; utente com DM tipo 2 ou tipo 1 com um ou mais fatores de risco CV e/ou lesão dos órgãos-alvo e/ou utente com doença renal crónica grave, caso não apresente estas patologias é avaliado o *SCORE* e este tem de ser igual ou superior a 10%, para ser considerado RCV muito alto. Risco alto, não apresenta necessidade de ser avaliado caso o utente já apresente fatores de risco vascular isolados, muito elevados, tais como, HTA grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar; utente com DM tipo 2 ou tipo 1, mas sem outros fatores de risco CV ou lesão de órgão-alvo e/ou utente com doença renal crónica moderada, caso não apresente estas patologias é avaliado o *SCORE* e este tem de ser igual ou superior a 5%, mas inferior a 10%. Risco CV moderado se o *SCORE* for igual ou superior a 1%, mas inferior a 5% e por fim, risco CV baixo, se o utente apresentar *SCORE* inferior a 1% (DGS, 2013).

Todos os dados recolhidos foram enviados para as respetivas Unidade Funcionais dos CSP's de Coimbra para registo nas plataformas informáticas e análise do estado de vigilância de saúde dos utentes.

Como não existem normas sobre a regularidade da vigilância dos utentes com RCV, foram tidas como referência as normas referentes ao utente com HTA e com DM, e definido que o utente com baixo RCV (verde) deveria ter vigilância no CS a cada 3 anos, com moderado RCV (amarelo) a cada 2 anos, com elevado RCV (laranja) todos os anos e muito elevado RCV (vermelho) a cada 6 meses. Em caso de identificação de vigilância de estado de saúde não adequado ao seu RCV, espera-se que o utente seja convocado para uma consulta pela sua equipa de saúde familiar.

Neste âmbito, surgiram algumas questões orientadoras que suscitaram preocupação e desejo de pesquisa, nomeadamente: qual a utilidade deste projeto para a população? Quais os ganhos em saúde? As pessoas referenciadas foram convocadas pela equipa de saúde familiar?

Por forma a complementar este projeto surgiu a necessidade de avaliar a sua utilidade/efetividade na população de Coimbra após estes anos de intervenção.

Com a operacionalização do projeto CUpC, conseguiu-se avaliar 756 pessoas, mas apenas 101 dessas pessoas foram contactadas telefonicamente, no sentido de analisar o seu percurso de vigilância. Através de chamadas telefónicas com a aplicação de um

questionário, considerou-se uma amostra razoável para representar uma amostra de 655 pessoas.

Desde 2016, foram realizados 1226 aconselhamentos, dos quais 763 são utentes da área de abrangência das UCC's, cuja vigilância de saúde é possível monitorizar. Através da identificação dos números de utentes foram excluídas as várias avaliações ao longo dos anos.

Tabela 1 – Vigilância de saúde em função do RCV dos utentes abrangidos pelo projeto

	2016	2017	2018
N	254 (90 H e 164 M)	363 (143 H e 220 M)	609 (H e M)
Idade	49 ± 17.90	52 ± 18.90	50 ± 18.20
Dentro da área de abrangência das UCC	165 (65.00%)	235 (66.00%)	428 (70.00%)
Com vigilância de saúde adequada ao RCV	109 (66.10%)	202 (85.60%)	364 (85.10%)
Sem vigilância de saúde adequada ao RCV	8 (4.80%)	20 (8.50%)	63 (14.70%)
Sem dados	48 (29.10%)	13 (5.90%)	1 (0.20%)
Fora da área de abrangência das UCC	89 (35.00%)	128 (34.00%)	181 (30.00%)

Nota. H = homens; M = mulheres;

Assim, as características da população estudada ($n = 763$; 257 homens e 506 mulheres, com uma média de 54.60 ± 17.70 anos) ao longo das várias edições do projeto estão representadas na seguinte tabela:

Tabela 2 - Características de saúde dos utentes abrangidos pelo projeto

	2016–2018 <i>N</i> (%)	Dados Região Centro (INSEF, 2015) %
Avaliação da glicémia		
- Glicémia normal	728 (95.40%)	
- Anomalia da glicémia	29 (3.80%)	8.50%
Avaliação capilar do colesterol		
- Colesterol normal	452 (61.70%)	
- Colesterol elevado	281 (38.30%)	74.10%
Avaliação da pressão arterial		
- Normal	423 (55.70%)	
- Normal alta	144 (18.90%)	35.20%
- HTA grau I	122 (16.10%)	
- HTA grau II	57 (7.50%)	
- HTA grau III	14 (1.80%)	
Avaliação antropométrica		
- Magreza	14 (1.90%)	
- IMC normal	312 (41.50%)	
- Pré-obesos	286 (38.00%)	
- Obesidade grau I	105 (14.00%)	28.90%
- Obesidade grau II	27 (3.60%)	
- Obesidade grau III	8 (1.10%)	
Risco metabólico		
- Baixo	231 (34.20%)	
- Aumentado	155 (23.00%)	72.30%
- Muito aumentado	289 (42.80%)	
Hábitos tabágicos		
- Fumam	102 (13.40%)	22.30%
- Não fumam	661 (86.60%)	
SCORE		
- Baixo Risco Cardiovascular	416 (54.50%)	Sem Dados
- Moderado Risco Cardiovascular	134 (17.60%)	
- Elevado Risco Cardiovascular	131 (17.20%)	
- Muito Elevado Risco Cardiovascular	82 (10.70%)	

Dos/as 763 cidadãos/ãs avaliados/as da área de abrangência das Unidades de Cuidados na Comunidade envolvidas, não se conhece o estado de vigilância de saúde de 62 utentes (8.10%) e 91 (11.90%) não têm uma vigilância de saúde adequada ao seu RCV [Baixo RCV 3/3 anos; Moderado RCV 2/2 anos; Elevado RCV 1/1 ano; Muito elevado RCV 6/6 meses].

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Cada vez mais, se espera que os enfermeiros compreendam e realizem pesquisa e baseiem a sua prática profissional em dados levantados por pesquisas científicas, portanto, espera-se que eles adotem uma prática baseada na evidência. Isto significa que deverão utilizar a melhor e mais atual evidencia científica nas suas tomadas de decisão relativas aos cuidados da pessoa (Polit & Beck, 2019).

A fase metodológica consiste em definir os meios para realizar a investigação. É no decurso desta fase que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação e verificar as hipóteses. Após ter estabelecido a forma de proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e determina os métodos de colheita de dados, de maneira a obter resultados fiáveis. Esta fase compreende a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados (Fortin, 2009).

A revisão bibliográfica efetuada revelou-se pertinente na identificação dos conhecimentos existentes e para determinar qual o ponto de partida para este estudo. A análise da investigação científica anteriormente desenvolvida, bem os dados epidemiológicos revelados no enquadramento teórico, conduziram a diversas reflexões cruciais relacionadas com o domínio da investigação em curso.

Torna-se perceptível, a importância da diminuição dos fatores de risco referidos no enquadramento teórico, bem como estratégias de ensino/literacia em saúde sobre estes aspetos, por forma a diminuir o risco cardiovascular, como podemos verificar nos estudos referidos. Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2017), “a continuada adoção de medidas estratégicas preventivas e a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), permitiram atingir em 2015 uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas”, e mesmo assim, “constata-se que nos últimos cinco anos manteve-se inalterada a mortalidade por Doença Isquémica Cardíaca”. Com esta intervenção anual do projeto “Coimbra Unida pelo Coração”, tem-se a possibilidade de avaliar a situação da pessoa, comunicar às unidades funcionais

correspondentes e estas estabelecerem o contacto, por forma a promoverem uma vigilância do seu RCV e desta forma aumentarem a qualidade de vida.

Posto isto, o enquadramento teórico efetuado, conduziu a uma melhor contextualização do tema, proporcionando a reflexão sobre os possíveis fatores, e consequentemente a formulação das questões de investigação, o que se encontra em conformidade com Pocinho (2012).

No decorrer do presente capítulo, será descrito o plano metodológico, definido para o desenvolvimento e concretização deste estudo, nomeadamente o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, a população e amostra, as variáveis e hipóteses, o instrumento e processo de colheita e tratamento de dados, e por fim os procedimentos formais e éticos.

1.1.Tipo de Estudo

O desenvolvimento de uma investigação pressupõe, como ponto de partida, a existência de uma curiosidade por parte do investigador. Neste contexto, a problemática recai sobre a efetividade do projeto CUpC.

Tendo em consideração o estado da arte na área das DCV e prevenção das mesmas, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo descritivo, longitudinal e correlacional de abordagem quantitativa, com o objetivo de realizar um processo sistemático de colheita de dados quantificáveis e observáveis.

O estudo é do tipo descritivo, porque descreve os fenómenos existentes, determina a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população e/ou categoriza a informação. Para colher dados junto dos participantes num estudo descritivo recorre-se, neste estudo ao formulário. É longitudinal, porque são utilizados dados colhidos em múltiplas ocasiões durante 3 anos (2016 a 2018) (Polit & Beck, 2019).

A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista. Este paradigma tem a sua origem nas ciências físicas, isto é, implica que a verdade é absoluta. Segundo os investigadores, para compreender um fenómeno, o ideal será decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar as relações entre os mesmos. É utilizado o método de análise quantitativa de forma a garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação (Polit & Beck, 2019).

1.2. Questão de Investigação

Segundo Polit e Beck (2019), este refere que a primeira etapa de uma Prática Baseada na Evidência (PBE) é formular questões clínicas relevantes que refletem incertezas na prática clínica e para isso utilizou-se o acrônimo PIO (ver tabela 3), por forma a desenvolver questões bem formuladas que facilitem uma busca de evidências. Este acrônimo, refere-se às iniciais dos aspetos fundamentais que devem ser incluídos na formulação da questão de investigação e que permitem definir os critérios de inclusão de estudos primários. Assim, P: População (quais as características das pessoas? /quem foi estudado?); I: Intervenção (quais são as intervenções? /o que foi feito?) e O: *Outcomes* (quais os resultados ou consequências que interessam? /efeitos ou consequências das intervenções). A seguinte tabela 3, apresenta sinteticamente a forma como este método foi aplicado.

Tabela 3

Critérios para formulação da questão de investigação

Método de PIO		Definição	Descrição
P	Participantes	Quem foi estudado?	Indivíduos adultos
I	Intervenções	O que foi feito?	Sensibilização do RCV
O	Resultados	<i>Outcomes</i> /efeitos ou consequências	Efetividade do projeto “Coimbra Unida pelo Coração”

De forma a operacionalizar o desenvolvimento do presente trabalho de investigação, no contexto da problemática de investigação descrita, formulou-se a seguinte questão central de investigação: “Qual a efetividade do projeto “Coimbra Unida pelo Coração” na sensibilização do RCV a indivíduos adultos, nos anos de 2016 a 2018?”.

1.3. Objetivos

O objetivo de um estudo consiste num enunciado declarativo de forma a orientar a investigação, evidenciando as variáveis-chave do estudo (Polit & Beck, 2019).

Desta forma, foram definidos, como objetivos gerais deste estudo:

- Identificar e analisar o perfil de saúde cardiovascular da população sujeita a intervenção;
- Analisar a vigilância de saúde de acordo com o RCV da população sujeita a intervenção;
- Analisar o acompanhamento das unidades funcionais dos CS (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Familiar (USF)) das pessoas entrevistadas;
- Analisar a efetividade/impacto do projeto CU_pC.

1.4. População e Amostra

A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo. Como raramente é possível estudar uma população por inteiro, o investigador constitui uma amostra, que é, tanto quanto possível representativa da população (Polit & Beck, 2019).

A amostra é um subconjunto da população, que devido às suas características pode substituir a população-alvo. Segundo Polit e Beck (2019), é importante conhecer o grau de representatividade da amostra, na medida em que é uma das suas qualidades essenciais.

Tendo em consideração estes pressupostos, pretende-se utilizar a amostragem probabilística numa primeira fase, que envolve a seleção acidental de elementos de uma população. Numa segunda fase, utilizou-se uma amostragem em sequência. Para tal, tendo em consideração o tipo e o objetivo do estudo, o tempo e os recursos necessários à sua realização, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Idade superior a 18 anos;
- Indivíduos que pertençam às Unidades Funcionais de Coimbra;
- Melhor avaliação das várias participações nas várias edições do projeto;
- Indivíduos com número de telefone conhecido.

Na constituição da amostra, foram respeitados os direitos dos indivíduos e obtidas as autorizações antes de realizar a sensibilização e empreender o estudo no terreno. Qualquer investigação exige uma participação voluntária das pessoas. Estabeleceram-se também critérios de exclusão, como o facto das pessoas não atenderem à terceira tentativa, o facto

de não pertencerem à área de abrangência de Coimbra e o facto de não termos dados suficientes para realizar o estudo.

1.5. Variáveis do Estudo

A maioria dos pesquisadores quantitativos procuram compreender o como e o porquê de existirem diferenças e relações nas variáveis estudadas. A variável é, portanto, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores, geralmente numéricos (Polit & Beck, 2019).

No nosso estudo, as variáveis foram seleccionadas com o intuito de caracterizar a amostra, identificar e analisar a vigilância de saúde de acordo com o RCV da população de Coimbra de 2016 a 2018, analisar o acompanhamento das unidades funcionais dos CS (UCSP e USF) das pessoas que foram contactadas para a entrevista.

Após uma análise crítica e reflexiva, e em acordo com as características do estudo, as variáveis seleccionadas correspondem a: ano de intervenção, posto, género, idade, unidade funcional, *SCORE*, Glicemia, Colesterol, TA, HTA, FC, Altura, Peso, IMC, Perímetro abdominal, fumador, antecedentes pessoais, vigilância, intervenção, cor, estilo de vida, procura de serviços de saúde, contacto, classificação da intervenção, periodicidade e classificação da sensibilização.

Contudo, para que as variáveis possam ser medidas, é essencial operacionalizá-las de forma observável e mensurável, transformando-as em “fatores” disponíveis para serem manipulados, controlados e examinados (Freixo, 2010, p. 175). Assim, é apresentado para cada variável, a sua definição conceptual e operacional, atribuindo assim um significado ou conceito e precisando as atividades ou operações necessárias para a sua medição.

Relativamente à efetividade do projeto CUpC, poder-se-á inferir que este projeto é eficaz se os indivíduos a quem foi sugerido mudanças do seu estilo de vida, as efetuaram realmente segundo os mesmos e/ou se foram seguidos no seu CS para serem devidamente seguidos, pois significa que os ensinamentos realizados na sensibilização foram eficazes.

Esta variável é mensurável através da aplicação do formulário realizado pelo autor aos indivíduos. Inclui 11 itens: idade, género, cor da pulseira atribuída, e a cor da pulseira de que a pessoa se recorda que lhe foi atribuída, se tem noção do que essa cor significa, alteração do seu estilo de vida e de que maneira, procura de cuidados de saúde após a

sensibilização, foram contactados pela equipa do CS, qual a periodicidade de vigilância e a classificação da sensibilização.

Outras variáveis em estudo são:

- Idade: variável definida de acordo com o INE, como o intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as zero horas da data de referência, expressa em anos completos. Deste modo, foi estratificado de 10 em 10 anos;
- Glicémia: De acordo com a Norma da DGS diagnóstico e classificação da DM nº002/2011, refere que valores inferiores a 126mg/dl em jejum é um valor considerado normal e valores anormais superiores ou iguais a 126mg/dl. E segundo a Norma da DGS abordagem terapêutica farmacológica da DM no adulto 052/2011, valores inferiores a 70mg/dl são considerados valores anormais;
- Colesterol: considerado normal valores inferiores a 200mg/dl e valores anormais os iguais ou superiores a 200mg/dl (DGS, 2011);
- Hábitos tabágicos: consumo de 100 ou mais cigarros ao longo da vida e que ainda continua a fazê-lo e ainda, que tenha fumado pelo menos um cigarro nos últimos trinta dias WHO (2010). Caracterizamos os hábitos tabágicos em 2 categorias: Fumadoras e não fumadoras;
- Índice de massa corporal (IMC): peso em Kg, dividido pela altura em metros ao quadrado (kg/m^2). Os pontos de corte de IMC adotados foram os preconizados pela WHO (2010), ou seja, baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{kg}/\text{m}^2$), peso normal ($\text{IMC} 18,5 - 24,9 \text{kg}/\text{m}^2$), sobrepeso ($\text{IMC} - 25 \text{kg}/\text{m}^2 - 29,9 \text{kg}/\text{m}^2$), obesidade grau I ($\text{IMC} - 30 \text{kg}/\text{m}^2 - 34,9$), obesidade grau II ($\text{IMC} - 35 \text{kg}/\text{m}^2 - 39,9$), obesidade grau III ($\text{IMC} \geq 40 \text{kg}/\text{m}^2$);
- HTA: valores $> 140 \text{ mmHg}$ da PAS e/ou $> 90 \text{ mmHg}$ da PAD (DGS, 2013)

Tabela 4*Valores de referência das diferentes categorias da HTA*

Categoria	Sistólica		Diastólica
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal Alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Grau I	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Grau II	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Grau III	≥180	e/ou	≥110

Fonte: DGS, 2013

Todas as restantes variáveis não exigem classificação, pois são unidades de medida ou apresentam resposta múltipla, segundo o formulário, com exceção do posto de rastreio, as unidades funcionais e o SCORE, pois estes já foram descritos na primeira parte do estudo.

1.6. Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta a investigação, as questões e objetivos já referidos, optou-se pela elaboração de um formulário como instrumento de colheita de dados, que tem como finalidade recolher informação sobre acontecimentos, atitudes, crenças e opiniões (Polit & Beck, 2019).

O formulário elaborado pela investigadora (Apêndice II), é constituído por três partes e compreende questões fechadas de escolha múltipla e questões abertas, estas últimas criadas essencialmente para obter precisões complementares sobre certos aspetos da investigação. A primeira parte pretende avaliar se o participante se recorda da intervenção realizada, referindo o ano e o posto onde realizou a intervenção. Na segunda parte questionam-se aspetos relativos a possíveis alterações da vida da pessoa após sensibilização, e na terceira parte engloba questões sobre a avaliação da sensibilização e aspetos de melhoria do projeto.

Da análise posterior, verifica-se que não existiram dificuldades na compreensão das questões por parte das pessoas inquiridas, não ocorrendo necessidade de realizar qualquer alteração.

1.7. Processo de Recolha de Dados

A colheita de dados é uma etapa que está de acordo com o desenho e com conhecimentos de que se dispõe sobre o tema. Torna-se necessário decidir a forma como os dados vão ser obtidos, assim como as autorizações requeridas para realizar o estudo no terreno. Por outro lado, assegura-se que as pessoas designadas para colher os dados estejam suficientemente formadas e de que elas se comprometerão em proteger a confidencialidade em relação a estes (Fortin, 2009).

Este projeto, também designado Gincana do Coração, decorreu em 2016, 2017 e 2018 e consistiu em vários postos de avaliação (como explicitado no enquadramento teórico). Foram colhidos dados relativos ao cidadão através de um formulário (Anexo II). Nos anos 2016, 2017 e 2018 foram avaliados 1226 indivíduos, no entanto, apenas 756 foram analisados, sendo que os restantes 470 foram excluídos pois não pertenciam à área de abrangência requerida ou já tinham várias avaliações ao longo dos anos. Durante o decorrer do projeto, é função das UCC analisar anualmente a vigilância de saúde dos participantes, tendo em conta o seu RCV.

Neste âmbito, surge a questão sobre a efetividade deste projeto e por isso elaborado um novo formulário (Apêndice II) e aplicado através de chamadas telefónicas aos participantes, com o objetivo de identificar se houve modificação do estilo de vida dos mesmos, depois da intervenção.

Estes 756 participantes foram ordenados utilizando o seguinte filtro: sem vigilância adequada ao seu RCV (91), seguidos dos participantes com vigilância adequada ao seu RCV (665).

Relativamente aos contactos telefónicos, para melhor gestão do tempo, ficou definido que se faria no máximo três contactos telefónicos para um mesmo participante, sendo automaticamente excluído caso não atendesse.

Da análise posterior verificámos que não existiram dificuldades na compreensão das questões por parte das pessoas inquiridas, não ocorrendo necessidade de realizar qualquer alteração.

1.8. Processo de Tratamento de Dados

O tratamento estatístico foi realizado informaticamente recorrendo ao programa de SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 22.0.

Realizou-se a análise descritiva, recorrendo ao uso de: Frequências absolutas (*n*) e relativas (%), medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão ou variabilidade (desvio-padrão, máximos e mínimos).

1.9. Procedimentos Formais e Éticos

Segundo Fortin (2009), a investigação leva ao levantamento de questões éticas e formais, pela possibilidade de danos aos direitos e liberdades da pessoa, assim torna-se da responsabilidade pessoal e profissional do investigador, o compromisso de assegurar os direitos dos participantes envolvidos no projeto, através do devido esclarecimento dos participantes e o consentimento informado oral, livre e esclarecido, prévio ao início do estudo.

Para Polit e Beck (2019), ética significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade.

Reconhecendo a importância dos aspetos éticos na investigação científica, o presente estudo, foi elaborado de acordo com os padrões éticos de competência científica reconhecidos, e a sua planificação reporta a concordância com o código de ética.

Devido à alteração do regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) que entrou em vigor em 25 de maio de 2018 torna-se importante apresentar a Autorização da CNPD (comissão nacional de proteção de dados) autorização nº1830/2018 (Anexo III).

Neste contexto, torna-se obrigatório que a todos os participantes sejam explicados os objetivos e metodologia do estudo, devem também ser informados do cariz voluntário da sua participação, do risco-benefício, bem como do direito de recusar participar em qualquer fase do estudo, sem quaisquer consequências.

De forma a garantir todos os princípios e para a aplicação do instrumento de colheita dados, foi realizado um pedido formal de autorização a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

(Anexo IV). Após este esclarecimento, foi obtido o consentimento informado de todos os participantes do estudo (Apêndice III).

Durante o desenvolvimento do estudo, é garantida a confidencialidade dos dados, através da atribuição de diferentes números de utente nos questionários, sendo esses e os restantes dados tratados coletivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, o anonimato dos participantes.

O respeito pelos princípios da justiça e equidade é garantido através do processo de seleção dos participantes, diretamente ligadas ao problema de investigação, realizada aleatoriamente e não por conveniência, apenas na segunda fase a amostra será intencional para poder avaliar a eficácia do projeto (Nunes, 2013).

Quando aplicado o formulário através das chamadas telefónicas, no início da chamada o participante foi elucidado sobre o objetivo da chamada, e solicitado o seu consentimento informado verbal e assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados. Para tal, foi elaborado um documento que se encontra juntamente com o formulário (anexo VI), onde também são facultados os dados sobre a investigação bem como salvaguardada a participação voluntária.

PARTE III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, com o intuito de poder responder à questão de investigação.

A apresentação e análise dos dados obtidos foram analisadas de forma a serem relevantes para o estudo e permitirem uma melhor interpretação das variáveis. Por sua vez, com o objetivo de síntese e concomitantemente melhor compreensão dos mesmos, recorreu-se ao uso de tabelas, pois permitem uma leitura dos dados mais pormenorizados.

Para compreensão dos dados iremos descrevê-los em separado, através de uma análise descritiva.

Torna-se importante referir que todos os dados que se apresentem como “sem valor” não foram possíveis colher por recusa por parte do interveniente.

1.1. Perfil de Saúde Cardiovascular da População Sujeita a Intervenção

A amostra é constituída por 756 indivíduos, que apresentam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 93, média de 55 anos, mediana 55 anos e o desvio padrão 17.11 anos. Deste modo, constatamos que não há grande dispersão dos dados em torno da média.

A maioria das participantes do estudo apresenta idades dentro da média (idade mínima de 18 e máxima de 93 anos).

Como podemos verificar na tabela 4, a maior parte da população encontra-se nas idades entre os 48 e 74 anos.

Tabela 5*Distribuição da amostra segundo a variável faixa idade*

	Frequência (<i>n</i>)	Porcentagem
<= 28	56	7.40
29 - 37	70	9.30
38 - 47	110	14.60
48 - 56	145	19.20
57 - 65	139	18.40
66 - 74	118	15.60
75 - 84	86	11.40
85+	32	4.20
Total	756	100.00

Também é possível referir que em 2018 foi o ano que obtivemos mais participantes $n = 318$, correspondente a 42,1% da amostra, depois em 2017 com cerca $n = 296$ (39.20%) e por fim em 2016 de $n = 142$ (18.80%), o que significa que houve um aumento dos participantes ao longo do tempo (ver tabela 6).

Tabela 6*Distribuição da amostra segundo o ano de intervenção*

	Frequência (<i>n</i>)	Porcentagem
2016	142	18.80
2017	296	39.20
2018	318	42.10
Total	756	100.00

Na tabela 6, conseguimos observar que houve mais indivíduos no posto de “alimentação” cerca de $n = 238$ (31.50%), depois com um $n = 124$ (16.40%) no posto “Tabaco”, e em

terceiro o posto temático “Stress e HTA” com $n = 114$ (15.10%), foram os três com maior adesão.

Tabela 7

Distribuição da amostra segundo a variável Posto Temático

	Frequência (n)	Porcentagem
Alimentação	238	31.50
Tabaco	124	16.40
Stress e HTA	114	15.10

Da tabela 7, podemos concluir que as unidades funcionais onde estão integrados a maior parte dos indivíduos que participaram na intervenção foram UCSP Fernão de Magalhães (12.80%) m USF de Celas (10,6%) e USF CelaSaúde (9.40%).

Tabela 8

Distribuição da amostra segundo as Unidades Funcionais

	Frequência (n)	Porcentagem
UCSP Fernão de Magalhães	97	12.80
UCSP Celas	80	10.60
USF Cela Saúde	71	9.40

Relativamente ao ser ou não fumador, concluímos que na amostra temos cerca de 101 indivíduos que fumam e cerca de 655 Não fumadores. Por outro lado, se analisarmos a amostra com base no género, constata-se que 48 mulheres fumam, apesar de não ser significativo relativamente ao género masculino.

Em relação à distribuição da amostra de acordo com os antecedentes pessoais como: dislipidemias, HTA, DM, DCV e hipercolesterolemia, como se pode verificar na tabela 8, 83.20% não têm antecedentes pessoais, mas cerca de 11.80% apresentam um antecedente pessoal, 3.70% apresentam dois antecedentes pessoais e cerca de 1.30%

apresentam 3 ou mais AP's. Também podemos referir que cerca de 83.20% da amostra não apresentam antecedentes familiares, mas cerca de 1.30% apresentam.

Tabela 9

Distribuição da amostra segundo a variável Antecedentes Pessoais

	Frequência (<i>n</i>)	Porcentagem
1	89	11.80
2	28	3.70
3 ou mais	10	1.30
Sem AP	629	83.20
Total	756	100.00

No presente estudo, para dar cumprimento aos seus objetivos, através da avaliação na primeira parte do estudo, onde foi avaliado o peso, altura, a tensão arterial, o colesterol, a glicémia e a frequência cardíaca, segundo normas da DGS, foi possível o registo destas avaliações, que por sua vez permitem a aplicação de diferentes equações que determinam, entre outros, a composição corporal e a atribuição de categorias.

Na distribuição da amostra por classes de IMC (ver tabela 10), verifica-se que a maioria dos indivíduos, cerca de 40.60% possuem IMC normal, seguido de 38.20% em pré-obesidade, 13.90% em obesidade I, 3.60% obesidade II, 1.30% não apurámos o valor devido a falta de avaliação física, 1.10% obesidade III e magreza moderada e, por fim, 0.30% possui magreza severa III.

Tabela 10*Distribuição da amostra por classes de IMC*

	Frequência (n)	Porcentagem
Magreza Severa III	2	0.30
Magreza Moderada I	8	1.10
Normal	307	40.60
Pré-Obesidade	289	38.20
Obesidade I	105	13.90
Obesidade II	27	3.60
Obesidade III	8	1.10
Sem valor	10	1.30
Total	756	100.00

Relativamente à classificação da amostra de acordo com a tensão arterial, os valores utilizados em estudo seguiram as indicações da norma da DGS número 020/2011, atualizada a 19/03/2013. Apesar de sabermos que não é através de apenas uma avaliação da tensão arterial que defini o diagnóstico de HTA, a análise da tabela 10, permite-nos inferir que: 33.70% dos indivíduos apresentam Tensão Arterial ótima, 21.00% tensão arterial normal, 18.10% tensão normal alta, 17.30% hipertensão grau I, 7.50% grau II, 1.90% hipertensão grau III e 0.40% sem valor.

Tabela 11*Distribuição da amostra por classes de HTA*

	Frequência (n)	Porcentagem
Ótima	255	33.70
Normal	159	21.00
Normal Alta	137	18.10
Hipertensão Grau I	131	17.30
Hipertensão Grau II	57	7.50
Hipertensão Grau III	14	1.90
Sem valor	3	0.40
Total	756	100.00

No que se refere à Glicémia, segundo a norma 002/02011 da DGS - Diagnóstico e Classificação da Diabetes *Mellitus*, podemos verificar, segundo os resultados da amostra que cerca de 95.90% apresentam um valor normal de glicémia, 3.40% apresentam um valor anormal (elevado) e cerca de 0.70% não foi possível obter a classificação (ver tabela 12).

Tabela 12

Distribuição da amostra por categoria da Glicémia

	Frequência (n)	Porcentagem
Valor Normal	725	95.90
Valor Elevado	26	3.40
Sem valor	5	0.70
Total	756	100.00

No que se refere ao colesterol, podemos observar que, com base na norma da DGS 019/2011 - Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto, podemos observar, que cerca de 58.70%, apresentam resultados de colesterol considerados normais, 37.60% apresentam níveis de colesterol categorizados como anormais, isto é, de valor elevado, e cerca de 3.70% não foram possíveis serem classificados por falta de avaliação (tabela 12).

Tabela 13

Distribuição da amostra por categoria do colesterol

	Frequência (n)	Porcentagem
Valor Normal	444	58.70
Valor Elevado	284	37.60
Sem valor	28	3.70
Total	756	100.00

Os resultados relativos ao risco metabólico, com base na circular normativa nº3/DGCG, de março de 2005, relativo ao Combate Nacional de Combate à obesidade, podemos observar que cerca de 38.50% mostram um risco metabólico muito aumentado, 29.20% representam baixo risco, 20.60% risco aumentado, 11.60% não foi possível avaliar por falta de dados (ver tabela 13).

Tabela 14
Distribuição da amostra por categoria do risco metabólico

	Frequência (n)	Porcentagem
Baixo Risco	221	29.20
Risco Aumentado	156	20.60
Risco Muito Aumentado	291	38.50
Sem valor	88	11.60
Total	756	100.00

Relativamente ao ser ou não fumador, concluímos que na amostra temos cerca de 101 indivíduos que fumam e cerca de 655 Não fumadores. Por outro lado, se analisarmos a amostra com base no género, constata-se que 48 mulheres fumam, apesar de não ser significativo relativamente ao género masculino.

Como podemos observar na tabela 14, existe uma percentagem 54.00% da amostra que apresenta um score verde, isto é, baixo RCV, deverá ser vigiado de 3 em 3 anos, SCORE amarelo corresponde a 17.70% da amostra, que representa um RCV moderado, deverá ser avaliado a cada 2 anos, a laranja temos cerca de 17.50% da amostra com RCV alto, significa que deveriam de ser vigiados anualmente, e por fim com elevado RCV, são cerca de 10.80% que deveriam ser vigiados de 6 em 6 meses.

Tabela 15*Distribuição da amostra por SCORE*

	Frequência (n)	Porcentagem
Verde	408	54.00
Amarelo	134	17.70
Laranja	132	17.50
Vermelho	82	10.80
Total	756	100.00

Em suma, a análise da tabela 16, permite-nos destacar que com o passar dos anos foi possível observar uma diminuição no número de casos com um SCORE elevado.

Tabela 16*Distribuição da amostra por SCORE e ano de intervenção*

	Ano da Intervenção			Total
	2016	2017	2018	
Verde	73	141	194	408
Amarelo	18	64	52	134
Laranja	40	54	38	132
Vermelho	11	37	34	82
Total	142	296	318	756

Relativamente à vigilância adequada ao seu RCV, podemos observar na tabela seguinte que cerca de 80.00% da amostra tem vigilância adequada ao seu RCV, 13.40% não tem vigilância adequada ao seu RCV, e cerca de 6.60% não tem dados (ver tabela 17).

Tabela 17*Distribuição da amostra por vigilância de saúde adequada ao seu RCV*

	Frequência (n)	Porcentagem
Adequada	605	80,0
Não Adequada	101	13,4
Sem dados	50	6,6
Total	756	100,0

No que se refere ao contacto da amostra, apenas 9.90% da amostra não obtivemos o contacto. No entanto, cerca de 90.10% da amostra apresenta o seu contacto.

1.2. Caracterização das Entrevistas

Das 101 pessoas que tentámos contactar via telefone, apenas 60 atenderam e responderam à entrevista. Todas as restantes não atenderam, mesmo após várias tentativas de contacto. No que concerne ao género da amostra, podemos observar que cerca de 37 (61.70%) são do género feminino e cerca de 23 (38.30%) são do género masculino, como podemos observar da tabela 17.

Tabela 18

Género dos participantes

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem
Masculino	23	38.30
Feminino	37	61.70
Total	60	100.00

Podemos observar na tabela abaixo que das pessoas que não estão a ser vigiadas de forma adequada| cerca de 37 (61.70%) apresentava **SCORE** verde, $n = 10$ (16.70%) **SCORE** amarelo, $n = 7$ (11.70%) com **SCORE** laranja e $n = 6$ (10.00%) com **SCORE** vermelho (ver tabela 19).

Tabela 19

Dados de frequência sobre a cor atribuída às pessoas entrevistadas

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem
Verde	37	61.7
Amarelo	10	16.7
Laranja	7	11.7
Vermelho	6	10.0
Total	60	100.0

Também quando inquiridos sobre o facto de a participado nesta intervenção ter alterado o seu estilo de vida as opiniões dividiram-se, tendo 27 (45.00%) justificando “porque já tenho um estilo de vida saudável” e 12 (20.00%) apenas ter dito que não. Os restantes referiam que sim e justificam “alterei os meus hábitos alimentares” ($n = 3$), “alterei os meus hábitos de consumo de tabaco” ($n = 1$), “alterei os meus hábitos de exercício físico” ($n = 2$), “tenho mais consciência do meu estado de saúde” ($n = 3$), “faço mais vigilância do meu estado de saúde” ($n = 4$), “alterei os meus hábitos alimentares e consumo de tabaco” ($n = 1$), “alterei os meus hábitos alimentares e exercício físico” ($n = 6$), “alterei os meus hábitos alimentares de exercício físico e faço mais vigilância do meu estado de saúde” ($n = 1$; ver tabela 20).

Tabela 20

Dados de frequência sobre alteração do estilo de vida após intervenção

	Frequência (n)	Percentagem
Sim, alterei os meus hábitos alimentares	3	5.00
Sim, alterei os meus hábitos de consumo de tabaco	1	1.70
Sim, alterei os meus hábitos de exercício físico	2	3.30
Sim, tenho mais consciência do meu estado de saúde	3	5.00
Sim, faço mais vigilância do meu estado de saúde	4	6.70
Sim, alterei os meus hábitos alimentares e consumo de tabaco	1	1.70
Sim, alterei os meus hábitos alimentares e de exercício físico	6	10.00
Sim, alterei os meus hábitos de exercício físico e faço mais vigilância do meu estado de saúde	1	1.70
Não, porque já tenho um estilo de vida saudável	27	45.00
Não	12	20.00
Total	60	100.00

Na questão “Esta intervenção levou-o a procurar (ou ter vontade) de procurar os serviços de saúde”, a maioria disse que não ($n = 26$) justificando “porque já sou devidamente vigiado no Centro de Saúde” e identicamente ($n = 26$) disse que não, sem justificação (ver tabela 21).

Tabela 21

Dados de frequência da procura por serviços de saúde

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem
Sim, o meu enfermeiro de família	1	1.70
Sim, o meu médico de família	3	5.00
Não, porque já sou devidamente vigiado no Centro de Saúde	26	43.30
Não, porque já sou devidamente vigiado pelo cardiologista no setor público	1	1.70
Não, porque já sou devidamente vigiado pelo cardiologista no setor privado	3	5.00
Não	26	43.30
Total	60	100.00

Na questão “Foi contactado pela sua equipa de saúde familiar para uma consulta no seu Centro de Saúde”, a maioria disse que não ($n = 57$), tendo apenas um dito que sim (ver tabela 22).

Tabela 22

Dados de frequência do contacto pela equipa de saúde familiar para uma consulta no seu Centro de Saúde

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem
Sim, compareci à consulta programada	1	1.70
Não	57	95.00
Não, já vou muitas vezes	1	1.70
Não me recordo	1	1.70
Total	60	100.00

Sobre a “periodicidade da vigilância no Centro de Saúde depois desta intervenção” a maioria não respondeu ($n = 42$). Como é possível verificar na tabela 22, os restantes referiram “não sou vigiado” ($n = 3$), “mensalmente” ($n = 1$), “de 3 em 3 meses” ($n = 2$), “6 em 6 meses” ($n = 5$), “anualmente” ($n = 4$), “de 2 em 2 anos” ($n = 1$) e “vou quando preciso” ($n = 2$).

Tabela 23

Periodicidade da vigilância no Centro de Saúde depois da intervenção

	Frequência (n)	Porcentagem
Mensalmente	1	1.70
3 em 3 meses	2	3.30
6 em 6 meses	5	8.30
Anualmente	4	6.70
2 em 2 anos	1	1.70
Não sou vigiado	3	5.00
Vou quando preciso	2	3.30
Sem resposta	42	70.00
Total	60	100.00

Quando questionados “como alterou o seu estilo de vida”, cerca de 45 indivíduos não responderam (75.00%). No entanto algumas alterações foram referidas, como é visível na tabela 23: “vigio regularmente o meu colesterol” ($n = 2$); “utilizo especiarias para reduzir o sal” ($n = 3$); “reduzi o sal e frequento o ginásio” ($n = 2$); “como mais grelhados e penso em deixar de fumar” ($n = 1$); “penso em deixar de fumar” ($n = 1$); “faço mais caminhadas” ($n = 3$); “aprendi a ter mais cuidado com a minha tensão” ($n = 1$); “preciso de começar a fazer mais desporto” ($n = 1$); e “controlo o meu peso regularmente” ($n = 1$).

Tabela 24*Dados de frequência de alteração do estilo de vida*

	Frequência (n)	Porcentagem
Não respondeu	45	75.00
Vigio regularmente o meu colesterol	2	3.30
Utilizo especiarias para reduzir o sal	3	5.00
Reduzi no sal e frequento o ginásio	2	3.30
Como mais grelhados e penso em deixar de fumar	1	1.70
Penso em deixar de fumar	1	1.70
Faço mais caminhadas	3	5.00
Aprendi a ter mais cuidado com a minha tensão	1	1.70
Preciso de começar a fazer mais desporto	1	1.70
Controlo o meu peso regularmente	1	1.70
Total	60	100.00

No que se refere à classificação desta intervenção a maioria atribui nota “10” ($n = 23$), seguindo-se 8 ($n = 15$), 9 ($n = 12$), 6 ($n = 6$), 7 ($n = 3$) e, por fim, nível 3 ($n = 1$) (ver tabela 25).

Tabela 25*Distribuição da classificação da Intervenção*

	Frequência (n)	Porcentagem
3	1	1.70
6	6	10.00
7	3	5.00
8	15	25.00
9	12	20.00
10	23	38.30
Total	60	100.00

Sobre aspetos de melhoria da intervenção a maioria não respondeu ($n = 49$) ou disse não haver nada a melhorar ($n = 5$). Os restantes referiram “estudo com desfaseamento temporal mais curto para recordar melhor” ($n = 1$), “alargar a outras valências” ($n = 1$), “promover uma maior adesão da população” ($n = 1$), “diminuição do tempo de espera” ($n = 1$), “melhor organização” ($n = 1$) e “documento a referir o porquê de ir ao CS, porque existem médicos que não aceitam sugestões dos utentes” ($n = 1$) (ver tabela 26).

Tabela 26

Descritivas dos aspetos de melhoria da intervenção

	Frequência (n)	Percentagem
Estudo com desfaseamento temporal mais curto para recordar melhor	1	1.70
Alargar a outras valências	1	1.70
Promover uma maior adesão da população	1	1.70
Diminuição do tempo de espera	1	1.70
Melhor organização	1	1.70
Documento a referir o porquê de ir ao CS. porque há médicos que não aceitam sugestões dos utentes	1	1.70
Nada a melhorar	5	8.30
Sem resposta	49	81.70
Total	60	100

1.3. Estatística Inferencial

De seguida serão apresentados resultados das análises do cruzamento de variáveis de forma a dar resposta às hipóteses anteriormente levantadas.

Quando questionado aos participantes sobre a cor que lhes foi atribuída, verifica-se que apenas cinco participantes relataram ter-lhes sido atribuída uma cor diferente da cor real atribuída. Verifica-se uma relação significativa entre a cor atribuída e a cor que o indivíduo refere ter tido. $\chi^2(12) = 38.83$. $p < .001$ (ver tabela 27).

Tabela 27*Cruzamento da cor real atribuída com a cor referida pelo individuo*

	Cor Real Atribuída				χ^2
	Verde (n)	Amarelo (n)	Laranja (n)	Vermelho (n)	
Cor referida pelo individuo					38.83**
Verde	20	2	0	0	
Amarelo	1	1	1	1	
Laranja	0	1	0	0	
Vermelho	0	0	0	2	
Não se lembra	14	6	8	3	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Adicionalmente, os participantes foram questionados acerca do significado da cor atribuída. Verifica-se que aproximadamente metade dos inquiridos diz não ter noção do significado da cor que lhes foi atribuída. O teste de relação entre o significado da cor e a cor realmente atribuída mostra que a relação é marginalmente significativa. $\chi^2(3) = 7.78$. $p = .05$ (ver tabela 28).

Tabela 28*Cruzamento da cor real atribuída com a noção do significado da cor*

	Cor Real Atribuída				χ^2
	Verde (n)	Amarelo (n)	Laranja (n)	Vermelho (n)	
Noção do significado da cor					7.78
Sim	23	3	2	3	
Não	12	7	7	3	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Relativamente à vigilância adequada ao RCV verifica-se que a maioria dos participantes apresenta uma vigilância adequada ($n = 43$) em praticamente todas as cores atribuídas verificando que não existe uma relação significativa da adequação da vigilância ao RCV em função da cor atribuída. $\chi^2(3) = 3.09$. $p = .378$ (ver tabela 29).

Tabela 29

Cruzamento da cor real atribuída com a vigilância adequada ao RCV

	Cor Real Atribuída				χ^2
	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho	
	(n)	(n)	(n)	(n)	
Vigilância adequada ao RCV					3.09
Adequada	25	9	4	5	
Não adequada	12	1	3	1	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Analisando o contacto posterior pela equipa de saúde familiar, verifica-se que mais de 90% dos casos não foram contactados independentemente da adequação da vigilância ao RCV atribuída pelos participantes. Desta forma, a relação entre a adequação da vigilância do RCV e o contacto pela equipa de saúde familiar revela-se não significativa. $\chi^2(3) = 3.32$. $p = .345$ (ver tabela 30).

Tabela 30

Cruzamento da vigilância adequada ao RCV com o possível contacto pela equipa de saúde familiar

	Vigilância adequada ao RCV		χ^2
	Adequada	Não adequada	
Contacto pela equipa de saúde familiar			3.32
Sim	0	1	
Não	41	16	
Não. vai muitas vezes	1	0	
Não se recorda	1	0	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Da mesma forma, a periodicidade de vigilância pelo centro de saúde familiar é independente da cor atribuída ao participante, verificando-se que a relação entre estas duas variáveis não é significativa. $\chi^2(21) = 18.14$. $p = .640$. como apresentado na Tabela 30 em todas as cores atribuídas. “sem resposta” foi a opção mais dominante.

Tabela 31

Cruzamento da cor real atribuída com a periodicidade de vigilância no centro de saúde depois da intervenção

	Cor Real Atribuída				χ^2
	Verde (n)	Amarelo (n)	Laranja (n)	Vermelho (n)	
Periodicidade da vigilância no Centro de Saúde					18.14
Mensal	1	0	0	0	
De 3 em 3 meses	1	0	1	0	
De 6 em 6 meses	1	2	1	1	
Anual	3	1	0	0	
De 2 em 2 anos	0	0	1	0	
Não vigiado	2	0	0	1	
Quando tem disponibilidade	1	1	0	0	
Sem resposta	26	6	6	4	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Tendo em conta também a adequação da vigilância ao RCV verifica-se que os que tinham vigilância adequada cerca de 23 afirmam não procurar serviços de saúde após a intervenção, uma vez que já se encontram devidamente vigiados no centro de saúde e cerca de 19, responderam apenas que não pretendiam recorrer a outros serviços de saúde

após a intervenção. Dos que têm uma vigilância ao RCV não adequada apenas três referem a intenção de recorrer ao médico de família após a intervenção. A relação entre a vigilância ao RCV e a procura por serviços de saúde mostrou-se significativa. $\chi^2(5) = 21.74$. $p < .05$, (ver tabela 32).

Tabela 32

Cruzamento da vigilância adequada ao RCV com a procura de serviços de saúde após a intervenção

	Vigilância adequada ao RCV		χ^2
	Adequada	Não adequada	
Procura de serviços de saúde			21.74*
Sim. enfermeiro	1	0	
Sim. médico de família	0	3	
Não. já se encontra devidamente vigiado pelo centro de saúde	23	3	
Não. já se encontra devidamente vigiado pelo cardiologista do setor público	0	1	
Não. já se encontra devidamente vigiado pelo cardiologista do setor privado	0	3	
Não	19	7	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Após a intervenção foi questionado aos participantes se esta surtiu algum efeito quanto à alteração do seu estilo de vida. Cerca de 65% dos inquiridos referem que esta intervenção não levou a qualquer alteração dos seus hábitos. De entre os participantes que responderam que após a intervenção alteraram os seus hábitos ou estilo de vida, as cores mais atribuídas foram o amarelo, laranja e vermelho. Analisando a relação entre as

variáveis. verifica-se que existe uma relação significativa entre a mudança de estilo de vida e a cor atribuída. $\chi^2(27) = 42.15$. $p = <.05$ (ver tabela 33).

Tabela 33

Cruzamento da cor real atribuída com a possível mudança de estilo de vida

	Cor Real Atribuída				χ^2
	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho	
	(n)	(n)	(n)	(n)	
Mudança de estilo de vida					42.15*
Sim. hábitos alimentares	3	0	0	0	
Sim. consumo de tabaco	0	0	0	1	
Sim. exercício físico	1	1	0	0	
Sim. mais consciência do estado de saúde	2	1	0	0	
Sim. vigilância do estado de saúde	2	0	1	1	
Sim. hábitos alimentares e tabaco	0	0	1	0	
Sim. hábitos alimentares e exercício físico	4	0	0	2	
Sim. exercício físico e vigilância do estado de saúde	0	0	1	0	
Não. apresenta um estilo de vida saudável	19	3	3	2	
Não	4	5	3	0	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Quando cruzados os valores das categorias de Glicémia com a possível alteração do estilo de vida. verifica-se que houve uma associação significativa entre a categoria de glicémia e a alteração (ou não) do estilo de vida. $\chi^2(18) = 79.31$. $p < .001$. Verifica-se que a maioria das pessoas da categoria de glicémia com valores normais não alteraram o seu estilo de

vida (ver tabela 34). Pelo contrário, já quando cruzados os dados com a categoria de valores de colesterol, verifica-se que a possível mudança de estilo de vida é independente dos valores de colesterol. $\chi^2(9) = 9.65$. $p = .380$. O mesmo acontece relativamente aos valores de hipertensão arterial. $\chi^2(45) = 42.94$. $p = .560$. aos valores de índice de massa corporal. $\chi^2(36) = 39.60$. $p = .313$. assim como aos valores de risco metabólico. $\chi^2(27) = 27.00$. $p = .464$. i.e., a possível mudança de estilo de vida é independente dos valores de hipertensão arterial (ver tabela 35). dos valores de índice de massa corporal (ver tabela 36) e do risco metabólico (ver tabela 37).

Tabela 34*Cruzamento da possível mudança de estilo de vida com a categoria de glicemia e categoria de colesterol*

	Categoria de Glicemia			χ^2	Categoria de Colesterol		χ^2
	Valor Normal	Valor Elevado	Sem valor		Valor Normal	Valor Elevado	
Mudança de estilo de vida				79.31**			9.65
Sim. hábitos alimentares	2	0	1		1	2	
Sim. consumo de tabaco	1	0	0		0	1	
Sim. exercício físico	2	0	0		2	0	
Sim. mais consciência do estado de saúde	3	0	0		3	0	
Sim. vigilância do estado de saúde	4	0	0		3	1	
Sim. hábitos alimentares e tabaco	0	1	0		0	1	
Sim. hábitos alimentares e exercício físico	6	0	0		3	3	
Sim. exercício físico e vigilância do estado de saúde	1	0	0		1	0	
Não. apresenta um estilo de vida saudável	27	0	0		13	14	
Não	12	0	0		5	7	

*Nota. * p < .05; ** p < .001*

Tabela 35*Cruzamento da possível mudança de estilo de vida com a categoria de hipertensão arterial*

	Categoria de Hipertensão Arterial						χ^2
	Ótima	Normal	Normal Alta	Hipertensão Grau I	Hipertensão Grau II	Hipertensão Grau III	
Mudança de estilo de vida							42.94
Sim. hábitos alimentares	2	1	0	0	0	0	
Sim. consumo de tabaco	1	0	0	0	0	0	
Sim. exercício físico	1	0	1	0	0	0	
Sim. mais consciência do estado de saúde	1	1	0	1	0	0	
Sim. vigilância do estado de saúde	3	1	0	0	0	0	
Sim. hábitos alimentares e tabaco	0	1	0	0	0	0	
Sim. hábitos alimentares e exercício físico	2	3	1	0	0	0	
Sim. exercício físico e vigilância do estado de saúde	1	0	0	0	0	0	
Não. apresenta um estilo de vida saudável	13	2	4	8	0	0	
Não	2	2	3	1	3	1	

*Nota. * p < .05; ** p < .001*

Tabela 36*Cruzamento da possível mudança de estilo de vida com a categoria de índice de massa corporal*

	Categoria de Índice de Massa Corporal					χ^2
	Magreza Moderada I	Normal	Pré-Obesidade	Obesidade I	Obesidade II	
Mudança de estilo de vida						39.60
Sim. hábitos alimentares	0	1	2	0	0	
Sim. consumo de tabaco	0	0	1	0	0	
Sim. exercício físico	0	0	2	0	0	
Sim. mais consciência do estado de saúde	0	1	2	0	0	
Sim. vigilância do estado de saúde	0	3	1	0	0	
Sim. hábitos alimentares e tabaco	0	0	0	1	0	
Sim. hábitos alimentares e exercício físico	0	0	5	1	0	
Sim. exercício físico e vigilância do estado de saúde	0	1	0	0	0	
Não. apresenta um estilo de vida saudável	1	13	11	1	1	
Não	0	3	7	0	1	

*Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$*

Tabela 37*Cruzamento da possível mudança de estilo de vida com a categoria de risco metabólico*

	Categoria Risco Metabólico				χ^2
	Baixo Risco	Risco Aumentado	Risco Muito Aumentado	Sem valor	
Mudança de estilo de vida					27.00
Sim. hábitos alimentares	0	2	0	1	
Sim. consumo de tabaco	0	0	1	0	
Sim. exercício físico	1	1	0	0	
Sim. mais consciência do estado de saúde	1	1	1	0	
Sim. vigilância do estado de saúde	2	0	2	0	
Sim. hábitos alimentares e tabaco	0	0	1	0	
Sim. hábitos alimentares e exercício físico	3	1	2	0	
Sim. exercício físico e vigilância do estado de saúde	0	1	0	0	
Não. apresenta um estilo de vida saudável	15	4	5	3	
Não	2	3	6	1	

*Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$*

Quando cruzados os valores das categorias de fumador com a possível alteração do estilo de vida. Verifica-se que houve uma associação significativa entre a categoria de fumador e a alteração (ou não) do estilo de vida. $\chi^2(9) = 20.38$. $p < .05$, (ver tabela 38).

Tabela 38

Cruzamento da possível mudança de estilo de vida com a categoria de fumador

	Fumador		χ^2
	Fumador	Não Fumador	
Mudança de estilo de vida			20.38*
Sim. hábitos alimentares	0	3	
Sim. consumo de tabaco	1	0	
Sim. exercício físico	1	1	
Sim. mais consciência do estado de saúde	0	3	
Sim. vigilância do estado de saúde	0	4	
Sim. hábitos alimentares e tabaco	1	0	
Sim. hábitos alimentares e exercício físico	0	6	
Sim. exercício físico e vigilância do estado de saúde	0	1	
Não. apresenta um estilo de vida saudável	3	24	
Não	1	11	

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de um trabalho de investigação constitui-se como um momento de crítica reflexiva onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009; Ribeiro, 2008). Com efeito, em consideração ao anteriormente exposto e às dimensões do estudo, segue-se a discussão de resultados, que se encontra estruturalmente organizada com o objetivo de ser global e inter-relacional, assim como clara e direta para dar cumprimento aos objetivos de estudo e, conseqüentemente, resposta à questão de investigação.

A Doença Cardiovascular representa uma doença crónica, caracterizada por se desenvolver de forma insidiosa ao longo da vida, geralmente progredindo até um estado avançado, altura em que ocorrem os sintomas (European Society of Cardiology [ESC], 2012). Esta doença apresenta um impacto económico significativo, constituindo uma das principais causas de mortalidade prematura e de anos de vida ajustados para a incapacidade na Europa. Na União Europeia, o seu encargo económico anual corresponde a aproximadamente 192 mil milhões de euros em custos diretos e indiretos relacionados com cuidados de saúde (ESC, 2012). As principais causas apontadas para as doenças cardiovasculares estão relacionadas com estilos de vida, a saber, o consumo de tabaco, dieta pouco saudável, sedentarismo e uso nocivo de álcool (World Health Organization [WHO], 2013). Desta forma, as alterações adequadas no estilo de vida podem prevenir mais de três quartos da mortalidade global devido às doenças cardiovasculares (ECS, 2012).

Dado o supracitado, o presente trabalho objetivou identificar e analisar o perfil de saúde cardiovascular da população sujeita a intervenção adjacente ao Projeto “Coimbra Unida pelo Coração” (CUpC), assim como analisar a vigilância de saúde de acordo com o risco cardiovascular (RCV) da mesma população. Foi também do nosso interesse analisar o acompanhamento das unidades funcionais dos Centros de Saúde Familiar (nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de

Saúde Familiar (USF)] das pessoas referenciadas sem vigilância de saúde adequada ao seu RCV, analisando a efetividade e impacto do projeto CUpC.

Para responder aos objetivos delineados, recorreu-se a uma amostra de 756 indivíduos pertencentes às Unidades Funcionais de Coimbra, com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos ($M = 55$, $DP = 17.11$). Caracterizando o perfil de saúde cardiovascular da população em geral, verifica-se que houve uma maior concentração de indivíduos que revelam fatores de risco associados ao IMC, HTA, risco metabólico aumentado e por isso com necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis. Importa referir que todas as pessoas realizaram ensinos relativos ao posto onde foram avaliados.

Analisando a curva evolutiva da adesão a programas de intervenção em doenças cardiovasculares, verifica-se uma tendência crescente ano após ano, refletindo uma maior adesão das pessoas a este tipo de intervenção. Este primeiro dado reflete um grande avanço ao nível da consciencialização da saúde. É de notar que o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares encontra-se diretamente relacionado com os níveis de pressão arterial e reduz-se através do controlo da mesma (Lima et al., 2010). Este controlo é conseguido, além do regime terapêutico farmacológico prescrito, através da adoção de estilo de vida saudável, adotando comportamento como a prática de exercício físico, alimentação saudável, entre outros, exigindo às pessoas hipertensas um controle durante toda a vida, o que dificulta a adesão ao tratamento (Contiero et al., 2009). Segundo Dosse e colaboradores (2009), a não adesão ao tratamento contribui de forma significativa para o descontrolo da tensão arterial e, conseqüentemente, para o aparecimento de complicações clínicas, com aumento dos custos para as entidades governamentais da saúde e para a família, em virtude dos encargos sociais e dos custos com os medicamentos, tratamentos e cuidados adequados.

Apesar do decréscimo nas taxas de mortalidade e morbidade por doença cardiovascular ser evidente, estas continuam a ter um importante impacto na economia portuguesa, decorrente dos dispendiosos tratamentos e das situações de incapacidade por elas criadas, não só em idades mais avançadas, como em populações em idade ativa (DGS, 2014). A evolução positiva dos indicadores deve-se, por um lado à eficácia das medidas preventivas aplicadas, e por outro lado, ao avanço dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Estas medidas preventivas defendem a importância da prevenção através da adoção de estilos de vida saudáveis e do abandono de comportamentos de risco, como o tabagismo e o sedentarismo. É importante, portanto, corrigir fatores de risco

modificáveis, como a hipertensão arterial, a dislipidemia, ou a diabetes. Muitos estudos comprovam que modestas reduções nos fatores de risco major (tabagismo, hipertensão arterial e hipercolesterolemia) estão associados a uma melhoria significativa da esperança média de vida (Rocha, 2010). De acordo com o Programa Nacional para a Diabetes (2017), a prevalência da doença cardiovascular em Portugal doença no nosso país foi de 13.3%. Estes dados refletem a necessidade de uma mudança no regime alimentar, vigiando os valores glicémicos. Além disso, uma melhoria destes resultados passa pelo aconselhamento médico e/ou equipa multidisciplinar por forma a baixá-los. Na população geral apenas 3,4% apresentaram valores de glicemia elevada.

Adicionalmente, segundo FCP (s.d.), a dislipidemia é considerada um dos fatores de risco da aterosclerose, que constitui uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos. Nos entrevistados, utilizaram como estratégia a utilização de especiarias em detrimento do sal, reduziram o sal, realizam mais caminhadas entre outras estratégias que lhes permitiram um melhor controlo deste fator de risco. É de notar que os níveis de colesterol são determinados por múltiplos fatores genéticos, bem como por fatores ambientais – principalmente hábitos alimentares (Mills et al., 2008). De acordo com as diretrizes clínicas atuais de tratamento da doença coronária, a prevenção deve ser baseada numa avaliação do risco geral de cada indivíduo para doenças vasculares ateroscleróticas. Se o risco for significativamente aumentado, ele deve ser reduzido por meio de mudanças no estilo de vida e/ou tratamento médico (Graham et al., 2007; Finnish Medical Society Duodecim and the Executive Board of Current Care, 2013). Segundo Savolainen e colaboradores (2015), mudanças de estilo de vida estão relacionados com a diminuição dos níveis de colesterol entre os usuários de terapêutica farmacológica. Ainda que a necessidade de medicação crónica diária seja evidente, uma mudança favorável no estilo de vida pode influenciar os níveis de colesterol (Savolainen et al., 2015). Enquanto Projeto CUpC, o incentivo à mudança para um estilo de vida saudável é iminente nas sessões de intervenção.

Relativamente à tensão arterial, cerca de 44,8% dos participantes apresentaram valores alterados (somatório de tensão normal alta e hipertensão arterial (HTA) grau I, II e III). Estando a maior parte localizada na tensão “normal” e “ótima”. No estudo de Lopes et al. (2016) com indivíduos hipertensos, cerca de 46% apresentavam a hipertensão controlada. Este indicador sugere que existe um potencial de melhoria e confirma o papel essencial do médico de família e enfermeiro no controlo dos fatores de risco com maior impacto na

prevenção e controlo das doenças crónicas. No entanto, é necessário ter atenção que existe ainda um número significativo da população que apresenta valores de tensão arterial alta e hipertensão nos diferentes graus. Como refere Kivimäki et al. (2009), a intervenção com indivíduos pré-hipertensos pode prevenir o desenvolvimento de hipertensão.

A excesso de peso e a obesidade devem-se aos estilos de vida pouco saudáveis (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016). No presente estudo, note-se que cerca de 56,8% apresentam um IMC alto (pré-obesidade, obesidade tipo I, II e III). De acordo com o estudo de Framingham, níveis elevados de triglicéridos e de colesterol HDL baixo elevam o risco cardiovascular. Do mesmo modo, estima-se que o excesso de peso corporal é responsável por 26% dos casos de hipertensão arterial nos homens e 28% em mulheres; e por cerca de 23% dos casos de doença cardíaca coronariana em homens e 15% em mulheres (Wilson, 2002). De facto, a pré-obesidade e a obesidade constituem importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo uma estratégia concertada que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa (DGS, 2005). Uma vez mais, esta dimensão é também trabalhada com os participantes do projeto CUpC, de forma desmistificar certos conhecimentos e informações que estas pessoas apresentem sobre a alimentação e a adoção de um estilo de vida saudável, fornecendo-lhes também alternativas por forma a melhorar a adesão a esta melhoria de vida.

Segundo o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017) em Portugal o tabaco mata uma em cada quatro indivíduos no grupo dos 50-59 anos. Na amostra avaliada, verifica-se que cerca de 101 indivíduos referiam serem fumadores e cerca de 655 serem não fumadores. O consumo tabágico constitui a causa mais evitável de doenças cardiovasculares, que abrange um grande número de condições e é a principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 17.30 milhões a 17.50 milhões de mortes por ano (Naghavi et al., 2015; OMS, 2015a). O tabaco também é a principal causa de morte prematura por doença cardiovascular (mortes antes dos 70 anos), sendo responsável por cerca de 5.9 milhões de mortes prematuras em 2013 (Roth, et al., 2015). Geralmente, altas taxas de uso de tabaco significam uma maior taxa de doença cardiovascular. Esta associação é agravada pelo crescimento populacional e envelhecimento, ambos os quais são os principais contribuintes para o número absoluto de portadores da doença (Roth et al., 2015). A redução do uso do tabaco é, portanto,

crucial para evitar as mortes por tabaco, que devem aumentar para 10 milhões anualmente até 2030, se as tendências atuais continuarem (OMS 2013, 2015a).

Segundo a literatura, os antecedentes pessoais e diretos/familiares constituem fatores considerados fixos, estão entre aqueles que não são possíveis alterar. O desenvolvimento de doença cardiovascular envolve múltiplas influências genéticas e interações ambientais de grande importância. O conhecimento atual revela que os seus fatores de risco são maioritariamente hereditários, influenciados por fatores genéticos (Freira, 2011). A história familiar revela as contribuições e interações específicas, genómicas e ecológicas que afetam o perfil metabólico familiar durante toda a vida. Assim, a pessoa com história familiar de doença cardiovascular prematura, possui um leque de componentes genéticos e fenotípicos através dos quais pode estar mais predisposta a um risco mais elevado desenvolver doença cardiovascular, comparativamente com outra pessoa sem história familiar de doença cardiovascular. A história familiar de doença cardiovascular constitui um significativo fator preditivo para risco cardiovascular, mesmo após o ajuste de risco tendo em conta outros fatores de risco pessoais, como a HTA, hábitos tabágicos e alterações de níveis de lipoproteínas (Bourbon, 2008). Cerca de 16,8% dos participantes gerais referiram apresentar um ou mais antecedente pessoal, mas 83,2% referiram não apresentar antecedente pessoal.

2.1 Vigilância de saúde de acordo com o RCV da população entrevistada

A população entrevistada, no que se refere à consciencialização da cor atribuída, aproximadamente cerca de metade dos inquiridos refere não ter noção do significado da cor. Isto pode dever-se ao facto da entrevista se ter realizado muito tempo após a intervenção ou que os indivíduos não terão retido a informação dada.

Relativamente à vigilância adequada ao RCV, podemos verificar que não existe relação entre a cor atribuída aos indivíduos e a vigilância do RCV. No entanto, cerca de 17 pessoas não apresentam vigilância adequada e dessas, principalmente as cores verde e laranja não estão a ser vigiadas de forma adequada pelos centros de saúde (ver tabela 29).

No que concerne ao contacto da equipa de saúde familiar, verifica-se que cerca de 90% dos casos não foram contactados, podemos verificar assim que a articulação com os CSP necessita de ser melhorada por forma a promoverem os cuidados necessários às pessoas que necessitam de adequar a vigilância do seu RCV.

Relativamente à procura por serviços de saúde, verificou-se que a resposta mais prevalente foi *Não. Já se encontra devidamente vigiado pelo centro de saúde* (n=26) e *Não* (n=26). Apesar de ser um comportamento preocupante, uma vez que cerca de 38,3% (SCORE amarelo, laranja e vermelho) se enquadram num grupo de risco, esta falta de procura poderá dever-se com a indisponibilidade, devido aos contextos agitados que ultrapassamos e também com a não consciencialização do seu estado de saúde pois depende do conceito que a pessoa tenha de estar a ser devidamente vigiado ou não. No entanto, cerca de 6,7% dos participantes referiram procurar o seu enfermeiro ou médico de família após a intervenção. Esta informação revela-se importante uma vez que se salienta o papel de enfermagem e o seu reconhecimento. Este tipo de intervenção torna-se importante para a população pois cada vez mais existem mudanças de comportamentos nos estilos de vida das pessoas. É também de notar que os indivíduos apresentam maior preocupação com o seu estado de saúde, levando-os a procurar profissionais especialistas na área para serem seguidos e vigiados de forma preventiva. A intervenção dos enfermeiros é de grande relevância, uma vez que os enfermeiros são quem mais frequentemente aconselham sobre estilos de vida a adotar na prevenção cardiovascular. Num estudo desenvolvido por Jorstad e colaboradores (2013), verificou-se que o programa de prevenção cardíaca secundária coordenado por enfermeiros leva a uma redução do risco de recorrência do síndrome coronário agudo e reduz também a mortalidade. Contrapondo, Voogdt-Pruis, Van Ree, Gorgels e Beusmans (2011) revelam que nem os doentes, nem os cuidadores prestam atenção suficiente às orientações. Neste sentido, devem ser efetuados esforços na transmissão de informação para que os doentes tenham uma maior adesão aos estilos de vida saudáveis e ao tratamento. O mesmo estudo salienta que a adesão pode ser influenciada por fatores, tais como a idade, o género, o status económico e as crenças de saúde (Voogdt-Pruis et al., 2011).

2.2. O acompanhamento das unidades funcionais dos Centros de Saúde das pessoas entrevistadas

Relativamente ao contacto pela equipa de saúde familiar para possível consulta, apenas 1 pessoa das pessoas entrevistadas foi contactada para programar uma consulta, todas as restantes não foram contactadas, não se recordam ou referem que já vão muitas vezes a consultas no centro de saúde. Estes dados poderão revelar que os indivíduos já poderão estar a serem seguidos nos CS por outros motivos que não o ser RCV como por exemplo,

poderão estar a ser acompanhados por outros programas de intervenção, como para a redução da diabetes, hipertensão ou outros.

No que concerne à periodicidade da vigilância no centro de saúde depois da intervenção, a maioria dos participantes não respondeu a esta questão referindo que não tem ideia da periodicidade. No entanto cerca de 8,3% refere que após a intervenção passou a ter consultas no CS de 6 em 6 meses, mas cerca de 5% refere que não é vigiado no CS. Podemos inferir que a maior parte dos entrevistados só vai quando precisa de ir ou muito raramente. Quando cruzamos os SCORES atribuídos com a periodicidade de vigilância podemos observar que não existe relação significativa entre as variáveis. No entanto, podemos ver que cerca de 6 entrevistados que lhes foi atribuído as cores amarelo, laranja e vermelho passaram a ter consulta no CS de 3 em 3 meses, 6 em 6 meses, anual ou de 2 em 2 anos. O que significa que mesmo sendo um “n” baixo podemos dizer que a intervenção chegou a algumas pessoas e que tiveram a preocupação relativa ao seu estado de saúde.

2.3. A efetividade/impacto do Projeto CUpC

Relativamente à efetividade/impacto do Projeto CUpC, é de realçar que os indivíduos entrevistados, quando inquiridos sobre o facto de a participado nesta intervenção ter alterado o seu estilo de vida, cerca de 35% dos participantes referiu ter alterado alguns hábitos de vida, como por exemplo os hábitos alimentares, consumo de tabaco e de exercício físico. Também estes revelam ter realizado uma maior vigilância do seu estado de saúde. Desta forma, verifica-se que o programa ajudou a promover uma maior consciencialização do seu estado de saúde. Estes resultados demonstram que a intervenção detém um papel benéfico para parte da amostra, refletindo-se na alteração de hábitos e estilo de vida e comportamentos alterados ao longo destes anos. Podemos inferir que as intervenções do Projeto CUpC são facilitadoras do processo de mudança, principalmente nos indivíduos com RCV.

Importa não só saber em que área alteram os seus hábitos, mas é também importante perceber como os alteraram. Verifica-se que houve referências ao aumento do número de caminhadas realizadas, na vigilância dos níveis de colesterol, realizando análises mais regulares, na utilização de especiarias alternativas para reduzir o sal, maior frequência de

ginásio e atividades desportivas, alteração de hábitos alimentares, recorrendo a métodos de cozinha alternativos (como grelhados), ponderar em deixar de fumar, entre outras.

No que concerne ao interesse dos indivíduos relativo à iniciativa/execução deste projeto a maioria atribuiu o valor máximo. Sobre aspetos de melhoria da intervenção, maioritariamente (n=49) não responderam a esta questão sendo que cerca de 8,3% referiram que não havia nada a melhorar, foi referido também que o projeto poderia ser alargado a outras valências/áreas, de forma a promover uma maior adesão a estes projetos.

Como referido no enquadramento teórico, muitos estudos referem que os fatores de risco podem ser corrigidos através da educação em saúde e mudanças no estilo de vida. Como verificado por Henriques e colaboradores (2020), existe uma diminuição evidente do risco de doença cardiovascular associada à implementação de programas de intervenção e de educação e promoção para a saúde. Assim, existe evidências que suportam os programas de intervenção para a gestão do risco de doenças cardiovasculares. Além disso, a atuação do profissional de enfermagem juntos dos indivíduos com fatores de risco cardiovascular é fundamental, principalmente no que se refere à adesão ao tratamento e alteração dos estilos de vida e quotidiano das pessoas.

PARTE IV
CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

As DCV constituem-se como um dos principais problemas de saúde no Mundo. Visto que as DCV permanecerão em elevada causa de morte no mundo, a OMS estima que até o ano de 2030, esses casos ultrapassam de 23,3 milhões (Bonoto, Mendoza-Sassi, & Susin, 2016; Borba et al., 2012). A sua prevalência tem um impacto significativo nas economias mundiais. Em Portugal correspondem a uma das principais causas de morte dos últimos anos, tal como na Europa, mas a tendência das taxas de mortalidade nas últimas décadas evidencia uma redução progressiva apesar de o envelhecimento populacional (DGS, 2017b; Nichols et al., 2014). Existem vários fatores para que se desenvolvam as DCV, que podem ser modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis incluem a hiperlipidemia, o tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo e má alimentação. Já os não modificáveis consiste no histórico familiar de DCV, idade, sexo e a raça (Magalhães et al., 2014).

A Vigilância em Saúde é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde e tem um desempenho fundamental. sistemático e evidente. que deverá ser desenvolvido com qualidade. adaptando-se aos modelos de gestão dos serviços públicos e abrangendo também os serviços privados. de forma integrada e interativa com os mesmos.

Programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. O principal objetivo desses programas é diminuir a morbidade e a mortalidade por DCV através da redução dos FRCV nas comunidades, a partir da educação em saúde e das estruturas existentes na comunidade (Ribeiro, Cotta, & Ribeiro, 2012). No entanto, estes programas de intervenção relacionados com a prevenção das DCV implicam, para muitos países, uma pressão adicional sobre os serviços de saúde, uma vez que os mesmos já se encontram sobrecarregados com a necessidades de resposta a condições agudas e infecciosas (Lulebo et al., 2015).

O desenvolvimento do enquadramento teórico deste estudo possibilitou a concretização de uma questão à investigação de caráter amplo, generalista que, posteriormente, no capítulo da metodologia foi representada através de objetivos que permitiram formular as hipóteses de investigação em estudo, que serviram não só de leme à orientação do

desenvolvimento metodológico, ao acesso aos respetivos resultados, como também permitiram que, chegado este momento de tirar conclusões, se possam apresentar de forma clara e concisa os principais resultados, que permitiram, portanto, alcançar os objetivos delineados, chegando a um conjunto de conclusões.

De uma forma geral, o presente estudo revela que, em consequência da implementação da intervenção de Enfermagem, maior parte dos indivíduos já não se recordavam das cores atribuídas ao seu RCV, pois não eram coincidentes com as que foram atribuídas efetivamente. nem se recordavam do significado da cor atribuída, ou seja, do seu RCV e de quanto em quanto tempo deveria consultar a sua equipa de saúde. Ademais, percebe-se, ao longo deste estudo, que o papel do enfermeiro é de grande importância e desempenha um papel fundamental relativamente aos ensinamentos realizados durante a intervenção por forma a promoverem a adesão ao rastreio, bem como o incentivo de mudança dos indivíduos que participaram neste projeto.

Verificaram-se mudanças fundamentais relativas ao estilo de vida dos indivíduos dos entrevistados, apesar de não ser a maioria da amostra (n=21) estes referiram ter alterado hábitos alimentares, de exercício físico, hábitos de consumo tabágico, realizam maior vigilância do seu estado de saúde e aumentaram a sua consciencialização do seu estado de saúde. Ainda de referir que a maior parte dos entrevistados (n=39) refere que não alterou o seu estilo de vida ou que não alterou o seu estilo de vida porque já tinha um estilo de vida saudável, mas o mais interessante é que estes mesmos indivíduos que referiram que já tinham um estilo de vida saudável apresentam um nível de colesterol elevado (n=14). De facto, as principais causas de DCV estão relacionadas com estilos de vida, nomeadamente: consumo de tabaco, dieta pouco saudável, sedentarismo e uso nocivo de álcool (OMS, 2013). Portanto, as alterações adequadas no estilo de vida podem prevenir mais de três quartos da mortalidade global devido a DCV (ECS, 2012).

É de realçar que o percurso até este momento foi longo e moroso até ser possível alcançar os resultados e principais conclusões. Permitindo assim concretizar os objetivos definidos: identificar e analisar o perfil de saúde cardiovascular da população rastreada; analisar a vigilância de saúde de acordo com o RCV da população rastreada; analisar o acompanhamento das unidades funcionais dos CS (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Familiar (USF)) das pessoas referenciadas de médio e alto risco pelo projeto e analisar a efetividade/impacto do projeto CUpC.

Este estudo abrangeu uma multiplicidade de variáveis, que inclusivamente foram analisadas de forma exaustiva por forma a alcançar resultados replicáveis e que constituíssem uma primazia para a população. Obviamente existia ainda outras variáveis que poderiam ser analisadas e correlacionadas. Além de mais completo, a adição de outras variáveis tornaria o estudo mais rico, mas refletiria a necessidade de maiores recursos humanos, materiais e maior gestão e disponibilidade temporal, tornando está impossível de concretizar.

Não obstante, a presente investigação envolveu igualmente dificuldades que não podem ser desvalorizadas. A metodologia atual recorreu a um questionário que não permite uma abrangência de respostas desejada. Além disso, apesar de ter sido considerada a norma estabelecida pela DGS que apenas permite abranger indivíduos com idade entre os 18 e os 65 anos, indivíduos com idades superiores a 65 anos foram abrangidas no estudo por apresentarem maior representatividade.

Findo o presente estudo, é de realçar que todas as etapas percorridas ao longo da realização deste trabalho foram marcadas pelo enriquecimento e pelo desafio, em que os condicionalismos e obstáculos encontrados foram ultrapassados com resiliência, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional. É de sublinhar a importância da presente dissertação, na medida em que permitiu identificar que a pertinência do Projeto CUpC para a alteração positiva e significativa no estilo de vida dos intervenientes. No entanto, devido a fatores externos à nossa intervenção, o projeto não se revelou eficaz, no sentido em que não possibilita que se assegure todas as fases do processo, nomeadamente o acompanhamento nos CSP. Esta condicionante exige a colaboração das várias unidades funcionais com o respetivo utente para que seja realizada uma vigilância adequada do estado de saúde. Em estudos futuros, poderá ser interessante avaliar o impacto de fatores externos que possam influenciar a efetividade do projeto de intervenção. Além disso, *guidelines* de vigilância do estado de saúde devem ser criadas para uma maior uniformização deste acompanhamento.

Como conclusão, verifica-se que os CSP, sendo a primeira linha de contato com os indivíduos e comunidades, constituem uma importante função na promoção da saúde e prevenção da doença. São os serviços de saúde mais próximos das populações, assumindo um papel de resposta às necessidades das mesmas sendo por isso fundamental melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, melhorando assim a

qualidade de vida das pessoas e reduzindo os encaminhamentos para cuidados hospitalares.

Note-se que a prevenção não significa a eliminação total de um problema, mas em larga medida conduz à redução do risco e consequentemente redução da incidência.

Todo este trabalho remete-nos para a importância da educação em saúde, que na maioria das vezes fica a cargo dos profissionais de enfermagem, evidenciando o papel desta profissão que facilitam a adesão do utente à mudança de hábitos/estilos de vida. As intervenções de enfermagem junto da pessoa com doença coronária, devem visar a capacitação da pessoa para a gestão do regime terapêutico, baseando a sua prática clínica na mais recente evidência. Importa não só o aumento da literacia em saúde (DGS, 2017a, 2017b, 2017c; ARSN, 2014), mas o trabalho em conjunto com o doente, no sentido de este alcançar as competências necessárias, de modo a atingir a mestria na gestão diária da sua doença.

Ademais, a enfermagem é responsável pelo cuidado às pessoas da comunidade. Para levar a cabo este objetivo torna-se necessário acompanhar estas pessoas e colaborar na minimização das barreiras à mudança do seu estilo de vida, através de orientações e incentivos. Durante o projeto de intervenção houve a preocupação de realizar um acompanhamento dos participantes, permitindo-nos avaliar o seu estado de saúde atual e que hábitos teriam mudado, por forma a beneficiarem mais da sua saúde.

Com o desenvolvimento deste estudo, perspectiva-se melhorar a vigilância do RCV dos indivíduos e assim contribuir para um melhor desempenho e articulação dos serviços de saúde no atendimento de utentes menos vigiados relativamente ao seu risco de DCV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde Do Norte (ARSN). (2014). *Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Afonso, A. (2014). Os cuidados de saúde primários na prevenção do AVC. Manuscrito não publicado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., Vargas, P., Prokopenko, T., Santos, A. J., Namorado, S., Gil, A. P., Alves, C. Castilho, E., Cordeiro, E., Dinis, A., Nunes, B., & Dias, C. M. (2017) *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) - Estado de saúde*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Bessa, A., Mesquita, M., & Stipp, M. (2016). Saúde do homem e doença cardiovascular: gerenciamento do cuidado de enfermagem em nível ambulatorial. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4766
- Bonotto, G. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Susin, L. R. O. (2016). Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 293–302. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.07232015>
- Borba, E., Philipi, A., Nascimento, F., Guimarães, A., Boff, R., Spada, P., ... Dani, C. (2012). Perfil lipídico e obesidade em homens de um município da Região Sul do Brasil. *Scimed - Ciência Baseada na Evidência*, 22(1), 18–24
- Bourbon, M., (2008). Factores genéticos e a doença cardiovascular. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(12), 1559–1563.
- Branquinho, M. S. (2018). *Prevenção de doenças cardiovasculares na população ativa* (Tese de mestrado em enfermagem não publicada). Universidade de Évora. Évora
- Caballero, F., Monago, F., Guerrero, J., Monago, R., Trigo, A., ... Ramirez, B. (2016). *Smoking and coronary events in a population of Spanish health-care*

centre: *An observational study*, 16(3). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1423-5NG>

Carrajeta, M. (2018). *Maio de 2018, mês do Coração*. <http://www.fpcardiologia.pt/maio-de-2018-mes-coracao/>

Coleta, M. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 18(1-2), 69-78

Correia, S. (2016). *Da comunidade para a comunidade "agir para prevenir"*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21893>

Despacho n.º 6860/2018 de 16 de julho. Diário da República. 2.ª série — N.º 35 - Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>

Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata*. <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008 – I Série. *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do serviço nacional de saúde*. <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/105326876/201704290708/73341840/diploma/indice?Consolidacaotype=Decreto-Lei&consolidacaotag=Sa%C3%bade%2Fen>

Diário da República n.º 250/2014 - I Série. *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=1986329

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Circular Normativa n.º 03/DGCG. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto*. Lisboa.

- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing. Lda. <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2015). *Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*. <https://www.google.com/search?q=Norma+de+Orienta%C3%A7%C3%A3o+Cl%C3%ADnica+da+Dire%C3%A7%C3%A3o+Geral+da+Sa%C3%BAde+n.%C2%BA+005%2F2013&oq=Norma+de+Orienta%C3%A7%C3%A3o+Cl%C3%ADnica+da+Dire%C3%A7%C3%A3o+Geral+da+Sa%C3%BAde+n.%C2%BA+005%2F2013&aqs=chrome..69i57.281j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2017a). *Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2017b). *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2017c). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Durlak, D. (2018). Analysis of nurses' knowledge in the area of prevention of cardiovascular diseases. *Polish Nursing*, 4(70), 365–371.
- Estrada, J. C., & Ortega, Y. (2017). El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(1), 107. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie19-1.ecep>

- European Society of Cardiology. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37, 2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
- Farrel, T., & Keeping-Birke, L. (2014). The Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Nurse Practitioners Using Behaviour Modification Strategies. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 24(1), 8–15.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Freira, S. (2011). Risco cardiovascular na infância e adolescência. *Revista Factores de Risco*, 23, 08–13
- Freixo, M. (2010). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa : Instituto Piaget.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC). (s.d.). *Alimentação e colesterol*. <http://www.fpcardiologia.pt/alimentacao-e-colesterol/>
- Gouveia, M., Pimenta, I., & Daniel, P. (2018). Importância da validação dos modelos de risco cardiovascular nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Familiar*, 34(3), 163–167. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i3.12449>
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., ... European Society of Cardiology (ESC) Committee for Practice Guidelines (CPG). (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 28(19), 2375–414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm316>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Causas de morte: 2015*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrC od=0010082&contexto=bd&selTab=tab2

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). *Doenças Cardiovasculares*.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>
- Jennings, C., & Astin, F. (2017). A multidisciplinary approach to prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3S), 77–87.
- Jørstad, H. T., Minneboo, M., Helmes, H. J. M., Fagel, N. D., Scholte op Reimer, W. J., Tijssen, J. G., & Peters, R. J. G. (2016). Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results from the RESPONSE randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0321-4>
- Jorstad, H. T., von Birgelen, C., Alings, A. M. W., Liem, A., van Dantzig, J. M., Jaarsma, W., ... Peters, R. J. G. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart (British Cardiac Society)*, 99(19), 1421–1430.
<http://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-303989>
- Kivimäki, M., Batty, D., Singh-Manoux, A., Ferrie, J., Tabak, A., Jokela, M., Marmot, M., Smith, G., & Shipley, M. (2009). Validando a pontuação de risco de hipertensão de Framingham Resultados do estudo Whitehall II. *American Heart Association*. 496- 499. <https://doi.org/10.1161 / HYPERTENSIONAHA.109.132373>
- Leite, C. R. A. (2014). *O papel do médico de família na promoção da saúde e prevenção da doença cardiovascular*.
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37337/1/O%20papel%20do%20medico%20de%20familia%20na%20promocao%20da%20saude.pdf>
- Lopes, E., Alarcão, V., Simões, R., Fernandes, M., Gómez, V., Souto, D., ... Rocha, E. (2016). Controlo da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários: Uma Comparação entre Nativos Portugueses e Imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 193.
doi:10.20344/amp.6714

- Lulebo, A. M., Mapatano, M. A., Kayembe, P. K., Mafuta, E. M., Mutombo, P. B., & Coppieters, Y. (2015). Assessment of hypertension management in primary health care settings in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1236-y>
- Magalhães, F. J., Mendonça, L., Rebouças, C., Lima, F., Custódio, I., & Oliveira, S. (2014). Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 394-400. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140052>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases teóricas para Enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Mills, E. J., Rachlis, B., Wu, P., Devereaux, P. J., Arora, P., & Perri, D. (2008). Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments: a network meta-analysis involving more than 65,000 patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(22), 1769–81.
- Ministério da Saúde (2017). *Direção Geral da Saúde: Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde – 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministerio da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Ministerio da Saude, Lisboa. ISBN 978-989-99480-1-3
- Naghavi, M., Wang, H., Lozano, R., Davis, A., Liang, X., ... Murray, C. (2015). “Global, Regional, and National Age-Sex Specific All-Cause and Cause-Specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.” *The Lancet*, 385(9963), 117–71.
- Neubeck, L., Coorey, G., Peiris, D., Mulley, J., Heeley, E., Hersch, F., & Redfern, J. (2016). Development of an integrated e-health tool for people with. or at highrisk of. cardiovascular disease: The Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular

- Tools (CONNECT) web application. *International Journal of Medical Informatics*. 96(2), 4–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.01.009>
- Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal*, 35(42), 2950–9. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu299>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L., Amaral, L., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Perdigão, C., Rocha, E., Duarte, J., Santos, A., & Macedo, A. (2011). *Prevalência, caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal: uma análise do estudo AMÁLIA* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa. Lisboa
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, C., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... ESC Scientific Document Group. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for

Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381.

Pimenta, H., & Caldeira, A. (2014). Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1731-1739.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lidel. ISBN: 978-972-757-916-7

Polit, D., & Beck. C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra. Portugal: FORMASAU.

Ribeiro, A. G., Cotta, R. M., & Ribeiro, S. M. R. (2012). A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciências & Saúde Coletiva*, 17(1), 7-17.

Roth, G. A., Nguyen, G., Forouzanfar, M. H., Mokdad, A. H., Naghavi, M., & Murray, C. J. (2015). Estimates of Global and Regional Premature Cardiovascular Mortality in 2025. *Circulation*, 132(13), 1270–82.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.016021>

Savolainen, J., Kautiainen, H., Niskanen, L., & Mäntyselkä, P. (2015). Decreasing cholesterol levels in the community – lifestyle change with statin? *BMC Family Practice*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0240-y>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (s.d.). *Prevenção*.
<http://www.sicad.pt/pt/intervencao/prevencaomais/sitepages/home%20page.aspx>

Sebastião, M. M. (2012). *Relatório de estágio intervenção na comunidade* (Relatório de estágio de especialização em enfermagem comunitária).
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14984/1/ESSTFC453.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2019). *Carta Europeia do Coração*.
https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Carta_EC.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2011). *Reviewers' Manual – 2011*.
<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>
- Tsolekile, L., Abrahams-Gessel, S., & Puoane, T. (2015). Healthcare Professional Shortage and Task-Shifting to Prevent Cardiovascular Disease: Implications for Lowand Middle-Income Countries. *Current Cardiology Reports*, 17(115), 1-7.
- Van Bussel, E. F., Hoevenaar-Blom, M. P., Busschers, W. B., Richard, E., Peters, R. J. G., van Gool, W. A., & Moll van Charante, E. P. (2018). Effects of Primary Cardiovascular Prevention on Vascular Risk in Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 368–375.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.048>
- van Lieshout, J., Huntik, E., Koetsenruijter, J., & Wensing, M. (2016). Tailored implementation of cardiovascular risk management in general practice: a cluster randomized trial. *Implementation Science*, 11(115), 1-9.
- Vilchez, V., Paravic, T., Salazar, A., & Sáez, K. (2015). Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. *Revista Chilena de Cardiología*. 34(1). 36-44.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602015000100004>
- Voogdt-Pruis, H. R., Van Ree, J. W., Gorgels, A. P. M., & Beusmans, G. H. M. I. (2011). Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 798–807. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.008>
- Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., Kannel, W. B. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1867–72.
- Working group appointed by the Finnish Medical Society Duodecim and the Executive Board of Current Care. (2013). Update on current care guideline: dyslipidaemias. *Duodecim*, 129(11), 1198–9.

- World Health Organization (OMS). (2015). *Cardiovascular Diseases: Fact Sheet*. WHO, Geneva.
- World Health Organization (OMS). (2013). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Enforcing Bans on Advertising, Promotion, and Sponsorship*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (OMS). (2018). *European health report 2018. More than numbers — evidence for all*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/09/EuropeanHealthReport2018.pdf>
- Yang, S. O., Kim, S. J., & Lee, S. H. (2016). Effects of a South Korean Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Program for Low-Income Elderly with Hypertension. *Journal of Community Health Nursing*, 33(3), 154–167. <https://doi.org/10.1080/07370016.2016.1191872>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L., & INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937–52.

APÊNDICES

APÊNDICE I
ESTUDOS ANALISADOS SEGUNDO *JOANNA BRIGGS INSTITUTE*

Título (1)	Assessment of hypertension management in primary health care settings in Kinshasa, Democratic Republic of Congo
Autores/Ano/País	Aimée M. Lulebo, Mala A. Mapatano, Patrick K. Kayembe, Eric M. Mafuta, Paulin B. Mutombo e Yves Coppieters 2015 República Democrática do Congo
Metodologia	Estudo transversal Entrevista estruturada, através de um questionário utilizando as diretrizes do Fórum Internacional para a Prevenção e Controle da hipertensão em África
Intervenção/Fenómeno de interesse	Avaliar a gestão da hipertensão em ambientes de cuidados de saúde primários
Contexto Geográfico Cultural	Cuidados de saúde primários Kinshasa e instalações de rede não-Kinshasa
Participantes	102 enfermeiros
Análise da informação/ Resultados	72,7% tinham baixo nível de qualificação (Kinshasa), enquanto que os da não-Kinshasa, apresentam apenas 36,2% de baixo nível de qualificação; A proporção dos que tinham recebido formação sobre DCV's e sobre fatores de risco relacionados foi significativamente menor nas instalações de rede não-KPHC em comparação com as instalações de rede KPHC (3,1% vs 31,6%); Menos de um quarto (14.7%) das enfermeiras sabiam quais os valores de corte de hipertensão, diabetes e obesidade; O "Stress" foi o fator RCV mais referido em ambos os locais 40,9% dos enfermeiros da Rede sabiam os valores de corte da tensão arterial enquanto que apenas 17,5% dos que estavam fora da rede sabiam. Relativamente à obesidade e perímetro abdominal, como fator de RCV eram desconhecidos.

Conclusões do Autor	Este estudo mostra uma lacuna considerável nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros na sua gestão de hipertensão na república democrática do Congo.
Título (2)	Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria
Autores/Ano/País	Vivian Vilchez, Tatiana Paravic, Alide Salazar, Katia Sáez. 2015 Costa Rica
Metodologia	<p>Método misto, randomizado, controlado</p> <p>Quantitativo:</p> <p>Questionário Health-Related Quality of Life (HRQOL);</p> <p>Escala de Auto-eficácia Geral</p> <p>Multidimensional Scale Perceived Social Support (MSPSS)</p> <p>Indicadores de saúde física foram os seguintes: o Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão Arterial (PA), Perímetro Abdominal (PA) e o perfil lipídico incluído: colesterol total (Col-Total), lipoproteínas de alta densidade HDL), lipoproteínas de baixa densidade (Col-LDL), triglicérides, índice de aterogenicidade (LDL / HDL) e fator de risco cardiovascular (CT / HDL)</p> <p>Risco cardiovascular a 10 anos foi calculado com base nas tabelas de <i>Framingham</i>.</p> <p>Qualitativo:</p> <p>Realizadas 15 sessões: 10 presenciais e 5 por telefone</p> <p>Método Parse fenomenológico- hermenêutico, projetado para aumentar a compreensão das experiências de vida</p> <p>Método dos três passos:</p> <p>a) Intervenção dialógica: colheita de dados; os diálogos foram gravados e transcritos;</p> <p>b) Extração-Síntese: Os significados das experiências dos participantes foram;</p>

	<p>c) Interpretação: dimensão interpretativa, relacionou os achados do estudo com os princípios da teoria</p> <p>Os participantes foram escolhidos por conveniência.</p>
Intervenção/Fenômeno de interesse	Prevenção de doença cardiovascular
Contexto Geográfico Cultural	Chile
Participantes	Foram selecionados 56 indivíduos, mas apenas 53 foram estudados.
Análise da informação/ Resultados	<p>Mulheres e homens diminuíram o peso, o perímetro abdominal, colesterol total, colesterol LDL, TC / HDL;</p> <p>As mulheres diminuíram significativamente o peso e aumentaram a sua qualidade de vida.</p> <p>Os homens diminuíram a pressão arterial, LDL / HDL e o risco cardiovascular a 10 anos.</p> <p>Os homens do grupo internacional mostraram mudanças significativas em comparação com o grupo de controle, em: CA, Col-total, al-LDL, TC / HDL, LDL / HDL, o risco coronário a 10 anos, a pressão sistólica e diastólica; entre as medições pré- e pós-teste.</p> <p>Em relação aos resultados qualitativos, três conceitos de expectativas de mudança emergiram do diálogo comprometido e do processo de extração-síntese: A) Visualizar a realidade da saúde, integrando o físico e o psicológico, através de um processo interativo de cuidado com a ação comunicativa. B) Estabelecimento de alianças para gerar compromissos pessoais e enfrentar divergências. C) Esforço e perseverança para realizar ações inovadoras de saúde que permitam a adaptação às condições de saúde que são apresentados.</p>

um efeito na redução do risco coronário em 10 anos apenas nos machos foi evidente

Conclusões do Autor

Esta intervenção é uma estratégia eficaz para o controle de três fatores de risco cardiovascular e melhorar a QVRS.

Concluiu-se que esta intervenção inovadora é uma estratégia eficaz para controlar a hipertensão, dislipidemia sobrepeso e QVRS melhorou no grupo de intervenção. O grupo controle não apresentou alterações significativas. Quanto ao qualitativa, a descoberta foi a estrutura de viver com expectativas de mudança. Entre as limitações do estudo, pode-se mencionar que os instrumentos utilizados não quantificaram o apoio social de enfermagem profissional e autoeficácia em cerca de gestão de doenças crônicas.

Título (3)	Effects of a South Korean Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Program for Low-Income Elderly with Hypertension
Autores/Ano/País	Soon-Ok Yang PhD, MPH, RN, Shin-Jeong Kim PhD, RN & Seung-Hee Lee PhD, MPH, RN 2016 Coreia do Sul
Metodologia	dois grupos quase experimental, desenho pré- e pós-teste foi utilizado para identificar a eficácia de uma intervenção de 3 meses em pacientes idosos com hipertensão período de estudo de 3 meses critérios de inclusão usando um método de entrevista one-to-one.
Intervenção/Fenómeno de interesse	programa de prevenção de doença cardiovascular de base comunitária - aumentar a autoeficácia e comportamentos de saúde e reduzir os fatores de risco cardiovascular modificáveis. Foi realizado um pré teste e pós teste (após ensinios)
Contexto Geográfico Cultural	centro de saúde pública (APS) na cidade de A, localizada nos subúrbios de Seul
Participantes	91 participantes intervenção (n=45) ou grupo de controlo (n=46)
Análise da informação/ Resultados	Foi observada uma diferença significativa entre os grupos para a pressão arterial diastólica, com uma diminuição (-2,5 mmHg), após o programa no grupo de intervenção em comparação com um aumento no grupo de controlo (+2,5 mmHg). No grupo de controlo, o colesterol total aumentou significativamente após 3 meses, ao passo que no grupo de intervenção, diminuíram ligeiramente ao longo do período de estudo. No entanto, a diferença média entre os grupos não atingiu significância.

Não havia diferenças significativas entre grupos nas mudanças antes e depois da intervenção em relação às outras fatores de risco cardiovasculares.

Conclusões do Autor

O programa implementado por uma enfermeira pode ser eficaz na melhoria da autoeficácia, comportamento de saúde e fatores de risco cardiovascular modificáveis num ambiente comunitário.

Título (4)	Development of an integrated e-health tool for people with, or at highrisk of, cardiovascular disease: The Consumer Navigation of ElectronicCardiovascular Tools (CONNECT) web application
Autores/Ano/País	Neubeck, L., Coorey, G., Peiris, D., Mulley, J., Heeley, E., Hersch, F. & Redfern, J. 2016 Coreia do Sul
Metodologia	Processo interativo de quatro fases. Este processo de 18 meses envolveu: (1) definição do público-alvo e necessidades, (2) teste piloto e refinamento, (3) desenvolvimento de software incluindo validação e teste do algoritmo, (4) testes de aceitação do usuário e testes beta.
Intervenção/Fenómeno de interesse	Desenvolvimento de um aplicativo baseado na Web integrado no prontuário eletrônico de cuidados primários, projeto centrado no utilizador para desenvolver uma ferramenta de saúde eletrônica focada no consumidor para a redução do risco de doença cardiovascular.
Contexto Geográfico Cultural	Austrália
Participantes	Dez médicos e acadêmicos multidisciplinares (médico da atenção primária, enfermeiros e profissionais de saúde aliados), dois consultores de design, um designer gráfico, três programadores de software e catorze utilizadores finais propostos.
Análise da informação/ Resultados	Foram analisar o que era necessário o sistema ter: incluíam a necessidade de interatividade, apelo visual, informação credível sobre a saúde, recompensas virtuais e apoio emocional e físico. As características identificadas como essenciais foram: (i) aplicativos móveis e habilitados para web, (ii) ênfase no gerenciamento de medicamentos, (iii) um forte componente de apoio psicossocial

Conclusões do Autor

Os usuários finais de um programa de prevenção de doenças cardiovasculares têm necessidades complexas. Uma abordagem de projeto centrada no usuário auxiliou a integração dessas necessidades no conceito, especificações, desenvolvimento e refinamento de uma aplicação web responsiva para redução de fatores de risco e prevenção de doenças.

Todos os participantes descreveram o papel da tecnologia, em geral, em sua vida cotidiana e sua utilidade potencial para rastrear e interpretar informações médicas pessoais e como uma ajuda para a modificação do estilo de vida.

APÊNDICE II
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS (FORMULÁRIO)

COIMBRA UNIDA PELO CORAÇÃO - Avaliação de Impacte

Bom dia, estou a falar com a Sr^a _____ (ver nome na base de dados)
O meu nome é _____, sou colaborador do projeto Coimbra unida pelo Coração e estou a contactá-lo pois participou neste projeto em _____ (ver data na base de dados)

*Obrigatório

1. Nº de Utente *

Após confirmar o nome, registar o número de utente

2. 1. Lembra-se da intervenção? *

Se não se lembra, tentar relembrar através da explicação dos postos e do tipo de intervenção que se fez. Se mesmo assim não se lembrar, agradecer o tempo despendido e desligar a chamada

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. 2. Como soube da intervenção? *

Não ler as opções. Tentar colocar a resposta nas opções que mais se adequam. Pode ser mais do que uma.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Divulgação através de cartazes
- Divulgação através das redes sociais
- Divulgação através da rádio
- Divulgação através do Centro de Saúde
- Soube apenas no momento
- Outra: _____

Pretendemos avaliar o impacte desta intervenção e por isso estamos a ligar para lhe fazer algumas questões. Pensamos ocupar cerca de 5 minutos do seu tempo. É oportuno? Concorda que façamos o registo escrito da informação que nos vai dar?

Se sim, prosseguir com a entrevista, e se não, tentar encontrar um horário favorável.

1. 3. No final do rastreio que fez, lembra-se da cor que lhe foi atribuída? *

Podemos ajudar na resposta, dizendo quais as cores disponíveis.

Marcar apenas uma oval.

- Verde
- Amarelo
- Laranja
- Vermelho
- Não me lembro

2. 4. Tem noção do que essa cor significa? *

Caso o utente não saiba, depois de colocarmos a resposta no não, podemos clarificar o utente dizendo que representa o seu risco de morte por doença cardiovascular nos próximos 10 anos. Se a resposta for sim, tentar validar se a resposta é a correta (ex. "é o meu risco cardiovascular", "é o risco de ter uma doença no coração", etc)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

3. 5. O facto de ter participado nesta intervenção, alterou o seu estilo de vida? *

Não ler as opções. Tentar colocar a resposta nas opções que mais se adequam. Pode ser mais do que uma.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim, alterei os meus hábitos alimentares
- Sim, alterei os meus hábitos de consumo de tabaco
- Sim, alterei os meus hábitos de exercício físico
- Sim, consigo gerir melhor o meu stress
- Sim, tenho mais consciência do meu estado de saúde
- Sim, faço mais vigilância do meu estado de saúde
- Não, porque já tenho um estilo de vida saudável
- Não
- Outra: _____

7. 5.1. Como?

Se a resposta for sim, e dependendo da resposta anterior, tentar perceber como alterou o seu estilo de vida (Ex. "reduzi no sal", "faço mais caminhadas", "controlo mais a minha tensão", etc)

8. 6. Esta intervenção levou-o a procurar (ou ter vontade) de procurar os serviços de saúde? *

Não ler as opções. Tentar colocar a resposta nas opções que mais se adequam. Pode ser mais do que uma. Se não era suposto ter sido convocado pela equipa de saúde familiar, passar para a questão 9.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim, o meu enfermeiro de família
- Sim, o meu médico de família
- Sim, um cardiologista
- Não, porque já sou devidamente vigiado no Centro de Saúde
- Não, porque já sou devidamente vigiado pelo cardiologista no setor público
- Não, porque já sou devidamente vigiado pelo cardiologista no setor privado
- Não
- Outra: _____

9. 7. Foi contactado pela sua equipa de saúde familiar para uma consulta no seu Centro de Saúde? *

Questão apenas para os utentes que deveriam ser convocados. Não ler as opções. Tentar colocar a resposta na opção que mais se adequa.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, e compareci na consulta programada
- sim, mas não compareci na programada
- Não
- Outra: _____

10. 8. Qual a periodicidade da vigilância no Centro de Saúde depois desta intervenção?

Questão apenas para quem foi convocado. Podemos tentar ajudar na resposta, tentando perceber se depois do primeiro contacto houve mais.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Foi uma única consulta
- Tenho sido vigiado de 3 em 3 anos
- Tenho sido vigiado de 2 em 2 anos
- Tenho sido vigiado anualmente
- Tenho sido vigiado de 6 em 6 meses
- Outra: _____

11. 9. No geral, de 1 a 10, como classificaria esta intervenção, em que 1 é nada útil e 10 é muito útil? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada útil	<input type="radio"/>	Muito útil									

8. 10. Tem sugestões de melhoria para esta intervenção para o próximo ano?

Com tecnologia
 Google Forms

APÊNDICE III
FORMULÁRIO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXOS

ANEXO I
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer N° P503-05/2018

Título do Projecto: Coimbra unida pelo Coração

Identificação do Proponente

Nome(s): Polybio Serra e Silva (FPC), Filipa Homem, Lino Gonçalves, Anaísa Reveles, Ana Caetano (Cardio B, CHUC); Helena Martins (Cardio AA, CHUC); Joana Sousa (Cardio AB, CHUC); Tânia Azevedo (Cirurgia Cardiorácica, CHUC); Paulo Alexandre Ferreira, Irma Brito (ESEnfC); Maria Clara Lopes (UCC Norton Matos, ACeS Baixo Mondego); Rosabela Monteiro (UCC S. Martinho, ACeS Baixo Mondego); Cristina Crespo (UCC Celas, ACeS Baixo Mondego); Fátima Cravo, Luis Miguel Rodrigues (UCC Coimbra Saúde, ACeS Baixo Mondego).

Filiação Institucional: FPC – Delegação do Centro

Investigador Responsável/Orientador: Filipa de Brito Homem

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto "Coimbra Unida pelo Coração" pretende criar uma rede comunitária de serviços de saúde com o objetivo de: 1) conscientizar para um estilo de vida saudável e rastrear cidadãos em geral com risco de doença cardiovascular (DCV), através da "Gincana do coração" (desde 2016); 2) melhorar a vigilância de saúde dos participantes da gincana com risco de DCV e sem adequada vigilância de saúde, convocando para consulta no centro de saúde (desde 2016); 3) melhorar a gestão da DCV nos centros de saúde, implementando uma consulta especializada com apoio de telemedicina de Cardiologia, para vigilância de pessoas com DCV (desde 2016); 4) monitorizar, avaliar e disseminar os resultados na área da prevenção, tratamento e reabilitação da DCV (desde 2016).

Segundo os autores o estudo é descritivo e correlacional, em que a amostra será constituída população de Coimbra que participa na intervenção com idade superior a 18 anos, conscientes e orientados.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado, os instrumentos de colheita de dados e a autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo o presente parecer não dispensa a autorização formal das entidades onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 20/06/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho



Fonte: Realizado pelos investigadores principais do projeto Coimbra Unida pelo Coração

ANEXO II
QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA 1ª FASE

ANEXO III
AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS



Autorização n.º 1830/ 2018

Fundação Portuguesa de Cardiologia IPSS , NIPC 500936994, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Coimbra Unida pelo Coração .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.



Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Fundação Portuguesa de Cardiologia IPSS

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Coimbra Unida pelo Coração

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; sinais vitais; dados da história clínica; dados dados de exame físico

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente/ outro

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 07-02-2018

A Presidente

Filipa Calvão

Fonte: Realizado pelos investigadores principais do projeto Coimbra Unida pelo Coração