

Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo

Healthy Aging: Promoting Healthy Lifestyles in Baixo Alentejo

ANA SOBRAL CANHESTRO

Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Beja, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa

MARTA LIMA BASTO

Enfermeira, Doutora em Psicologia Social, Investigadora da UI&DE, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Objetivos: Este estudo teve como objetivos: Analisar as atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis, realizadas no Baixo Alentejo; Compreender, na perspetiva dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e de representantes dos municípios, os fatores que influenciam o desenvolvimento dessas atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis.

Metodologia: Foi realizado um estudo exploratório e descritivo, com recurso a uma metodologia de natureza qualitativa, numa amostra não probabilística constituída por catorze profissionais com um papel chave no desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas e realizou-se análise qualitativa de conteúdo.

Resultados: Apresentam-se os resultados da análise preliminar onde emergiram cinco categorias: 1. Intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis; 2. Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis; 3. Fatores que influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis; 4. Ambiente facilitador de escolhas saudáveis; e 5. Papel do Enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis.

Conclusão: A maioria das intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, no Baixo Alentejo, são dirigidas a crianças e idosos e surgem por iniciativa dos profissionais de saúde tendo também os municípios um papel ativo nesse domínio. Foi descrito um conjunto de parcerias interprofissionais e intersectoriais, principalmente iniciadas pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários. Os municípios e outras organizações também procuram o setor de saúde como um parceiro preferencial para as intervenções de promoção da saúde. A participação ativa dos cidadãos é uma das estratégias mais mencionadas para aumentar a eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, são identificadas dificuldades e uma ausência de cultura de participação individual e coletiva na população. No que respeita aos fatores que influenciam o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, os dados revelam que estes podem estar relacionados com os participantes, com os profissionais, com a intervenção ou com as organizações. O papel dos enfermeiros surge evidenciado pelos entrevistados, que reconhecem que os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: promoção da saúde; estilos de vida saudáveis; envelhecimento saudável; intervenções; cuidados de enfermagem.

Objectives: This study aimed to analyse activities and projects to promote healthy lifestyles carried out in Baixo Alentejo (Portugal), and to understand, from the perspective of health professionals (nurses, and other health professionals in primary health care) and representatives of municipalities, the factors that influence the development of these activities and projects to promote healthy lifestyles.

Method: Exploratory-descriptive study using the qualitative inquiry method. A non-probability sample of fourteen professionals (from primary health care and municipalities) who have a key role in the development of interventions to promote healthy lifestyles was considered appropriate. Semi-structured interviews were used and their content was analysed.

Findings: We present the results of the preliminary analysis where five categories emerged: 1. Interventions to promote healthy lifestyles; 2. Effectiveness of interventions in the adoption of healthy lifestyles; 3. Factors that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles; 4. Environment facilitator of healthy choices, and 5. Nurse's role in healthy lifestyles promotion.

Conclusions: The interventions are directed mainly at children and the elderly, and are usually developed by the health sector, but municipalities also have an active role. An interesting range of inter-professional and inter-sectoral collaborative partnerships in health promotion intervention was described, mostly initiated by primary care teams. Municipalities and other community organizations also seek the health sector as a preferred partner in health promotion interventions. Community participation is one of the most frequently mentioned strategies to increase the effectiveness of health promotion interventions, however, there are difficulties in community empowerment and a lack of culture of participation in people and communities. Regarding the factors that influence the development of interventions to promote healthy lifestyles, these may be related to the participants, the professionals, the intervention, or the organizations. The role of nurses was evidenced by all respondents, recognizing that nurses play a key role in the development of promotion interventions of healthy lifestyles.

Keywords: health promotion; healthy lifestyles; healthy aging; interventions; nursing care.

INTRODUÇÃO

O último século assistiu a alterações significativas no perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, principalmente nos países mais desenvolvidos. A esperança de vida aumentou de forma progressiva nas últimas décadas e essa tendência parece ser para continuar. Contudo, uma vida mais longa não é sempre acompanhada de boa saúde e a prevalência das doenças crónicas bem como os custos que lhes estão associados continuam a aumentar (Oxley, 2009), trazendo graves consequências individuais, familiares e sociais. Ao próprio processo de envelhecimento individual é associado um aumento da vulnerabilidade aos desafios ambientais e um risco aumentado de desenvolvimento de doença sendo as doenças crónicas concomitantemente identificadas como a principal causa de declínio funcional e morte (DGS, 2004; Kirkwood, 2005). No entanto, muitos estudos sugerem atualmente que as doenças crónicas podem não ser uma consequência inevitável do envelhecimento, se um estilo de vida saudável for adotado ao longo da vida (Oxley, 2009; Nuñez, Armbruster, Phillips & Gale, 2003).

A promoção do envelhecimento saudável é um imperativo internacional para os decisores políticos e para os profissionais, porque as pessoas e as comunidades necessitam de aumentar o conhecimento sobre a forma de promover uma boa saúde, de modo a evitar os efeitos negativos relacionados com o envelhecimento (Runciman, Watson, McIntosh,

and Tolson, 2006; The Swedish National Institute of Public Health, 2007). São necessárias intervenções eficazes para promover a saúde e prevenir a doença numa perspetiva que vai além dos fatores de risco individuais e que deve continuar ao longo da vida (Darnton-Hill, Nishida, and James, 2004).

Os enfermeiros estão na posição ideal para assumir um papel de destaque na promoção da saúde e os seus conhecimentos e perícia nesta área recebem elevado reconhecimento por parte dos utentes e dos outros profissionais (Kemppainen, Tossavainen, e Turunen, 2013; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

PROBLEMÁTICA

A atenção para as questões do envelhecimento cresceu nas últimas décadas como resultado das alterações demográficas que ocorreram no século XX. O aumento da esperança de vida juntamente com o declínio das taxas de fertilidade são uma realidade para os países mais desenvolvidos. A Europa é o continente mais afetado pelo envelhecimento demográfico e Portugal integra, na atualidade, a lista dos países mais envelhecidos do mundo, com um importante aumento da proporção de pessoas idosas na população total (Rosa & Chitas, 2010). O Alentejo, que é a região com menor densidade populacional de Portugal, tem a mais elevada percentagem de idosos e também a mais elevada percentagem de pessoas com declínio do estado de saúde como resultado de doenças agudas e crónicas, revelando uma maior necessidade de cuidados de saúde (Santana, 2000; Santana, Alves, Couceiro, & Santos, 2008; INE, 2012).

As mudanças económicas e sociais que ocorrem numa escala e rapidez sem precedentes na nossa história e que resultam em alterações nos estilos de vida são as principais causas da crescente epidemia global de doenças crónicas (Darnton-Hill, Nishida, & James, 2004). Porque afetam a qualidade de vida das pessoas e as economias dos países – devido a perda de produtividade, morte ou incapacidades prematuras e pelos custos do seu tratamento – as doenças crónicas têm de ser objeto de permanente reflexão por parte do poder político. Devido ao seu início insidioso muito ligado a aspetos comportamentais, as doenças crónicas apresentam também múltiplas oportunidades de ações preventivas e requerem uma abordagem sistemática e continuada por parte dos serviços de saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

Esta nova realidade acarreta inúmeros desafios para muitos setores da sociedade mas particularmente para os sistemas de saúde e de apoio social, que são constantemente pressionados face às necessidades crescentes de uma população envelhecida, com múltiplos diagnósticos, com dependência crescente, traduzidas na exigência de uma maior e melhor assistência nos cuidados prestados e de uma resposta adequada em termos de rede de suporte social (Hughes & Pearson, 2013; Oxley, 2009; Lima, 2010; Rosa & Chitas, 2010; DGS, 2004). Projeções recentes preveem um aumento global dos gastos públicos relacionados com o envelhecimento populacional e com o aumento da prevalência das doenças crónicas – pensões, cuidados de saúde e cuidados continuados. Há, no entanto, um consenso generalizado que o impacto dessas despesas pode ser minimizado mantendo as pessoas saudáveis, autónomas e independentes por um período o mais longo possível (Oxley, 2009; Davim, Araújo, Nunes, Alchieri, Silva & Carvalho, 2010; Drennan, Iliffe, Haworth, Tai, Lenihan & Deave, 2005; Ming, Gao & Pusari, 2006).

O progressivo envelhecimento populacional das nossas sociedades deve assim ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se colocar o foco numa perspetiva positiva de promoção da saúde ao longo da vida (Runciman et al, 2006), onde as intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal promotor da sua saúde (Davim et al., 2010; Nuñez et al., 2003).

Pesquisas recentes demonstram que um estilo de vida saudável é mais influente do que os fatores genéticos na manutenção da saúde ao longo do processo de envelhecimento e, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, uma saúde precária não necessita de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Nuñez et al., 2003; Oxley, 2009).

Neste contexto importa que o foco dos cuidados e das políticas de saúde não sejam apenas as pessoas idosas, devendo ser adotada uma abordagem mais ampla direcionada para a promoção do envelhecimento saudável, colocando o foco na melhoria dos comportamentos de saúde das pessoas de todas as idades e nos determinantes biológicos, sociais e políticos, num esforço individual e coletivo (Hughes & Pearson, 2013), no entanto a maioria das intervenções específicas para o envelhecimento saudável, em vários países, tem como foco as pessoas com mais de 50 anos (The Swedish National Institute of Public Health, 2007).

O papel dos municípios é cada vez mais determinante ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis, não só porque oferecem ambientes de suporte promotores de uma vida saudável mas também porque são por excelência os parceiros de outras organizações comunitárias e dos cuidados de saúde para a realização de intervenções promotoras de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Em Portugal, a participação dos municípios em questões tradicionalmente relacionadas com o sector da saúde não é muito expressiva, e só desde há cerca de duas décadas um número relativamente pequeno de municípios se envolveu de forma explícita neste aspeto da vida dos cidadãos (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013).

Os enfermeiros e, em particular os que trabalham na comunidade, são os profissionais de saúde que desenvolvem um trabalho de maior proximidade com os utentes, famílias e comunidades, sendo considerados elementos-chave no desenvolvimento de intervenções promotoras de saúde, em todas as fases do ciclo vital, reforçando a importância da adoção de comportamentos saudáveis com vista a uma vida longa, ativa e saudável, garantindo a participação dos cidadãos e o envolvimento de todos os parceiros para que se alcance uma compreensão profunda dos contextos locais e se adequem as intervenções às necessidades detetadas (Manthorpe, Maim, and Stubbs, 2004; Runciman et al., 2006; Ming et al., 2006). No entanto, o trabalho dos enfermeiros na promoção da saúde nem sempre está suficientemente visível ou documentado, não sendo por isso reconhecido (Runciman, et al. 2006).

Tradicionalmente o foco das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis tinha por base o modelo biomédico de prevenção da doença e a mudança comportamental, no entanto, atualmente o papel dos promotores de saúde é mais complexo e o foco deve ser a manutenção de um estado positivo de saúde exigindo mais conhecimentos e perícia (Runciman et al., 2006). Os mesmos autores referem que há tensões entre as orientações biomédicas tradicionais para a prevenção da doença e a

orientação salutogénica atual visando a manutenção da saúde positiva e do bem-estar e, que embora os objetivos de promoção da saúde preventiva e positiva tendam a ser combinados, é a dimensão positiva da saúde que é mais facilmente esquecida na prática. A adoção de estratégias de promoção de saúde mais participativas e multidisciplinares programadas que adotem as duas abordagens – preventiva e promotora de uma saúde positiva, sem que nenhuma delas seja predominante, têm maior possibilidade de ser mais efetivas (Drennan, 2005; Ming et al, 2006; Nuñez et al, 2003; Rocha et al, 2009; Runciman et al, 2006).

Face ao exposto evidencia-se a necessidade de desenvolver estudos que aprofundem o conhecimento relativamente às intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis bem como a compreensão dos fatores e estratégias que as determinam.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Na base das estratégias promotoras de saúde ligadas ao envelhecimento está o conceito de envelhecimento saudável que pode ser descrito como a longevidade livre de doenças, mantendo a funcionalidade em múltiplos domínios, e que diz respeito ao processo de otimização da saúde física, social e mental que permita aos idosos a participação ativa na sociedade, sem qualquer tipo de discriminação, com independência e elevada qualidade de vida (The Swedish National Institute of Public Health, 2007; Oxley, 2009; Thompson & Voss, 2009). Um dos pilares do envelhecimento saudável é a adoção de um estilo de vida saudável, o que aponta para a necessidade da responsabilização do indivíduo pelo seu bem-estar mas também uma responsabilização coletiva (Davim et al, 2010; Nuñez et al, 2003).

Este papel crucial que é atribuído aos indivíduos na determinação e na manutenção do seu estado de saúde, deriva do facto do autocuidado ser o modo dominante de cuidar da saúde na nossa sociedade. *“Muitas decisões pessoais são feitas diariamente dando forma ao estilo de vida e aos ambientes sociais e físicos. A promoção da saúde ao nível individual melhora a tomada de decisão individual e as práticas de saúde”* (Pender et al., 2011, p. 6).

De acordo com a OMS, o estilo de vida é um modo de viver baseado em padrões de comportamento identificáveis, que são determinados pela relação entre as características pessoais individuais, interações sociais, condições socioeconómicas e ambientais (WHO,1998). No contexto da saúde, estilo de vida é definido como o conjunto de atividades que fazem parte do padrão de vida diária e que influenciam significativamente o estado de saúde (Pender et al., 2011).

O novo quadro europeu de referência e de estratégias e políticas de saúde da OMS – *Health 2020* – propõe quatro áreas prioritárias de intervenção: 1) Investir na saúde através de uma abordagem ao longo do ciclo de vida, focada na capacitação dos cidadãos; 2) Enfrentar as doenças crónicas como um dos grandes desafios colocado às políticas de saúde; 3) Promover o desenvolvimento de sistemas de saúde centrados nas pessoas, com um papel preponderante ao nível da saúde pública com capacidade de resposta ao nível da prevenção e situações emergentes 4) Criar comunidades resilientes e ambientes protetores da saúde (WHO, 2012). Esta abordagem ao longo da vida é também evidenciada

no preconizado pela OMS em relação à promoção do envelhecimento saudável, sendo reconhecido que as ações para garantir a qualidade de vida dos idosos devem começar precocemente, pois uma infância e idades adultas saudáveis são os fatores mais determinantes para uma velhice saudável (Sanders, 2006), existindo crescente evidência que o comportamento adotado até aos cinquenta anos terá um grande impacto na saúde aos oitenta anos (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003).

A possibilidade de envelhecer mantendo a saúde e a autonomia é consonante com as premissas da promoção da saúde cujo conceito, definido em Ottawa (OMS, 1986), evidencia a necessidade de uma reorganização dos cuidados de saúde no sentido de possibilitar aos indivíduos e comunidades a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam a sua saúde fazendo escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde desenvolve-se através de intervenções comunitárias, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder e a capacitação das pessoas e das comunidades, para que assumam o controlo dos determinantes de saúde (OMS, 1986). A participação das pessoas e comunidades é essencial para dar sustentação às intervenções de promoção da saúde. A promoção da saúde abrange também ações voltadas para a mudança das condições sociais, ambientais e económicas, que influenciam a saúde pública e a saúde individual (WHO, 1998).

Portugal, que desde a década de 1970, com a criação e desenvolvimento dos centros de saúde, tem um sistema de saúde onde os Cuidados de Saúde Primários têm tido uma importância crescente, iniciou em 2005 uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que procura rentabilizar as potencialidades dos Centros de Saúde através de duas componentes: a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde e de uma rede de unidades funcionais, constituídas por equipas multiprofissionais, que compõem os Agrupamentos de Centros de Saúde (Biscaia et al., 2008). Uma dessas unidades funcionais é a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que, de acordo com o Despacho nº 10143/2009, é coordenada por enfermeiros especialistas e cuja carteira de serviços deve incluir nas suas áreas prioritárias: Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade; e Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

Esta nova realidade dos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, coloca em destaque o papel dos enfermeiros ao nível das intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, em contexto comunitário.

É ainda de realçar que os Cuidados de Enfermagem, tendo como contexto os Cuidados de Saúde Primários, integram o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, estabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade. Trata-se de uma prática centrada nos indivíduos, nas famílias e na comunidade, que tem como finalidade promover estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto

social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade, ao mesmo tempo que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer (WHO, 2000; Correia et al, 2001; Biscaia et al., 2008, ICN, 2008).

MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla que tem como finalidade contribuir para um conhecimento mais profundo relativamente à promoção e adoção de estilos de vida que permitam o envelhecimento saudável, no Baixo Alentejo. Os objetivos definidos para o estudo agora apresentado foram: Analisar as atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis realizados, nessa sub-região; e Compreender, na perspetiva dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e de representantes dos municípios, os fatores que influenciam o desenvolvimento dessas atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis.

Para a consecução dos objetivos propostos realizou-se um estudo descritivo e exploratório, com a utilização de uma metodologia qualitativa, porque não possuímos ainda um conjunto de assunções suficientemente desenvolvidas sobre o objeto de estudo que nos permitam formular quaisquer hipóteses e necessitamos de o compreender em toda a sua complexidade, por isso as pessoas que participam no estudo têm um saber e uma experiência pertinente ao nível do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Tendo em conta que neste tipo de pesquisa a informação deve obter-se de pessoas que possuem um conhecimento especial sobre o assunto em estudo e que aceitem colaborar, com as quais o investigador estabelece contacto, os informantes chave foram intencionalmente selecionados e incluem profissionais de saúde e representantes dos municípios, que foram identificados como tendo um papel importante no desenvolvimento de intervenções comunitárias de promoção da saúde. O nosso ponto de partida foi a Enfermeira do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo que, devido ao presente cargo e à sua experiência profissional anterior em contexto comunitário, tem um conhecimento profundo sobre o tema e sobre os principais autores envolvidos em projetos de promoção de estilos de vida saudáveis. A partir de uma reunião preliminar, definimos a lista inicial de pessoas a entrevistar. Esta amostra inicial foi aumentando à medida que íamos realizando as entrevistas e que solicitávamos que nos indicassem outros profissionais com um papel determinante no desenvolvimento de atividades e/ou projetos de intervenção comunitária de promoção de estilos de vida saudáveis, numa técnica de amostragem em 'bola de neve' (Almeida & Pinto, 1995). Todos os profissionais contactados aceitaram participar no estudo através de uma entrevista individual, tendo sido realizadas um total de catorze entrevistas.

A colheita de informação foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, com base num guião construído para o efeito, submetido à apreciação de peritos e a pré teste e consequentes reajustes para que as questões ficassem claras e coerentes com os objetivos do estudo. O guião incluiu duas partes principais: A primeira parte visava uma breve caracterização dos profissionais entrevistados. A segunda parte estabeleceu o fio

condutor das questões relativamente ao tema em estudo e aos objetivos a atingir, estando organizada do seguinte modo:

- Informação relativa a atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis de que o entrevistado tem conhecimento e que desenvolve ou espera vir a desenvolver.
- Perceção do entrevistado sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento de atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis;
- Perceção do entrevistado sobre a participação ativa dos cidadãos no planeamento, na implementação e na avaliação de projetos ou de atividades de promoção da saúde;
- Perceção do entrevistado sobre se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis;
- Perceção do entrevistado sobre o papel dos enfermeiros na promoção da saúde.

Todas as entrevistas foram planeadas a fim de proporcionar condições adequadas para alcançar os melhores resultados possíveis, a disponibilidade dos entrevistados foi respeitada e as entrevistas foram agendadas com antecedência para garantir condições favoráveis e resultados. As entrevistas duraram em média cerca de uma hora e as primeiras doze decorreram no período entre Janeiro e Março de 2014 e as restantes em Março de 2016. Apenas um dos entrevistados recusou a gravação áudio da entrevista, pelo que a mesma foi transcrita e validada com o informante de imediato. Todas as outras entrevistas foram gravadas para posterior transcrição.

Em consonância com a orientação metodológica seguida, a técnica escolhida para a análise da informação foi a análise qualitativa de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e receção dessas mensagens (Bardin, 2009). É a inferência que permite, segundo a mesma autora, a passagem da descrição à interpretação, atribuindo sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas.

Após a organização do material que constitui o *corpus* deste estudo, ou seja a totalidade da informação obtida nas entrevistas, a análise do seu conteúdo foi dividida em três etapas, o que está em consonância com o proposto por Bardin (2009), ao longo das quais recorreremos à validação externa através da triangulação com dois investigadores:

- Pré-análise: Foi realizada uma leitura flutuante de todo o material com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada aspetos importantes para as próximas etapas da análise.
- Exploração do material: Usando como fio condutor os objetivos do estudo realizámos exaustivas leituras do *corpus* do trabalho, para que pudessem emergir temas-chave, a partir dos quais procurámos definir categorias para a elaboração da primeira grelha provisória de análise. Com base nessa grelha provisória retirámos do corpus as declarações significativas. Efetuámos a primeira interpretação dos dados, aperfeiçoando a grelha de análise e iniciando a codificação e redução dos dados.

- Tratamento dos dados: Foi realizada a interpretação e a inferência, através de uma análise reflexiva e crítica.

Considerações éticas

Foi solicitada a autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, que ouviu a respetiva Comissão de Ética, tendo sido obtido um parecer positivo. Os participantes foram informados sobre os objetivos, características e condições de realização da investigação, tendo sido garantido o direito de não participação no estudo ou de não responder a questões que tivessem a ver com o núcleo de reserva da sua privacidade. Solicitámos autorização para a gravação áudio das entrevistas, reforçando a possibilidade de interromper a gravação sempre que necessário. Foi também solicitado o consentimento informado a todos os participantes e salvaguardado o seu anonimato, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas. Para salvaguarda do anonimato, na codificação das entrevistas o número que lhes foi atribuído não obedece à ordem da sua realização.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentamos seguidamente os resultados preliminares da análise efetuada às entrevistas realizadas.

Breve caracterização dos profissionais entrevistados

Participaram neste estudo catorze profissionais envolvidos em atividades de intervenção comunitária de promoção da saúde, dos quais doze são profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (nove enfermeiros especialistas - um especialista em Enfermagem de Reabilitação e os restantes com Especialidade em Enfermagem Comunitária/Saúde Pública, um nutricionista, um psicólogo e um médico especialista em Medicina Familiar) e dois são representantes dos municípios. A média de idade é de 49,8 anos. A maioria são mulheres (dez) e todos têm nacionalidade portuguesa. Todos os entrevistados ocupam cargos com responsabilidade na coordenação de unidades / serviços ou equipas e foram identificados como tendo um importante papel nas intervenções de promoção da saúde.

Achados

Os dados obtidos assentam na perspetiva dos profissionais, que atuam na promoção da saúde no Baixo Alentejo, relativamente ao desenvolvimento de atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis e aos fatores que influenciam esse desenvolvimento. Da análise de conteúdo realizada às entrevistas, emergiram cinco categorias: 1. Intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis; 2. Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis; 3. Fatores que influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis; 4. Ambiente facilitador de escolhas saudáveis; e 5. Papel do Enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis.

1. Intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis

Esta categoria sintetiza a informação relativa a atividades e projetos de intervenção comunitária, promotores de estilos de vida saudáveis, de que o entrevistado tem conhecimento, desenvolve ou espera vir a desenvolver. Emergiram para esta categoria seis subcategorias: Contexto da intervenção; Iniciativa das intervenções; Continuidade das intervenções; Orientação da intervenção; Colaboração entre setores e serviços para o desenvolvimento de intervenções; e Participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação de intervenções.

O **contexto das intervenções** pode ser o Centro de Saúde, onde as intervenções são integradas nas consultas de vigilância de saúde ou de situações crónicas, ou a comunidade e neste caso realizam-se sobretudo nas escolas.

No que respeita à subcategoria **Iniciativa das intervenções**, o sector da saúde e em particular os profissionais de saúde que trabalham na comunidade são os principais promotores de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis sobretudo através de intervenções comunitárias. Os municípios também desempenham um papel importante na promoção de atividades, que são sobretudo dirigidas à promoção da atividade física, atividades que requerem um grande investimento em recursos humanos qualificados, espaços adequados e equipamentos:

“... dentro da ULSBA conheço vários [projetos] (...) que existem praticamente em todos os concelhos.” E13

“... em relação às autarquias e as juntas de freguesia, que investem muito as aulas de educação física, e em grupos que promovem os estilos de vida saudáveis na área da atividade física, em particular.” E14

Foi valorizada pelos entrevistados, a **Continuidade das intervenções** de promoção de estilos de vida saudáveis, com especial relevância para as que são integradas no Programa Nacional de Saúde Escolar, promovidas pelos cuidados de saúde primários e dirigidas a crianças e jovens no contexto escolar. É de realçar a importância do início precoce das intervenções que promovam adoção de estilos de vida saudáveis, pois uma infância e idade adulta saudáveis são importantes determinantes de um envelhecimento saudável (Oxley, 2009; Sanders, 2006; Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003; Nuñez et al., 2003).

No que respeita à **Orientação das intervenções** muitas são centradas nos processos patogénicos, doença ou risco, no entanto a maioria das intervenções referidas têm uma orientação salutogénica, promotora da saúde. Estas intervenções com orientação salutogénica visando a manutenção da saúde positiva e do bem-estar são sobretudo dirigidas a crianças e jovens. Existem também muitas intervenções dirigidas a idosos (mais de 65 anos ou após a aposentação) sendo estas sobretudo orientadas para uma abordagem de prevenção da doença ou risco. Intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis dirigidas a pessoas adultas de meia-idade ou outros adultos em idade ativa são menos frequentes mas são geralmente de carácter preventivo:

“ Sem sombra de dúvida, todos os projetos que nós temos na saúde escolar (...) é mesmo de promoção de saúde, depois a parte da saúde materna e da promoção da parentalidade ainda estamos na promoção...” E14

“... todos os outros projetos que intervêm na fase adulta e nos idosos estamos mais a atuar ao nível da prevenção (...) quer ao nível da nossa oferta quer ao nível da procura por parte dos utentes.” E14

Resultados similares foram encontrados por Runciman e colegas (2006) que enfatizam que o trabalho de promoção de saúde com as pessoas mais velhas tem geralmente uma abordagem individual e oportunística de prevenção da doença. Importa ainda reforçar que as intervenções preventivas podem atingir populações que estão de boa saúde, assim como intervenções de promoção da saúde podem dirigir-se a pessoas com doença crónica e que *“although health promotion and disease prevention originate from different theoretical backgrounds, in clinical nursing practice, the interventions tend to overlap”* (Wosinski et al, 2016, p. 2).

Diferentes tipos de **Colaboração entre setores e serviços** foram referidas pelos entrevistados no que respeita à maioria das intervenções desenvolvidas, sendo a colaboração intersectorial a mais evidenciada, indo ao encontro do referido pela OMS: *“increasingly health promotion is exploring partnerships between the public sector, civil society and the private sector.”* (WHO, 1998, p. 27). A maioria das intervenções comunitárias de promoção de estilos de vida saudáveis são desenvolvidas em parceria, sendo habitualmente os cuidados de saúde primários que mobilizam os parceiros relevantes, procurando que esse trabalho em parceria ocorra em todas as fases do planeamento da intervenção, referem no entanto algumas dificuldades na articulação com alguns parceiros:

“...a UCC tem no total 24 parceiros, neste momento temos parcerias com 24 organizações.” E11

“... são as reuniões, as parcerias, a intervenção precoce, a rede social, (...) que nos levam a dispensar muito tempo ali mas que são importantes, porque reforçam parcerias e criam condições para conseguirmos desenvolver melhor o nosso trabalho na comunidade.” E10

“...o que às vezes se torna mais difícil é a articulação com a escola, agora também com a reorganização das escolas com a desmotivação dos professores (...) torna-se mais difícil ultrapassar todas estas barreiras para chegar aos miúdos....” E10

Também os municípios e as outras organizações da comunidade vêm no sector da saúde um parceiro preferencial quando promovem intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. A articulação entre serviços de saúde quer ao nível de projetos desenvolvidos de forma integrada por várias unidades dos cuidados de saúde primários, quer ao nível de projetos de integração entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (no âmbito da Unidade Local de Saúde) também foram referidos. Estes achados sugerem que os profissionais estão conscientes de que as intervenções desenvolvidas em parceria podem alcançar resultados de saúde de uma forma mais eficaz, eficiente e sustentável, do que aqueles que podem ser obtidos quando um sector trabalha sozinho (WHO, 1998).

Resultados similares foram encontrados por Runciman e colegas (2006) que destacam o importante papel que os enfermeiros comunitários têm no desenvolvimento destas parcerias, que surgem como uma estratégia política mas também como uma resposta pragmática por parte dos enfermeiros para compartilhar o trabalho que tem de ser feito. É no entanto, importante referir que estas parcerias devem considerar os utentes e comunidades como um membro ativo no planeamento, implementação e avaliação das intervenções de promoção da saúde (Guedes et al, 2012). A Ordem dos Enfermeiros salienta que a Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, pela natureza dos cuidados que presta, reconhece a importância da conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde das pessoas, privilegiando o trabalho em equipa e em parceria (OE, 2015).

Uma plena e efetiva participação dos cidadãos na definição das prioridades para a saúde, na tomada de decisões e nas estratégias de planeamento e implementação com vista a uma melhor saúde é enfatizada pela Carta de Ottawa (OMS, 1986). Esta participação ativa nos cuidados de saúde havia já sido considerada pela Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) não só como um direito, mas como um dever a exercer individual e coletivamente. Através da participação comunitária, os indivíduos e as organizações, no seio de uma comunidade capacitada, conseguem um maior suporte social e ganham uma crescente influência e controlo sobre os determinantes de saúde (WHO, 1998).

Os resultados deste estudo, relativamente à subcategoria **Participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação de intervenções**, evidenciam que os profissionais estão conscientes da sua importância e procuram promovê-la através do envolvimento das pessoas e grupos da comunidade no planeamento e desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis e reconhecem que a capacitação e a responsabilização das pessoas pela sua saúde são aspetos essenciais, o que vai de encontro ao referido na Carta de Jacarta “a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo (...) Melhorar a capacidade das comunidades para promover a saúde requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e ao conhecimento essenciais para efetuar a mudança” (OMS, 1997, p. 6). O relato que se segue refere a importância da participação:

“...somos nós os atores principais num momento inicial mas a ideia é que depois iremos dando lugar às pessoas” E11

“... o começarmos a planear já com a comunidade acho que este é o principal, a pessoa é estranha àquele projeto até pode depois às vezes motivar-se e participar mas se sentir o projeto como nosso, em vez de ser meu é nosso acaba por haver uma envolvimento maior ...E13

“... acho que tem tudo a ver com a capacitação, há que capacitar essas pessoas e fazê-los ver que são responsáveis pela sua saúde e logo por essa participação...” E14

Esta relação entre participação e capacitação pressupõe que os conhecimentos dos participantes, as suas opiniões e o seu saber experiencial sejam contemplados nos processos de decisão para garantir uma adequação das intervenções aos problemas vividos

(Serapioni and Matos, 2013). Não obstante todos estes aspetos, os entrevistados referem dificuldades na participação ativa dos cidadãos sobretudo devido à ausência de cultura de participação:

“As pessoas não participam muito, demitem-se do seu dever de participação, deixam em mãos alheias, preferem ser orientados do que orientar, desresponsabilizam-se.” E6

“Não há uma cultura de participação.” E6

“...há também ainda uma necessidade de as pessoas terem alguém que organize as coisas por elas (...) eu noto muito isso, as pessoas participam em coisas que já estão organizadas mas partir para outras...” E10

2. Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis

Esta categoria sintetiza a informação relativa à perceção dos entrevistados relativamente à eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, Tendo emergido duas subcategorias: Avaliação da eficácia; e Estratégias para aumentar a eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

No que respeita à subcategoria **Avaliação da eficácia**, os entrevistados referem que apesar de alguns projetos, em desenvolvimento na atualidade, terem indicadores de avaliação da sua eficácia, a maioria das intervenções não são avaliadas refletindo a falta de ferramentas e métodos normalizados de avaliação:

“Ainda não temos indicadores objetivos ...” E11

No entanto, a exigência de indicadores de resultados para a avaliação dos projetos é cada vez mais uma realidade, especialmente em projetos onde há a colaboração intersectorial ou que se candidatam a algum tipo de financiamento:

“...se fizéssemos o projeto que estávamos a planear [em parceria para ser candidato a financiamento] era feito de outra forma, com objetivos definidos e com indicadores, aí ao fim daquele tempo, quando finalizasse o projeto poderíamos saber se tínhamos as metas cumpridas ou não...” E7

Alguns entrevistados relataram dificuldades em avaliar a eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis, salientando que muitas iniciativas foram implementadas há relativamente pouco tempo e não houve tempo suficiente para se observarem efeitos visíveis na adoção dos estilos de vida saudáveis que possam ser avaliados, sendo reforçado que a promoção de estilos de vida saudáveis é um processo demorado cujos resultados em termos de ganhos em saúde só se observam ao fim de alguns anos:

“Qualquer projeto na área da promoção da saúde é sempre difícil de avaliar porque a avaliação deveria ser feita ao longo do tempo.” E13

“...em saúde comunitária esses resultados levam anos para se conseguirem, por isso esses aspetos devem ser avaliados a longo prazo.” E11

Quanto às **Estratégias para aumentar a eficácia**, a mais referida pelos entrevistados é o envolvimento dos parceiros e das pessoas da comunidade no planeamento, implementação e avaliação das intervenções, aspeto já referido anteriormente e que é consistente com as recomendações da OMS: *“evaluations of health promotion activities may be participatory, involving all those with a vested interest in the initiative; interdisciplinary, by involving a variety of disciplinary perspectives; integrated into all stages of the development and implementation of a health promotion initiative; and help build the capacity of individuals, communities, organizations and governments to address important health problems”* (WHO, 1998, p. 22). O relato que se segue refere a importância dessa estratégia:

“Eu acho que devemos envolver as pessoas, (...) e serem eles os atores principais da promoção da saúde.” E11

“...tem que se envolver todos os parceiros, nós quando começámos a desenvolver este tipo de projetos parecia que eles eram nossos, da saúde, a saúde é que era responsável e esquecíamos de envolver todos os outros parceiros e a comunidade.” E14

Outra estratégia bastante referida pelos entrevistados é a aposta nas crianças e jovens como principal público-alvo das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, considerando que estes podem servir como elo de ligação aos adultos e sobretudo que a adoção precoce de estilos de vida saudáveis se traduz numa maior possibilidade de se desfrutar de uma vida mais longa e mais saudável, conforme já foi amplamente reforçado:

“Acho que ainda são idades onde conseguimos fazer, ou promover alguma mudança e eles são o nosso elo aos encarregados de educação e daí a escolha destes miúdos mais novos.” E12

“...cada vez mais a aposta nas crianças, porque quanto mais cedo se começa melhor e são eles que são os grandes modificadores e elos de viragem de todo este processo.” E14

Um adequado e rápido diagnóstico das necessidades de saúde como base para o planeamento das intervenções é outra das estratégias mais mencionadas pelos profissionais entrevistados. O diagnóstico é a primeira etapa do planeamento em saúde e a implementação bem-sucedida de projetos de prevenção da doença ou de promoção da saúde, na comunidade, depende em grande parte de uma completa avaliação das características da comunidade, que tenha em conta as necessidades, as oportunidades e os recursos. Devendo esta avaliação ser realizada com a comunidade e não para a comunidade (Pender et al., 2011). O relato que se segue refere a importância dessa estratégia:

“É importante saber quais as necessidades das pessoas e incluí-las nesse planeamento, (...) nós como profissionais planeamos e fazemos tudo muito bem pensadinho e depois no fundo não é aquilo que as pessoas precisam ou estão à espera.” E10

3. Fatores que influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis

Esta categoria sintetiza a informação relativa à percepção dos entrevistados relativamente aos fatores que influenciam o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, tendo emergido quatro subcategorias: Fatores relacionados com os participantes; Fatores relacionados com os profissionais; Fatores relacionados com a intervenção; e Fatores relacionados com as organizações.

Nos **Fatores relacionados com os participantes**, a idade é o aspeto mais evidenciado pelos profissionais entrevistados, como já tinha sido perceptível na caracterização das intervenções, estas dirigem-se sobretudo a crianças e idosos, as primeiras porque é mais fácil a sua adesão às intervenções uma vez que estas se desenvolvem principalmente em contexto escolar, quanto aos idosos é referido pelos entrevistados a sua maior disponibilidade para participar:

“...acabamos sempre por abranger o mesmo tipo de população, os reformados ou as crianças que estão na escola, porque vamos lá...” E13

Os adultos em idade ativa, como as pessoas de meia-idade, participam menos porque estão ocupados e menos disponíveis para aderir às intervenções e frequentemente o horário em que estas são desenvolvidas não é compatível com a sua disponibilidade:

“Os adultos são os que participam menos...” E11

“...temos uma lacuna que tem a ver com os jovens ativos e os adultos, nesses sim é muito mais difícil de avaliar e sobretudo que eles adiram.” E14

Esta é uma lacuna importante na promoção de estilos de vida saudáveis uma vez que as intervenções nas pessoas de meia-idade são consideradas cruciais, pois é uma etapa de vida onde são tomadas importantes decisões que irão ter um importante impacto em idade mais avançada, pelo que apoio profissional e informações para auxiliar a tomada de decisão podem ser úteis (Manthorpe et al., 2004). É também na meia-idade que frequentemente surgem doenças crónicas ou outros problemas de saúde (Lachman, 2004) sendo vista como uma fase fundamental para se atuar ao nível da prevenção das doenças crónicas, pois a redução dos fatores de risco nessa etapa de vida, atuará não só ao nível da prevenção mas também tornará o tratamento das doenças crónicas mais eficaz com a consequente redução na mortalidade (Darnton-Hill et al., 2004).

A motivação e a disponibilidade para participar e para aderir a experiências novas são outros importantes fatores relacionados com os participantes:

“Os que andam lá têm interesse e entusiasmo e gostam de participar mas são é sempre os mesmos ...” E11

“Acho que tem mesmo a ver com a própria vivência do dia-a-dia dessas pessoas, que estão ocupadas, (...) são pessoas que estão a trabalhar, que estão em idade ativa e não se envolvem...” E14

“As pessoas têm medo de arriscar seja em que situação for...” E12

Foi ainda referido que as concepções de saúde / doença, de cuidados de saúde e ligadas ao envelhecimento dos participantes influenciam a sua participação em intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis:

“...quando a pessoa tem um problema real a pessoa preocupa-se com ele porque está a senti-lo na pele mas quando sente que ainda está longe não valoriza e então é muito difícil a adesão das pessoas para estes projetos...” E11

“...eu acho que tem a ver com a tal concepção do que é para eles a saúde e o que os cuidados de saúde primários têm para lhes oferecer.” E14

O **Fator relacionado com os profissionais**, mais referido pelos entrevistados, foi a motivação:

“...há colegas que não estão tão disponíveis para este tipo de atividades, não estão motivados nem com vontade para trabalhar em projetos de intervenção comunitária, nem em se envolverem com a comunidade em termos de promoção da saúde e de prevenção da doença.” E6

“...a motivação dos profissionais é muito importante.” E8

Estes achados podem significar que os profissionais, particularmente quando mais ocupados com outras tarefas podem não ver a promoção da saúde como uma prioridade, enquanto outros podem ter lacunas ao nível do conhecimento ou das habilidades necessárias para colocar em práticas estratégias apropriadas (Sanders, 2006). Esta visão é reforçada por outros fatores relacionados com os profissionais mencionados, nomeadamente: dificuldades na intervenção comunitária e pouco domínio sobre os documentos estratégicos de promoção da saúde.

A existência de oferta ao nível de atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis e o tipo de oferta são os aspetos mais referidos na subcategoria **Fatores relacionados com a intervenção**:

“...se não formos nós a área da saúde a oferecer e a promover eles não procuram...” E14

“Dos rastreios as pessoas gostam, essa faixa etária – os adultos e os mais velhos – gostam muito...” E12

Na subcategoria **Fatores relacionados com as organizações**, a carência de recursos nos cuidados de saúde primários para a prática de promoção de saúde foi o fator mais mencionado pelos entrevistados:

“Outro impedimento é a falta de enfermeiros disponíveis, (...) se tivéssemos uma UCC seria completamente diferente...” E6

“Tenho a noção de que existe falta de pessoas ali [na UCC] e que se houvesse mais uma ou duas pessoas, acho que as coisas poderiam correr melhor, poderia aliviar todos para outras coisas.” E12

Nesta subcategoria, a participação de estudantes de enfermagem (durante os ensinamentos clínicos ou estágios) no planeamento e implementação de intervenções foi também considerado um importante fator:

“...nestes projetos nós muitas vezes aproveitamos os estágios dos alunos da escola de enfermagem, porque muitas vezes o dia-a-dia e as coisas que temos de fazer não nos permite sentar e pensar nas coisas e planear e estruturar os projetos de uma forma mais efetiva. Por isso é que também é bom quando temos alunos e aproveitamos o facto de eles terem que fazer um projeto para depois ficarmos com esse planeamento.” E10

Foi também referido por alguns participantes a importância do investimento político na promoção da saúde, visível no relato abaixo. Este investimento é uma estratégia para otimizar o impacto das políticas públicas na promoção da saúde (WHO, 1998).

“...temos uma política de saúde que não está muito virada para a promoção da saúde, a política nacional não está muito virada para esta área, temos bons documentos mas na prática não são implementados...” E11

4. Ambiente facilitador de escolhas saudáveis

Para capacitar os indivíduos para adotar e manter estilos de vida saudáveis, as ações devem ser direcionadas não só para os indivíduos mas também para as condições sociais e económicas e os ambientes que influenciam a saúde. Nesse sentido um dos principais objetivos das políticas públicas saudáveis é a criação de ambientes favoráveis à saúde, que tornem as escolhas saudáveis mais fáceis para os cidadãos (OMS, 1998).

Nesta categoria, que sintetiza a informação relativa à perceção dos entrevistados sobre se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis, emergiram três subcategorias: Ambiente promotor de atividade física; Ambiente promotor da alimentação saudável; e Barreiras no acesso a escolhas saudáveis. A existência de infraestruturas apropriadas à atividade física nas comunidades e o investimento dos municípios na promoção da atividade física foram os aspetos mais mencionados relativamente à subcategoria, **Ambiente promotor da atividade física**:

“...a política [das autarquias] tem sido de promover, mais espaços públicos, mais espaços ao ar livre com acessibilidades para praticar atividade física, quase todas as freguesias têm vindo a adquirir aparelhos de ginástica ...” E4

O acesso a alimentos saudáveis foi o aspeto mais mencionado relativamente à subcategoria **Ambiente promotor da alimentação saudável**. Foram ainda mencionadas

a existência de projetos de intervenção visando promover uma alimentação saudável e a existência de nutricionistas nos cuidados de saúde primários:

“...em termos de alimentação também há acesso a alimentos frescos em todas as freguesias, aliás alguns projetos de saúde comunitária também trabalham esses aspetos, por exemplo (...) a existência de hortas.” E4

“No que diz respeito à alimentação eu acho que tem tido um grande impacto o facto de termos um grupo de nutricionistas nos Cuidados de Saúde Primários...” E14

Lacunas na oferta de atividade física, nomeadamente atividades específicas para algum grupo etário, foi o aspeto mais mencionado na subcategoria **Barreiras no acesso a escolhas saudáveis**.

5. Papel do Enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis.

É reconhecido, na literatura, o papel de destaque dos enfermeiros comunitários na promoção da saúde. Sendo referido que se encontram na posição ideal para abrir caminho a uma prática efetiva de promoção de saúde (Kemppainen, Tossavainen, e Turunen, 2013; Pender et al., 2011; Whitehead, 2000).

Esta categoria sintetiza a informação relativa à perceção dos entrevistados sobre o papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis. Emergiram três subcategorias: Na interação com as pessoas, famílias e comunidades; Na interação com os outros profissionais; e Na liderança de projetos e equipas.

Sanders (2006) refere que a promoção da saúde dos indivíduos é um aspeto essencial do cuidar. Neste estudo, o **Papel do Enfermeiro na interação com as pessoas, famílias e comunidades** evidencia-se através de quatro aspetos essenciais: Conhecimento do utente, família e comunidade; Proximidade do utente, família e comunidade; Visão holística; e Capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis, sendo os dois primeiros aqueles que merecem maior destaque por parte dos profissionais entrevistados.

Estes aspetos relativos ao papel do enfermeiro estão em consonância com três dos cinco processos de cuidar propostos pela teoria de médio alcance desenvolvida por Swanson (1991) que destacamos: **conhecer**, **estar com**, fazer por, **possibilitar** e manter a crença.

O conhecimento ou o **“conhecer”** o utente, família e comunidade traduz-se no reconhecimento de que os enfermeiros têm um lugar privilegiado no seio das equipas multidisciplinares e em particular no contexto comunitário, tendo múltiplas oportunidades de conhecer os utentes e as famílias, os seus estilos de vida e os recursos das comunidades e para procurar informação centrada nas pessoas, evitando ideias preconcebidas (Correia et al. 2001). A importância deste aspeto é visível nos relatos que se seguem:

“...quem conhece as famílias, quem conhece as ligações entre as pessoas são os enfermeiros portanto o papel dos enfermeiros é fundamental.” E13

“...o enfermeiro conhece melhor as famílias e meio em que a pessoa vive e isso é meio caminho andado para conseguir perceber o que é que falta, o que falha e o que pode influenciar naquela família, naquele utente ou naquela comunidade.” E14

A proximidade ou o “**estar com**” o utente, família e comunidade são inerentes à prática dos cuidados de enfermagem, por um lado porque as intervenções realizadas pelos enfermeiros exigem o estabelecimento de uma relação de maior proximidade e intimidade, e por outro lado porque são os profissionais que mantêm um contacto mais próximo e frequente com as pessoas, famílias e comunidades (Kemppainen, Tossavainen, and Turunen, 2013). Neste “estar com” o enfermeiro acompanha os indivíduos e famílias, através de uma parceria, em presença plena, congruente e empática, na partilha de sentimentos e experiências (Correia, 2001). Esta proximidade é relatada pelos entrevistados:

“...o enfermeiro arranja sempre estratégias para chegar até, para tocar com coisas simples porque conhece as histórias das pessoas, temos um conhecimento dos desejos, das trajetórias, das partes boas e das partes más da vida das pessoas.” E5

“O enfermeiro é aquela pessoa que chega primeiro à comunidade, é o elo mais forte com a comunidade...” E12

O capacitar ou o “**possibilitar**” que as pessoas adquiram um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, onde se inclui a adoção de estilos de vida (WHO, 1998) é também um dos importantes aspetos relacionados com o papel dos enfermeiros (Sanders, 2006). Na comunidade, os enfermeiros “possibilitam” a autonomia, criam oportunidades, reforçam capacidades, respeitam as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentam, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento (Correia, 2001). Esta capacitação significa trabalhar em parceria com as pessoas e os grupos para obter o seu empoderamento, através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde (WHO, 1998). Este papel capacitador é visível nos relatos que se seguem:

“...[o papel dos enfermeiros] tem de ir no sentido de ajudar as pessoas a perceberem quais são os caminhos, facilitar e ajudar as pessoas a tomar as suas decisões, incentivando sempre a adoção desses comportamentos, mostrando as partes positivas...” E10

“O enfermeiro é sempre quem está numa posição mais facilitadora para conseguir chegar às pessoas, para conseguir capacitar (...) perceber o que está a faltar para que aquela informação chegue à pessoa, ou para que essa informação leve a pessoa a aderir àquele estilo de vida.” E14

De acordo com Neves (2012) os enfermeiros são identificados como coordenadores do atendimento e elementos chave na comunicação interdisciplinar pelo seu conhecimento

local da comunidade. Neste estudo, o **papel dos enfermeiros na interação com os outros profissionais** é evidenciado sobretudo o facto de ser o elo de ligação com os outros profissionais, facilitando a interdisciplinaridade como é visível no relato seguinte:

“O enfermeiro é também o elo de articulação com os outros profissionais de saúde e com os parceiros da comunidade, devido à sua posição privilegiada de maior proximidade com o utente e com a comunidade cabe ao enfermeiro fazer a articulação com todos os outros profissionais: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas ou médicos. Portanto cabe ao enfermeiro, sempre, este papel de articular com os outros técnicos.” E14

Pender e colegas (2011) referem que os enfermeiros devido à sua perícia ao nível bio-psico-social e ao frequente e continuado contacto com os clientes, têm uma oportunidade única de liderar os profissionais de saúde na promoção de uma melhor saúde para a comunidade global. O **Papel de liderança** dos enfermeiros manifesta-se, neste estudo, através da **liderança de intervenções e de equipas de intervenção comunitária**. Estas equipas podem ser multiprofissionais e a liderança dos enfermeiros é aceite e reconhecido por todos os membros, como é manifestado nos relatos que se seguem:

“...existe uma liderança dos enfermeiros na maior parte dos projetos, não posso dizer em todos porque há de facto outros profissionais a liderar também esses projetos mas eu vejo que o enfermeiro tem um peso muito grande na liderança desses projetos.” E9

“... são os enfermeiros que coordenam as UCC e são elas que são responsáveis pela saúde comunitária, ao fim ao cabo há um reconhecimento do papel dos enfermeiros nesta área.” E11

“...para mim o enfermeiro é o comandante do barco não há outro técnico.” E12

CONCLUSÃO

Os dados revelam que a maioria das intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, no Baixo Alentejo, surgem por iniciativa dos profissionais de saúde tendo também os municípios um papel ativo nesse domínio. A maioria das intervenções dirigem-se a crianças e/ou jovens e aos idosos e a continuidade dessas intervenções foi valorizada por alguns entrevistados, no entanto é referida a existência de um número elevado de atividades de carácter pontual, sem qualquer continuidade.

As escolas aparecem como o contexto ideal para o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudável, frequentemente integradas no Programa de Saúde Escolar. A maioria das intervenções dirigidas às crianças têm uma orientação salutogénica, enquanto as intervenções dirigidas a adultos e idosos são sobretudo centradas nos processos patogénicos e na prevenção de doença ou risco.

Foi descrito um conjunto interessante de parcerias interprofissionais e intersectoriais, principalmente iniciadas pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários. Os municípios e outras organizações comunitárias também procuram o setor de saúde como um parceiro preferencial para as intervenções de promoção da saúde.

A participação ativa dos cidadãos é uma das estratégias mais mencionada para aumentar a eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, no entanto são identificadas dificuldades e uma ausência de cultura de participação nas pessoas e nas comunidades.

O ambiente onde as pessoas vivem é considerado pelos entrevistados como sendo facilitador de escolhas saudáveis sobretudo ao nível da promoção da atividade física e da alimentação saudável.

No que respeita aos fatores que influenciam o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, os dados revelam que estes podem estar relacionados com os participantes, com os profissionais, com a intervenção ou com as organizações. No que respeita aos participantes a idade é considerada como o principal fator que influencia o desenvolvimento de intervenções, sendo referido uma maior facilidade na participação de crianças e de idosos e a existência de dificuldades na participação por parte das pessoas de meia-idade bem como de outros adultos em idade ativa. A motivação, a disponibilidade para participar e as conceções de saúde e doença dos participantes são também fatores com alguma relevância. A motivação dos profissionais, a sua disponibilidade e as estratégias que usam são os principais fatores referidos como relacionados com os profissionais. No que respeita aos fatores relacionados com as organizações, a carência de recursos para a prática da promoção de saúde e a participação dos estudantes de enfermagem no planeamento e implementação de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis foram os mais evidenciados. Os fatores relacionados com a intervenção dizem respeito sobretudo à existência de oferta e ao tipo de intervenções que são realizadas.

O papel dos enfermeiros surge evidenciado pelos entrevistados, que reconhecem que os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. Surgiram duas subcategorias no que respeita ao papel do enfermeiro: o papel de cuidador e o papel de liderança. No papel de cuidador é destacada a proximidade e o conhecimento do enfermeiro relativamente aos utentes, famílias e comunidades bem como a intervenção dos enfermeiros na capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis. No papel de liderança o enfermeiro surge como líder de equipas e intervenções e também como o elo de ligação com os outros profissionais.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os resultados deste estudo sugerem que, para uma prática mais efetiva da promoção de estilos de vida saudáveis, pode haver mérito em:

- Reforçar a abordagem da promoção de estilos de vida saudáveis, ao longo da vida, com vista a um envelhecimento saudável.
- Continuar a desenvolver intervenções com base na avaliação das necessidades de saúde, realizada com as pessoas e grupos da comunidade.

- Envolver ativamente as pessoas e as comunidades nas intervenções de promoção da saúde – ao nível do seu planeamento, implementação e avaliação.
- Encontrar estratégias que permitam o aumento da participação ativa e da adesão às intervenções pelas pessoas adultas em idade ativa.
- Fortalecer as parcerias intersectoriais e o trabalho em equipas multiprofissionais.
- Promover mecanismos de avaliação da eficácia das intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis.
- Valorizar o trabalho de promoção da saúde desenvolvido na comunidade pelos cuidados de saúde primários e pelos municípios.
- Criar oportunidades para que as equipas que intervêm na promoção de estilos de vida saudável possam partilhar os desafios a que estão sujeitas, bem como as suas melhores práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais* (5ª Ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (5ª Ed.). Lisboa: Edições 70.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. (2ª Ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Correia C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático: 2.
- Darnton-Hill, I., Nishida, C., & James, W. P. T. (2004). A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*, 7(1A): 101-121.
- Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., & Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 4(4), 2018-2024.
- Despacho n.º 10143/2009 (2009). Aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]. *Diário da República II série*. Nº 74 (16-04-2009), 38742.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS, Divisão da Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.
- Drennan, V., Iliffe, S., Haworth, D., Tai, S., Lenihan, P., & Deave, T. (2005) The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in 'at risk' older adults. *Health & Social Care In The Community*, 13(2), 136-144.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

- Guedes, N. G., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., Araújo, T. L., Lopes, M. V. O., Ximenes, L. B., & Vieira, N. F. C. (2012). Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 151-156.
- Hartman-Stein, P., & Potkanowicz, E. (2003). Behavioral determinants of healthy aging: good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(2), 17 p.
- Hughes, L. & Pearson, A. (2013). Encouraging healthy ageing: a vital element of NHS reform. *British Journal of Nursing*, 22(3), 174-178.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] & Instituto Nacional de Estatística [INE] (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: autores.
- International Council of Nurses [ICN]. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. (Edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28, 490-501.
- Kirkwood, T. B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447.
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s) – Estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde – dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23-31.
- Manthorpe, J., Maim, N., & Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(6B), 97-104.
- Ming, L., Gao, R., & Pusari, N. (2006). Using Participatory Action Research to Provide Health Promotion for Disadvantaged Elders in Shaanxi Province, China. *Public Health Nursing*, 23(4), 332-338.
- Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura, *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº 8, 125-134.
- Núñez, D., Armbruster, C., Phillips, W., & Gale, B. (2003). Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*, 20(1), 25-32.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] – Conselho de Enfermagem (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série - N.º 118 - 19 de junho de 2015.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986) *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1997). *Declaração de Jacarta da Promoção da Saúde. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Jacarta: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing: An Overview. *OECD Health Working Papers*, 42. OECD Publishing.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Rocha, S., Nogueira, M., & Cesario, M. (2009). Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil. *International Journal Of Older People Nursing*, 4(4), 288-298.
- Rosa, M. J. & Chitas, P. (2010). *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*, 18(3), 18-25.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*, 50, 1025-1036.
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., & Santos, R. (2008). *Envelhecimento e saúde em Portugal. PNS em foco - Boletim informativo n.º 2*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Serapioni, M., & Matos, A. R. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 11-22.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- Thompson, H. & Voss, J. (2009). Health and disease-related biomarkers in aging research. *Research in Gerontological Nursing*, 2(2), 137-148.
- The Swedish National Institute of Public Health [org]. (2007). *Healthy Ageing - A challenge for Europe - short version*. Sweden: Autor.
- Whitehead, D. (2000). The role of community based nurses in health promotion. *British Journal of Community Nursing*, 5 (12), 604-609.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.

- World Health Organization [WHO]. (2000). *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2005). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for Response*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Health 2020 - A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Wosinski, J., Cordier, S. B., Bachmann, A. O., Gagnon, M., & Kiszio, B. (2016). Effectiveness of nurseled healthy aging strategies for older adults living in the community: a systematic review protocol. *The JBI database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 14 (2), 1-7.

Contacto: ana.canhestro@ipbeja.pt