

ESTILOS DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Carlos Manuel Gonçalves Martiniano

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, junho de 2017

ESTILOS DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE

Carlos Manuel Gonçalves Martiniano

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, junho de 2017

Resumo

Os estilos de vida associados à saúde refletem os comportamentos que são empreendidos por indivíduos, grupos e comunidades. O presente trabalho tem como principal objetivo identificar os estilos de vida dos profissionais de saúde da ULSNE, tratando-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e analítica, de corte transversal. Participaram no presente estudo 305 profissionais de saúde de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos, exercendo várias profissões ao nível da saúde. Preencheram um questionário constituído por questões sociodemográficas e o Questionário de Estilos de Vida Fantástico. Os principais resultados mostraram que, globalmente, os profissionais de saúde foram classificados como detentores de um estilo de vida “Muito bom”, que se reflete positivamente nos seus comportamentos. Não obstante, os resultados descritivos permitiram a identificação de um conjunto de comportamentos de risco associados à falta de exercício físico, alimentação pouco saudável, consumo de tabaco, álcool e outras drogas e fraca qualidade do sono. Os principais resultados inferenciais mostraram que os estilos de vida destes profissionais estão associados ao sexo, estado civil, escolaridade, profissão, anos de serviço e doenças crónicas. Investigações futuras devem ser conduzidas para se aprofundar quais os estilos de vida que caracterizam a realidade dos profissionais de saúde da ULSNE em específico e do país, em geral.

Palavras-Chave: comportamentos de risco, estilos de vida, profissionais de saúde

Abstract

Lifestyles reflect the health-related behaviours that are carried out by individuals, groups and communities. The present work has as main objective to identify the prevalent lifestyles in health-care professionals of the ULSNE, through a quantitative, descriptive and analytical approach, with cross-cutting. Participated in this study, 305 health professionals of both sexes, aged between 20 and 65 years old in various health professions. Participants filled out a survey consisting of socio-demographic issues and the Fantastic Lifestyles Survey. The main results showed that, overall, health professionals have been classified as a "Very good" Lifestyle, which is reflected positively in their behaviours. However, the descriptive results allowed the identification of a set of risk behaviours associated with lack of exercise, unhealthy nutrition, tobacco and alcohol use, other drugs and poor sleep quality. The main results of the inferential statistics showed that lifestyles of these professionals are associated with sex, marital status, education, profession, years of service and chronic diseases. Future research should be conducted to deepen the knowledge about the lifestyles which characterizes the reality of the ULSNE health professionals in particular and the country in general.

Keywords: risk behaviors, lifestyles, health professionals

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

α	Alfa de Cronbach
%	Frequências relativas
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
cf.	Confere
cit. por	Citado por
CS	Centro de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
Dp	Desvio Padrão
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
e.g.	Por exemplo
<i>et al.</i>	E colaboradores
EVF	Estilo de Vida Fantástico
<i>F</i>	<i>Anova One-Way</i>
i.e.	Isto é
KS	Teste de Kolmogorov-Smirnov
LSD	<i>Least Significant Difference</i>
<i>M</i>	Média
N, n	Frequências absolutas
<i>p</i>	Nível de significância
p., pp	Página, páginas
QdV	Qualidade de Vida
<i>r</i>	Coeficiente de Correlação de Pearson
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>t</i>	Teste de <i>Student</i>
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
THC	Tetraidrocanabinol
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste
WHO	<i>World Health Organization</i>

Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente, de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no futuro. Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido.

Dalai Lama

Agradecimentos

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos queria expressar o meu grato reconhecimento.

À Professora Doutora Adília Fernandes e ao Professor Doutor Manuel Brás, pela orientação, disponibilidade e dedicação durante a concretização do estudo e pelo encorajamento persistente.

Aos Profissionais de Saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste, pela colaboração no preenchimento dos questionários.

A todas os colegas do Mestrado pela sua paciência e pelos momentos e experiências partilhadas.

À minha esposa e filha, aos meus pais, cunhada e cunhado e também à sobrinha Maria João pela força e compreensão durante este percurso de estudos, bem como pela compreensão das minhas ausências.

Aos meus amigos pelos momentos de ausência.

E a todos os que se preocuparam, colaboraram e contribuíram para a concretização do meu curso.

A todos, o meu Muito Obrigado!

Índice

Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Capítulo I - Estilos de Vida	5
1.1. Breve Enquadramento Histórico do Conceito	5
1.2. Definição e Conceptualização	7
1.3. Estilos de Vida e Saúde.....	8
1.4. Determinantes da Saúde e dos Estilos de Vida.....	11
<i>1.4.1. Família e Amigos</i>	15
<i>1.4.2. Atividade Física e Associativismo</i>	16
<i>1.4.3. Nutrição</i>	17
<i>1.4.4. Tabaco</i>	19
<i>1.4.5. Álcool e Drogas</i>	20
<i>1.4.6. Sono e Stress</i>	22
<i>1.4.7. Trabalho e Tipo de Personalidade</i>	26
<i>1.4.8. Introspeção</i>	27
<i>1.4.9. Comportamento Sexual</i>	27
<i>1.4.10. Outros Comportamentos (Segurança e Proteção Rodoviária)</i>	28
Capítulo II - Estilos de Vida dos Profissionais de Saúde	30
2.1. Profissionais de Saúde	30
2.2. Profissionais de Saúde: Resultados das Investigações	32
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	40
Capítulo III - Metodologia	41
3.1. Tipo de Estudo	41
3.2. Questões de Investigação	41
3.3. Objetivos	42
3.4. Variáveis e Hipóteses.....	42
3.5. População/Amostra	43
3.6. Instrumentos de Recolha de Dados.....	45
3.7. Procedimento e Considerações Éticas	46

3.8. Análise e Tratamento dos Dados	47
Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados	52
4.1. Estudo da Sensibilidade do Questionário Estilos de Vida Fantástico	52
4.2. Estudo da Fiabilidade do Questionário Estilos de Vida Fantástico	53
4.3. Apresentação dos Resultados Descritivos	53
4.4. Apresentação dos Resultados Inferenciais.....	61
4.5. Discussão dos Resultados	70
Conclusões/Sugestões	80
Referências Bibliográficas	84
Anexos.....	99
Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados	100
Anexo II - Pedidos de Autorização.....	104
Anexo III - Autorizações Concedidas	108
Anexo IV - Projeto de Intervenção	112
Anexo V - Relatório de Estágio	129

Índice de Tabelas

- Tabela 1. Caracterização da amostra..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 2. Sensibilidade do Questionário de Estilos de Vida Fantástico .**Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 3. Fiabilidade do Questionário de Estilos de Vida Fantástico**Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 4. Respostas aos itens da dimensão Atividade Física/Associativismo**Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 5. Respostas aos itens da dimensão Nutrição **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 6. Respostas aos itens da dimensão Tabaco..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 7. Respostas aos itens da dimensão Álcool e outras drogas **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 8. Respostas aos itens da dimensão Sono/Stress . **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 9. Respostas aos itens da dimensão Trabalho/Tipo de Personalidade..... 59
- Tabela 10. Respostas aos itens da dimensão Introspeção **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 11. Respostas aos itens da dimensão Comportamento de Saúde e Sexual**Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 12. Respostas aos itens da dimensão Outros Comportamentos...**Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 13. Estilos de vida dos profissionais de saúde e sexo..... **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 14. Estilos de vida dos profissionais de saúde e idade **Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 15. Estilos de vida dos profissionais de saúde e estado civil**Erro! Marcador não definido.**
- Tabela 16. *Post Hoc LSD* para o estado civil **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 17. Estilos de vida dos profissionais de saúde e escolaridade**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 18. *Post Hoc LSD* para a escolaridade..... **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 19. Estilos de vida dos profissionais de saúde e profissão .. **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 20. *Post Hoc LSD* para a profissão **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 21. Estilos de vida dos profissionais de saúde e anos de serviço **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 22. Estilos de vida dos profissionais de saúde e doença crónica .**Erro! Marcador não definido.**

Índice de Figuras

Figura 1. Nova Roda dos Alimentos 18

Figura 2. Pirâmide da Dieta Mediterrânica 19

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Classificação dos estilos de vida dos profissionais de saúde	54
Gráfico 2. Respostas aos itens da dimensão Família e Amigos	54

Introdução

Ao longo dos tempos tem-se verificado uma crescente preocupação com os estilos de vida dos indivíduos e das comunidades, enquanto indicador da saúde (Noar, Chabot, & Zimmerman, 2008). Essa preocupação é global, não radicando somente no âmbito da saúde, uma vez que diversas áreas transversais como a sociologia e a antropologia, se têm vindo a debruçar sobre este constructo (Álvarez, 2012).

Nessa sequência de interesse transversal é possível identificarem-se diversas definições dos estilos de vida, sucintamente se pode afirmar que eles dizem respeito a um padrão de comportamentos, hábitos, atitudes e valores relativamente estáveis, associados a determinados indivíduos e grupos de indivíduos (Matos, Simões, Canha, & Fonseca, 2000).

No âmbito específico da saúde, os estilos de vida refletem tomadas de decisão individuais, embora influenciadas por variáveis contextuais e extrínsecas ao indivíduo. No entanto, todas as decisões, refletem uma maior ou menor importância concedida à prevenção das doenças e uma maior promoção da saúde (Pais & Cabral, 2003). É igualmente reconhecido por parte das diversas investigações consultadas sobre a temática, que os comportamentos saudáveis se associam a determinadas características sociodemográficas, normas sociais e culturais, bem como a aspetos da personalidade (Brannon & Fesist, 2001).

Existem, portanto, diversos determinantes associados aos estilos de vida, nomeadamente a rede social de suporte percebida (família e amigos); a prática de exercício físico, a alimentação, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas; a qualidade do sono, o *stress* e as estratégias de *coping* utilizadas; o tipo de personalidade; os comportamentos de saúde e sexuais, bem como outros comportamentos de segurança dos indivíduos, entre outros.

Neste contexto, os profissionais de saúde, pela natureza do trabalho que realizam, caracterizado por um conjunto de exigências, tensões e fontes múltiplas de *stress*, são considerados como um grupo de risco, pelo que necessitam de se sentirem bem física, emocional e psicologicamente, para exercerem as suas profissões (Glina & Rocha, 2000).

Assim e apesar disso, um corpo crescente de investigações tem sublinhado que há uma deterioração dos comportamentos e da saúde destes profissionais, pelo facto de estes estarem expostos continuamente a fontes de *stress*, acarretando prejuízos para a sua saúde (e.g., Frank, 2004; Marcitelli, 2011). Por outro lado, estes profissionais realizam ações de prevenção na sua prática diária e recomendam, sistematicamente, um conjunto de comportamentos que visam a saúde dos seus doentes, esperando-se que haja uma congruência entre aquilo que eles recomendam e aquilo que eles próprios concretizam nas suas vidas (Sanabria-Ferrand, González, & Urrego 2007; Pasquier, 2015).

E é neste contexto que surge o presente trabalho, que se encontra inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio II e se inicia com a colocação de duas questões de investigação: “Os profissionais de saúde da ULSNE possuem estilos de vida saudáveis?” e “Quais as variáveis associadas aos estilos de vida destes profissionais?”. Assim, o presente estudo tem como principal objetivo identificar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

A pertinência deste tema pode ser justificada por várias razões. Em primeiro lugar, pelo facto de não se ter encontrado, na diversa literatura consultada, investigações sobre os estilos de vida nos profissionais de saúde, havendo, portanto, uma lacuna neste âmbito. Em segundo, porque nos apercebemos, através da leitura de diversos estudos, que os profissionais de saúde são considerados um grupo de risco pela natureza do trabalho que desenvolvem, logo seria interessante verificar a realidade que os caracteriza e que vai para além da sua vida profissional. Em terceiro, enquanto profissional de saúde, defendemos a ideia de que qualquer mudança a ser realizada deve iniciar-se a partir da auscultação de uma realidade, para depois se poder intervir de forma ajustada e congruente com as necessidades encontradas, assegurando o exposto no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), divulgado pelo Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (art.º 4, p. 8667), que estabelece como competências específicas deste profissional as seguintes: “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacidade de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário

e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico".

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes. A primeira integra o enquadramento teórico ao tema, nomeadamente os estilos de vida numa aceção mais global, histórica e associada à saúde e são referenciados os determinantes globais que são tidos em consideração na análise dos estilos de vida associados à saúde. Em seguida, particulariza-se a análise do conceito para os profissionais de saúde, fazendo-se um breve enquadramento da natureza do trabalho destes profissionais e apresentando-se estudos e investigações que espelham os comportamentos, as atitudes e os estilos de vida que são caraterizadores destes profissionais.

A segunda parte, apresenta o estudo empírico, descrevendo-se a metodologia, as questões de investigação, caraterizando-se o tipo de estudo, os principais objetivos e variáveis, a população e amostra, bem como o instrumento de recolha dos dados. São igualmente apresentados os procedimentos realizados, as considerações éticas subjacentes ao processo investigativo, a análise e o tratamento dos dados. Em seguida apresentam-se os principais resultados e a sua discussão ancorada na revisão teórica realizada.

Termina-se esta investigação com um balanço dos pontos essenciais que emergiram do estudo realizado, sublinhando-se as principais limitações e concedendo-se sugestões para investigações futuras.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I - Estilos de Vida

Estamos perante a globalização de um estilo de vida não saudável. As ações e a inércia devem ser substituídas por ações concretas.

Margaret Chan

1.1. Breve Enquadramento Histórico do Conceito

A importância dos estilos de vida e o seu impacto na saúde assume particular relevância quando se começa a assumir que as principais causas de morte ocorrem não só, devido aos processos infecciosos, mas também a fatores ambientais, que se influenciam reciprocamente (Sorenson & OSteckler, 2002).

Com o despertar do interesse social sobre a temática dos estilos de vida, diversos estudos, investigações e publicações proliferaram, procurando enfatizar a importância dos estilos de vida enquanto indicador de saúde (Ory, Jordan, & Bazzarre, 2002; Coups, Gaba, & Orleans, 2004; Noar *et al.*, 2008).

Muito embora o interesse sobre os estilos de vida seja crescente, este conceito não se constitui numa temática nova, pois as revisões históricas realizadas reconhecem que as suas origens remontam aos filósofos Karl Marx e Max Weber, que ofereceram uma visão sociológica do estilo de vida, enfatizando os determinantes socioeconómicos na sua adoção e manutenção (Atkins & Clancy, 2004; Goldstein, Whitlock, & DePue, 2004; Orleans, 2004).

No princípio do século XX aparece uma orientação personalista dos estilos de vida, proposta por Alfred Adler na sua Psicologia Individual, produzindo-se um alargamento do conceito para os fatores individuais (Kremers, de Bruijnm, Schaalma, & Brug, 2004). Assim, as investigações realizadas sob a égide da Psicologia Individual aportaram uma grande importância no refinamento e conceptualização do conceito de estilo de vida, bem como proporcionaram a adoção de técnicas terapêuticas para a sua modificação (Kremers *et al.*, 2004).

Durante a segunda metade do século XX, também a antropologia se começou a interessar pelo conceito, sendo que alguns dos estudiosos deste campo de conhecimento

(e.g., Chrisman Freidson, & Suchman) introduziram-no nos seus trabalhos para designar o conjunto de atividades que podem ser desenvolvidas em grupo (Ory *et al.*, 2002; Sorenson & Steckler, 2002; Coups *et al.*, 2004; Noar *et al.*, 2008). Todavia e contrariamente à definição proposta pelos sociólogos que enfatizam os determinantes socioeconómicos, os antropólogos colocam a tónica na própria cultura (Atkins & Clancy, 2004).

É precisamente na segunda metade do século XX que se começou a aplicar o conceito de estilo de vida na área da saúde. Nos anos 50 começaram as investigações sobre a saúde pública, com o intuito de encontrar uma explicação para os problemas de saúde emergentes das sociedades industrializadas (Solomon & Kington, 2002; Goldstein *et al.*, 2004).

As primeiras investigações realizadas no campo da saúde adotaram uma perspetiva médico-epidemiológica, assente num paradigma biomédico que defendia que as pessoas recorriam a estilos de vida pouco salutareos por vontade própria, ou seja, este modelo reconhecia a importância do contexto social e dos fatores psicológicos como condicionantes da aquisição dos estilos de vida e radicava a adoção a estilos de vida pouco salutareos à responsabilidade dos próprios indivíduos, tendo por isso recebido inúmeras críticas (Pronk, Peek, & Goldstein, 2004; Prochaska, 2008).

Uma dessas críticas classifica o modelo como reducionista, todavia foi este modelo que contribuiu para que o estilo de vida se tornasse num tema de estudo e de investigação nas ciências da saúde, potenciando uma maior consciencialização das populações para as condutas de risco associadas à saúde (Whitlock, Orleans, Pender, & Allan, 2002; Pronk *et al.*, 2004).

É nessa perspetiva que o modelo biomédico introduziu o conceito de estilo de vida saudável e conseguiu, de certa forma, que este se estendesse à linguagem do quotidiano e à literatura sobre a saúde no seu sentido mais positivista (Spring *et al.*, 2004; Álvarez, 2012). Apesar disso assiste-se, amiudadamente, ao uso dos conceitos de estilo de vida e de estilo de vida saudável como sinónimos, apesar dos esforços da *World Health Organization* (WHO, 2009) durante a década de 80, em diferenciá-los.

Hoje, o conceito de estilo de vida é utilizado não apenas na área da saúde, mas também em outras áreas como a sociologia, antropologia e psicologia individual, fazendo

emergir inúmeras investigações que procuram a sua conceptualização, apesar de não se encontrar ainda uma definição que seja consensual (Prochaska, 2008; Álvarez, 2012).

1.2. Definição e Conceptualização

Devido ao facto de o conceito de estilo de vida ser abordado em diferentes áreas do conhecimento, existem inúmeras definições e aplicações deste conceito. Segundo Matos *et al.* (2000), os estilos de vida referem-se a um padrão de comportamentos, hábitos, atitudes e valores que se apresentam como relativamente estáveis e se encontram associados a determinados grupos de indivíduos.

Pelo facto de não existir apenas um único estilo de vida, mas vários tipos que surgem em função do grupo no qual o indivíduo se insere e das suas próprias características individuais (Matos, 2005). Milkkonen e Raphael (2010) sublinham que os estilos de vida se encontram associados a valores, motivações, oportunidades e questões específicas de natureza cultural, social e económica.

Neste contexto, os estilos de vida envolvem um conjunto de ações e pensamentos (e.g., relativos à educação, recreio/lazer, nutrição, família, higiene, segurança, hábitos, comportamentos de risco), que caracterizam cada indivíduo ou grupo de indivíduos e são tidos como elementos estruturadores e requisitos fundamentais para a obtenção do bem-estar físico, psicológico, mental e social (Gonçalves & Carvalho, 2007).

É nesta interseção mais abrangente que o conceito de estilo de vida deve ser diferenciado de outros conceitos afins, como é o caso da qualidade de vida (QdV). Enquanto o primeiro se refere a um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos no decurso do processo de socialização, com sérias implicações para a saúde, o segundo, refere-se ao bem-estar físico, mental, psicológico, emocional e espiritual do indivíduo relativamente aos relacionamentos sociais (e.g., como a família e os amigos), à saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias de vida. Apesar de diferenciáveis, existem sólidas evidências de que as mudanças nos estilos de vida possuem um grande impacto na QdV individual e das populações (Blanchard, Courneya, & Stein, 2008).

Assim, por exemplo, no estudo realizado por Li, Ford, Mokdad, Jiles e Giles (2007) com 16 428 indivíduos com mais de 18 anos de idade e com diabetes *mellitus*, foi avaliada a QdV associada à saúde e a estilos de vida saudáveis (nomeadamente, consumo de tabaco, prática de atividade física e consumo diário de frutas e vegetais). Os autores concluíram que a presença de dois ou mais estilos de vida saudáveis se encontrava fortemente associada a uma melhor QdV nos pacientes com diabetes.

A experiência dos indivíduos e os fatores associados ao envolvimento físico e social favorecem o desenvolvimento de comportamentos de risco ou atuam como fatores de proteção, pelo que o reforço de escolhas de vida saudáveis passa pela reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico (Elias, 2006). Mas, nem sempre isso é possível, pois tal como Elias (2006) sugere, os indivíduos que se encontram em países social e economicamente mais privilegiados possuem uma maior escolha na procura de estilos de vida saudáveis, enquanto os outros têm que se debater com questões fundamentais de sobrevivência, de existência e de direitos humanos.

Apesar de habitualmente se utilizar o conceito de estilo de vida saudável, considera-se apropriado o uso do conceito estilo de vida relacionado com a saúde, uma vez que reúne melhor tanto os comportamentos associados à saúde, como também os comportamentos de risco (Whitlock *et al.*, 2002; Pronk *et al.*, 2004).

É neste sentido que o conceito de estilo de vida saudável tem em linha de conta os comportamentos de risco para a saúde, como também aqueles que a protegem, como é defendido por Elliot (1993, cit. por Solomon & Kington, 2002), que o entende com um padrão de comportamentos relacionados com a saúde e que são realizados de modo relativamente estável e duradouro.

1.3. Estilos de Vida e Saúde

Os estilos de vida encontram-se intimamente associados às questões de saúde, sendo importante fomentar padrões de comportamento individuais mais favoráveis, no sentido de prevenir doenças e promover a saúde (Pais & Cabral, 2003).

O conceito de saúde que tem vindo a ser unanimemente aceite, foi proposto em 1948, pela *World Health Organization* (WHO, cit. por Pais-Ribeiro, 2005) assumindo-o como

um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas decorrente da ausência de doença ou incapacidade. Nesta definição, é ainda afirmado que estes são os aspetos considerados básicos para a felicidade, relações harmoniosas e seguras entre todas as pessoas e que a saúde de todos os povos é fundamental para se alcançar a paz e segurança (Pais-Ribeiro, 2005).

Todavia, na linha de pensamento de Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002, p. 2), esta definição coloca a ênfase nos estados de saúde ao invés das categorias de doença ou mortalidade, que ocupam um lugar importante nas estatísticas de saúde. Assim, os autores consideram que, sob o ponto de vista prático, esta definição é estéril e inócua, sem grandes efeitos práticos para a maioria dos profissionais de saúde, já que: (a) equipara a saúde a três domínios do bem-estar; (b) é o requisito para um bem-estar completo e assim, um ideal a que se deve aspirar e (c) não se apresenta suficiente para desenvolver indicadores operacionais de saúde.

Na verdade, tal como assinala Pais-Ribeiro (2005), esta definição de saúde afirma a presença de determinadas características ao invés da ausência de outras, pelo que bastaria que uma pessoa fosse saudável se os resultados dos exames médicos fossem negativos, centrando-se no indivíduo de forma isolada e separada de outros indivíduos e do meio onde se insere. Esta aceção é igualmente contrária à própria ação do EEEEC, que se orienta particularmente para o indivíduo, famílias e grupos, centrando a sua atenção não na doença, mas antes na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano, na perspetiva da sua família e comunidade, através da implementação de programas promotores de saúde, com vista à capacitação e empoderamento das comunidades. Assim sendo, o modelo biomédico deixa de fazer sentido e cede lugar ao modelo salutogénico de base social, cujo principal objetivo radica no bem-estar e na QdV do indivíduo, famílias, grupos e comunidade.

Nesse sentido, a WHO (1986, cit. por Pais-Ribeiro, 2005) acrescentou outros elementos nesta definição, que permitiram alargar o conceito de saúde, defendendo que esta é a extensão em que o indivíduo ou grupo é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como de modificar ou lidar com o meio envolvente. Acresceu, ainda, a ideia de que a saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da QdV e não um objetivo de vida.

É neste sentido que o estilo de vida se encontra associado à saúde, devendo ser compreendido como uma dimensão mais abrangente que engloba os diversos padrões de vida dos cidadãos e o contexto cultural onde as dinâmicas sociais, psicológicas e antropológicas ocorrem (Matos *et al.*, 2000).

No âmbito da sociologia médica, Cockerham (2005) propôs o conceito de estilos de vida em saúde como um conjunto de padrões de comportamentos coletivos que se configuram a partir de diferentes eleições que os indivíduos fazem, condicionados pelas oportunidades de vida a partir do contexto onde se inserem. Assim, há uma relação dialética entre as opções de vida (*life choices*) e as oportunidades de vida (*life chances*). As oportunidades de vida associam-se a fatores como o sexo, a idade, a etnia, as circunstâncias de classe, as coletividades e as condições de vida, enquanto as opções de vida se associam à socialização e à experiência dos indivíduos.

As investigações sobre os estilos de vida circunscrevem-se, principalmente, em torno das doenças crônicas não transmissíveis e, particularmente nas patologias como obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, síndrome metabólico e doença cardiovascular e, em menor número, investigações que relacionam os hábitos de sono, o consumo de álcool e tabaco e os hábitos alimentares com doença mental, depressão e suicídio (Álvarez, 2005).

Segundo o modelo de Crenças de Saúde, proposto por Hochbaum, Rosenstock e Kegels, na década de 50 do Século XX (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007, p. 215), existem fatores básicos que reforçam que um indivíduo adote um comportamento saudável: (a) a percepção de ameaça de uma doença e (b) a percepção da eficácia do seu comportamento para combater a dita ameaça. A percepção de uma ameaça depende de outros fatores como a percepção de suscetibilidade perante a doença e a percepção da severidade das consequências da mesma. São estas variáveis, segundo este modelo, que determinam a probabilidade de seguir ou não ações associadas com a saúde.

Todavia, os comportamentos saudáveis encontram-se igualmente associados às características sociodemográficas, normas sociais e à personalidade. Por conseguinte, os indivíduos tendem a seguir um determinado comportamento particular se acreditarem que são suscetíveis a determinada doença, se considerarem que essa doença realmente é um problema sério para a sua vida e, se acreditarem que os benefícios de uma ação em

particular pesam mais do que os custos de não a colocar em prática (Brannon & Fesist, 2001).

Assim, a literatura divulga um conjunto de fatores ou determinantes que se encontram intimamente associados à saúde e aos estilos de vida, como a seguir são abordados.

1.4. Determinantes da Saúde e dos Estilos de Vida

Diversos são os fatores que se encontram associados aos estilos de vida (e.g., dieta alimentar, exercício físico, hábitos de consumo tabágico, de álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, entre outros), assumindo-se como integrados e afetando a probabilidade de uma pessoa sofrer uma doença e de sobreviver, caso se encontre doente (Matos, 2005).

Neste sentido é, cada vez mais necessário, o empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades no controlo dos determinantes da saúde em prol de uma saúde melhor. O empoderamento tem como objetivo principal capacitar os indivíduos para que consigam, de forma autónoma, tomar decisões importantes ao nível da sua saúde. Esta capacitação pode ser realizada no indivíduo isoladamente, na organização e na própria comunidade, promovendo a sua saúde e concomitantemente a dos demais (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001). Por conseguinte, esta capacitação de indivíduos, grupos e comunidade encontra-se configurada nas competências específicas do EEEEC, objetivada na consecução de projetos de saúde e no exercício da cidadania; nos processos de mobilização e de participação comunitária e na gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes de Saúde relacionados com os estilos de vida refere que as doenças crónicas se associam a estilos de vida individuais, com especial enfoque para o consumo de tabaco, obesidade, erros alimentares, consumo excessivo de álcool, inatividade física e gestão não adequada do *stress* (DGS, 2003).

O Relatório Europeu de Saúde (WHO, 2005) sublinha que a diferença das doenças, observada nos diferentes países, se deve a fatores de risco, de entre os quais destaca o

tabaco, álcool, pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso, reduzida ingestão de fruta e vegetais e inatividade física.

Posteriormente, o Relatório Europeu de Saúde (WHO, 2009) veio reforçar que os comportamentos e estilos de vida modernos continuam a ser responsáveis pelo crescimento de doenças crónicas como a obesidade, a hipertensão e a diabetes, acrescentando que, só na Europa de 2005, 60% das doenças se deveu a estilos de vida e fatores de risco.

Existem variáveis individuais que influenciam a adoção dos comportamentos salutareos em matéria da saúde. Assim, de acordo com Pinn (2003), os comportamentos saudáveis variam de acordo com o sexo dos indivíduos. As mulheres padecem de consequências mais graves pelo menor consumo de álcool; possuem uma incidência de duas a três vezes mais da síndrome de cólon irritável e de doenças intestinais funcionais e possuem nove vezes mais probabilidade de contrair certas doenças hepáticas. Com o avançar da idade, tendem a apresentar mais reações adversas aos medicamentos do que os homens com a mesma idade e uma maior prevalência de incontinência urinária.

Lemus (2000) refere que 52% de todas as mortes por doença cardíaca e 61% de todas as mortes por acidentes cerebrovasculares ocorrem em mulheres. No entanto, são as mulheres que mais deixam de fumar, de consumir álcool, que começam a fazer algum exercício físico e a preocuparem-se mais com a sua alimentação, a tomar complexos vitamínicos e a melhorar a sua higiene dental, por comparação aos homens.

Todavia, o sexo não é apenas um fator determinante e distinto nos comportamentos de saúde. Também a idade, as experiências passadas do próprio ou do outro, a suscetibilidade e a severidade/benefícios percebidos por cada indivíduo, se assumem como determinantes da saúde. Outros fatores determinantes dos comportamentos saudáveis associam-se aos estados emocionais, à autoestima, ao acesso aos serviços médicos, aos fatores de personalidade e cognitivos (Lemus, 2000).

Estas investigações, no entanto, focalizam-se em aspetos intrínsecos e individuais, pelo que um outro corpo de investigações tem surgido e tem relacionado os estilos de vida com o nível socioeconómico medido por indicadores do nível de educação e da ocupação profissional (Chan, Gordon, Chong, & Alter, 2008; Kaiseer, Brown, & Baumann, 2010; Krieger, 2011).

Na verdade, há um consenso entre os investigadores que aponta para o facto de as circunstâncias afetarem os hábitos e os conhecimentos em saúde, condicionando a probabilidade de transformar o conhecimento em ações concretas (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007). Este passo, que marca a mudança de uma perspetiva individual para uma perspetiva mais social, constitui um avanço significativo na aceção dos estilos de vida associados à saúde, uma vez que não radica a responsabilidade apenas nas escolhas individuais, mas também no impacto das desigualdades sociais que afetam, globalmente, as populações mais desfavorecidas ou que carecem de poder económico e político (Álvarez, 2005).

Apesar das desigualdades sociais em matéria da saúde, diversos estudos têm sublinhado uma maior esperança de vida nas populações, uma perceção subjetiva do estado de saúde mais positiva, bem como um maior acesso aos serviços sanitários (Murphy, Bobak, Nicholson, Rose, & Marmot, 2006).

Por conseguinte, os múltiplos determinantes da saúde podem ser agrupados em cinco categorias, nas quais se encontram os elementos que fazem os indivíduos se manterem saudáveis (Añez, Reis, & Petroski, 2008, p. 103):

- Ambiente social e económico: salário, emprego, estatuto social, educação e fatores sociais no local de trabalho;
- Ambiente físico e natural ou construído pelo homem: como o clima e a sua casa (moradia);
- Atitudes pessoais: ou seja, comportamentos individuais que podem criar riscos ou benefícios para a saúde;
- Capacidades individuais: como a genética, a fisiologia, a competência pessoal, o sentido de controlo e as próprias habilidades individuais;
- Serviços de promoção, manutenção e restauração da saúde.

George (2014, p. 1) assinala que os determinantes da saúde dizem respeito a um conjunto de fatores que influenciam, afetam ou determinam a saúde dos indivíduos e das comunidades, agrupando-os nas seguintes categorias:

- Fixos ou biológicos (e.g., idade, sexo, fatores genéticos);
- Sociais e económicos (e.g., pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social);

- Ambientais (e.g., habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social);
- Estilos de vida (e.g., alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual);
- Acesso aos serviços (e.g., educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

Ainda segundo a visão do mesmo autor, estes determinantes influenciam-se e influenciam a saúde individual, familiar e comunitária, colocando os estilos de vida saudáveis num lugar de relevo, uma vez que apresentam uma aparente facilidade na obtenção de mais ganhos em saúde (George, 2014).

Como já anteriormente referido, dentro dos estilos de vida existem fatores de risco e fatores protetores da saúde, sendo este um processo dinâmico que não apenas se constitui em ações ou comportamentos individuais, mas também em ações de natureza social (Benavides *et al.*, 2011). Neste sentido, os fatores protetores, ao serem assumidos de forma responsável, ajudam a prevenir os desajustes biológicos, psicossociais e espirituais e manter estilos de vida saudáveis para a satisfação das necessidades de desenvolvimento humano.

De entre os fatores protetores destaca-se: ter um sentido de vida, objetivos e planos de ação (projetos de vida); manter a autoestima, o sentido de pertença e de identidade; manter a autodecisão, a autogestão e o desejo de aprender; necessidade de afeto e manutenção da integração social e familiar; ter satisfação com a vida, com a convivência, solidariedade, tolerância e negociação; capacidade de autocuidado, segurança social na saúde e o controlo dos fatores de risco, como: a obesidade; sedentarismo; consumo de tabaco, álcool e outras drogas; gestão de *stress* e prevenção de algumas patologias como a hipertensão e diabetes; comportamentos sexuais pouco seguros; alimentação inadequada e pouco saudável, entre outros (Potter & Griffin, 2001, pp. 675-673).

A estratégia para desenvolver estilos de vida salutareis passa pelo compromisso individual e social, sendo que só assim é possível satisfazerem-se as necessidades essenciais, para uma melhoria da QdV e alcance do desenvolvimento humano em termos de dignidade da pessoa (Monés, 2004).

A atividade física e os hábitos alimentares são dois elementos intimamente associados ao estilo de vida, desempenhando um papel significativo na promoção da saúde e na

prevenção de doenças (Matos *et al.*, 2000; DGS, 2003; Matos, 2005), todavia, outros elementos devem ser tidos em consideração ao nível da saúde e do bem-estar, nomeadamente: consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas, prática de sexo seguro, controlo do *stress*, bom relacionamento com família e amigos e visão otimista e positiva da vida (Añez *et al.*, 2008), configurando a visão alargada das competências do EEEC nos seus diversos níveis de intervenção.

Tendo em linha de conta o instrumento que irá ser utilizado na parte empírica, para a recolha dos dados (FANTÁSTICO), em seguida apresentamos os determinantes que fazem parte dos estilos de vida aferidos através do mesmo.

1.4.1. Família e Amigos

A família e os amigos fazem parte do suporte social informal do indivíduo. O apoio social tem sido visto como fundamental no processo de controlo de doenças, existindo dois tipos ou fontes: a informal e a formal. A informal inclui familiares, amigos, vizinhos, grupos sociais (e.g., clubes, igreja), entre outros, que são passíveis de fornecer apoio nas atividades diárias em resposta a determinados acontecimentos. As redes de suporte social formais dizem respeito a hospitais, serviços de saúde, profissionais de saúde, entre outros que se encontram organizadas para conceder uma assistência ou ajuda aos indivíduos que delas necessitam (Pais-Ribeiro, 2011).

De acordo com Dunst e Trivette (1990, cit. por Pais-Ribeiro, 2011, p. 3) existem dimensões do suporte social que se afiguram fundamentais nos processos de controlo das doenças, nomeadamente o tamanho da rede social; a existência de relações sociais; a frequência de contactos; a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; o tipo e quantidade de suporte disponibilizado; a congruência do suporte social em função das necessidades do indivíduo; a utilização do suporte por parte do indivíduo; a dependência da rede de suporte social, ou seja, nível de confiança do indivíduo na rede de suporte; a reciprocidade que garante o equilíbrio entre o suporte social recebido e o fornecido; a proximidade sentida da rede social de suporte e a satisfação com a rede de suporte existente.

A crença de que o suporte social possui efeitos mediadores na proteção da saúde encontra-se bem documentada na literatura. Diversos estudos têm sugerido que há uma relação entre o suporte social e a saúde nomeadamente: (a) o facto de o suporte social proteger contra as perturbações induzidas pelo *stress*, ou seja, impedindo que o *stress* afete negativamente o indivíduo ou a minimização das consequências do *stress* quando na presença de um rede de suporte social consistente; (b) a não existência de um suporte social é uma fonte de *stress* para o indivíduo; (c) a perda de suporte social é assumida como um stressor e (d) o suporte social é benéfico pois torna os indivíduos mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida (Bolger & Amarel, 2007; Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).

1.4.2. Atividade Física e Associativismo

É cada vez mais aceite que a atividade física e a saúde se encontram interligadas. Segundo dados mundiais da WHO (2010), cerca de 2 milhões de mortes ocorrem associadas à inatividade física. Entre 10 a 16% das mortes relacionadas com casos de cancro de mama, cancro de cólon e diabetes, bem como aproximadamente 22% da doença isquémica cardíaca têm como principal causa a falta de atividade física.

Um estilo de vida sedentário tem vindo a enraizar-se nas sociedades desenvolvidas, com efeito negativo ao nível da saúde, refletindo-se na taxa de mortalidade e de morbilidade cardiovascular, bem como no risco acrescido de obesidade (DGS, 2012).

São diversos os autores que sublinham que a prática regular de atividade física é vital para a saúde dos adultos (Samulski & Noce, 2000; Li *et al.*, 2007; WHO, 2010; *Centers for Disease Control and Prevention*, CDC, 2011; DGS, 2012), recomendando a DGS uma caminhada de cerca de 30 minutos diária (George, 2014).

A atividade física previne variadas doenças, nomeadamente cardiovasculares, metabólicas e músculo-esqueléticas, tendo um papel crucial na prevenção da osteoporose, obesidade, alguns tipos de cancro e depressão (WHO, 2010).

Os benefícios da atividade física na saúde estão para além dos físicos, pois compreende-se que outros domínios acabam por ser beneficiados, nomeadamente o afetivo, o social e o cognitivo (Bailey, 2006), reforçando-se, aqui, a importância do associativismo

enquanto fator que promove maior interação, envolvimento e participação. O CDC (2011) sugere que o exercício físico associado a uma alimentação saudável potencia a esperança de vida, a QdV e reduz o risco de variadas doenças crónicas, com especial impacto ao nível económico, na medida em que reduz os custos para a saúde.

1.4.3. Nutrição

Um outro aspeto que se associa à saúde e aos estilos de vida prende-se com a alimentação (nutrição). A alimentação baseada em comidas rápidas, ricas em gordura, açúcar com alta densidade energética, escassez de nutrientes e fibras levou a um aumento significativo de casos de obesidade e dislipidémias (designa todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos no sangue), bem como de diabetes tipo 2 e hipertensão (Samulski & Noce, 2000).

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) refere que mais de 50% da população mundial será obesa em 2025, se a intervenção não for feita, já que ela é considerada uma epidemia do século XXI, devido a estilos de vida sedentários.

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (Graça *et al.*, 2016) refere que, em 2014, os hábitos alimentares inadequados foram o fator de risco que mais contribuiu para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa, seguidos da hipertensão arterial e índice de massa corporal elevados. Paralelamente, o mesmo relatório divulga que há um consumo excessivo de sal pela população adulta, bem como por crianças e adolescentes, sendo este um dos maiores riscos de saúde pública.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2014), no ano de 2012 em Portugal, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 30% dos óbitos registados no país e, dentro dessa categoria, as doenças cerebrovasculares são as mais prevalentes, seguindo-se da doença isquémica do coração e o enfarte agudo do miocárdio. Os tumores malignos constituem a segunda maior causa de morte no país, responsáveis por 24% dos óbitos. Estas doenças têm como determinante central os estilos de vida pouco saudáveis, nomeadamente a alimentação inadequada dos portugueses (Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2016).

Uma dieta salutar deve ter presente: alimentos ricos em fibra (e.g., pão integral, frutas, verduras, legumes e frutos secos) e uma proporção global adequada de hidratos de carbono (50%), gorduras (30% no máximo, não devendo superar as saturadas em 8 a 10%) e proteínas (15%). Pinho *et al.* (2016) referem que a Roda dos Alimentos tem vindo a constituir-se num guia alimentar desde 1977, todavia, os aspetos associados à evolução dos padrões alimentares portugueses e à evolução do conhecimento científico na área, levaram à reformulação deste guia em 2003, que apresenta uma organização hierárquica dos alimentos e respetivas porções (Figura 1).

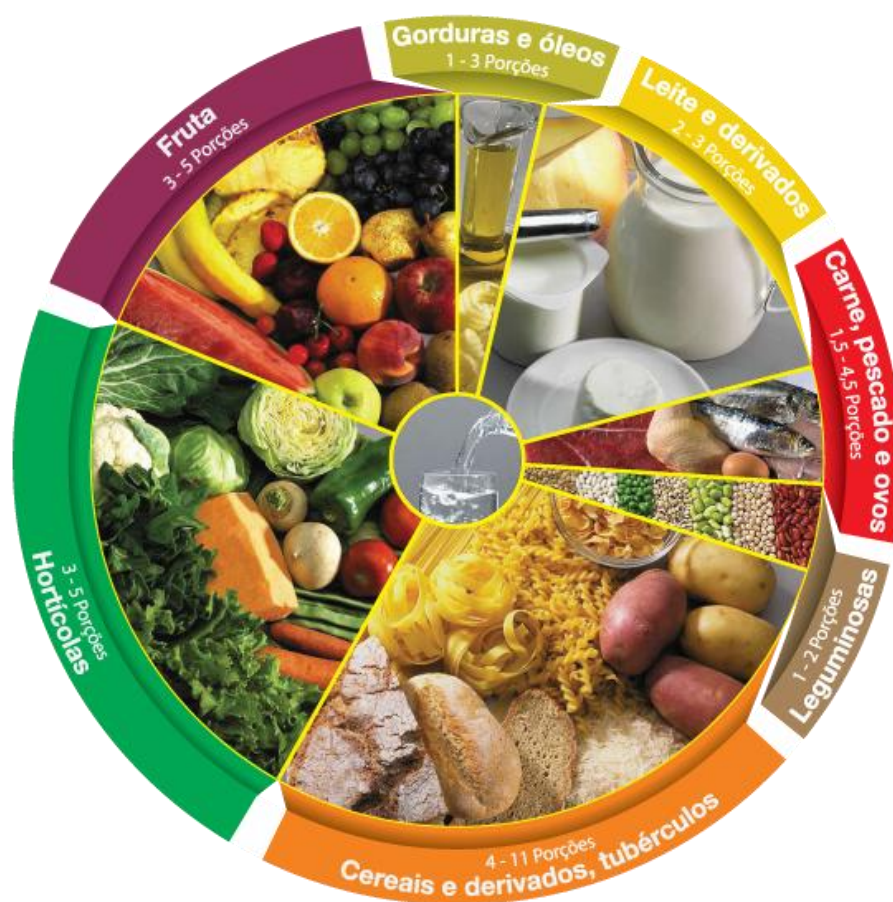


Figura 1. Nova Roda dos Alimentos

Fonte: <http://esjciencias.blogspot.pt/2014/10/a-roda-dos-alimentos.html>

Para além desta roda, Pinho *et al.* (2016) referem que a dieta mediterrânica se assume hoje como um estilo de vida saudável, assente na tradição e cultura da região mediterrânica (Figura 2).

A Pirâmide da Dieta Mediterrânica: um estilo de vida para os dias de hoje
 Recomendações para a população adulta

Porções de alimentos baseadas na frugalidade e nos hábitos locais

Vinho em moderação e de acordo com as crenças sociais

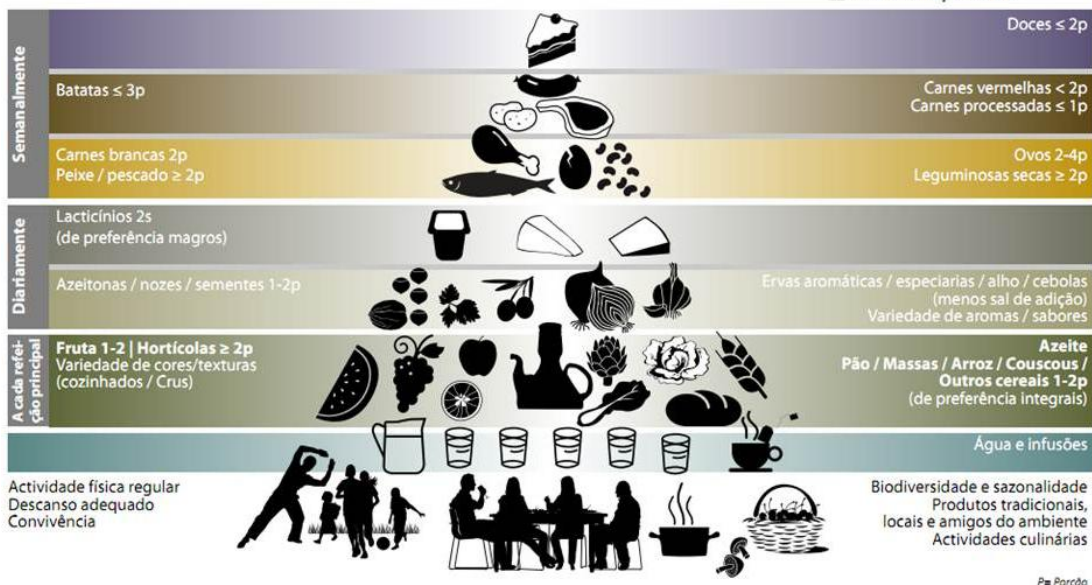


Figura 2. Pirâmide da Dieta Mediterrânica

Fonte: Pinho *et al.* (2016, p. 17)

Assim, uma dieta com excesso de calorias ou com excesso de gorduras ou hidratos de carbono conduz à obesidade, sobretudo na ausência de uma prática adequada e regular de exercício físico (CDC, 2011), estando este já presente na pirâmide da dieta mediterrânica.

1.4.4. Tabaco

O consumo de tabaco é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países mais desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008).

A nicotina é o principal constituinte do tabaco, sendo responsável pela dependência criada nos consumidores, assumida como uma substância psicoativa que cria dependência física e psicológica, semelhante à síndrome de abstinência de cocaína ou heroína (Martinet & Bohadana, 2003).

Dados decorrentes da WHO (2008) sugerem que o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX, 6 milhões de pessoas a nível mundial, das

quais cerca de 600 000 devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco. De acordo com as estimativas para o ano de 2013, o tabaco foi responsável pela morte de mais de 12 000 pessoas residentes em Portugal, cerca de 11% do total. Uma em cada cinco mortes observadas em pessoas, de ambos os sexos, entre os 45 e os 64 anos, são atribuíveis ao consumo de tabaco. Para além do seu impacto na mortalidade, fumar contribui para a incapacidade e retira anos de vida saudável.

1.4.5. Álcool e Drogas

O consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente de vinho, é uma componente da região do Mediterrâneo, consumido tradicionalmente, em quantidade moderada e integrada no momento da refeição. A ingestão moderada de vinho tinto parece encontrar-se associada, em certas situações, à redução do risco de doenças cardiovasculares, particularmente devido a seu teor em compostos bioativos, responsáveis por uma ação antioxidante no organismo humano (Anderson & Baumberg, 2006).

Todavia, a par dos benefícios de consumo moderado de vinho tinto em certos grupos da população, o consumo de álcool possui efeitos nefastos para a saúde, quando ingerido em quantidades excessivas (Graça *et al.*, 2016). As bebidas alcoólicas podem ser configuradas em dois tipos: as fermentadas e as destiladas. As primeiras obtêm-se através de fermentação alcoólica de sumos açucarados, por ação das leveduras (vinho e cerveja), enquanto as segundas resultam da destilação de álcool produzido no decurso da fermentação (gin, vodka, aguardente, whisky) (Anderson & Baumberg, 2006).

Neste sentido, o consumo excessivo de álcool é identificado como fator responsável por diversas doenças de foro neuropsiquiátrico (e.g., perturbações depressivas, perturbações da ansiedade e esquizofrenia), gastrointestinal (e.g., cirrose hepática e pancreatite), cardiovascular (e.g., hipertensão, doença isquémica do coração), bem como diversas doenças oncológicas (WHO, 2014). Apresenta-se, ainda, como causa de atos de violência, homicídios e suicídios, acidentes rodoviários, prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto e consequentes défices intelectuais nas crianças (Anderson & Baumberg, 2006).

De acordo com o Relatório Anual de 2014 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Graça *et al.*, 2016), as prevalências de consumo de bebidas alcoólicas para a população portuguesa (dos 15 aos 64 anos), registaram um aumento de 2001 para 2007, tendo em 2012 decrescido para valores inferiores aos de 2001. A população jovem adulta (dos 20 aos 34 anos) apresenta a mesma tendência, exceto para a prevalência nos últimos 30 dias que não sofreu um aumento em 2007, mas uma diminuição desde 2001. Já em 2012 a prevalência do consumo de álcool ao longo da vida foi de 73,6% para a população total e de 72,1% para a população jovem adulta. Ainda com base neste relatório, o número de indivíduos internados com diagnóstico relacionado com o consumo de álcool (entre 2009 e 2014), foi marcadamente superior no sexo masculino. Entre 2013 e 2014 os resultados mostraram que o número de indivíduos internados aumentou para o sexo masculino (de 21 767 para 22 441 indivíduos) e diminuiu no sexo feminino (de 3 473 para 3 404 indivíduos).

Outros dados do Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010) revelaram que a cirrose hepática, uma das consequências mais graves do alcoolismo, assume-se como a décima causa de morte em 2005, sendo que dois terços destas cirroses são de etiologia alcoólica. Também os dados decorrentes do estudo *Global Burden of Disease* (2015), relativos ao ano de 2013, mostram que a cirrose é a sétima causa de morte em Portugal, não se notando uma melhoria no panorama apresentado desde 1990.

Os dados decorrentes da WHO (2014) relativos ao período entre 2008 e 2010 em Portugal, espelham um consumo médio de etanol correspondente a 12,9 litros *per capita*, sendo este valor bastante superior ao obtido para o consumo mundial, correspondente a 6,2 litros *per capita*.

Para além do consumo de álcool, o consumo de outras drogas faz também parte da análise dos estilos de vida das pessoas. A droga é toda a substância que pode alterar a forma de funcionamento do organismo ou do espírito, modificando os pensamentos, sensações e comportamentos dos indivíduos que as consomem ao longo do tempo (Parrott, Morian, Moss, & Scholey, 2004), pelo que quando utilizadas de forma abusiva, podem levar a manifestações de dependência (Pérez, 2000).

As drogas atuam sobre o corpo na função cardíaca, respiratória, digestiva ou imunitária, e sobre a parte psíquica, ao nível do humor, da memória e do grau de ansiedade, por isso são também designadas de substâncias psicotrópicas, na medida em que manifestam um “tropismo”, uma atração pelo psíquico (Parrott *et al.*, 2004).

A tipologia mais habitual classifica as drogas em três categorias principais: depressoras, estimulantes e perturbadoras ou despersonalizantes - do sistema nervoso central. As drogas **depressoras** integram os sedativos ou substâncias depressoras do sistema nervoso central, tais como o álcool, os barbitúricos, as benzodiazepinas, os solventes voláteis e os analgésicos opiáceos e sintéticos. As drogas **estimulantes** caracterizam-se pelas suas propriedades excitantes ou ativadoras do sistema nervoso central. As mais problemáticas correspondem aos derivados da cocaína, mas esta gama engloba substâncias tão diferenciadas como a nicotina e as anfetaminas. As drogas **perturbadoras ou despersonalizantes** englobam os cannabinóides, o LSD (*Lysergsäure-diethylamid*) e os alucinogénios sintéticos e naturais. A cannabis é utilizada há milénios pelas suas propriedades psicotrópicas e medicinais. Dela é retirado o princípio ativo THC (*Tetrahydrocannabinol*) que se encontra em vários derivados, como a erva ou a famosa marijuana e o haxixe (bloco acastanhado de resina), que é geralmente misturado com o tabaco para ser fumado sob a forma de “charro” (Pérez, 2000; Parrott *et al.*, 2004; Salazar & Arrivillaga, 2004).

Dados constantes no relatório do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2015) mostraram que num estudo conduzido em 2012 na população geral (entre 15 a 64 anos) em Portugal, a cannabis, o ecstasy e a cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com uma prevalência de consumo ao longo da vida de 9,4%, 1,3% e 1,2%, respetivamente. Cerca de 0,7% da população apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis, mais prevalente no seio dos homens e nas regiões de Lisboa, Região Autónoma dos Açores e Alentejo. Estes valores são, no entanto, inferiores aos encontrados na Europa.

1.4.6. Sono e Stress

O sono é tido como um processo dinâmico e reversível, traduzido num estado comportamental de desligamento perceptual e de não responsividade para com o

ambiente. Ele integra uma complexa amálgama de processos fisiológicos e comportamentais (Carskadon & Dement, 2011). As principais características que marcam o sono são a modificação do estado de consciência, as alterações posturais e a diminuição da sensibilidade aos estímulos externos (Gomes, Quinhones, & Engelhardt, 2010).

O sono faz parte do ritmo biológico e cobre cerca de um terço da vida dos seres humanos, sendo responsável pela restauração do corpo e da mente, pelo que é importante (ao nível da quantidade e qualidade) para que as diversas atividades diárias possam ser realizadas (Hill, Hogan, & Karmiloff-Smith, 2007).

Todos os indivíduos possuem uma duração de sono pessoal, estando esta associada a fatores genéticos e podendo variar entre um mínimo de três a um máximo de dezasseis horas. Sabe-se que um indivíduo dormiu o suficiente se acordar descansado e não tiver vontade de dormir durante o dia, permanecendo em alerta (Junior, 2007).

Assim, embora seja adequado dormir, para a maioria das pessoas, entre 7 a 8 horas por noite, é comum encontrar necessidades que variam entre 4 a 10 horas (Ambrósio & Geib, 2008). Rente e Pimentel (2004) referem que há indivíduos que necessitam de dormir entre 4 a 5 horas para se manterem produtivos e ativos (designados de *short-sleepers*) enquanto outros necessitam de dormir pelo menos 9 horas para fazerem a sua vida normal (designados de *long-sleepers*).

Estudos têm mostrado que o sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia (Müller & Guimarães, 2007), bem como na restauração do metabolismo energético cerebral (Ferrara & De Gennaro, 2001), sendo modulado por diversas variáveis, como a etnia, a cultura, o género, a idade, a profissão, fatores socioeconómicos e ambientais (Kabrita *et al.*, 2014). Os fatores ambientais, como a temperatura, o ruído e a luz são igualmente tidos como influenciadores do sono (Okamoto-Mizuno & Mizuno, 2012).

As perturbações do sono espelham uma perda na QdV do indivíduo, com significativo impacto na sua produtividade (escolar ou profissional), na diminuição das funções cognitivas, emocionais e psicomotoras, nas relações interpessoais, no aumento da morbidade, bem como no agravamento do seu estado de saúde geral (Cheng *et al.*,

2012; Drabovicz, Salles, Drabovicz, & Fontes, 2012; Kabrita, Hajjar-Muça, & Duffy, 2014).

Diversas investigações têm mostrado o impacto das perturbações de sono na QdV e noutros fatores relacionados com a saúde, padrões de sono e sistema imunitário, entre outros (Iáñez, Miró, Catena, & Buena-Casal, 2003). Nos referidos estudos ficou clara a influência da privação de sono como causa da sonolência diurna excessiva alterando múltiplas funções no indivíduo, nomeadamente o seu impacto nos fatores sociais e relacionais (Stepanski, 2002).

Diversas são as causas presentes na perturbação do sono, nomeadamente a má higiene do sono, doenças psicológicas, fatores comportamentais, isolamento social, alterações na personalidade e estados de saúde (Cheng *et al.*, 2012; Drabovicz *et al.*, 2012).

Estima-se que os diversos problemas de sono afetem um terço da população adulta mundial, havendo uma prevalência prevista entre 15% a 27%, assinalando que cerca de 70 milhões de pessoas sofre algum tipo de problema de sono só nos Estados Unidos (Cardoso *et al.*, 2009).

No relatório de Paixão, Branco e Contreiras (2006) sobre a prevalência de perturbações de sono em Portugal Continental no período entre 1999 e 2004, mostrou que a maioria dos respondentes referiu dormir entre seis ou mais horas de sono noturno em dias da semana; não possui hábito da sesta; a dificuldade em adormecer foi referida por 19% dos inquiridos; cerca de 71% (em 2004) referiu acordar durante a noite mais do que uma vez por semana; as sequelas de um sono não reparador, traduzidas em queixas de cansaço ao acordar e sonolência diurna, foram de 16% e 14%, respetivamente em 2004; as mulheres apresentaram sempre indicadores mais desfavoráveis e com maior toma de medicação para dormir e, verificou-se uma tendência crescente dos indicadores com a idade e decrescente com o nível de instrução.

Um dos aspetos que se associa às perturbações de sono é a forma como o indivíduo lida com as situações stressantes do dia-a-dia. Na verdade, todos os seres humanos têm de lidar com variadas fontes de *stress*, que são condições e acontecimentos que provocam uma determinada tensão (Vaz Serra, 2002). Podem ser acontecimentos únicos, como por exemplo situações críticas da vida (e.g., morte de um familiar); problemas traumáticos e crónicos, que decorrem num período de tempo mais longo; ou ainda dificuldades

diárias, associadas ao trabalho ou outra atividade, exigências do trabalho, clientes difíceis, trânsito, entre outras (Sonnentag & Frese, 2001).

Mas, nem todo o *stress* é negativo e, por esse motivo, ele é perspectivado sob duas formas: (i) *eustress*, que funciona como força poderosa que acrescenta excitação e desafio à vida, ou seja, é uma resposta positiva ao *stress* e (ii) *distress*, que corre quando existe uma tensão não aliviada que conduz à destruição, doença e morte, ou seja, é uma resposta negativa ao *stress* (Andrade, 2010).

Assim, as mudanças provocadas pelo *stress* podem suscitar uma simples disfunção, normalmente ultrapassável, enquanto o confronto prolongado com uma determinada fonte de *stress* ou com várias concomitantes, podem conduzir a uma desregulação do indivíduo e induzir processos patológicos (Cumbe, 2010).

O desenvolvimento de efeitos negativos no indivíduo encontra-se intimamente associado às estratégias de confronto (ou de *coping*) que são utilizadas e entendidas como um conjunto de esforços que são assumidos pelos indivíduos perante situações percebidas como ameaçadoras e passíveis de gerar mal-estar (Ruíz & Ríos, 2004).

De entre os estilos de confronto, são identificados dois tipos: os centrados no evitamento das situações, que apresentam uma maior probabilidade de acarretarem problemas psicológicos, sintomas psicossomáticos e conflitos na relação família e trabalho (Haisch & Meyers, 2004) e, os centrados na resolução do problema, que representam formas mais ajustadas e saudáveis de adaptação às exigências laborais, principalmente nos casos em que o indivíduo tem possibilidade de alterar a situação na qual se encontra, isto é, que detém controlo sobre as fontes de tensão que o rodeiam (Cumbe, 2010).

O relatório da WHO (2004) refere que o *stress* associado ao trabalho é um dos maiores desafios dos tempos atuais, afetando quer a saúde dos trabalhadores quer das organizações, com sérios impactos ao nível da família dos trabalhadores. Assim, os trabalhadores que vivenciam níveis de *stress* elevados apresentam menores indicadores de saúde geral, encontram-se menos motivados para trabalhar, são menos produtivos, desenvolvem o seu trabalho com menor segurança, podendo colocar a sua vida em risco.

1.4.7. Trabalho e Tipo de Personalidade

O trabalho é visto como um fator protetor para a saúde, todavia, poderá ser um fator de risco, nomeadamente quando se encontra associado a condições precárias (Haisch & Meyers, 2004). Neste sentido, se há indivíduos que pensam em deixar o seu trabalho, outros permanecem no mesmo, sendo que a sua produtividade pode ficar aquém do real potencial que têm para dar, ocasionando problemas ao nível da qualidade do trabalho que desenvolvem (Cumbe, 2010).

Muitas profissões são tidas de risco, é o caso dos profissionais de saúde (nomeadamente médicos e enfermeiros), uma vez que se encontram expostos a um conjunto de fatores que influenciam (direta ou indiretamente) a sua saúde. Diversos são os fatores extrínsecos que influenciam a saúde física, psicológica e emocional dos indivíduos (Cox, Griffiths, & Rial-González, 2000; Palmer, Cooper, & Thomas, 2001), nomeadamente: (a) fatores intrínsecos ao trabalho, aspetos do trabalho em si e que se constituem como perigos psicossociais experimentados como fontes de *stress* que, de alguma forma, acarretam um dano potencial. Alguns destes fatores associam-se a condições precárias de trabalho, excesso de trabalho, pressões de tempo e perigo físico; (b) papel na organização, que remete para as questões de conflito e de ambiguidade de papéis, embora a responsabilidade por outras pessoas e os conflitos/barreiras organizacionais contribuam para o risco; (c) progressão na carreira, que se refere às oportunidades de promoções, falta de segurança e de outras oportunidades; (d) relações no trabalho, que se referem às relações com os superiores, com os colegas (pares) e com os subordinados. A ausência ou a presença diminuta de bons relacionamentos interpessoais encontra-se associada a uma elevada ansiedade, exaustão emocional, tensão no trabalho, baixa satisfação e aumento de doenças cardiovasculares (Cox *et al.*, 2000) e (e) clima e estrutura organizacional, que se refere à latitude de tomada de decisão no trabalho, às restrições no comportamento e às dificuldades financeiras.

Para além dos aspetos associados ao trabalho em si, Palmer *et al.* (2001) identificaram características pessoais que aumentam a suscetibilidade dos indivíduos a acontecimentos e experiências de valência negativa, nomeadamente os aspetos personalísticos associados ao comportamento do Tipo A. Este tipo de comportamento refere-se a um padrão que envolve hostilidade, agressividade, competitividade e constante controlo do

tempo (Sonnetag & Frese, 2001), apresentando esta tipologia uma maior propensão para ataques cardíacos (Palmer *et al.*, 2001).

1.4.8. Introspeção

A introspeção é um outro aspeto associado à saúde e aos estilos de vida, na medida em que se refere ao ato, através do qual, o indivíduo observa os conteúdos dos seus próprios estados mentais, estando por isso associado à sua saúde física e mental e não deve ser considerado um conceito meramente fisiológico, mas sim associado à consciência imediata (Dishman, Washburn, & Heath, 2004).

Os problemas associados aos afetos negativos (como a falta de otimismo, depressão, tristeza, desapontamento, apreensão, cansaço físico e emocional) encontram-se inseridos nos processos de introspeção (Añez *et al.*, 2008).

1.4.9. Comportamento Sexual

Os comportamentos sexuais, são um outro aspeto da saúde e dos estilos de vida, uma vez que a estes se encontram associados determinados comportamentos de risco que podem perigar a saúde (Silva, 2008).

De entre estes comportamentos destacam-se: (a) as práticas sexuais não seguras, nomeadamente naquelas onde não são utilizados métodos de prevenção adequados, como a pílula e o preservativo, entre outros; (b) elevado número de parceiros sexuais num curto espaço de tempo, que aumenta o risco de contrair infeções sexualmente transmissíveis (IST); (c) gravidez não desejada, que poderá levar à conseqüente interrupção da mesma; (d) consumo de álcool e/ou substâncias psicoativas que promovem euforia, confiança, abertura de comunicação e maior sociabilidade e, quando em excesso podem levar a um enviesamento da perceção, colocando em risco a prática de sexo seguro e (e) atitudes e crenças que podem favorecer os comportamentos sexuais de risco (Li *et al.*, 2000; Canavarró & Pereira, 2001).

1.4.10. Outros Comportamentos (Segurança e Proteção Rodoviária)

Outros comportamentos que se associam aos estilos de vida saudáveis passam pela segurança e proteção. Os acidentes rodoviários são um dos problemas de saúde pública mais preocupantes nos países ocidentais devido à magnitude do problema e ao facto de afetar uma grande proporção de pessoas em todas as idades, nomeadamente as mais jovens (Piédrola, 2008).

Estima-se que, no mundo, todos os anos existam mais de 750 000 mortes e mais de 20 milhões de feridos devido a acidentes rodoviários, sendo que 10 milhões padecem de incapacidades permanentes. Só na União Europeia, em cada ano, mais de 40 000 pessoas morrem devido a um acidente rodoviário, 1,1 milhões ficam feridas e mais de 150 000 destas, ficam incapacitadas para toda a vida. As lesões por acidentes rodoviários ocuparão, no ano de 2020, o terceiro lugar de entre as dez primeiras causas de morte em todo o mundo (WHO, 2015).

Em Portugal, o Relatório Anual de Segurança Interna (Direção Geral de Administração Interna, 2016) refere que no ano de 2015 houve 22 873 participações de crimes associados à segurança, nomeadamente 2 121 registos de condução de veículos com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l e 635 registos de crime de condução sem habilitação legal. Durante esse período de tempo ocorreram 128 361 acidentes rodoviários que fizeram 486 vítimas mortais e 2 402 feridos graves.

Reconhece-se uma importância crescente conferida às medidas de prevenção de acidentes, bem como de promoção da educação para a saúde, na modificação de comportamentos que possam reforçar a segurança e a prevenção de acidentes. Estas medidas estão igualmente alinhadas com as competências específicas do EEEEC e dos seus diversos níveis de ação na promoção da saúde ao indivíduo, grupos e comunidade.

Assim, em Portugal, no ano de 2015, houve uma aposta na prevenção e fiscalização seletiva de comportamentos de risco em matéria de segurança, nomeadamente consumo de álcool, substâncias psicotrópicas, excesso de velocidade, uso de telemóvel e outros aparelhos eletrónicos, uso de cinto de segurança e fadiga, enquanto eixos prioritários das forças policiais e de todas as entidades com responsabilidade direta ou indireta neste âmbito (Direção Geral de Administração Interna, 2016).

Em suma, neste capítulo apresentou-se uma visão mais ampla dos estilos de vida, nomeadamente o enquadramento histórico do conceito, interseção com várias áreas do conhecimento, sua definição, conceptualização e associação com a área da saúde, bem como o alinhamento com as competências específicas do EEEC. Neste campo foram referenciados os principais determinantes associados à saúde e aos estilos de vida, nomeadamente a presença de uma rede social de suporte, a realização de atividade física e associativismo, as questões de nutrição, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, a qualidade do sono e as estratégias para lidar com o *stress*, o trabalho em si e o tipo de personalidade do indivíduo, a perceção positiva de si e da vida realizada através da introspeção, a adoção de comportamentos sexuais seguros e de outros comportamentos associados à proteção e segurança rodoviária.

Em seguida, os estilos de vida serão particularizados aos profissionais de saúde, pelo que se apresentam aspetos caracterizadores da atividade destes profissionais e são apresentados estudos que foram conduzidos com esta população.

Capítulo II - Estilos de Vida dos Profissionais de Saúde

Todo o mundo pensa em mudar o mundo, mas ninguém pensa em mudar a si mesmo.

Leon Tolstoi

2.1. Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde são um grupo diversificado que deve deter uma habilitação apropriada ao exercício da sua atividade. Segundo o Ministério da Saúde (2016) os profissionais de saúde integram enfermeiros, médicos, médicos dentistas, nutricionistas e psicólogos que devem encontrar-se inscritos nas respetivas ordens para poderem ser considerados como tal e exercerem a sua profissão. Paralelamente, um outro conjunto de profissionais de saúde enquadra, os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), que são profissionais da área da saúde com formação de nível superior, utilizando técnicas de base científica com fins de promoção da saúde, de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença ou de reabilitação. De entre estes profissionais encontram-se os técnicos de análises clínicas e de saúde pública; os técnicos de anatomia patológica; citologia e tanatológica; os técnicos de audiologia; os técnicos de cardiopneumologia; os técnicos de farmácia; os fisioterapeutas; higienista oral; técnicos de medicina nuclear; técnicos de neurofisiologia; ortoptistas; ortoprotésicos; técnicos de prótese dentária; técnicos de radiologia; técnicos de radioterapia; terapeutas da fala; terapeutas ocupacionais e técnicos de saúde ambiental.

Tendo em conta a sua especialidade, estes profissionais prestam cuidados de saúde em unidades hospitalares e/ou centros de saúde, públicos e/ou privados, com o intuito de prestarem cuidados de saúde ao nível da promoção e da prevenção da doença, bem como realizam a articulação com outros serviços para que haja continuidade de cuidados. Todavia, dentro dos profissionais de saúde existem igualmente aqueles que possuem tarefas diversificadas não clínicas, que passam pela receção, transporte, higiene, alimentação, manutenção de equipamentos, aquisição de materiais, contabilidade e gestão, entre outras (Martins, 2012).

De uma forma genérica, pode-se dizer que, hoje em dia, qualquer que seja o “ato médico”, este pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar com elevado nível de especialização e todo o apoio logístico e administrativo que contribui para uma eficiente prestação de serviços ao nível da saúde (Nogueira, 2008).

Estas equipas, que trabalham em unidades de saúde, deparam-se diariamente com múltiplas exigências ao nível físico, psicológico e mental (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2005), sendo que muitas delas afetam as suas vidas enquanto pessoas e profissionais, com sérias implicações ao nível económico (Martin & Henderson, 2004).

Os profissionais de saúde desenvolvem a sua atividade profissional nas designadas “profissões de ajuda”, consideradas muito desgastantes pelo facto de lidarem diariamente com a doença, o sofrimento e a morte, para além de todos os fatores burocráticos associados às particularidades do serviço onde desenvolvem a sua atividade (Chizini & Joemar, 2004).

Segundo Steffen (2008), de entre esses fatores destacam-se os longos períodos de trabalho, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos biológicos, químicos e físicos, entre outros. Nesta linha, Glina e Rocha (2000) aludem que o profissional de saúde, para a sua prática diária, necessita de dois requisitos fundamentais: estar saudável (física, psicológica e emocionalmente) e ter motivação e satisfação com o seu trabalho.

Sabe-se que a exposição contínua às fontes de *stress* acarreta uma deterioração da saúde, pelo que os profissionais de saúde se assumem como um grupo de risco (Gomes, Melo, & Cruz, 2000; Berg, Bell, & Tupin, 2001), podendo vivenciar inúmeras consequências caso não desenvolvam estratégias adaptativas adequadas para que a sua saúde física e mental permaneça íntegra (Estella *et al.*, 2002).

Por outro lado, são os profissionais de saúde que promovem a saúde aos pacientes com quem interagem habitualmente (Marcitelli, 2011), através de intervenções preventivas e procurando fornecer recomendações em matéria da saúde que sejam seguidas por eles (Frank, Rothenberg, Lewis, & Belodoff, 2000a; Frank, Breyan, & Elon, 2000b; Frank, Biola, & Burnett, 2000c; Frank, 2004).

Assume-se, portanto, que são estes profissionais (nomeadamente médicos e enfermeiros) que mais conhecimentos detêm sobre os comportamentos de saúde,

etiologia das doenças e seu tratamento, pelo que se espera que sejam eles que evitem determinados comportamentos de risco para a saúde. No entanto, isto nem sempre se verifica, pois é frequente encontrarem-se médicos e enfermeiros fumadores, consumidores de álcool, sedentários, obesos, entre outros, sendo um problema para eles, recomendar hábitos de vida saudáveis que eles próprios não colocam em prática (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007; Pasquier, 2015).

Neste contexto, os estudos realizados têm mostrado que os profissionais de saúde que cuidam da sua saúde e praticam estilos de vida saudáveis, possuem uma maior probabilidade de recomendar e de induzir os seus pacientes a hábitos igualmente saudáveis, tendo maior êxito na adesão às suas recomendações. Contrariamente, aqueles que não possuem hábitos de vida saudáveis, tendem a praticar intervenções curativas ao invés de preventivas e, provavelmente, são pouco ouvidos pelos seus utentes/doentes quando recomendam comportamentos que eles próprios não praticam (Frank *et al.*, 2000a; Frank *et al.*, 2000b; Frank *et al.*, 2000c; Frank, 2004).

Tendo estes aspetos como pano de fundo, em seguida, apresentam-se alguns estudos que abordam o *stress* e o desgaste profissional (*burnout*) dos profissionais de saúde, a sua saúde e QdV, bem como os estilos de vida destes profissionais.

2.2. Profissionais de Saúde: Resultados das Investigações

Como anteriormente referido, os profissionais de saúde, pelo facto de desenvolverem uma atividade exigente, encontram-se expostos a variados fatores de risco, são diversos os estudos que têm mostrado que a deterioração da saúde também atinge estes profissionais (Ruíz & Ríos, 2004; Gil-Monte, 2005).

Assim, os profissionais de saúde encontram-se expostos a múltiplos fatores de risco (e.g., qualidade do sono, inatividade física, *stress* e *burnout*) que acarretam múltiplas consequências, que podem ser resumidas em três grupos (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Gil-Monte, 2005):

- Consequências que incidem sobre a saúde física, como alterações cardiovasculares (e.g., hipertensão, doença coronária): fadiga crónica, cefaleias, alterações gastrointestinais (e.g., dores abdominais, cólon irritável, úlcera duodenal), alterações

respiratórias (e.g., asma), alterações de sono, dermatológicas, menstruais, disfunções sexuais e dores musculares ou articatórias);

- Consequências que incidem sobre a saúde psicológica (e.g., alterações emocionais): ansiedade, depressão, irritabilidade, disforia, baixa autoestima, falta de motivação, baixa satisfação profissional, dificuldades de concentração, distanciamento emocional, sentimentos de frustração profissional e desejos de abandonar o trabalho;
- Consequências relacionadas com o âmbito laboral (e.g., alterações comportamentais): absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de comportamentos violentos, comportamentos de elevado risco, alterações de comportamento alimentar, diminuição de produtividade, falta de competência e deterioração da qualidade do serviço.

Relativamente ao *stress* e ao *burnout*, num estudo conduzido com 130 médicos de oito hospitais de Madrid, Moreno-Jiménez, Seminotti, Hernández, Rodríguez-Carvajal e Benadero (2005) encontraram maiores níveis de realização pessoal e de negação no seio dos médicos homens, quando comparados com as mulheres médicas.

Prins *et al.* (2007) num estudo com 158 médicos constataram que 30% apresentaram *burnout*, sendo esta percentagem mais elevada nos médicos da especialidade de Psiquiatria, que apresentaram menores indicadores de realização pessoal. Verificaram que eram mais os homens que sofriam de *burnout*, por comparação às mulheres, mostrando menores indicadores de realização pessoal e altos níveis de exaustão emocional e de despersonalização. Os médicos obstetras e ginecologistas apresentaram mais realização pessoal do que os de Psiquiatria, Medicina Interna, Pediatria e Anestesiologistas.

Silva e Gomes (2009) realizaram um estudo com 155 profissionais de saúde, tendo constatado que 15% destes possuía uma experiência significativa de *stress* e 6% apresentou problemas ao nível da exaustão emocional. Os autores verificaram que eram as mulheres que apresentavam maior exaustão emocional quando comparadas com os homens, os enfermeiros mais novos e com menos experiência, os solteiros, aqueles que desenvolvem o seu trabalho, maioritariamente em centros de saúde, com contratos instáveis e que trabalham por turnos rotativos.

Num estudo realizado por Prins *et al.* (2010), com 2 115 médicos mostrou que 21% destes preenchia o critério de *burnout* moderado a severo, tendo as mulheres reportado maior exaustão emocional e menos despersonalização do que os homens. A idade mostrou-se fracamente significativa com a despersonalização e os médicos casados com filhos, reportaram menos despersonalização do que os solteiros. Também se verificou que os médicos da saúde mental mostraram-se mais exaustos emocionalmente, os médicos das áreas das cirurgias apresentaram menores níveis de *burnout*, seguidos dos da obstetrícia e ginecologia.

Cerca de 67,9% dos enfermeiros no estudo de Andrade (2010) apresentou baixa realização profissional, 29,8% elevada exaustão emocional e 16,7% níveis elevados de despersonalização. Também no estudo de Ribeiro, Gomes e Silva (2010), com 68 médicos e 73 enfermeiros verificou-se que 12% dos médicos e 9,8% dos enfermeiros apresentava níveis elevados de exaustão emocional; 3% dos médicos e 1,4% dos enfermeiros, níveis elevados de despersonalização e, 1,5% dos médicos e 2,8% dos enfermeiros, baixos níveis de realização pessoal.

Shanafelt *et al.* (2012) no seu estudo com 7 288 médicos e 3 442 profissionais de outras áreas procuraram comparar os níveis de desgaste profissional entre estes dois grupos de profissionais, tendo constatado que 45,8% dos médicos apresentou, pelo menos, um dos sintomas de desgaste. Foram encontradas diferenças significativas no desgaste profissional em função da especialidade, havendo médias mais prevalentes nos médicos de família, de clínica geral e de emergência médica. Quando compararam os dois grupos de profissionais, denotaram que 37,9% dos médicos apresentava maior probabilidade de ter sintomas de desgaste e de estar insatisfeito e desmotivado com o balanço que realizavam das suas vidas.

Marôco *et al.* (2016) realizaram um estudo sobre os níveis de *burnout* no seio de 1 262 enfermeiros e 466 médicos portugueses, com idades médias de 36,8 anos e 38,7 anos, respetivamente, provenientes de várias regiões do país, com atuação hospitalar, centros de saúde e outras instituições públicas/privadas. Os principais resultados mostraram que quer os enfermeiros quer os médicos apresentaram níveis moderados (21,6%) a elevados (47,8%) de *burnout*, sendo estes mais elevados em Vila Real e menos elevados na Madeira.

Os dados relativos à saúde e QdV mostram que os médicos, por comparação aos gestores, possuem um nível superior das hormonas de *stress* e comparados com os dentistas e advogados possuem um aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina (Bolsover, 2000).

O estudo de Martinez *et al.* (2007) com 99 médicos com uma média etária de 26 anos observou uma prevalência de 24% de ansiedade no seio destes. Oliveira e Chaves-Maia (2008) estudaram 95 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos) e constataram que 37,9% exibiram sintomas de *stress* e 34,7% distúrbios psicossomáticos. Também Souza e Stancato (2010) realizaram um estudo com 116 profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e técnicos de enfermagem), tendo observado valores baixos de QdV nos domínios físico, social e ambiental.

Sales, Borges, Alves, Paes e Campos (2010) constataram, no seu estudo, um comprometimento da QdV dos profissionais de saúde, nomeadamente no que toca ao domínio psicológico que abrange aspetos associados ao dar sentido e aproveitar a vida, a concentração, a aparência física, a satisfação consigo mesmo e a frequência de sentimentos negativos. Também Ferreira e Oliveira (2008) constataram baixos níveis de QdV no domínio das relações sociais, caracterizado pelo apoio de amigos, vida sexual e relacionamento com pessoas próximas ou não.

Em 2011, Ansoelga, Toro, Stecher, Godoy e Blanch realizaram um estudo com 190 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) tendo constatado desgaste emocional em 33% dos médicos e em 44% dos enfermeiros; esgotamento físico em 36% dos médicos e em 54% dos enfermeiros.

No que diz respeito aos estilos de vida, um estudo conduzido por Sanabria-Ferrand *et al.* (2007) com 606 profissionais de saúde, na sua maioria médicos e enfermeiros, com idades compreendidas entre os 20 e os 68 anos, mostrou que os profissionais de saúde da Colômbia, apesar de deterem melhores conhecimentos sobre a saúde e dominando a temática dos estilos de vida saudáveis, não os aplicam nas suas próprias vidas. Os comportamentos menos saudáveis associam-se à atividade física e ao desporto, menos praticados pelos enfermeiros.

Segundo Cumbe (2010), em amostras de médicos há uma maior prevalência de ansiedade e de depressão, insônia e doenças psiquiátricas. Por conseguinte, os problemas dos médicos alastram-se para os outros contextos da sua vida, sendo comum existir conflitualidades familiares e divórcios, 20 vezes mais do que na população em geral (Berg *et al.*, 2001).

Outros estudos mostram que são os médicos que mais consomem substâncias aditivas com consequências alarmantes como o suicídio (Frasquilho, 2005a, 2005b; Caramelo, 2010). Os médicos internos utilizam substâncias psicotrópicas para se “energizarem” quando necessário e para relaxarem quando é preciso (Frasquilho, 2003a, 2003b). Denota-se também, um maior consumo de álcool nestas populações (Bolsover, 2000).

Num artigo publicado por Sebo, Bouvier-Gallacchi, Goehring, Kunzi e Bovier (2007) assinalou que 12% dos médicos de atenção primária na Suíça são fumadores, todavia, uma alta percentagem de risco de consumo de álcool entre os profissionais foi encontrada. Também Reinhardt, Chavez, Jackson e Mathews (2005) identificaram que 6% dos médicos do seu estudo eram consumidores de álcool, em risco.

Ao contrário dos outros profissionais, os médicos, quando estão perante situações de disfuncionamento emocional não procuram ajuda, automedicam-se (Miller & McGowen, 2000). Tal como assinalam Berg *et al.* (2001) 70% não faz *check ups* regulares, 60% dos médicos de família não consulta o médico e quando uma doença lhes é diagnosticada, múltiplos diagnósticos se congregam sendo a taxa de cirurgia três vezes maior do que na população em geral (Caramelo, 2010). Também se verifica que a adesão dos médicos aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre, recusam, ignoram ou depreciam o seu próprio tratamento (Bolsover, 2000).

Estes dados são corroborados com os resultados de outros estudos que assinalam que a maioria dos médicos não recorre aos serviços de saúde, tal como acontece na população em geral, sendo que a opção mais frequentemente encontrada é a consulta informal com os pares ou colegas de trabalho e a automedicação (Bruguera, Guri, Arteman, Valldosera, & Carbonell, 2001; Davidson & Schattner, 2003; Kay, Mitchell, & Del Mar, 2004; Töyry *et al.*, 2004; Hem *et al.*, 2005).

O estudo de Bruguera *et al.* (2001) mostrou que 48% dos médicos não tinha uma história clínica aberta, 47% não realizava revisões periódicas da sua saúde e 52% não

seguia as recomendações dadas nas consultas. Um outro dado decorrente deste estudo assinala que 82% dos médicos se automedica.

No que diz respeito à automedicação, os estudos realizados na Noruega por Hem *et al.* (2005) mostraram que 90% dos médicos recorria à automedicação, sendo que os medicamentos mais frequentemente utilizados eram antibióticos (71-81%), analgésicos (18-21%) e hipnóticos (9-12%).

Töyry *et al.* (2004), através de um estudo longitudinal que realizaram na Finlândia entre 1986 e 1997 assinalara que é preocupante a alta percentagem de médicos que tratam das suas próprias doenças, nomeadamente nas perturbações mentais, com medicamentos autoprescritos. A alta percentagem de automedicação para as doenças crónicas é preocupante, pois estas exigem não apenas medicação mas uma mudança ao nível do estilo de vida e um controlo das complicações associadas à doença.

Interessantemente, quando comparados com outros trabalhadores da área da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares, administrativos), os médicos são o grupo que apresenta significativamente menor absentismo (Bolsover, 2000).

O estudo realizado por Umaña-Machado (2007), com 44 enfermeiros do Hospital de Guápiles da Costa Rica, mostrou que uma elevada percentagem de enfermeiros apresentaram estilos de vida não saudáveis, especificamente no que toca à alimentação, excesso de trabalho, exercício físico, relações interpessoais familiares e laborais, técnicas para lidar com o *stress* e provas periódicas de diagnóstico médico. Grande parte dos enfermeiros deste estudo possui sobrepeso ou estão obesos, possuem problemas gastrointestinais, elevação de lípidos, esgotamento físico e mental, bem como alterações no estado de humor e na qualidade do sono.

Também Rohlf *et al.* (2007) conduziram um estudo onde se observou que 53,4% dos médicos inquiridos apresentou sobrepeso, 8% obesidade, nomeadamente nos com idade superior a 45 anos, apesar de cerca de 70% dos inquiridos afirmar que faz mais de 90 minutos semanais de atividade física. Encontrou-se, ainda, 44,5% de fumadoras femininas e de 35,4% de fumadores masculinos. O recurso aos serviços de saúde por parte dos médicos deste estudo é parco. A maior parte dos médicos pede ajuda a um colega de trabalho ou a um parente médico, a um amigo ou amiga, quando tem

problemas de saúde, observando-se uma elevada taxa de automedicação, nomeadamente ao nível de analgésicos e anti-inflamatórios.

O estudo realizado por Quiroga (2009) com 45 enfermeiros do Hospital Luís Lagomaggiore na Argentina assinalou que 32% destes se sente *stressado*; 93% dorme menos de oito horas por dia, 43% considera uma qualidade de sono boa e 93% não consome medicação para dormir. Observou-se, ainda que 89% dos enfermeiros não realiza atividade física semanal; 48% consome tabaco e 61% são fumadores ocasionais; 39% tem sobrepeso e 25% obesidade. Também 55% não possui horário de refeições e os restantes não o respeitam; cerca de 57% não vai a consultas médicas periódicas, embora 89% apresentem alguma patologia e alguns mais do que uma, nomeadamente problemas digestivos, hipertensão arterial e diabetes.

Rocha e De Martino (2010), com uma amostra de 203 enfermeiros brasileiros, encontraram uma má qualidade de sono em 55,7% destes profissionais, existindo uma correlação significativa entre a qualidade do sono e o *stress* e, bem como entre os níveis elevados de *stress* e a pior qualidade de sono para os enfermeiros do turno da manhã.

Uma notícia de 10 de março de 2012 no jornal espanhol *La Razón*¹ anunciou que 60% dos 2 500 médicos espanhóis de Atenção Primária admite que o seu estilo de vida não é saudável, nomeadamente ao nível da alimentação, prática de exercício físico, consumo de álcool, descanso e horas de sono e consumo de tabaco. Grande parte dos médicos mostrou níveis elevados de *stress* percebido, estando o esgotamento emocional mais presente nos médicos com menos de 16 anos de experiência e naqueles que possuem muitos anos de experiência.

Oliveira (2013) procurou analisar a qualidade do sono de 74 enfermeiros portugueses de ambos os sexos (58 femininos e 16 masculinos), tendo os principais resultados mostrado que 66,2% destes apresentou uma má qualidade do sono, pese embora apenas 14,9% destes recorre ao uso de medicação hipnótica.

Por último, um estudo realizado por Estrada (2014) com 106 profissionais de saúde procurou analisar os estilos de vida saudáveis e a sua relação com o estado nutricional destes profissionais. A autora constatou que 72,6% dos profissionais de saúde (na sua

¹ http://www.larazon.es/historico/9072-el-60-por-ciento-de-las-medicos-espanoles-admite-que-su-estilo-de-vida-no-es-saludable-ILLA_RAZON_440792

maioria médicos e enfermeiros) tinha um estilo de vida pouco saudável e apenas 2,8% um estilo de vida muito saudável (maioritariamente nutricionistas). Foi ainda observado que 48% dos profissionais se encontra com sobrepeso e 22,7% possui obesidade. É no grupo dos médicos que se encontra uma maior percentagem de obesos, com 34,1%.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III - Metodologia

Neste capítulo apresenta-se a metodologia seguida no presente estudo, iniciando-se com a apresentação das questões de investigação, o tipo de estudo, os objetivos, as variáveis e sua operacionalização, a caracterização da amostra e do instrumento de recolha de dados, os procedimentos e considerações éticas, bem como a análise e o tratamento dos dados.

3.1. Tipo de Estudo

Face aos objetivos delineados optou-se por desenvolver um estudo descritivo, analítico e transversal, com abordagem quantitativa (Pais-Ribeiro, 2010).

Os estudos descritivos procuram explicar as razões pelas quais determinado conjunto de fenómenos ocorre, pelo que o investigador apresenta os dados que encontrou. Nesse sentido, este tipo de estudos são também analíticos ou exploratórios, uma vez que o investigador não parte de premissas iniciais que lhe permitiram formular hipóteses, mas sim, procura estudar e avaliar a informação recolhida para explicar o contexto em que o fenómeno estudado se encontra inserido (Pais-Ribeiro, 2010).

É ainda um estudo transversal pois os dados foram recolhidos em apenas um momento e encontra-se ancorado numa abordagem quantitativa, que tem como fim a explicação, predição e controlo dos fenómenos para a identificação de leis e regularidades assentes em procedimentos quantificáveis (Pais-Ribeiro, 2010).

3.2. Questões de Investigação

Tendo como pano de fundo a revisão bibliográfica realizada, suscitou interesse em aprofundar a questão dos estilos de vida nos profissionais de saúde da ULSNE. Neste sentido foram formuladas duas questões de investigação que serviram de orientação ao estudo realizado:

Será que os profissionais de saúde da ULSNE possuem estilos de vida saudáveis?

Quais as variáveis associadas aos estilos de vida destes profissionais?

3.3. Objetivos

Os objetivos principais desta investigação são identificar e analisar os estilos de vida de profissionais de saúde que trabalham na ULSNE, pelo que foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na ULSNE.
2. Analisar as diferenças nos estilos de vida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas (e.g., sexo, estado civil, profissão, doença crónica).

3.4. Variáveis e Hipóteses

As variáveis podem ser definidas de várias formas, sendo a mais usual aquela que as divide em qualitativas (ou categóricas) e quantitativas. As variáveis qualitativas podem ser nominais (quando as categorias apresentadas não possuem uma determinada ordenação ascendente ou descendente) ou ordinais (quando as categorias possuem uma ordenação ascendente ou descendente). As quantitativas podem ser contínuas, quando as pontuações adquirem valores inteiros ou fracionados numa escala de valores e, discretas, quando essas pontuações assumem um determinado número finito ou infinito de valores inteiros (Pais-Ribeiro, 2010).

Na presente investigação foram consideradas as seguintes variáveis:

- A pontuação relativa aos estilos de vida dos profissionais de saúde, que se assume como variável contínua, portanto com estatuto de variável dependente;
- O sexo (variável categórica nominal); a idade (variável contínua); o estado civil (variável categórica nominal); o nível de escolaridade (variável categórica ordinal); a profissão (variável categórica nominal); os anos de serviço (variável contínua) e a presença de doença crónica (variável categórica nominal), que assumem, na presente investigação, o estatuto de variáveis independentes.

Atendendo aos objetivos e à revisão bibliográfica realizada, foram formuladas as seguintes hipóteses de orientação do estudo:

H1 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função do sexo.

H2 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da idade.

H3 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função do estado civil.

H4 – Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da escolaridade.

H5 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da profissão.

H6 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função dos anos de serviço.

H7 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da presença/ausência de doença crónica.

3.5. População/Amostra

Na presente investigação participaram os profissionais de saúde da ULSNE, tendo-se considerado os seguintes critérios de inclusão: (a) o facto de serem profissionais no ativo aquando da realização da investigação e (b) aceitarem participar no estudo.

Como se trata de uma população de grande dimensão (cerca de 1065 profissionais), recorreu-se a uma amostragem não probabilística (amostra) por conveniência, constituída por 305 profissionais de saúde, ou seja, uma representatividade de cerca de 29% da população.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, observando-se que a maioria dos profissionais de saúde (n=218; 71,5%) pertence ao sexo feminino; apresentam uma média etária de 41,35 anos ($Dp=9,97$), tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 65 anos de idade; casado ou está em união de facto (n=197; 64,6%); com licenciatura (n=232; 76,1%); a exercer enfermagem (n=177; 58%); com uma média de 16,50 anos

de serviço ($Dp=9,67$), tendo o mais recente 1 ano e o mais antigo 45 anos de serviço e, na sua maioria ($n=256$; 83,9%) sem doença crónica.

Sublinha-se que, a opção “outros” relativamente à escolaridade, integrou cinco profissionais com Especialidade em Reabilitação e Pós-Graduação. Da mesma forma, importa relativamente à profissão, os TDT integram os técnicos de análises clínicas; técnicos de radiologia, técnicos de saúde ambiental; fisioterapeutas; terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Os profissionais de serviço social foram agrupados com o único psicólogo que respondeu ao questionário, para não ser excluído das estatísticas. Por último, relativamente à presença de doença crónica, a hipertensão arterial reconhece a percentagem mais elevada ($n=16$; 5,2%).

Tabela 1

Caraterização da amostra

Variáveis	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo		
Masculino	87	28,5
Feminino	218	71,5
Idade	$\bar{X}=41,35$ anos; $\pm 9,97$ (min.=20; máx=65)	
Estado civil		
Solteiro	75	24,6
Casado/união de facto	197	64,6
Divorciado/separado	30	9,8
Viúvo	3	1,0
Escolaridade		
Licenciatura	232	76,1
Mestrado	59	19,3
Doutoramento	9	3,0
Outra	5	1,6
Profissão		
Medicina	85	27,9
Enfermagem	177	58,0
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT)	37	12,1
Serviço Social e Psicologia	6	2,0
Anos de serviço	$\bar{X}=16,50$ anos; $\pm 9,67$ (min.=1; máx=43)	
Doença crónica		
Sim	49	16,1
Não	256	83,9

3.6. Instrumentos de Recolha de Dados

Os instrumentos de recolha de dados configuram um inquérito por questionário que se encontra dividido em duas partes (Anexo I). Na primeira, encontram-se questões de caracterização sociodemográfica e clínica, associadas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, anos de serviço e doença crónica.

A segunda parte é constituída pelo *Questionário de Estilo de Vida Fantástico (EVF)*, adaptado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2014) e que explora os hábitos e comportamentos da população-alvo relativamente aos estilos de vida adequados para a saúde. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por 30 itens, todos eles de resposta fechada, que exploram 10 domínios da componente física, psicológica e social dos estilos de vida. Cada um desses domínios identifica-se com a sigla “FANTASTICO”:

- Família e Amigos (item 1, 2);
- Atividade física/Associativismo (item 3, 4, 5);
- Nutrição (item 6, 7, 8);
- Tabaco (item 9, 10);
- Álcool e outras drogas (item 11, 12, 13, 14, 15, 16);
- Sono/Stress (item 17, 18, 19);
- Trabalho/Tipo de personalidade (item 20, 21, 22);
- Introspeção (item 23, 24, 25);
- Comportamentos de saúde e sexual (item 26, 27, 28);
- Outros comportamentos (item 29, 30).

Os itens possuem três opções de resposta, com um valor numérico de 0, 1 ou 2 pontos. As alternativas de resposta encontram-se dispostas em três linhas para facilitar a sua codificação, pelo que a primeira linha é sempre a de maior valor ou de maior relação com um estilo de vida saudável (Silva *et al.*, 2014).

A codificação das questões pode ser realizada da seguinte maneira: 2 pontos para a 1ª linha, 1 ponto para a 2ª linha e 0 pontos para a 3ª linha, somando-se estes valores em cada domínio e multiplicando-os por dois, obtém-se o valor correspondente para cada domínio. Posteriormente, a soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios,

permite chegar a um valor global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos, identificando-se cinco níveis de classificação que estratificam o comportamento em: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente). Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental. De uma forma geral os resultados podem ser interpretados da seguinte forma: “Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco (Silva *et al.*, 2014).

3.7. Procedimento e Considerações Éticas

O procedimento inicial consistiu na solicitação das autorizações para se utilizar o questionário EVF aos seus autores, bem como autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da ULSNE (Anexo II).

Após as autorizações concedidas, quer por parte dos autores do instrumento, quer do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da ULSNE (Anexo III), procedeu-se ao contacto com os responsáveis dos serviços da ULSNE, onde os profissionais de saúde trabalham, no sentido de se solicitar o seu auxílio na recolha dos dados.

Foram apresentados os objetivos da investigação e esclarecidas algumas dúvidas que surgiram, nomeadamente na forma de administração e recolha dos dados.

A administração dos questionários procedeu-se de forma a não interferir com a atividade diária dos profissionais de saúde e, a todos os participantes foi explicado o objetivo do estudo, bem como clarificadas as dúvidas que iam surgindo durante o preenchimento e clarificada a natureza voluntária da sua participação. O preenchimento, em média, entre 5 a 10 minutos, o que permitiu agilizar o processo de recolha de dados.

Como todos os trabalhos de investigação devem obedecer aos pressupostos implícitos na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, no decurso desta investigação procurou-se igualmente assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados

recolhidos. Por conseguinte, após o preenchimento, os questionários foram colocados em envelopes, de forma aleatória, para se evitar a possibilidade de identificação dos participantes e das unidades locais onde realizam o seu trabalho.

3.8. Análise e Tratamento dos Dados

Após a recolha de todos os questionários procedeu-se a uma análise de verificação das respostas concedidas, nomeadamente na verificação do preenchimento de todos os campos. Após a elegibilidade dos questionários, os dados foram introduzidos no programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM® SPSS), versão 23.0 para Windows.

Uma vez os dados introduzidos em SPSS, procedeu-se a uma análise exploratória com o intuito de averiguar as condições da distribuição das frequências observadas (estatística descritiva), sendo que as variáveis categóricas foram analisadas a partir de frequências absolutas e percentuais e, as variáveis contínuas foram analisadas em função das medidas de dispersão e de variabilidade dos dados, nomeadamente: média (M , $\bar{X}=\bar{}$) e desvio padrão (Dp), mediana, moda, valor mínimo e máximo, bem como os valores da assimetria e de curtose ou achatamento, para um estudo exploratório da distribuição dos dados.

Os valores de assimetria refletem a distribuição dos dados que podem ser simétricos (quando há uma distribuição normal, os valores da média, mediana e moda são coincidentes), assimétricos positivos (quando a moda é inferior à mediana e à média) e assimétricos negativos (quando a média é inferior à mediana e à moda). Os valores de curtose referem-se ao achatamento da curva, podendo esta ser leptocúrtica (quando o coeficiente é $<0,263$); mesocúrtica (quando o coeficiente é $=0,263$) e platicúrtica (quando o coeficiente é $>0,263$). A análise da estatística descritiva permitiu estruturar a informação de modo a obter uma imagem geral do comportamento das variáveis medidas (Pestana & Gageiro, 2008).

Calculou-se igualmente a fidelidade do instrumento através do estudo da consistência interna dos itens, com recurso ao alfa de Cronbach (α), que é uma das medidas mais usadas para verificação interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se

como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica (Marôco, 2011).

As conclusões relativas à consistência interna do instrumento foram suportadas nos indicadores fornecidos por Pestana e Gageiro (2008) para análise da fiabilidade: muito boa - alfa superior a 0,9; boa - alfa entre 0,8 e 0,9; razoável - alfa entre 0,7 e 0,8; fraca - alfa entre 0,6 e 0,7; e inaceitável - alfa inferior a 0,6.

A análise exploratória dos dados permitiu igualmente proceder-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade dos dados, no sentido de se validarem os pressupostos dos testes paramétricos: a normalidade da distribuição dos dados e a homogeneidade (ou homocedasticidade) das variâncias (Marôco, 2011, pp. 185-189).

Nesta linha, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) procurou-se verificar se a distribuição da variável dependente em estudo (estilos de vida saudáveis), seguia uma distribuição normal, com o fator em análise. O teste KS permite comparar os resultados da amostra em estudo a um conjunto de resultados com uma distribuição normal, com a mesma média e desvio-padrão. As hipóteses do teste KS são formuladas da seguinte forma:

Hipótese Nula (H0): A variável segue distribuição normal;

Hipótese Alternativa (H1): A variável não segue distribuição normal.

Considera-se que o resultado do teste KS é significativo para $p \leq 0,05$, sugerindo a rejeição da H0 e a aceitação da H1, ou seja, a distribuição é significativamente diferente da distribuição normal. No entanto, se $p \geq 0,05$, o resultado do teste não é significativo, pelo que não se rejeita a H0 e se assume a normalidade dos dados. Uma vez que o teorema do limite central assegura que a distribuição *t* de *Student* se aproxime de $N(0,1)$ – i.e., da distribuição normal – assume-se para $N > 30$ a estatística de teste $T \sim N(0,1)$ para o teste bilateral (Marôco, 2011, p. 197), ou seja, que a distribuição dos dados em estudo tende para a normalidade.

Pode-se afirmar que, globalmente, os testes paramétricos (*t* de *Student* e *F* da Anova) são robustos à violação do pressuposto da normalidade, mesmo quando as distribuições sob estudo apresentam um coeficiente de assimetria e um coeficiente de curtose

consideráveis. Por outro lado, dados de simulação atestam que os modelos paramétricos são robustos para valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e valores absolutos de curtose inferiores a 7-10 (Marôco, 2011, p. 189).

Atendendo, portanto, à dimensão das amostras em estudo ($N > 30$) e aos valores da assimetria e de achatamento da distribuição (aceitáveis face aos valores de referência), assumiu-se a normalidade dos dados das variáveis em estudo.

Para além da normalidade, também o pressuposto da homogeneidade das variâncias foi verificado, através do teste de Levene cujas hipóteses são as seguintes:

Hipótese Nula (H0): As variâncias dos dois grupos são iguais;

Hipótese Alternativa (H1): As variâncias dos dois grupos são diferentes.

A estatística do teste de Levene utiliza a média quando a variável tem distribuição normal, ou o valor da mediana quando existem desvios à normalidade da variável em estudo. O resultado do teste de Levene é significativo para $p \leq 0,05$, permitindo rejeitar a H0 e assumir a H1, ou seja a variância dos grupos são iguais. Se $p \geq 0,05$, o resultado do teste não é significativo pelo que não se rejeita a H0 e se assume a igualdade das variâncias (Marôco, 2011).

Em todos os casos analisados foi confirmada a igualdade das variâncias, pelo que, atendendo a esta análise de dados, recorreu-se aos testes paramétricos: teste *t* de Student (*t*) para comparar os valores médios de uma variável quantitativa entre dois grupos independentes e teste *F* da Anova, para comparar os valores médios de três ou mais grupos independentes para um fator (Anova *One-Way*).

Neste sentido, importa explicitar que as hipóteses do teste *t* para a igualdade das médias entre duas amostras (ou grupos) independentes são as seguintes:

Hipótese Nula (H0): As médias dos dois grupos são iguais;

Hipótese Alternativa (H1): As médias dos dois grupos são diferentes.

Assim, o resultado do teste *t* é significativo para $p \leq 0,05$ permitindo rejeitar a H0 e assumir a H1 – as médias dos dois grupos são diferentes e, portanto, existem diferenças significativas entre os grupos. Se $p \geq 0,05$, o resultado do teste não é significativo pelo que não se rejeita H0 e se assume a igualdade das médias nos dois grupos (Marôco,

2011). No presente estudo, o recurso ao t de *Student* foi realizado para as variáveis sexo e doença crónica.

Da mesma forma, a comparação dos valores médios de uma variável contínua entre três ou mais amostras (ou grupos) independentes foi feita com recurso ao teste F da Anova que testa a H_0 da igualdade das médias:

Hipótese Nula (H_0): As médias de todos os grupos são iguais;

Hipótese Alternativa (H_1): Pelo menos duas médias diferem entre si.

Quando o teste F é significativo para $p \leq 0,05$ e se rejeita a H_0 , pode-se afirmar que existe pelo menos uma média populacional que é significativamente diferente das restantes (porém, a Anova não indica quais os pares de variáveis que são diferentes). Quando a estatística de teste indica diferenças significativas ($p \leq 0,05$), recorre-se ao teste *Post-Hoc Least Significant Difference* (LSD), para observar quais os pares de grupos que apresentam diferenças significativas, bem como a diferença da média entre o par. Na Anova, se $p \geq 0,05$, o resultado do teste não é significativo, pelo que não se rejeita H_0 e se assume a igualdade das médias de todos os grupos (Marôco, 2011). O recurso à *Anova One-Way* foi utilizado para as variáveis estado civil, escolaridade e profissão.

Por último, procedeu-se ao estudo das correlações entre o EVF e as variáveis idade e anos de serviço, através do coeficiente de Correlação de Pearson, com vista a analisar a associação e a correlação entre estas variáveis. O coeficiente de Correlação Linear de Pearson (r) é uma medida que varia de -1 a $+1$. O coeficiente fornece informação do tipo de associação das variáveis através do seu sinal. Assim, se r for positivo, existe uma relação direta entre as variáveis (valores altos de uma variável correspondem a valores altos de outra variável e o inverso). Se r for negativo, existe uma relação inversa entre as variáveis (valores altos de uma variável correspondem a valores baixos de outra variável e o inverso). Se r for nulo ou aproximadamente nulo, significa que não existe correlação linear (Marôco, 2011).

As hipóteses do teste do Coeficiente de Correlação de Pearson são as seguintes:

Hipótese Nula (H_0): $\rho = 0$ (não existe correlação entre as variáveis)

Hipótese Alternativa (H_1): $\rho \neq 0$ (existe correlação significativa)

O resultado significativo do teste de correlação de Pearson considera um intervalo de confiança de 95% e de 99%, o que corresponde a um nível de significância de $p \leq 0,05$ e $p \leq 0,01$, respetivamente: no primeiro caso está-se perante uma correlação significativa, enquanto no segundo diante de uma correlação altamente significativa (Marôco, 2011).

Atendendo aos fundamentos metodológicos que presidiram o presente estudo, em seguida apresentam-se os principais resultados encontrados.

Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo apresenta-se o estudo da sensibilidade do questionário EVF, bem como da sua fiabilidade, sendo que em seguida se apresentam os resultados descritivos e os inferenciais. Após a apresentação dos resultados, os mesmos são discutidos com base na revisão teórica anteriormente apresentada.

4.1. Estudo da Sensibilidade do Questionário Estilos de Vida Fantástico

A sensibilidade de um instrumento de medida diz respeito à sua capacidade para discriminar os sujeitos. Para o estudo da sensibilidade devem ser utilizados alguns indicadores de referência, nomeadamente: a proximidade da média, mediana, moda e os coeficientes de assimetria não devem ser superiores a 3 valores e os de curtose devem ser inferiores a 7-10 (Almeida & Freire, 2010; Marôco, 2011).

Neste sentido, a Tabela 2 apresenta os valores das médias, desvios-padrões, medianas, modas, coeficiente de assimetria e de curtose e valores mínimos e máximos para cada uma das dimensões do EVF e do seu total.

Pela sua análise, verifica-se uma proximidade entre a média, moda e mediana em todas as dimensões com exceção na dimensão “Álcool e outras drogas”, sugerindo globalmente uma assimetria negativa com valores de coeficiente aceitáveis dentro dos parâmetros de análise, ou seja, nenhum deles se apresenta superior a 3.

Relativamente aos valores de assimetria, denota-se que a distribuição é globalmente platicúrtica, com exceção das dimensões Nutrição, Tabaco, Trabalho/Tipo de Personalidade e total de EVF, que se apresentam como leptocúrticas. Todos os valores dos coeficientes de curtose cumprem os parâmetros de análise, ou seja são inferiores a valores 7-10.

Estes dados permitem concluir que o questionário EVF se mostrou sensível, ou seja, foi capaz de discriminar os sujeitos. No entanto, apesar de os valores se encontrarem dentro dos parâmetros de referência da análise da sensibilidade, mostram que houve uma maior dificuldade na discriminação dos sujeitos em função da dimensão “Álcool e outras drogas”.

Tabela 2

Sensibilidade do Questionário de Estilos de Vida Fantástico

Medidas	Média	Dp	Mediana	Moda	Coef. Assimetria	Coef. Curtose	Valor mínimo	Valor máximo
Família e Amigos	7,26	1,419	8	8	-0,166	0,273	2	8
Atividade física/Associativismo	6,58	2,98	6	6	0,031	-0,462	0	12
Nutrição	7,90	2,28	8	8	-0,326	0,256	0	12
Tabaco	6,29	2,79	8	8	-0,262	-0,092	0	8
Álcool e outras drogas	21,84	2,71	22	24	-1,845	4,347	10	24
Sono/Stress	8,10	2,741	8	6	-0,303	-0,475	0	12
Trabalho/Tipo de personalidade	7,27	2,302	8	6	-0,154	-0,132	0	12
Introspeção	8,84	2,646	10	12	-0,344	-0,813	2	12
Comportamentos de saúde e sexual	8,76	2,417	8	8	-0,742	0,863	0	12
Outros comportamentos	6,83	1,647	8	8	-0,94	-0,757	2	8
Total EVF	89,68	11,71	90	92	-0,383	0,164	50	120

4.2. Estudo da Fiabilidade do Questionário Estilos de Vida Fantástico

O estudo da fiabilidade do questionário EVF foi realizado a partir dos valores de alfa de Cronbach, observando-se, na Tabela 3, que no presente estudo se obteve um valor ligeiramente superior ao encontrado no estudo de Silva *et al.* (2014), considerando-se um valor aceitável para considerar a validade interna de um instrumento (Hill & Hill, 2008).

Tabela 3

Fiabilidade do Questionário de Estilos de Vida Fantástico

	Alfa de Cronbach (presente estudo, n=305)	Alfa de Cronbach (Silva <i>et al.</i>, 2014, n=707)
Total EVF	0,76	0,71

4.3. Apresentação dos Resultados Descritivos

Atendendo à classificação dos estilos de vida proposta por Silva *et al.* (2014), foi possível classificar os profissionais de saúde em função dos seus comportamentos.

Assim, o Gráfico 1 mostra que a maioria (56,4%) apresenta um estilo de vida “Muito bom”, 7,5% tem um estilo de vida “Regular” e 10,5% um estilo de vida “Excelente”.

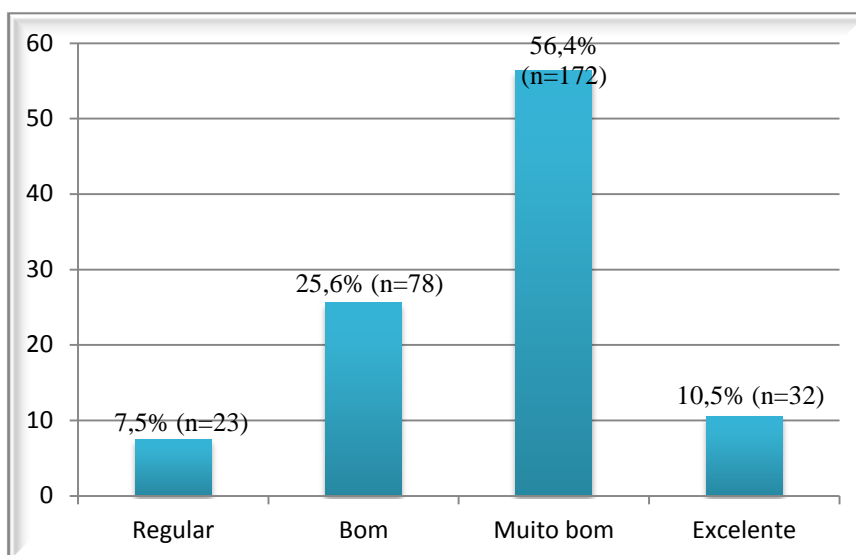


Gráfico 1. Classificação dos estilos de vida dos profissionais de saúde

Considerando a análise descritiva de cada item do questionário EVF, o Gráfico 2 mostra que uma elevada percentagem de profissionais de saúde respondeu “quase sempre” ao item 1 - *tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim* - (83%) e ao item 2 - *dou e recebo carinhos/afetos* - (81,6%), que constituem a dimensão Família e Amigos. Denota-se, no entanto, que 17,1% não possui nunca ou às vezes com quem falar e 18,4% quase nunca ou às vezes recebe e dá carinhos/afetos.

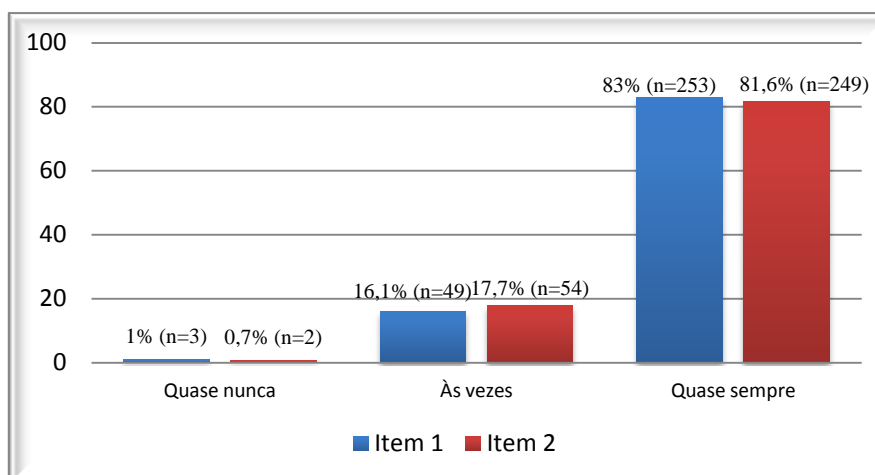


Gráfico 2. Respostas aos itens da dimensão Família e Amigos

Considerando os itens da dimensão Atividade Física/Associativismo, a Tabela 4 mostra que grande parte dos profissionais de saúde não é membro de um grupo comunitário (43,3%), pese embora 56,7% refira que o é às vezes e/ou quase sempre. Denota-se que 48,2% anda, às vezes, no mínimo 30 minutos por dia, sendo que 30,2% refere que nunca o faz. Cerca de 57% dos profissionais realiza atividades físicas ou desporto durante 30 minutos por dia, três ou mais vezes por semana, enquanto 43,3% refere fazê-lo uma vez por semana ou não fazê-lo.

Tabela 4

Respostas aos itens da dimensão Atividade Física/Associativismo

Itens	n	%
Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente (item 3)		
Quase nunca	132	43,3%
Às vezes	126	41,3%
Quase sempre	47	15,4%
Ando no mínimo 30 minutos diariamente (item 4)		
Quase sempre	66	21,6%
Às vezes	147	48,2%
Quase nunca	92	30,2%
Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante 30 minutos de cada vez (item 5)		
3 ou mais vezes por semana	173	56,7%
1 vez por semana	107	35,1%
Não faço nada	25	8,2%

Quanto aos itens da dimensão Nutrição, a Tabela 5 mostra que 51,5% dos profissionais de saúde come, às vezes, duas porções de verduras e três de frutas diariamente, embora 6,9% refira que quase nunca o faz. Cerca de 86% dos profissionais come alguns dos alimentos hipercalóricos ou *fast-food* ou todos frequentemente, sendo que 13,7% não o faz. Também cerca de 66% dos profissionais de saúde ultrapassou o peso ideal entre 0 a 4 kg, verificando-se que cerca de 34% ultrapassou o seu peso ideal em mais de 5 kg.

Tabela 5

Respostas aos itens da dimensão Nutrição

Itens	<i>n</i>	<i>%</i>
Como duas proporções de verduras e três de frutas diariamente (item 6)		
Todos os dias	127	41,6%
Às vezes	157	51,5%
Quase nunca	21	6,9%
Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou <i>fast-food</i> (item 7)		
Nenhum destes	42	13,7%
Alguns destes	243	79,7%
Todos	20	6,6%
Ultrapassei o meu peso ideal em (item 8)		
0 a 4 kg	202	66,2%
5 a 8 kg	62	20,4%
Mais de 8 kg	41	13,4%

No que toca aos itens que compõem a dimensão Tabaco, a Tabela 6 mostra que a maioria dos profissionais de saúde (67,9%) não fuma nos últimos 5 anos e 77,7% não fuma nenhum cigarro por dia. Todavia, verifica-se a existência de 23,6% de fumadores, com uma média de consumo de 2,08 cigarros ($Dp=4,820$), oscilando entre 1 cigarro a 22 por dia.

Tabela 6

Respostas aos itens da dimensão Tabaco

Itens	n	%
Eu fumo cigarros (item 9)		
Não, nos últimos 5 anos	207	67,9%
Não, no último ano	26	8,5%
Sim, este ano	72	23,6%
Geralmente fumo _ cigarros por dia (item 10)		
Nenhum	237	77,7%
1 a 10 cigarros	45	14,8%
Mais de 10 cigarros por dia	23	7,5%

Analisando os itens que compõem a dimensão Álcool e outras drogas, a Tabela 7 mostra que a maioria dos profissionais de saúde consome em média 0 a 7 bebidas alcoólicas (95,4%); nunca bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas na mesma ocasião (74,1%); nunca conduz após ingerir bebidas alcoólicas (83,9%); nunca usa substâncias psicoativas (97,4%); quase nunca abusa de medicamentos de venda livre (83%) e bebe menos de 3 bebidas com cafeína por dia (67,5%).

De referir, no entanto, que 4,6% dos profissionais de saúde assinalam consumir mais 8 bebidas alcoólicas. Se 14,8% dos profissionais refere que raramente conduz após ingestão de bebidas alcoólicas, 1,3% refere fazê-lo frequentemente. De notar que 2,6% dos profissionais assinala consumir substâncias psicoativas ocasionalmente e/ou frequentemente. Também se observa que 17% dos profissionais recorre, diariamente e às vezes, a medicação não sujeita a receita médica. Por último, 32,5% dos profissionais de saúde refere consumir mais de três bebidas com cafeína por dia.

Tabela 7

Respostas aos itens da dimensão Álcool e outras drogas

Itens	n	%
A minha ingestão média de bebidas alcoólicas é (item 11)		
0 a 7 bebidas	291	95,4%
8 a 12 bebidas	9	3,0%
Mais de 12 bebidas	5	1,6%
Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas na mesma ocasião (item 12)		
Nunca	226	74,1%
Ocasionalmente	78	25,6%
Frequentemente	1	0,3%
Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas (item 13)		
Nunca	256	83,9%
Raramente	45	14,8%
Frequentemente	4	1,3%
Uso substâncias psicoativas ilegais como cannabis, cocaína, ecstasy (item 14)		
Nunca	297	97,4%
Ocasionalmente	4	1,3%
Frequentemente	4	1,3%
Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia (item 15)		
Quase nunca	253	83,0%
Às vezes	48	15,7%
Quase diariamente	4	1,3%
Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (redbull) (item 16)		
Menos de 3 vezes por dia	206	67,5%
3 a 6 vezes por dia	89	29,2%
Mais de 6 vezes por dia	10	3,3%

Considerando os itens integrantes da dimensão Sono/*Stress*, a Tabela 8 mostra que 55,4% dos profissionais de saúde refere que às vezes, dorme bem e sente-se descansado (item 17); quase sempre 52,8% sente-se capaz de gerir o *stress* do seu dia-a-dia (item 18) e, às vezes, 55,4% consegue relaxar e desfrutar do seu tempo livre (item 19).

De notar que 9,5% dos profissionais refere não dormir bem nem sentir-se descansado e 8,5% não consegue relaxar nem desfrutar do seu tempo livre. Uma parcela reduzida de profissionais (0,7%) refere não ser capaz de gerir o *stress* do seu dia-a-dia.

Tabela 8

Respostas aos itens da dimensão Sono/Stress

	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre
Durmo bem e sinto-me descansado (item 17)	9,5%	55,4%	35,1%
Sinto-me capaz de gerir o <i>stress</i> do meu dia-a-dia (item 18)	0,7%	46,6%	52,8%
Relaxo e disfruto do meu tempo livre (item 19)	8,5%	55,4%	36,1%

Relativamente aos itens que configuram a dimensão Trabalho/Tipo de Personalidade, a Tabela 9 mostra que 90,2% dos profissionais de saúde refere que, frequentemente e/ou algumas vezes, anda acelerado e/ou atarefado (item 20); 62% sente-se frequentemente e/ou algumas vezes agressivo e/ou aborrecido (item 21) e, 96,4% sente-se feliz com o seu trabalho ou atividade (item 22).

Tabela 9

Respostas aos itens da dimensão Trabalho/Tipo de Personalidade

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Sinto que ando acelerado e/ou atarefado (item 20)	9,8%	66,6%	23,6%
Sinto-me aborrecido e/ou agressivo (item 21)	38%	60%	2%
Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral (item 22)	3,6%	51,5%	44,9%

Quanto aos itens da dimensão Introspeção, a Tabela 10 mostra que 96,7% dos profissionais de saúde se considera otimista e positivo (item 23); 97% sente-se, frequentemente e/ou algumas vezes, tenso ou oprimido (item 24) e 54,1% quase nunca se sente triste ou deprimido, embora 45,9% afirma senti-lo (item 25).

Tabela 10

Respostas aos itens da dimensão Introspeção

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Sou uma pessoa otimista e positiva (item 23)	3,3%	41,6%	55,1%
Sinto-me tenso e/ou oprimido (item 24)	41,3%	55,7%	41,3%
Sinto-me triste e/ou deprimido (item 25)	54,1%	43,6%	2,3%

Tendo em consideração os itens da dimensão Comportamento de Saúde e Sexual, a Tabela 11 mostra que 66,3% dos profissionais de saúde realiza, às vezes e/ou quase nunca, exames periódicos de avaliação do seu estado de saúde (item 26); 57,4% conversa, às vezes e/ou quase nunca, com o(a) parceiro(o) e/ou família sobre temas da sexualidade (item 27) e 84,6% no seu comportamento sexual preocupa-se frequentemente com o bem-estar e proteção do(a) parceiro(a) (item 28).

Tabela 11

Respostas aos itens da dimensão Comportamento de Saúde e Sexual

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente
Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde (item 26)	13,8%	52,5%	33,8%
Converso com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas da sexualidade (item 27)	6,9%	50,5%	42,6%
No meu comportamento sexual preocupo-me com o bem-estar e a proteção do (a) parceiro(a) (item 28)	2,3%	13,1%	84,6%

Por último, considerando os itens da dimensão Outros comportamentos, a Tabela 12 mostra que 71,8% cumpre sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária e 70,2% refere que sempre respeita as regras de segurança rodoviária (item 30).

Tabela 12

Respostas aos itens da dimensão Outros Comportamentos

	Quase nunca	Algumas vezes	Sempre
Cumpro sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária (item 29)	0,3%	27,9%	71,8%
Respeito sempre as regras de segurança rodoviária (item 30)	0%	29,8%	70,2%

4.4. Apresentação dos Resultados Inferenciais

Em seguida realizaram-se as análises inferenciais, pelo que apresentaremos os dados pela ordem pela qual as variáveis independentes se encontram no instrumento de recolha de dados e seguindo-se as hipóteses de orientação.

H1 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função do sexo

Procurou-se analisar o impacto da variável sexo nos estilos de vida dos profissionais de saúde. A Tabela 13 mostra que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Nutrição [$t(303)=-4,771$; $p=0,00$], Tabaco [$t(303)=-3,379$; $p=0,00$], Álcool e outras drogas [$t(303)=-5,503$; $p=0,00$] e total EVF [$t(303)=-2,669$; $p=0,00$], sugerindo que são os profissionais de saúde do sexo feminino que patenteiam comportamentos mais salutareos ao nível da nutrição, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, bem como um estilo de vida total mais salutar, por comparação aos profissionais do sexo masculino.

Tabela 13

Estilos de vida dos profissionais de saúde e sexo

Dimensões	Masculino (n=87)		Feminino (n=218)		gl	t	p
	M	Dp	M	Dp			
Família e Amigos	7,20	1,50	7,28	1,38	303	-0,494	0,62
Atividade física/Associativismo	6,78	2,94	6,50	2,99	303	0,732	0,46
Nutrição	6,94	2,39	8,28	2,12	303	-4,771	0,00**
Tabaco	5,45	3,06	6,62	2,60	303	-3,379	0,00**
Álcool e outras drogas	20,55	3,09	22,36	2,36	303	-5,503	0,00**
Sono/ <i>Stress</i>	8,46	2,51	7,96	2,82	303	1,431	0,15
Trabalho/Tipo de personalidade	7,33	2,21	7,25	2,34	303	0,293	0,77
Introspeção	8,97	2,49	8,79	2,70	303	0,525	0,60
Comportamentos de saúde e sexual	8,60	2,57	8,83	2,35	303	-0,743	0,45
Outros comportamentos	6,60	1,78	6,93	1,58	303	-1,579	0,11
Total EVF	86,87	11,39	90,80	11,67	303	-2,669	0,00**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$ **H2 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da idade**

Ao se analisar o impacto da variável idade nos estilos de vida dos profissionais de saúde com recurso ao coeficiente de correlação linear de Pearson (Tabela 14), verifica-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis ($p \geq 0,05$).

Tabela 14

Estilos de vida dos profissionais de saúde e idade

Dimensões	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Família e Amigos	-0,059	0,30
Atividade física/Associativismo	-0,072	0,20
Nutrição	-0,003	0,95
Tabaco	0,003	0,95
Álcool e outras drogas	-0,036	0,52
Sono/ <i>Stress</i>	0,098	0,08
Trabalho/Tipo de personalidade	0,041	0,47
Introspeção	0,094	0,10
Comportamentos de saúde e sexual	-0,065	0,25
Outros comportamentos	0,015	0,78
Total EVF	0,007	0,90

H3 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função do estado civil

Em seguida pretendeu-se analisar o impacto do variável estado civil nos estilos de vida dos profissionais de saúde (Tabela 15). Com recurso ao teste *Anova One-Way* verifica-se que são identificadas diferenças estatisticamente significativas nas médias das dimensões Atividade Física/Associativismo [$F(3)=2,868$; $p=0,01$]; Nutrição [$F(3)=2,661$; $p=0,00$]; Sono/*Stress* [$F(3)=3,587$; $p=0,00$]; Trabalho/Tipo de Personalidade [$F(3)=2,801$; $p=0,02$], Introspeção [$F(3)=2,333$; $p=0,01$], Comportamentos de Saúde e Sexual [$F(3)=2,410$; $p=0,01$] e total do EVF [$F(3)=3,048$; $p=0,01$].

Tabela 15

Estilos de vida dos profissionais de saúde e estado civil

Dimensões	Solteiro (n=75)		Casado/União de facto (n=197)		Divorciado/ Separado (n=30)		Viúvo (n=3)		gl	F	p
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp			
Família e Amigos	7,17	1,39	7,33	1,38	7,00	1,72	7,33	1,15	3	0,588	0,62
Atividade física/Associativismo	6,93	3,09	6,34	2,86	6,93	3,22	10,67	2,30	3	2,868	0,01**
Nutrição	8,67	3,05	7,71	2,22	7,53	2,08	8,51	2,39	3	2,661	0,00**
Tabaco	5,89	2,86	6,52	2,67	5,73	3,31	6,67	1,15	3	1,364	0,25
Álcool e outras drogas	22,03	2,11	21,80	2,89	21,60	2,94	22,67	1,15	3	0,304	0,82
Sono/ stress	9,33	2,30	7,74	2,73	8,53	2,56	8,85	2,69	3	3,587	0,00**
Trabalho/Tipo de personalidade	7,79	2,09	7,04	2,35	7,33	2,30	9,33	1,15	3	2,801	0,02*
Introspeção	9,04	2,71	8,64	2,54	9,33	3,03	12,00	0,00	3	2,323	0,01**
Comportamentos de saúde e sexual	8,56	2,58	8,85	2,22	8,33	3,06	12,00	0,00	3	2,410	0,01**
Outros comportamentos	6,77	1,64	6,81	1,67	7,07	1,55	7,33	1,15	3	0,335	0,80
Total EVF	91,55	11,09	88,76	11,21	89,40	15,16	106,00	4,00	3	3,048	0,01**

*p≤0,05; ** p≤0,01

No sentido de se identificar entre que grupos se encontram as diferenças, a Tabela 16 apresenta o teste de *Post Hoc LSD* sugerindo que a Atividade Física/Associativismo ($M=10,67$; $Dp=2,30$), Comportamentos de Saúde e Sexual ($M=12,00$; $Dp=0,00$) e total do EVF ($M=106,00$; $Dp=4,00$) apontam para uma média superior nos profissionais de saúde viúvos por comparação aos restantes. Verifica-se, também, que são os profissionais de saúde viúvos que apresentam médias superiores nas dimensões Trabalho/Tipo de Personalidade ($M=9,33$; $Dp=1,15$) e Introspeção ($M=12,00$; $Dp=0,00$), por comparação aos casados/união de facto. São os profissionais de saúde solteiros que mais pontuam na dimensão Nutrição ($M=8,67$; $Dp=3,05$), por comparação aos casados/união de facto e divorciados/separados e na dimensão Sono/Stress ($M=9,33$; $Dp=2,30$), por comparação aos casados/união de facto.

Tabela 16

Post Hoc LSD para o estado civil

Dimensões	LSD
Atividade física/Associativismo	Viúvos > Solteiros, Casados/União de facto; Divorciados/Separados
Nutrição	Solteiros > Casados/União de facto; Divorciados/Separados
Sono/ <i>Stress</i>	Solteiros > Casados/União de facto
Trabalho/Tipo de personalidade	Viúvos > Casados/União de facto
Introspeção	Viúvos > Casados/União de facto
Comportamentos de saúde e sexual	Viúvos > Solteiros, Casados/União de facto; Divorciados/Separados
Total EVF	Viúvos > Solteiros, Casados/União de facto; Divorciados/Separados

H4 – Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da escolaridade

Analisando o impacto da variável escolaridade nos estilos de vida dos profissionais de saúde (Tabela 17), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas médias das dimensões Atividade Física/Associativismo [$F(3)=2,371$; $p=0,03$] e Nutrição [$F(3)=2,481$; $p=0,00$].

Tabela 17

Estilos de vida dos profissionais de saúde e escolaridade

Dimensões	Licenciatura/ Bacharelato (n=232)		Mestrado (n=59)		Doutoramento (n=9)		Outra (n=5)		gl	F	p
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp			
Família e Amigos	7,17	1,50	7,53	1,07	7,33	1,41	8,00	0,00	3	1,44	0,22
Atividade física/Associativismo	6,59	2,89	6,98	3,09	5,11	3,62	4,00	3,16	3	2,371	0,00**
Nutrição	7,97	2,20	7,78	2,10	7,83	2,49	5,20	2,28	3	2,481	0,00**
Tabaco	6,18	2,86	6,58	2,52	6,22	3,07	8,00	0,00	3	0,952	0,41
Álcool e outras drogas	21,82	2,80	21,73	2,55	23,11	1,05	22,00	1,41	3	0,701	0,55
Sono/Stress	8,01	2,66	8,47	3,09	8,22	2,10	8,00	3,16	3	0,458	0,71
Trabalho/Tipo de personalidade	7,21	2,18	7,66	2,65	7,11	2,84	6,00	2,00	3	1,149	0,33
Introspeção	8,84	2,61	8,92	2,81	8,67	2,82	8,00	2,44	3	0,195	0,90
Comportamentos de saúde e sexual	8,82	2,37	8,71	2,48	7,56	3,12	8,80	2,28	3	0,798	0,49
Outros comportamentos	6,75	1,66	7,08	1,59	7,78	0,66	6,00	2,00	3	2,092	0,101
Total EVF	89,37	11,89	91,49	11,23	88,89	10,3	84,00	10,19	3	0,930	0,42

*p≤0,05; ** p≤0,01

Ao se procurar identificar entre que grupos se encontram as diferenças, a Tabela 18 mostra que Atividade Física/Associativismo é mais elevada no seio dos profissionais de saúde com Mestrado ($M=6,98$; $Dp=3,09$), por comparação àqueles que possuem outra escolaridade e, as médias da dimensão Nutrição mais elevadas no seio dos profissionais de saúde com Licenciatura/Bacharelato ($M=7,97$; $Dp=2,20$) e Doutoramento ($M=7,83$; $Dp=2,49$), por comparação aos que possuem outra habilitação.

Tabela 18

Post Hoc LSD para a escolaridade

Dimensões	LSD
Atividade física/Associativismo	Mestrado > Outra
Nutrição	Licenciatura > Outra
	Mestrado > Outra
	Doutoramento > Outra

H5 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da profissão

Considerando a variável profissão e o seu impacto nos estilos de vida dos profissionais de saúde, a Tabela 19 mostra que existem diferenças estatisticamente significativas nas médias das dimensões Atividade Física/Associativismo [$F(3)=1,648$; $p=0,03$] e Outros Comportamentos [$F(3)=1,727$; $p=0,02$].

Tabela 19

Estilos de vida dos profissionais de saúde e profissão

Dimensões	Medicina (n=85)		Enfermagem (n=177)		TDT (n=37)		Serviço Social e Psicologia (n=6)		gl	F	p
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp			
Família e Amigos	7,34	1,35	7,23	1,46	7,19	1,37	7,33	1,63	3	0,151	0,92
Atividade física/Associativismo	5,98	3,00	6,81	2,98	6,81	2,92	6,00	2,09	3	1,648	0,03*
Nutrição	7,55	2,47	8,06	2,14	7,73	2,36	9,00	2,44	3	1,475	0,22
Tabaco	6,16	2,91	6,49	2,68	5,62	3,01	6,33	2,65	3	1,057	0,36
Álcool e outras drogas	21,58	2,97	21,86	2,69	22,22	2,14	22,67	2,42	3	0,694	0,55
Sono/Stress	8,28	2,72	7,94	2,86	8,22	2,14	9,67	2,33	3	0,993	0,39
Trabalho/Tipo de personalidade	7,34	2,27	7,21	2,37	7,24	2,12	8,33	1,50	3	0,494	0,68
Introspeção	8,85	2,60	8,78	2,70	8,92	2,52	10,00	2,53	3	0,424	0,73
Comportamentos de saúde e sexual	8,75	2,41	8,88	2,31	8,16	2,92	9,00	2,09	3	0,923	0,43
Outros comportamentos	6,49	1,79	6,98	1,56	6,86	1,60	7,00	1,67	3	1,727	0,02*
Total EVF	88,33	12,40	90,25	11,65	88,97	10,84	96,33	4,63	3	1,209	0,30

*p≤0,05

Ao se procurar identificar entre que grupos se encontram as diferenças, a Tabela 20 mostra que Atividade Física/Associativismo é mais elevada no seio dos profissionais de enfermagem ($M=6,81$; $Dp=2,98$) e TDT ($M=6,81$; $Dp=2,92$) por comparação aos profissionais da medicina. Constata-se, ainda, que os profissionais de enfermagem ($M=6,98$; $Dp=1,56$), bem como os de serviço social e psicologia ($M=7,00$; $Dp=1,67$) apresentam médias mais elevadas em Outros Comportamentos, quando comparados com os profissionais de medicina.

Tabela 20

Post Hoc LSD para a profissão

Dimensões	LSD
Atividade física/Associativismo	Enfermagem > Medicina TDT > Medicina
Outros comportamentos	Enfermagem > Medicina Serviço Social e Psicologia > Medicina

H6 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função dos anos de serviço

Analisou-se o impacto da variável anos de serviço nos estilos de vida dos profissionais de saúde com recurso ao coeficiente de correlação linear de Pearson (Tabela 21), verificando-se uma relação positiva significativa entre os anos de serviço e a dimensão Introspeção ($r=0,115$; $p=0,04$).

Tabela 21

Estilos de vida dos profissionais de saúde e anos de serviço

Dimensões	Anos de serviço	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Família e Amigos	-0,081	0,15
Atividade física/Associativismo	-0,048	0,40
Nutrição	0,050	0,38
Tabaco	0,065	0,26
Álcool e outras drogas	0,032	0,57
Sono/ <i>Stress</i>	0,087	0,13
Trabalho/Tipo de personalidade	0,041	0,47
Introspeção	0,115	0,04*
Comportamentos de saúde e sexual	-0,069	0,23
Outros comportamentos	0,066	0,25
Total EVF	0,06	0,29

H7 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da presença/ausência de doença crónica

Por último, analisou-se o impacto da variável **doença crónica** nos estilos de vida dos profissionais de saúde. A Tabela 22 mostra que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Atividade Física/Associativismo [$t(303)=-2,566$; $p=0,01$], sugerindo que são os profissionais de saúde sem doença crónica que pontuam mais nesta dimensão por comparação àqueles que possuem doença crónica.

Tabela 22

Estilos de vida dos profissionais de saúde e doença crónica

Dimensões	Sim (n=49)		Não (n=256)		gl	t	p
	M	Dp	M	Dp			
Família e Amigos	7,43	1,35	7,23	1,43	303	0,912	0,36
Atividade física/Associativismo	5,59	2,27	6,77	3,06	303	-2,566	0,01**
Nutrição	7,71	2,23	7,93	2,29	303	-0,605	0,54
Tabaco	6,45	2,77	6,26	2,79	303	0,439	0,66
Álcool e outras drogas	21,55	3,19	21,90	2,61	303	-0,822	0,41
Sono/ <i>Stress</i>	8,00	2,73	8,13	2,74	303	-0,292	0,77
Trabalho/Tipo de personalidade	7,06	2,04	7,31	2,34	303	-0,700	0,48
Introspeção	8,33	2,62	8,94	2,64	303	-1,483	0,13
Comportamentos de saúde e sexual	9,14	2,16	8,69	2,46	303	1,209	0,22
Outros comportamentos	7,06	1,63	6,79	1,64	303	1,060	0,29
Total EVF	88,33	11,50	89,94	11,74	303	-0,882	0,37

** $p \leq 0,01$

4.5. Discussão dos Resultados

Seguidamente, os resultados apresentados serão discutidos em função da revisão bibliográfica realizada. Assim, tendo em consideração o **objetivo 1 - caracterizar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na ULSNE** - os principais resultados descritivos mostraram que estes profissionais parecem adotar

comportamentos de vida salutareos que permitem classificar, na sua maioria, estilos de vida “Muito bons” indicando que o estilo de vida exercerá uma adequada influência na sua saúde.

Os resultados relativos às dimensões do EVF sugerem que quanto à dimensão **Família e Amigos**, apesar de os profissionais de saúde revelarem, na sua maioria, a presença de alguém com quem falar e a quem dar/receber carinhos/afetos, denota-se que 17,1% dos profissionais ou não possui nunca ou só tem às vezes com quem falar e 18,4% quase nunca ou às vezes recebe e dá carinhos/afetos.

Estes dados são congruentes com os estudos que têm sugerido, que os profissionais de saúde apresentam um comprometimento ao nível da dimensão social e afetiva, não comunicando sobre os seus assuntos e problemas (Berg *et al.*, 2001; Umaña-Machado, 2007; Ferreira & Oliveira, 2008).

De facto, o suporte social e familiar tem sido visto como protetor da saúde do indivíduo, encontrando-se bem documentado na literatura (Bolger & Amarel, 2007; Cacioppo *et al.*, 2010; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).

Relativamente à dimensão **Atividade Física/Associativismo**, os resultados mostram que apesar de grande parte dos profissionais de saúde não ser membro de um grupo comunitário, 56,7% refira que o é às vezes e/ou quase sempre; apesar de 48,2% dos profissionais andar, às vezes, no mínimo 30 minutos por dia, 30,2% refere que nunca o faz e apesar de se ter observado que 57% dos profissionais realiza, três ou mais vezes por semana, atividades físicas ou desporto durante 30 minutos por dia, 43,3% refere fazê-lo uma vez por semana ou não fazê-lo.

Estes resultados encontram-se alinhados aos estudos que têm sugerido que os profissionais de saúde não praticam exercício físico (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007; Umaña-Machado, 2007; Quiroga, 2009) e tendem a não participar em atividades sociais e recreativas ativamente (Ferreira & Oliveira, 2008).

Os resultados encontrados reforçam a importância de se praticar exercício físico, pois tal como a WHO (2010) referenciou, cerca de 2 milhões de mortes ocorrem associada à inatividade física. Entre 10 a 16% das mortes relacionadas com casos de cancro de mama, cancro de cólon e diabetes, bem como aproximadamente 22% da doença isquémica cardíaca têm como principal causa a falta de atividade física. Um estilo de

vida sedentário tem impacto negativo ao nível da saúde, refletindo-se na taxa de mortalidade e de morbilidade cardiovascular, bem como no risco acrescido de obesidade (DGS, 2012). Nesse sentido, a prática regular de exercício físico é vital para a saúde (CDC, 2011; DGS, 2012; Li *et al.*, 2007; Samulski & Noce, 2000; WHO, 2010), recomendando a DGS uma caminhada de cerca de 30 minutos diária (George, 2014).

Da mesma forma, a prática regular de exercício previne variadas doenças, nomeadamente cardiovasculares, metabólicas e músculo-esqueléticas, tendo um papel crucial na prevenção da osteoporose, obesidade, alguns tipos de cancro e depressão (WHO, 2010).

Ao nível da dimensão **Nutrição**, observa-se que apesar de 51,5% dos profissionais de saúde comer, às vezes, duas porções de verduras e três de frutas diariamente, 6,9% refere que quase nunca o faz. Denota-se, também, que cerca de 66% dos profissionais de saúde ultrapassou o peso ideal entre 0 a 4 kg, e 33,7% ultrapassou o seu peso ideal em mais de 5 kg.

Estes dados são corroborados pelos estudos que sugerem que os profissionais de saúde apresentam estilos de vida pouco salutareos associados à sua alimentação (Umaña-Machado, 2007; Quiroga, 2009; Estrada, 2014), com implicações ao nível do seu peso ideal (Rohlf's *et al.*, 2007; Umaña-Machado, 2007; Quiroga, 2009; Estrada, 2014).

Os resultados encontrados reforçam igualmente a ideia de que uma alimentação equilibrada associada com a prática de exercício físico potencia a esperança de vida, a QdV e reduz o risco de variadas doenças crónicas, com especial impacto ao nível económico, na medida em que reduz os custos para a saúde (Bailey, 2006; CDC, 2011). Nesse sentido, uma alimentação baseada em comidas rápidas, ricas em gordura, açúcar com alta densidade energética, escassez de nutrientes e fibras associa-se a casos de obesidade e dislipidémias, bem como de diabetes tipo 2 e hipertensão (Samulski & Noce, 2000). É nesse sentido que a DGS (2012) sublinha que mais de 50% da população mundial será obesa em 2025, se a intervenção não for feita, já que ela é considerada uma epidemia do século XXI, devido a estilos de vida sedentários.

No que toca à dimensão **Tabaco**, os resultados mostraram que apesar de a maioria dos profissionais não ser fumador, 23,6% é fumador, fumando entre 1 a 22 por dia. Estes dados estão alinhados com os estudos que sugerem que existem percentagens elevadas

de hábitos de tabagismo no seio dos profissionais de saúde (Rohlf's *et al.*, 2007; Sebo *et al.*, 2007; Quiroga, 2009).

De facto, o consumo de tabaco é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países mais desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008). Dados decorrentes da WHO (2008) sugeriram que o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX, sendo que das 6 milhões de mortes a nível mundial, cerca de 600 000 ocorreram devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco.

Os dados decorrentes da dimensão **Álcool e outras drogas** mostram que pese embora grande parte dos profissionais de saúde consuma em média entre 0 a 7 bebidas alcoólicas; nunca bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas na mesma ocasião; nunca conduz após ingerir bebidas alcoólicas; nunca usa substâncias psicoativas; quase nunca abusa de medicamentos de venda livre e bebe menos de 3 bebidas com cafeína por dia, observa-se que 4,6% dos profissionais de saúde assinala consumir mais 8 bebidas alcoólicas; 1,3% refere fazê-lo frequentemente; 2,6% assinala consumir substâncias psicoativas ocasionalmente e/ou frequentemente; 17% recorre, diariamente e às vezes, a medicação não sujeita a receita médica e 32,5% consome mais de três bebidas com cafeína por dia.

Estes dados mostram-se congruentes com os resultados de diversos estudos que têm sugerido que os profissionais de saúde exibem hábitos de consumo de álcool, muitas vezes nocivos à saúde (Bolsover, 2000; Reinhardt *et al.*, 2005; Sebo *et al.*, 2007), bem como recorrem, frequentemente ao consumo de substâncias psicotrópicas (Frasquilho, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b; Caramelo, 2010) e à automedicação (Bruguera *et al.*, 2001; Töyry *et al.*, 2004; Hem *et al.*, 2005; Rohlf's *et al.*, 2007).

O consumo de álcool, nomeadamente de vinho, apesar de apresentar alguns benefícios, quando ingerido em excesso aporta danos nefastos para a saúde (Graça *et al.*, 2016), associando-se a diversas doenças de foro neuropsiquiátrico, gastrointestinal, cardiovascular, bem como oncológicas (Anderson & Baumberg, 2006; WHO, 2014).

Da mesma forma, o consumo de outras drogas tem impacto ao nível dos estilos de vida dos indivíduos, na medida em que pode alterar a forma de funcionamento do organismo ou do espírito, modificando os pensamentos, sensações e comportamentos dos

indivíduos que as consomem ao longo do tempo (Parrott *et al.*, 2004), pelo que quando utilizadas de forma abusiva, podem levar a manifestações de dependência (Pérez, 2000).

Relativamente à dimensão **Sono/Stress**, os resultados mostram que apesar de grande parte dos profissionais de saúde referir que, às vezes, dorme bem e sente-se descansado; que, às vezes, se sente capaz de gerir o *stress* diário e, às vezes consegue relaxar e desfrutar do seu tempo livre, verifica-se que 9,5% refere não dormir bem nem sentir-se descansado e 8,5% não consegue relaxar nem desfrutar do seu tempo livre. Apenas 0,7% refere não ser capaz de gerir o *stress* do seu dia-a-dia.

Estes dados mostram o impacto do *stress* ao nível da qualidade de sono, sendo que em diversas investigações foi possível constatar-se que os profissionais de saúde constituem uma profissão de risco pelo facto de exibirem níveis elevados de *stress* (Ruíz & Ríos, 2004; Gil-Monte, 2005; Umaña-Machado, 2007; Silva & Gomes, 2009; Quiroga, 2009; Rocha & De Martino, 2010; Shanafelt *et al.*, 2012; Marôco *et al.*, 2016). Estão igualmente alinhados com os estudos desenvolvidos por diversos autores que assinalam um comprometimento da qualidade do sono nestes profissionais (Bolsover, 2000; Maslach *et al.*, 2001; Moreno-Jiménez *et al.*, 2005; Umaña-Machado, 2007; Ferreira & Oliveira, 2008; Prins *et al.*, 2007, 2010; Quiroga, 2009; Rocha & De Martino, 2010; Ribeiro *et al.*, 2010; Andrade, 2010; Ansoelga *et al.*, 2011). Encontram-se ainda alinhados com os estudos que sublinham alguma dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, para desfrutar da vida (Sales *et al.*, 2010; Souza & Stancato, 2010).

Sublinham, ainda, a necessidade de haver uma maior higiene do sono (Rente & Pimentel, 2004; Junior, 2007; Ambrósio & Geib, 2008) no seio dos profissionais de saúde, pois as perturbações associadas ao sono aportam impacto significativo na produtividade, diminuição das funções cognitivas, emocionais e psicomotoras, nas relações interpessoais, no aumento da morbidade, bem como no agravamento do seu estado de saúde geral (Cheng *et al.*, 2012; Drabovicz *et al.*, 2012; Kabrita *et al.*, 2014).

Numa mesma linha, a gestão do *stress* no seio dos profissionais de saúde assume-se fundamental, pois como se referiu as mudanças provocadas pelo *stress* podem suscitar uma simples disfunção, enquanto o confronto prolongado pode conduzir a uma desregulação do indivíduo e induzir processos patológicos (Cumbe, 2010). O

desenvolvimento dos efeitos negativos no indivíduo encontra-se intimamente associado às estratégias de confronto que são utilizadas (Ruíz & Ríos, 2004).

Quanto aos resultados da dimensão **Trabalho/Tipo de Personalidade**, verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde refere que, frequentemente e/ou algumas vezes, anda acelerado e/ou atarefado; se sente frequentemente e/ou algumas vezes agressivo e/ou aborrecido, muito embora se sinta feliz com o seu trabalho ou atividade.

Estes dados vão ao encontro dos diversos estudos que têm sublinhado a importância de os indivíduos se sentirem felizes com o seu trabalho (Sales *et al.*, 2010), uma vez que esta perceção é influenciada pelas situações de *stress* que vivenciam diariamente (Ruíz & Ríos, 2004; Gil-Monte, 2005; Umaña-Machado, 2007; Silva & Gomes, 2009; Quiroga, 2009; Rocha & De Martino, 2010; Shanafelt *et al.*, 2012; Marôco *et al.*, 2016).

Os resultados encontrados neste estudo reforçam igualmente a ideia de que muitas profissões, como as associadas à saúde, são tidas de risco, pois estes profissionais encontram-se expostos a um conjunto de fatores que influenciam a sua saúde física, biológica, emocional, psicológica e espiritual (Cox *et al.*, 2000; Palmer, *et al.*, 2001). Associado a este aspeto as características individuais potenciam a vulnerabilidade para se vivenciarem experiências com valência mais negativa, com exibição de maior hostilidade e agressividade associadas ao comportamento do Tipo A (Sonnentag & Frese, 2001; Palmer *et al.*, 2001).

Atendendo aos resultados obtidos na dimensão **Introspeção**, estes mostram que 96,7% dos profissionais de saúde se considera otimista e positivo (item 23); 97% sente-se, frequentemente e/ou algumas vezes, tenso ou oprimido (item 24) e 54,1% quase nunca se sente triste ou deprimido, embora 45,9% afirma senti-lo (item 25).

Estes dados assinalam uma percentagem elevada de profissionais de saúde que afirma sentir-se triste e/ou deprimido, o que acaba por ir ao encontro das investigações que sugerem a presença de perturbações de humor no seio dos profissionais de saúde (Martinez *et al.*, 2007; Umaña-Machado, 2007; Oliveira & Chaves-Maia, 2008; Sales *et al.*, 2010; Cumbe, 2010).

Sublinham, igualmente, a importância de se entrar em contacto com a nossa realidade interior no sentido de conseguir gerir, de forma mais adequada, os afetos negativos,

como a falta de otimismo, depressão, tristeza, desapontamento, apreensão, cansaço físico e emocional (Añez *et al.*, 2008).

Os resultados associados à dimensão **Comportamento de Saúde e Sexual** mostram que grande parte dos profissionais assinala que quase nunca e/ou apenas às vezes realiza exames médicos de rotina para avaliar o seu estado de saúde; quase nunca e/ou às vezes conversa com o(a) parceiro(o) e/ou família sobre temas da sexualidade e, no seu comportamento sexual, preocupa-se sempre com o bem-estar e proteção do(a) parceiro(a).

Estes resultados vão ao encontro dos diversos estudos que têm mostrado que os profissionais de saúde nem sempre revelam preocupação com a sua própria saúde (Miller & McGowen, 2000; Bolsover, 2000; Berg *et al.*, 2001; Bruguera *et al.*, 2001; Davidson & Schattner, 2003; Kay *et al.*, 2004; Töyry *et al.*, 2004; Hem *et al.*, 2005; Rohlf *et al.*, 2007; Umaña-Machado, 2007; Quiroga, 2009; Caramelo, 2010), apresentando baixos níveis de apoio social que é caracterizado pelo apoio da família e/ou amigos, vida sexual e relacionamento com pessoas mais próximas (Ferreira & Oliveira, 2010).

Reforçam igualmente a ideia de que existem determinados comportamentos de risco que perigam a saúde global e a saúde sexual em específico (Li *et al.*, 2000; Canavarro & Pereira, 2001; Silva, 2008).

Por último, no que diz respeito à dimensão **Outros Comportamentos**, os resultados mostram que grande parte dos profissionais de saúde utiliza sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária, bem como refere sempre, que respeita as regras de segurança rodoviária.

Estes dados encontram-se alinhados à necessidade de se promoverem cuidados de segurança rodoviária em todas os indivíduos e profissões (Piédrola, 2008), já que os danos decorrentes da não colocação prática das medidas de segurança, associa-se a mais de 750 000 mortes e mais de 20 milhões de feridos devido a acidentes rodoviários, sendo que 10 milhões padecem de incapacidades permanentes (WHO, 2015). Por conseguinte, as medidas de prevenção de acidentes assumem relevância particular na modificação de comportamentos mais salutares (Direção Geral de Administração Interna, 2016).

O **objetivo 2 - analisar as diferenças nos estilos de vida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas (e.g., sexo, estado civil, profissão, doença crónica)** - encontra-se associado às hipóteses que serviram de orientação ao presente estudo. Assim, atendendo à **H1 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função do sexo**, verificou-se que são as mulheres que mais apresentam comportamentos saudáveis ao nível da nutrição, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, bem como um estilo de vida total mais salutar, por comparação aos profissionais do sexo masculino.

Estes resultados apresentam-se congruentes com os estudos que têm sugerido uma maior preocupação por parte das mulheres relativamente aos comportamentos salutar, por comparação aos homens (Moreno-Jiménez *et al.*, 2005; Prins *et al.*, 2007; Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007), todavia contrários àqueles que têm sugerido a presença de comportamentos pouco salutar no seio das mulheres (Rohlfis *et al.*, 2007; Silva & Gomes, 2009; Prins *et al.*, 2010).

Relativamente à **H2 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da idade**, verificou-se que esta não mostrou ter impacto significativo nos estilos de vida dos profissionais de saúde do presente estudo, sendo este dado contrário a diversos estudos que têm sugerido uma relação inversa entre estas duas variáveis, i.e., são os profissionais de saúde mais novos que tendem a exibir comportamentos menos salutar, por comparação aos mais velhos (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007; Silva & Gomes, 2009; Prins *et al.*, 2010).

Relativamente à **H3 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função do estado civil**, verificou-se que o estado civil mostrou impacto significativo no estilo de vida dos profissionais de saúde, sugerindo que, os viúvos apresentam mais comportamentos saudáveis ao nível da prática de Atividade Física/Associativismo, dos Comportamentos de Saúde e Sexuais, do Trabalho/Tipo de Personalidade e Introspeção, apresentando estilos de vida globais mais saudáveis. Os profissionais solteiros apresentam comportamentos mais saudáveis ao nível da Nutrição e Sono/*Stress*. Globalmente são os profissionais de saúde casados que apresentam menores comportamentos salutar.

Estes resultados são congruentes com os estudos que assinalam a presença de comportamentos de risco associados aos profissionais de saúde casados (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007; Prins *et al.*, 2010), com grande impacto ao nível familiar (e.g., Berg *et al.*, 2001), todavia contrários àqueles que sugerem ser os profissionais solteiros que tendem a exibir comportamentos menos salutares (Silva & Gomes, 2009).

Quando à **H4 – Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da escolaridade**, os resultados mostraram que são os profissionais que têm Mestrado que mais exibem comportamentos saudáveis ao nível da Atividade Física/Associativismo e, são os profissionais com Licenciatura/Bacharelato e Doutoramento, que exibem comportamentos mais saudáveis ao nível da nutrição.

Estes dados não reforçam a ideia de que quanto maior o conhecimento dos profissionais de saúde menor os comportamentos de risco (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007; Pasquier, 2015), pelo contrário, sublinham que é possível os profissionais de saúde empreenderem comportamentos saudáveis, independentemente de terem Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento, o que reforça a ideia de que a adoção de estilos de vida saudáveis se encontra associada a outras variáveis intrínsecas a cada indivíduo (Rohlfis *et al.*, 2007; Estrada, 2014).

Quando se considerada a **H5 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da profissão**, os resultados mostraram que os enfermeiros e os TDT apresentam comportamentos mais saudáveis ao nível da Atividade Física/Associativismo; são igualmente os enfermeiros e os profissionais do serviço social e psicologia que apresentam comportamentos salutares ao nível dos Outros Comportamentos, i.e., dos comportamentos de segurança rodoviária. Neste sentido, são os profissionais da medicina que apresentam menores comportamentos saudáveis. Estes dados são congruentes com diversos estudos que têm apontado nesse mesmo sentido (Bolsover, 2000; Miller & McGowen, 2000; Brugueret al, 2001;Frasquilho, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b; Davidson & Schattner, 2003; Kay *et al.*, 2004; Töyry *et al.*, 2004; Hem *et al.*, 2005; Reinhardt *et al.*, 2005; Hem *et al.*, 2005; Rohlfis *et al.*, 2007; Sebo *et al.*, 2007; Caramelo, 2010; Cumbe, 2010; Estrada, 2014).

Apresentam-se, no entanto, contrários aos estudos que têm sugerido que os enfermeiros apresentam mais comportamentos de risco e menores indicadores de estilos de vida

saudáveis (Umaña-Machado, 2007; Quiroga, 2009; Rocha & De Martino, 2010; Oliveira, 2013; Estrada, 2014).

A influência dos anos de serviço, tal como configurado na **H6 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função dos anos de serviço**, mostrou que são os profissionais com mais anos de serviço que tendem a ter mais comportamentos de Introspeção. De facto, estes dados reforçam a ideia de que os anos de experiência profissional levam os profissionais de saúde a adotar mais comportamentos de bem-estar pessoal e melhor QdV quando comparados com os mais novos (Sanabria-Ferrand *et al.*, 2007; Silva & Gomes; 2009; Prins *et al.*, 2010).

Por último e atendendo à **H7 - Os estilos de vida dos profissionais de saúde são diferentes em função da presença/ausência de doença crónica**, verificou-se que são aqueles que não possuem doença crónica que mais apresentam comportamentos de Atividade Física/Associativismo, o que não deixa de ser um contrassenso pois, como se observou anteriormente, a doença crónica mais prevalente no presente estudo foi a hipertensão arterial, tal como se observou em outros estudos (Maslach *et al.*, 2001; Gil-Monte, 2005; Quiroga, 2009), pelo que a prática de exercício físico regular iria permitir uma maior regulação da tensão arterial. Mais uma vez estes dados sugerem que a não adoção de comportamentos salutareos e estilos de vida saudáveis se encontra intimamente associada a decisões pessoais e influenciada por variáveis intrínsecas aos indivíduos.

Conclusões/Sugestões

O presente estudo teve como principais objetivos identificar e analisar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na ULSNE, sendo que as duas questões de partida que serviram de orientação – *Os profissionais de saúde da ULSNE possuem estilos de vida saudáveis* e *Quais as variáveis associadas aos estilos de vida destes profissionais* - permitem tecer algumas conclusões e sugestões.

De facto, os profissionais de saúde que integraram a presente investigação foram classificados, maioritariamente como detentores de um estilo de vida “muito bom”, espelhando que os comportamentos que exibem influenciam adequadamente a sua saúde global. Apesar de esta ter sido a conclusão geral em função dos resultados encontrados, numa análise mais detalhada das respostas dos profissionais de saúde foi possível identificarem-se alguns comportamentos de risco, embora em menor percentagem, que não deixam de ser preocupantes. Por conseguinte, esses comportamentos podem ser assim resumidos:

- 17,1% dos profissionais de saúde não possui com quem falar e 18,4% quase nunca recebe e dá carinhos/afetos;
- 30,2% dos profissionais não caminha pelo menos 30 minutos diários e 43,3% não faz exercício físico, ou se o faz, é apenas uma vez por semana;
- 6,9% dos profissionais de saúde não tem uma alimentação equilibrada com verduras e frutas diárias, pelo que 66% dos profissionais ultrapassou o seu peso ideal e 33,7% em mais de 5 kg;
- 23,6% destes profissionais é fumador, consumindo entre 1 a 22 cigarros por dia;
- 4,6% dos profissionais de saúde consome mais 8 bebidas alcoólicas; 1,3% refere fazê-lo frequentemente; 2,6% assinala consumir substâncias psicoativas; 17% recorre a medicação não sujeita a receita médica e 32,5% consome mais de três bebidas com cafeína por dia;
- 9,5% dos profissionais de saúde não dorme bem nem se sente descansado e 8,5% não consegue relaxar nem desfrutar do seu tempo livre;
- A maioria dos profissionais de saúde anda frequentemente acelerado e/ou atarefado; sente-se agressivo e/ou aborrecido, muito embora esteja feliz com o seu trabalho e atividade;

- 96,7% dos profissionais de saúde considera-se otimista e positivo; 97% sente-se frequentemente tenso ou oprimido e 45,9% afirma sentir-se triste ou deprimido;
- Grande parte dos profissionais assinala que quase nunca realiza exames médicos de rotina para avaliar o seu estado de saúde; que quase nunca conversa com o(a) parceiro(o) e/ou família sobre temas da sexualidade e, no seu comportamento sexual, preocupa-se sempre com o bem-estar e proteção do(a) parceiro(a);
- Grande parte dos profissionais de saúde utiliza sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária, bem como refere sempre que respeita as regras de segurança rodoviária.

Considerando as variáveis que possuem impacto nos estilos de vida destes profissionais, os principais resultados sugerem que os estilos de vida destes profissionais se mostram influenciados pelo sexo, estado civil, escolaridade, profissão, anos de serviço e doença crónica. A idade não apresentou influência significativa nos estilos de vida destes profissionais.

Ainda ao nível dos resultados, importa sublinhar que o questionário EVF apresentou um alfa de Cronbach que garante a sua fiabilidade, bem como se mostrou sensível na discriminação dos sujeitos.

Consideramos que os resultados da presente investigação sublinham a necessidade de serem implementados programas de intervenção junto dos profissionais de saúde da ULSNE, com o intuito de potenciar e reforçar a adoção de comportamentos salutareos e reduzir os comportamentos de risco que ainda foram identificados. Apesar de considerarmos que estes programas podem ser positivos e aportar mudanças significativas ao nível dos comportamentos, acreditamos que devem ser utilizadas outras estratégias que permitam uma maior mudança ao nível das atitudes interiores. Nesse sentido, o Anexo IV apresenta um Projeto de Intervenção para esta população-alvo, cumprindo com o que é preconizado na alínea c) das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária assume, neste contexto, um papel fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis junto dos seus pares, no

sentido de potenciar a sua saúde, refletindo-se esta na qualidade dos serviços prestados e na capacitação dos indivíduos, dos grupos e das comunidades.

Apesar de entendermos que os resultados agora encontrados permitiram uma melhor compreensão da realidade dos profissionais de saúde da ULSNE, assumindo-se como um ponto de partida para a intervenção, não poderíamos deixar de refletir sobre algumas das limitações que fomos sentindo ao longo da realização do trabalho. Uma das limitações prendeu-se com a dificuldade pessoal em articular a nossa profissão com os procedimentos necessários à realização do presente estudo. Exigiu de nós alguma flexibilidade e uma gestão adequada do tempo para podermos cumprir com os objetivos inicialmente previstos.

Uma outra limitação prende-se com o tipo de instrumento de recolha de informação que foi utilizado *vs.* população-alvo. Consideramos que apesar do instrumento de recolha de dados ter permitido chegar aos resultados apresentados, os mesmos podem refletir algum enviesamento e não espelhar a realidade dos profissionais de saúde da ULSNE. Isto porque ao longo da análise dos dados e do cruzamento das variáveis, fomos nos apercebendo de um padrão de resposta que poderá ter sido influenciado pelo efeito de desejabilidade social dos respondentes. Na verdade, como já se referiu, os profissionais de saúde detêm conhecimentos sólidos sobre a saúde e a doença, bem como os comportamentos considerados de risco. Em outras investigações consultadas esses comportamentos são uma realidade e foram assumidos pelos próprios profissionais de saúde que integraram os diferentes estudos. Nesse sentido, é importante ressaltar que grande parte das investigações realizadas sobre os estilos de vida dos profissionais de saúde é internacional, podendo a variável cultura ter influenciado a menor exposição dos profissionais de saúde portugueses. Pelo exposto e atendendo aos resultados encontrados, somos levados a acreditar que estes possam não traduzir, realmente, os comportamentos dos profissionais de saúde da ULSNE.

Apesar disso, entendemos que o presente estudo se deve assumir como um ponto de partida que sublinha três aspetos que consideramos essenciais: (a) as investigações junto dos profissionais de saúde relativamente aos seus estilos de vida devem ser reforçadas e incentivadas, pois só quando se reconhece a realidade é que se pode intervir nela; (b) mesmo que possa ter existido algum efeito de desejabilidade nos resultados agora

encontrados, as percentagens de comportamentos de risco podem ser reduzidas ou minimizadas com a implementação de intervenções adequadas e ajustadas às necessidades evidenciadas e; (c) estes resultados reforçam a importância da intervenção do EEEC na educação para a saúde e prevenção da doença a todos os profissionais, bem como na redução de riscos para a saúde através do incentivo e da educação para a mudança de comportamentos.

Nesta linha de pensamento, consideramos que investigações futuras devem ser realizadas, nomeadamente junto dos profissionais de saúde da ULSNE, com amostras mais alargadas, albergando vários profissionais de saúde de âmbito diferenciado e utilizando-se outros instrumentos que permitam o cruzamento de dados, como por exemplo questionários específicos de avaliação da prática desportiva; de avaliação do tipo de personalidade; de avaliação de sintomatologia específica (e.g., depressão, ansiedade); de avaliação dos níveis de *stress* e de *burnout*, entre outros. No fundo sugere-se o recurso a outros instrumentos que possam complementar a informação recolhida pelo questionário EVF.

Uma outra sugestão para aferir os estilos de vida dos profissionais de saúde poderia passar pelo recurso a uma avaliação de 360°, a qual consiste numa avaliação do próprio, da sua chefia direta e de um colega (par). Este tipo de avaliação poderia permitir encontrar *gaps* nas autoavaliações e reduzir o efeito de desejabilidade social.

Globalmente consideramos que a presente investigação deve ser assumida como um ponto de partida, de diagnóstico, para a conceptualização, organização, planificação, estruturação e implementação de programas e projetos de intervenção em saúde comunitária que visem potenciar a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2010). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Álvarez, L. (2012). Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101.
- Ambrósio, P., & Geib, L. (2008). Sonolência excessiva diurna em condutores de ambulância da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, 17(1), 21-31.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andrade, P. (2010). *Promoção do savoring em equipas de enfermagem: Aumento do engagement e prevenção de burnout*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Añez, C., Reis, R., & Petroski, E. (2008). Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida Fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 91 (2), 102-109.
- Ansoleaga, E., Toro, J., Stecher, A., Godoy, L., & Blanch, J. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la región metropolitana. Psycho physiological distress among health care professionals working in Chilean public hospitals. *Revista Médica de Chile*, 139, 1185-1191.
- Atkins, D., & Clancy, C. (2004). Multiple risk factors interventions. Are we up to the challenge? *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 102-103.
- Bailey, R. (2006). Physical education and sport in schools: A review of benefits and outcomes. *Journal of School Health*, 76(8), 397-401.
- Benavides, M., Villalobos, G., Agüero, N., Rivera, U., Castro, S., & Arguedas, G. (2011). Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. *Enfermería en Costa Rica*, 32(2), 51-58.

- Berg, A., Bell, C., & Tupin, J. (2001). Clinician safety. *New Directions in Mental Health Services, 91*, 107-127.
- Blanchard, C., Courneya, K., & Stein, K. (2008). Cancer survivors' adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American Cancer Society's SCS-II. *Journal of Clinical Oncology, 26*, 2198-2204.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 458-475.
- Bolsover, G. (2000). Doctors who are unsympathetic to colleagues who are psychological vulnerable. *British Medical Journal, 321*, 635-636.
- Brannon, L., & Fesist, J. (2001). Comprensión del estrés y la enfermedad. In L. Brannon, & J. Fesist (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 177-212). Madrid: Mosby.
- Bruguera, M., Guri, J., Arteman, A., Valldosera, J., & Carbonell, J. (2001). La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica (Barcelona), 117*, 492-494.
- Cacioppo, J., Hawkley, L., & Thisted, R. (2010). Perceived social isolation makes me sad: Five year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology of Aging, 25*, 453-463.
- Canavarro, M., & Pereira, A. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspetivas teóricas. In M. Canavarro (Org.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (1.^a edição – pp. 323-357). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caramelo, R. (2010). *Síndrome de burnout e a sua relação com o trabalho dos médicos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cardoso, H., Bueno, F., Mata, J., Alves, A., Jochims, I., Vaz Filho, I., & Hann, M. (2009). Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica, 33*(3), 349-355.

- Carskadon, M., & Dement, W. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). *School health guidelines to promote healthy eating and physical activity*. USA: CDC.
- Chan, R., Gordon, N., Chong, A., & Alter, D. (2008). Influence of socioeconomic status on lifestyle behavior modifications among survivors of acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 102(12), 1583-1588.
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Mathers, C., & Murria, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Génova: WHO.
- Cheng, S., Shih, C., Lee, I., Hou, Y., Chen, K., Chen, K., ... & Yang, Y. (2012). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research*, 197, 270-274.
- Chizini, M., & Joemar, B. (2004). *Gestão de clientes: A arte da conquista e manutenção do cliente*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health Social Behavior*, 46(1), 51-67.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- Coups, E., Gaba, A., & Orleans, T. (2004). Physician screening for multiple behavioral health risk factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 34-41.
- Cox T., Griffiths, A., & Rial-González E. (2000). *European agency for safety and health at work: research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásicas em serviços de oncologia*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Davidson, S., & Schattner, P. (2003). Doctors' health-seeking behaviour: A questionnaire survey. *Medical Journal of Australia*, 179(6), 302-305.

- Direção Geral da Saúde (2003). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Consultado em 01 de março de 2017 em: http://static.publico.pt/docs/pesoamedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012). *Plataforma de luta contra a obesidade*. Consultado em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113.
- Direção Geral de Administração Interna (2016). *Relatório anual de segurança interna, 2015*. Lisboa: Ministério da Administração Interna.
- Dishman, R., Washburn, R., & Heath, G. (2004). *Physical activity epidemiology*. Champaign: Human Kinetics.
- Drabovicz, P., Salles, V., Drabovicz, P., & Fontes, M. (2012). Assessment of sleep quality in adolescents with temporomandibular disorders. *Journal of Pediatrics*, 88(2), 169-172.
- Elias, J. (2006). *Hábitos desportivos e estilos de vida na adolescência: Uma análise sociodemográfica. Um estudo em adolescentes escolares da região do Algarve*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Estella, F., Díaz, J., Alonso, J., Garzón, P., Camacho, A., ... & Camino, J. (2002). Síndrome de burn-out en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283.
- Estrada, L. (2014). *Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud*. Disertación de Magister. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas Escuela de Postgrado.
- Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2001). How much sleep do we need? *Sleep Medicine*, 52(2) 155-179.
- Ferreira, N., & Oliveira, J. (2008). *O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do complexo de saúde do Campus da Unicamp*. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas.

- Frank E. (2004). Physician health and patient care. *Journal of the American Medical Association*, 291(5),637.
- Frank, E., Biola, H., & Burnett, C. (2000c). Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Journal of the American Medical Association*, 19(3), 155-159.
- Frank, E., Breyan, J., & Elon, L. (2000b). Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Journal of the American Medical Association*, 9, 287-290.
- Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C., & Belodoff, B. (2000a). Correlates of physician' prevention-related practices. Findings from the women physicians' health study. *Archives of Family Medicine*, 9, 359-367.
- Frasquilho, M. (2003a). Eu sou actor do meu stress. *Segurança*, 154, 28-30.
- Frasquilho, M. (2003b). Stress e médicos: Sal da vida ou morte anunciada?. *Mundo Médico*, 27, 60-63.
- Frasquilho, M. (2005a). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Frasquilho, M. (2005b). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: Prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 89-98.
- George, F. (2014). *Determinantes da saúde*. Consultado em 01 de março de 2017 em: www.dgs.pt
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Glina, D., & Rocha, L. (2000). *Saúde mental no trabalho: Desafios e soluções*. São Paulo: Editora V. K.
- Global Burden of Disease (2015). Mortality and causes of death collaborators, 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), 117-171.

- Goldstein, M., Whitlock, E., & DePue, J. (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 2), 61-79.
- Gomes, A., Melo, B., & Cruz, J. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. Cruz, A. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46(1), 5-15.
- Gonçalves, A., & Carvalho, G. (2007). *Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga)*. Consultado em 01 de março de 2017 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6693/1/Estilos%20de%20vida.pdf>
- Graça, P., Sousa, S., Correia, A., Salvador, C., Filpe, J., ... & Gregório, M. (2016). *Alimentação saudável em números, 2015. Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: DGS.
- Haisch, D., & Meyers, L. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and health*, 20(4), 223-229.
- Hem, E., Stokke, G., Tyssen, R., Gronvold, N., Vaglum, P., & Ekeberg, O. (2005). Self-prescribing among young Norwegian doctors: A nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Medicine*, 3, 1-7.
- Hill, C., Hogan, A., & Karmiloff-Smith, A. (2007). Dormir, possibilidade para enriquecer a aprendizagem. *Atualidade em Pediatria*, 4, 178-188.
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Iáñez, M., Miró, E., Catena, A., & Buela-Casal, G. (2003). Calidad de sueño en sujetos con diferentes patrones habituales de sueño. *Psicología y Salud*, 13(2), 193-202.

- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Lisboa: IDT.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Risco de morrer em 2012*. Consultado em 01 de março de 2017 em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZJHkogG4zWsJ:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D217617586%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Junior, P. (2007). O sono normal. In P. Albernaz (Org.), *Durma bem, viva melhor* (pp. 23-26). São Paulo: MG Editores.
- Kabrita, C., Hajjar-Muça, T., & Duffy, J. (2014). Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviours, and sleep habits. *Nature and Science Sleep*, 6, 11-18.
- Kaiseer, B., Brown, R., & Baumann, L. (2010). Perceived influences on physical activity and diet in low-income adults from two rural counties. *Nursing Research*, 59(1), 67-75.
- Kay, M., Mitchell, G., & Del Mar, C. (2004). Doctors do not adequately look after their own physical health. *Medical Journal of Australia*, 181, 368-370.
- Kremers, S., de Bruijnm, G., Schaalma, H., & Brug, J. (2004). Clustering of energy balance-related behaviours and their intrapersonal determinants. *Psychology and Health*, 19, 595-606.
- Krieger, N. (2011). Epidemiology and the people's health. Theory and context. *Oxford University Press*, 40(4), 1130-1132.
- Lemus, J. (2000). Condiciones de vida y salud en Argentina. *Ambiente médico*, 27, 9-18.
- Li, C., Ford, E., Mokdad, A., Jiles, R., & Giles, W. (2007). Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1770-1776.

- Li, X., Staton, B., Cotell, L., Borna, J., Pack, R., & Kaljee, L. (2000). Patterns of initiation of sex and drug-related activities among urban low-income African-American adolescents. *Journal of Adolescent Health, 28*, 46-54
- Marcitelli, C. (2011). Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. *Ensaio e Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, 15*(4), 215-228.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Ata Médica Portuguesa, 29*(1), 24-30.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais*. Lisboa: Monitor-Projetos e Edições, Lda.
- Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). *O tabagismo. Da prevenção à abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martínez, O., García, B., Cabrera, C., López, C., Tapia, A., & Suárez, S. (2007). Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia, 2*, 11-18.
- Martins, A. (2012). *Gestão dos fatores motivacionais intervenientes na satisfação/motivação dos profissionais da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Bragança*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology, 52*, 397-422.
- Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Consultado em 01 de março de 2017 em: http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- Miller, N., & McGowen, R. (2000). The painful truth: Physicians are not invincible. *South Medical Journal*, 93(10), 966-973.
- Monés, J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía Española*, 76(2), 71-77.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R., & Benadero, M. (2005). El burnout médico: La ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.
- Müller, M., & Guimarães, S. (2007). Impacto dos transtornos de sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24(4), 519-528.
- Murphy, M., Bobak, M., Nicholson, A., Rose, R., & Marmot, M. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1293-1299.
- Noar, S., Chabot, M., & Zimmerman, R. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change: Considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46, 275-280.
- Nogueira, S. (2008). *Qualidade e satisfação em serviços de saúde: Uma abordagem da avaliação do desempenho*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Nunes, E., & Narigão, M. (2016). *Prevenção e controlo do tabagismo em números – 2015. Programa nacional para a promoção e controlo do tabagismo*. Lisboa: DGS.
- Okamoto-Mizuno, K., & Mizuno, K. (2012). Effects of thermal environment on sleep and circadian rhythm. *Journal of Physiological Anthropology*, 31, 14.
- Oliveira, L., & Chaves-Maia, E. (2008). Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 405-413.

- Oliveira, S. (2013). *A qualidade do sono nos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Orleans, C. (2004). Addressing multiple behavioral health risks in primary care. Broadening the focus of health behavior change research and practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 1-3.
- Ory, M., Jordan, P., & Bazzarre, T. (2002). The behavior change consortium: Setting the stage for a new century of health behavior-change research. *Health Education Research*, 17, 500-511.
- Pais, M., & Cabral, V. (2003). *Estudo sobre comportamentos de risco*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde (2.ª Ed.)*. Lisboa: Placebo Editora LDA
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Paixão, E., Branco, M., & Contreiras, T. (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono em Portugal Continental*. Lisboa: ONSA-INSA.
- Palmer, S., Cooper, C., & Thomas, K. (2001). Model of organisational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme. *Health Education Journal*, 60(4), 378–380.
- Parrott, A., Morian, A., Moss, M., & Scholey, A. (2004). *Understanding drugs and behaviour*. England: John Wiley & Sons, Inc.
- Pasquier, R. (2015). *Los médicos y las enfermeras no siempre tienen estilos de vida saludables*. Consultado em 01 de março de 2017 em: <http://rigobertomarcano.com/los-medicos-y-las-enfermeras-no-siempre-tienen-estilos-de-vida-saludables-por-rigotordoc/>
- Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Santa Fé de Bogotá: Editorial Carrera 7ª.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.

- Piedrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B. & Graça, P. (2016). *Padrão alimentar mediterrânico: Promotor de saúde*. Lisboa: DGS.
- Pinn, V. (2003). Sex and gender factors in medical studies: Implications for health and clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 289(4), 397-400.
- Portes, L. (2011). Estilo de vida e qualidade de vida: Semelhanças e diferenças entre conceitos. *Lifestyle Journal*, 1(1), 8-10.
- Potter, P., & Griffin, A. (2001). *Fundamentos de enfermería*. España: Elsevier.
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Gazendam-Donofrio, S., Dillingh, G., Bakker, A., Huisman, M., ... & van der Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: A national study. *Medical Education*, 44(3), 236-247.
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., van de Wiel, H., Gazendam-Donofrio, S., Sprangers, F., ... & van der Heijden, F. (2007). Burnout among dutch medical residents. *International Journal of Behaviour Medicine*, 14(3), 119-125.
- Prochaska, J. (2008). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine*, 46, 281-285.
- Pronk, N., Peek, C., & Goldstein, M. (2004). Addressing multiple behavioral risk factors in primary care. A synthesis of current knowledge and stakeholder dialogue sessions. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (Suppl. 1), 4-17.
- Quiroga, I. (2009). *Estilos de vida y condiciones de salud de los enfermeros. Licenciatura de Enfermería*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011
- Reinhardt, T., Chavez, E., Jackson, M., & Mathews, W. (2005). Survey of physician well-being and health behaviors at an academic medical center. *Medical Education Online*, 10, 1-17.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: LIDEL.

- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros que exercem em contextos hospitalares. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Braga: Universidade do Minho.
- Ritter, R., Fernandes Stumm, E., Kirchner, R., Schmidt Piovesan Rosanelli, C., & Ubessi, L. (2012). Correlações de variáveis do inventário de burnout de Maslach em profissionais de emergência hospitalar. *Enfermería Global*, 27, 224-237.
- Rocha, M., & De Martino, M. (2010). O stress e qualidade do sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(2), 280-286.
- Rohlfs, I., Arrizabalaga, P., Artazcoz, L., Borrell, C., Fuentes, M., & Valls, C. (2007). *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*. Cataluña: Fundación Galatea.
- Ruíz, C., & Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Sacadura-Leite, E., & Sousa-Uva, A. (2005). *Fatores indutores de stress em profissionais de saúde*. Consultado em 01 de março de 2017 em: <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/01.pdf>
- Salazar, I., & Arrivillaga, M. (2004). El consume de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.
- Sales, J., Borges, C., Alves, O., Paes, L., & Campos, A. (2010). Qualidade de vida de três categorias profissionais da saúde em um hospital de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4(3), 1365-370.
- Samulski, D., & Noce, F. (2000). A importância da atividade física para saúde e qualidade de vida: Um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5(1), 5-21.

- Sanabria-Ferrand, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Facultad de Medicina, 15*(2), 207-217.
- Sebo, P., Bouvier-Gallacchi, M., Goehring, C., Kunzi, B., & Bovier, P. (2007). Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: A cross-sectional survey. *BMC Public Health, 12*, 7-5.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências: Síntese da caracterização e evolução da situação*. Lisboa: SICAD.
- Serviço Nacional de Saúde (2016). *Profissionais de saúde*. Consultado em 1 de março de 2017 em: <http://diretiva.min-saude.pt/profissionais-de-saude/>
- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., ... & Oreskovich, M. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine, 20*, 1-9.
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for allcause mortality. *International Psychogeriatrics 22*, 455-462.
- Silva, M. (2008). *Atitudes sexuais e Autoeficácia de estudantes do 1º ano do Ensino Superior e seus correlatos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 239-248.
- Solomon, S., & Kington, R. (2002). National efforts to promote behavior-change research: Views from the Office of Behavioral and Social Sciences Research. *Health Education Research, 17*, 495-499.
- Sonnentag, S., & Frese, M. (2001). Stress in organizations. In W. Borman, D., Ilgen, & R., Klimoski (Eds.), *Comprehensive handbook of industrial and organizational psychology* (p. 12). New York: Wiley.

- Sorenson, J., & Steckler, A. (2002). Improving the health of the public: A behavior-change perspective. *Health Education Research, 17*, 493-494.
- Souza, M., & Stancato, K. (2011). Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Unicamp. *Revista de Enfermagem UFPE Online, 5*(4), 886-895.
- Spring, B., Doran, N., Pagoto, S., Schneider, K., Pingitore, R., & Hedeker, D. (2004). Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: Effect of concurrent versus sequential intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 785-796.
- Steffen, A. (2008). *Fatores de motivação no trabalho da equipa de enfermagem em um pronto atendimento do vale dos sinos*. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale.
- Stepanski, E. (2002). The effect of sleep fragmentation on daytime function. *Sleep, 25*, 268-276.
- Töyry, S., Rasanen, K., Seuri, M., Aarimaa, M., Juntunen, J., ... & Husman, K. (2004). Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. *British Journal of General Practice, 54*, 44-46.
- Umaña-Machado, A. (2007). Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. *Enfermería en Costa Rica, 28*(1), 5-11.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Whitlock, E., Orleans, C., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine, 22*, 267-284.
- World Health Organization (2004). *Work organization & stress*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005). *European health report: Public health action for healthier children and populations*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008). *Report on the global tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2009). *European health report: Health and health systems*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2015). *Global status report on road safety, 2015*. Geneva: WHO.

Anexos

Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados

QUESTIONÁRIO

O meu nome é Carlos Martiniano, enfermeiro da ULSNE a trabalhar no Serviço de Medicina Intensiva e estou a realizar um estudo que se insere no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob orientação da Prof. Doutora Adília Fernandes e Prof. Doutor Manuel Brás. Gostaríamos de saber a sua opinião relativamente a determinados aspetos relativos ao seu Estilo de Vida.

Consideramos a sua participação é muito importante, pelo que solicitamos que responda com sinceridade ao questionário que a seguir se apresenta. Não existem respostas certas ou erradas e todas as respostas, serão tratadas de forma confidencial e anónima.

Responda, em função daquilo que acontece na sua vida, não como gostaria que ela fosse.

Obrigado por preencher este questionário e por participar nesta investigação.

Parte I - Questionário Sociodemográfico e Clínico

Por favor, **responda** às seguintes questões sociodemográficas e clínicas:

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado civil:

Solteiro/a

Casado/a ou em União de facto

Divorciado/a ou Separado/a

Viúvo/a

4. Nível de Escolaridade

Licenciatura/Bacharelato

Mestrado

Doutoramento

Outra: _____

5. Área Profissional:

Medicina

Enfermagem

Técnico de Análises

Fisioterapeuta

Outra: _____

6. Anos de Serviço _____ (anos/meses)

7. Possui alguma doença crónica:

Sim

Não

Se respondeu Sim, indique qual ou quais: _____

Obrigado!

Responda agora às questões que se encontram em seguida, na Parte II

Parte II—Questionário Fantástico

COMO É O MEU ESTILO DE VIDA?

Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês (assinale com um X a opção que considere mais correcta..... De seguida some os pontos em cada coluna)

1 UBP = 1 bebida fermentada
2 UBP = 1 bebida destilada

F	A	N	T	A		S	T	I	C	O
Família e amigos	Actividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Alcool e outras drogas		Sono e Stress	Trabalho /Tipo de personalidade	Introspecção	Comportamento de saúde e sexual	Outros comportamentos
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Sou membro de um grupo comunitário e participo nas actividades activamente:	Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente:	Eu fumo cigarros:	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	Durmo bem e sinto-me descansado:	Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	Sou uma pessoa optimista e positiva:	Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	Como peão e passageiro, cumpro as medidas de protecção e/ou de segurança pessoal e rodoviária:
2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Todos os dias	2 <input type="checkbox"/> Não, nos últimos 5 anos	2 <input type="checkbox"/> 0 a 7 bebidas	2 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Sempre
1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Não, no último ano	1 <input type="checkbox"/> 8 a 12 bebidas	1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes
0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Sim, este ano	0 <input type="checkbox"/> Mais de 12 bebidas	0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca
Dou e recebo carinho/afectos:	Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	Geralmente fumo _____ cigarros por dia:	Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:	Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Sinto-me tenso e/ou oprimido:	Converso com o/a parceiro (a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (sinto de segurança, uso de telemóvel, etc):
2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Nem um destes	2 <input type="checkbox"/> Nem um	2 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Sempre
1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Alguns destes	1 <input type="checkbox"/> 1 a 10 cigarros por dia	1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes
0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Todos	0 <input type="checkbox"/> Mais de 10 cigarros por dia	0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Quase diariamente	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca
	Eu realizo uma actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante 30 minutos de cada vez:	Ultrapassei o meu peso ideal em:		Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (ex: redbull):	Relaxo e desfruto do meu tempo livre:	Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:	Sinto-me triste e/ou deprimido:	No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a protecção do parceiro (a):	
	2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes por semana	2 <input type="checkbox"/> 0 a 4 kg		2 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Menos de 3 vezes por dia	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	2 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Quase sempre	
	1 <input type="checkbox"/> 1 vez por semana	1 <input type="checkbox"/> 5 a 8 kg		1 <input type="checkbox"/> Raramente	1 <input type="checkbox"/> 3 a 6 vezes por dia	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	1 <input type="checkbox"/> Às vezes	
	0 <input type="checkbox"/> Não faço nada	0 <input type="checkbox"/> Mais de 8 kg		0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Mais de 6 vezes por dia	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	0 <input type="checkbox"/> Frequentemente	0 <input type="checkbox"/> Quase nunca	

Anexo II - Pedidos de Autorização

Pedido de Autorização ao autor do instrumento

De: carlosm@iol.pt [mailto:carlosm@iol.pt]
Enviada: sábado, 24 de Setembro de 2016 15:53
Para: armandos@esenfc.pt
Assunto: pedido autorização utilização questionario

Boa Tarde Prof. Armando Siva em anexo segue o meu pedido.

Aguardo respostas ou qualquer esclarecimento para este meu mail.

obrigado

enf. carlos manuel gonçalves martiniano

Exmo. Sr. Prof. Armando Silva

O meu nome é Carlos Manuel Gonçalves Martiniano, enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. O meu trabalho de dissertação tem como tema "Estilos de Vida Saudáveis dos Profissionais de Saúde da Unidade Local de Saúde de Bragança", sob a orientação da Prof. Doutora Adília Fernandes e Prof. Doutor Manuel Brás.

Durante o processo de pesquisa bibliográfica inicial constatei que o Prof. Doutor Armando Manuel Marques Silva validou o questionário FANTÁSTICO para Portugal, assim e porque se enquadra perfeitamente no âmbito do meu projeto de tese, enquanto instrumentos privilegiados de recolha de informação, venho por este meio solicitar autorização para a utilização dos referidos instrumentos na dissertação que estou a realizar. Caso tenha interesse, comprometo-me a enviar-lhe os principais resultados a que chegarmos com o uso destes instrumentos na população-alvo (profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste).

Certa de um bom acolhimento da sua parte, subscrevo-me com elevada estima e consideração

Bragança, 24 de Setembro de 2016

Carlos Manuel Gonçalves Martiniano

Pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULSNE

copie para o Conselho de Ética
em 10 dias
4.10.2016

00607
10/10/16

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
Administração da Unidade Local
de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Reunio CA 13.10.2016
Cautela pelo o conteúdo. Toda a
parte burocrática de acordo per. Inf. Hospital
Velo Secaton

Dr Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

Carlos Manuel Gorgalves Martiniçano, Enfermeiro a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE encontrando-se a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema "Estilos de Vida Saudáveis dos Profissionais de Saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste", sob a orientação dos Profs Adília Fernandes e Manuel Brás, vem por este meio solicitar a V. Exma. autorização para aplicação do seu instrumento de colheita de dados nas Unidades de Saúde pertencentes à Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E, no período compreendido entre 20 de Outubro de 2016 e 20 de Fevereiro de 2017.

O presente projeto de investigação tem como objetivo apresentar um projeto de identificação dos estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na Unidade Local de Saúde do Nordeste. O instrumento de recolha de dados é constituído por questões sociodemográficas e clínicas, bem como pelo Questionário do Estilo de Vida Fantástico, que explora as componentes física, psicológica e social dos estilos de vida. A recolha de dados obedecerá aos pressupostos éticos consignados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Serão apresentados resultados descritivos e inferenciais e espera-se que os mesmos possam responder às questões de partida, atendendo aos objetivos formulados.

× O objetivo geral deste trabalho é identificar os estilos de vida de profissionais de saúde que trabalham na Unidade Local de Saúde do Nordeste, pelo que foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na Unidade Local de Saúde do Nordeste.

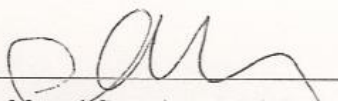
- Analisar as diferenças nos estilos de vida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas (e.g., sexo, estado civil, profissão, doença crónica).

Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Em anexo seguem ordenados os seguintes documentos: projecto de tese, consentimento informado, instrumento de colheita de dados.

Pede deferimento,

Bragança, 03 de Outubro de 16


Carlos Manuel Gonçalves Martiniano

Anexo III - Autorizações Concedidas

Autorização do autor do instrumento

----- Mensagem Original -----

Assunto:RE: pedido autorização utilização questionario
Data:2016-09-28 08:54
Remetente:"Armando" <armandos@esenfc.pt>
Para:<carlosm@iol.pt>

Muito bom dia enf. Carlos Manuel Gonçalves Martiniano,

Serve este email para autorizar a utilização do questionário pedido.

Agradeço depois os resultados do questionário com a população que vai estudar.

Att

Armando Silva

Autorização do Conselho de Administração da ULSNE

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 ULSNE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE	
REF: 15-13-17			
Exm ^o Senhor En ^o Carlos Manuel Gonçalves Martiniano Serviço de Medicina Intensiva Unidade Local de Saúde do Nordeste			
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE 03.10.2016	NOSSA REFERÊNCIA CA	DATA 17.10.2016

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação.

Em conformidade com o solicitado no seu requerimento de 03.10.2016, e referente ao pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação nas Unidades pertencentes à Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., informa-se V. Ex^a que foi autorizado, conforme despacho da reunião de Conselho de Administração de 13.10.2016.

Mais se informa que ficou deliberado que toda a parte burocrática seria suportada por si.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração
(Dr. Carlos Alberto Vaz)

Autorização da Comissão de Ética da ULSNE

Desde que os
profissionais de
nada há de
importar de
responder nada
a opor do
parto de vista
ético.

Boqueirão
10.16
1.º de Janeiro de 2016

Anexo IV - Projeto de Intervenção

Projeto de Intervenção Comunitária

FANTÁSTICO



FANTÁSTICO

1. Âmbito

O Projeto de intervenção comunitária “*FANTÁSTICO*” visa trabalhar/promover os estilos de vida dos profissionais de saúde, mercê dos resultados decorrentes do estudo realizado (diagnóstico de situação) diminuindo os fatores de risco que se podem encontrar associados a esses estilos de vida.

Refletindo sobre o impacto económico, social, humano e ambiental, existem fatores de risco que se assumem como um problema de saúde pública prioritário, multidisciplinar e transversal, como é o caso do sedentarismo, do consumo de substâncias e álcool, má qualidade do sono, hábitos, entre outros, que devem ser reduzidos, no sentido de potenciar uma melhor saúde física e psicológica. Neste sentido, o presente projeto de intervenção comunitária no seio de profissionais de saúde contempla intervenções específicas no âmbito da prevenção de comportamentos de risco que se associam a estilos de vida.

A designação do projeto prende-se com o recurso ao Questionário de Estilos de Vida *FANTÁSTICO* que avalia um conjunto de determinantes cujas iniciais resultam no referido nome.

2. Enquadramento

Os estilos de vida referem-se a um padrão de comportamentos, hábitos, atitudes e valores que se apresentam como relativamente estáveis e se encontram associados a determinados grupos de indivíduos (Matos, Simões, Canha, & Fonseca, 2000).

Milkkonen e Raphael (2010) sublinham que os estilos de vida se encontram associados a valores, motivações, oportunidades e questões específicas de natureza cultural, social e económica. Por conseguinte, não existe apenas um único estilo de vida, mas vários tipos que surgem em função do grupo no qual o indivíduo se insere e das suas próprias características individuais (Matos, 2005).

Neste contexto, os estilos de vida envolvem um conjunto de ações e pensamentos (e.g., relativos à educação, recreio/lazer, nutrição, família, higiene, segurança, hábitos, comportamentos de risco), que caracterizam cada indivíduo ou grupo de indivíduos e que são tidos como elementos estruturadores e requisitos fundamentais para a obtenção do bem-estar físico, psicológico, mental e social (Gonçalves & Carvalho, 2007).

Por conseguinte, a experiência dos indivíduos e os fatores associados ao envolvimento físico e social favorecem o desenvolvimento de comportamentos de risco ou atuam como fatores de proteção, pelo que o reforço de escolhas de vida saudáveis passa pela reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico (Elias, 2006). Mas, nem sempre isso é possível de ser feito, pois tal como a autora sugere, os indivíduos que se encontram em países social e economicamente mais privilegiados, possuem uma maior escolha na procura de estilos de vida saudáveis, enquanto os outros têm que se debater com questões fundamentais de sobrevivência, existência e direitos humanos.

Os estilos de vida encontram-se intimamente associados às questões de saúde, sendo importante fomentar padrões de comportamento individuais mais favoráveis, no sentido de prevenir doenças e promover a saúde (Pais & Cabral, 2003).

O conceito de saúde que tem vindo a ser unanimemente aceite, foi proposto em 1948, pela *World Health Organization* (WHO, cit. por Pais-Ribeiro, 2005) assumindo-a como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como decorrente da ausência de doença ou incapacidade. Nesta definição, foi ainda afirmado que estes seriam os aspetos considerados básicos para a felicidade, relações harmoniosas e seguras entre todas as

pessoas e que a saúde de todos os povos seria fundamental para se alcançar a paz e segurança (Pais-Ribeiro, 2005).

Todavia, na linha de pensamento de Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002), esta definição colocava a ênfase nos estados de saúde ao invés das categorias de doença ou mortalidade, que ocupam um lugar importante nas estatísticas de saúde. Assim, os autores consideram que, sob o ponto de vista prático, esta definição é estéril e inócua, sem grandes efeitos práticos para a maior parte dos profissionais de saúde, já que: (a) equiparava a saúde a três domínios do bem-estar; (b) seria o requisito para um bem-estar completo e assim, um ideal a que se deveria aspirar; (c) não sendo suficiente para desenvolver indicadores operacionais de saúde.

Na verdade, tal como assinala Pais-Ribeiro (2005), esta definição de saúde afirma a presença de determinadas características ao invés da ausência de outras, pelo que bastaria que uma pessoa fosse saudável se os resultados dos exames médicos fossem negativos, centrando-se no indivíduo de forma isolada e separada de outros indivíduos e do meio onde se insere.

Nesse sentido, a WHO (1986, cit. por Pais-Ribeiro, 2005) acrescenta outros elementos nesta definição, que permitem alargar o conceito de saúde, defendendo que esta é a extensão em que o indivíduo ou grupo é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como de modificar ou lidar com o meio envolvente. Acresceu ainda a ideia de que a saúde seria um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da qualidade de vida e não um objetivo de vida.

Assim, o conceito de estilos de vida encontra-se associado ao conceito de saúde e deve ser compreendido numa dimensão mais abrangente, que engloba os diversos padrões de vida dos cidadãos e o contexto cultural onde as dinâmicas sociais, psicológicas e antropológicas ocorrem (Matos *et al.*, 2000).

Consequentemente, os fatores associados ao estilo de vida (e.g., dieta alimentar, exercício físico, hábitos de consumo tabágico, de álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, entre outros), assumem-se como integrados, afetando a probabilidade de uma pessoa sofrer uma doença e de sobreviver caso se encontre doente (Matos, 2005).

A preocupação com a saúde e com os estilos de vida das populações em geral têm assumido relevância empírica. A Direção Geral de Saúde (DGS, 2012), por exemplo,

refere que mais de 50% da população mundial será obesa em 2025, se a intervenção não for feita, já que ela é considerada uma epidemia do século XXI, devido a estilos de vida sedentários.

Também o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes de Saúde relacionados com os Estilos de Vida, refere que as doenças crónicas se associam a estilos de vida individuais, com especial enfoque para o consumo de tabaco, obesidade, erros alimentares, consumo excessivo de álcool, inatividade física e gestão não adequada do *stress* (DGS, 2003).

O Relatório Europeu de Saúde (WHO, 2005) sublinha que a diferença das doenças observada nos diferentes países, se deve a fatores de risco, de entre os quais destaca o tabaco, álcool, pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso, reduzida ingestão de fruta e vegetais e inatividade física. Posteriormente, o Relatório Europeu de Saúde, anos mais tarde (WHO, 2009) veio reforçar que os comportamentos e estilos de vida modernos continuam a ser responsáveis pelo crescimento de doenças crónicas e doenças como obesidade, hipertensão e diabetes, acrescentando que só na Europa, 60% das doenças se devem aos estilos de vida e fatores de risco assinalados no relatório de 2005.

Os profissionais de saúde, pelo facto de desenvolverem uma atividade profissional exigente, encontram-se expostos a variados fatores de risco, pelo que diversos estudos têm mostrado que a deterioração da saúde também atinge estes profissionais (Ruíz & Ríos, 2004; Gil-Monte, 2005).

Assim, os profissionais de saúde (e.g., médicos, enfermeiros) encontram-se expostos a múltiplos fatores de risco (e.g., qualidade do sono, inatividade física, *stress* e *burnout*) que acarretam múltiplas consequências, que podem ser resumidas em três grupos (Maslach *et al.*, 2001; Gil-Monte, 2005):

- Consequências que incidem sobre a saúde física, como alterações cardiovasculares (e.g., hipertensão, doença coronária): fadiga crónica, cefaleias, alterações gastrointestinais (e.g., dores abdominais, cólon irritável, úlcera duodenal), alterações respiratórias (e.g., asma), alterações de sono, dermatológicas, menstruais, disfunções sexuais e dores musculares ou articatórias);
- Consequências que incidem sobre a saúde psicológica (e.g., alterações emocionais): ansiedade, depressão, irritabilidade, disforia, baixa autoestima, falta de motivação, baixa

satisfação profissional, dificuldades de concentração, distanciamento emocional, sentimentos de frustração profissional e desejos de abandonar o trabalho;

- Consequências relacionadas com o âmbito laboral (e.g., alterações comportamentais): absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de comportamentos violentos, comportamentos de elevado risco, alterações de comportamento alimentar, diminuição de produtividade, falta de competência e deterioração da qualidade do serviço.

É neste sentido que surge o presente projeto de intervenção. Os profissionais de saúde têm como principal papel, na sua atividade profissional, aconselhar os pacientes a empreenderem estilos de vida saudáveis e a evitarem a exposição a determinados fatores de risco que possam afetar a sua saúde. Assim sendo, este tema, enquadrado âmbito da Unidade Curricular Estágio I e II, suscitou-nos curiosidade em saber se estes profissionais de saúde empreendem estilos de vida saudáveis.

2.1. Resultados do Diagnóstico

O estudo de diagnóstico de saúde teve como principal objetivo identificar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), sendo que foram colocadas duas questões de partida que serviram de orientação – *Os profissionais de saúde da ULSNE possuem estilos de vida saudáveis?* e *Quais as variáveis associadas aos estilos de vida destes profissionais?*

O diagnóstico realizado integrou **305** profissionais de saúde, da ULSNE, tendo-se considerado os seguintes critérios de inclusão: (a) o facto de serem profissionais no ativo aquando da realização da investigação e (b) aceitarem participar no estudo. Como se trata de uma população de grande dimensão (cerca de 1061 profissionais), recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência.

Os participantes podem ser caracterizados da seguinte forma: a maioria dos profissionais de saúde (n=218; 71,5%) pertence ao sexo feminino; apresenta uma média etária de 41,35 anos ($Dp=9,97$), tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 65 anos de idade; casado ou está em união de facto (n=197; 64,6%); com licenciatura (n=232; 76,1%); a exercer enfermagem (n=177; 58%); com uma média de 16,50 anos de serviço ($Dp=9,67$), tendo o mais recente 1 ano e o mais antigo 45 anos de serviço e, na sua maioria (n=256; 83,9%) sem doença crónica.

Os principais resultados permitiram classificar os profissionais de saúde como maioritariamente detentores de um estilo de vida “muito bom”, espelhando que os comportamentos que exibem influenciam adequadamente a sua saúde global. Apesar de esta ter sido a conclusão geral em função dos resultados encontrados, numa análise mais detalhada das respostas dos profissionais de saúde foi possível identificarem-se alguns comportamentos de risco, embora em menor percentagem, que não deixam de ser preocupantes. Por conseguinte, esses comportamentos podem ser assim resumidos:

- 17,1% dos profissionais de saúde não possui com quem falar e 18,4% quase nunca recebe e dá carinhos/afetos;
- 30,2% dos profissionais não caminha pelo menos 30 minutos diários e 43,3% não faz exercício físico, ou se o faz, é apenas uma vez por semana;
- 6,9% dos profissionais de saúde não tem uma alimentação equilibrada com verduras e frutas diárias, pelo que 66% dos profissionais ultrapassou o seu peso ideal e 33,7% em mais de 5 kg;
- 23,6% destes profissionais é fumador, consumindo entre 1 a 22 cigarros por dia;
- 4,6% dos profissionais de saúde consome mais 8 bebidas alcoólicas; 1,3% refere fazê-lo frequentemente; 2,6% assinala consumir substâncias psicoativas; 17% recorre a medicação não sujeita a receita médica e 32,5% consome mais de três bebidas com cafeína por dia;
- 9,5% dos profissionais de saúde não dorme bem nem se sente descansado e 8,5% não consegue relaxar nem desfrutar do seu tempo livre;
- A maioria dos profissionais de saúde anda frequentemente acelerado e/ou atarefado; sente-se agressivo e/ou aborrecido, muito embora esteja feliz com o seu trabalho e atividade;
- 96,7% dos profissionais de saúde considera-se otimista e positivo; 97% sente-se frequentemente tenso ou oprimido e 45,9% afirma sentir-se triste ou deprimido;
- Grande parte dos profissionais assinala que quase nunca realiza exames médicos de rotina para avaliar o seu estado de saúde; que quase nunca conversa com o(a) parceiro(o) e/ou família sobre temas da sexualidade e, no seu comportamento sexual, preocupa-se sempre com o bem-estar e proteção do(a) parceiro(a);

- Grande parte dos profissionais de saúde utiliza sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária, bem como refere sempre que respeita as regras de segurança rodoviária.

Considerando as variáveis que possuem impacto nos estilos de vida destes profissionais, os principais resultados sugerem que os estilos de vida destes profissionais se mostram influenciados pelo sexo, estado civil, escolaridade, profissão, anos de serviço e doença crónica. A idade não apresentou influência significativa nos estilos de vida destes profissionais.

3. Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na Intervenção Comunitária e Saúde Pública. Integra-se nas diretrizes da OMS (WHO, 2005, 2009) e da DGS (DGS, 2003, 2012), bem como nas competências específicas do EEEC, preconizando a intervenção na comunidade, prevenindo doenças que poderão surgir de estilos de vida não saudáveis e promovendo uma cultura global que contrarie a exposição a fatores de risco.

No decurso da revisão bibliográfica realizada, não foram encontrados estudos que abordam os estilos de vida de profissionais de saúde no distrito de Bragança, nem em outros locais de Portugal. Todavia, foi possível observar-se um conjunto de estudos que se debruçam sobre fatores de risco no seio destes profissionais, preconizados um pouco por todo o país. Apesar de não serem muito abundantes, identificamos os seguintes estudos:

- Estudos sobre o *burnout* e *stress* em profissionais de saúde (e.g., Gomes, Melo, & Cruz, 2000; Frasilho, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b; Sá, 2004, 2008; Oliveira, 2008; Oliveira & Queirós, 2009; Costa, 2009; Jesus, 2009; Cumbe, 2010; Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; Caramelo, 2010; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Andrade, 2011);
- Estudos sobre tabagismo nos profissionais de saúde (e.g., Costa, 2006; Ramos, 2008; Amorim, 2014);
- Estudos sobre qualidade do sono em profissionais de saúde (e.g., Basto, 2009; Costa, 2012; Magalhães, 2012).

4. Organização e Parcerias

Gestor/Coordenador do projeto: Enfermeiro Carlos Manuel Gonçalves Martiniano, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cliente/Utilizador: Profissionais de saúde da ULSNE.

Intervenientes:

- Profissionais de saúde da ULSNE
- Responsável pelo Projeto: Enfermeiro Carlos Martiniano
- Equipa multidisciplinar da ULSNE de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela bem como dos Centros de Saúde do Distrito.
- Parcerias:
 - ✓ Instituto Politécnico de Bragança (IPB) – Escola Superior de Saúde (ESS) - Prof. Dr. Manuel Brás, Prof. Dra. Adília Fernandes e Prof. Dra. Augusta Mata.
 - ✓ Departamento de Formação Contínua da ULSNE;
 - ✓ Estudantes do Mestrado de Saúde Comunitária;
 - ✓ Departamento de Psicologia do IPB
 - ✓ Departamento do Desporto do IPB
 - ✓ Autarquias locais
 - ✓ Departamento da Cultura, Educação e Ação Social da CMB
 - ✓ Departamento do Desporto e Juventude da CMB
 - ✓ Serviços Públicos e Privados

Sujeitos das ações: profissionais de saúde

Níveis de intervenção: primária e promoção da saúde na redução de comportamentos de saúde não salutareis

Caráter das ações: dirigidas aos profissionais de saúde, seus familiares e comunidade.

5. Período de Intervenção

Início: julho de 2017

Fim: julho de 2019

6. Plano de Ação

Num primeiro momento, as várias Unidades da ULSNE foram contactados, no sentido de se apresentarem os resultados do estudo e objetivos do projeto de intervenção, solicitando a sua autorização para que o mesmo pudesse ser realizado nesses contextos ao longo do tempo previsto. Após o contacto, foi definida a forma de intervenção, para que esta não interferisse com a atividade diária dos profissionais de saúde. A estes, foi dada indicação dos objetivos do estudo de diagnóstico em saúde, bem como salvaguardados os princípios éticos e deontológicos associados, sublinhando-se a natureza confidencial e anónima dos dados recolhidos, bem como a natureza voluntária da sua participação.

Foram clarificadas todas as dúvidas que surgiram durante o preenchimento do instrumento de recolha de dados. Após o preenchimento os questionários foram colocados numa pasta aleatoriamente, para se evitar a possibilidade de identificação dos mesmos.

Os dados dos questionários foram analisados e validados em função da sua elegibilidade (e.g., todas as respostas assinaladas) e introduzidos no programa estatístico S.P.S.S. (*Statistical Package for the Social Sciences*) e extraídos os principais resultados com vista à sua análise.

Num segundo momento e, em função dos resultados obtidos, foram definidas as atividades de intervenção nas problemáticas evidenciadas pelos profissionais de saúde, com vista à sua redução, pelo que em seguida se apresenta o Plano de Ação previsto para o presente Programa de Intervenção.

Em seguida encontra-se sistematizado o Plano de Ação previsto para o Programa de Intervenção Comunitária.

Projeto *FANTASTICO*

Objetivo Geral: Identificar os estilos de vida dos profissionais de saúde da ULSNE; reduzir os comportamentos de risco associados a esses estilos de vida e conhecer o impacto da intervenção comunitária na redução de comportamentos de risco destes profissionais.

População-alvo: Profissionais de saúde da ULSNE

Objetivos específicos	Atividades	Local	Ações previstas	Data
Efetuar reuniões de esclarecimento e sensibilização (todos os parceiros), com os profissionais da ULSNE	Realização de reuniões de esclarecimento e sensibilização com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) da ULSNE motivando para a sua participação no projeto de intervenção; Execução de ações de sensibilização todos os participantes e outros interessados, no sentido da adoção de comportamentos saudáveis.	ULSNE	4	Set a Dez 2017
Efetuar ações sensibilização na comunidade dos profissionais de saúde .	Realização de sessões de educação para a saúde sobre a temática de estilos de vida saudáveis e seus benefícios para todos, nomeadamente para os próprios profissionais de saúde, enquanto responsáveis pela saúde.	ULSNE	10	Set a Dez 2017
Desenvolver a divulgação do projeto nos meios de comunicação locais (rádio, jornais, boletins informativos e <i>outdoors</i>).	Divulgação do projeto e sensibilização sobre a temática nos meios comunicação locais (rádio, jornais e boletins) e através de <i>outdoors</i> , podendo envolver todos os profissionais da ULSNE.	Freguesias do concelho	-	Set 2017

6.1. Planeamento das Sessões de Intervenção

Sessão	Área de intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Duração	Local
1	Estilos de vida	1. Definição 2. Sua relação com a saúde 3. Promoção da saúde	Carlos Martiniano (Enf.)	set e out 2017 e 2018	2H	
2	Determinantes I	1. Exercício físico 2. Nutrição 3. Rede social e familiar 4. Trabalho e tipo de personalidade	Equipa multidisciplinar dos centros de saúde	Nov de 2017 e 2018	2H	
3	Determinantes II	5. Consumo de Tabaco, álcool e outras drogas 6. Gestão de <i>stress</i> 7. Qualidade do sono 8. Comportamentos de Saúde e Sexuais	Departamento de Formação Contínua da ULSNE ESS-IPB Estudantes do Mestrado em Saúde Comunitária	Jan e fev 2018 e 2019	2H	ULSNE
4	Redução dos comportamentos de risco	1. Comportamentos de risco 2. Ensino de estratégias de <i>coping</i> 3. Ensino de técnicas de relaxamento/respiração 4. Construção de redes de suporte de escuta ativa	Dep. Psicologia do IPB Departamento do desporto do IPB Departamento do desporto e juventude da CMB	Mar e abr 2018 e 2019	2H	

7. Avaliação

A avaliação será realizada pelo Gestor/Coordenador do Projeto de Intervenção Comunitária, a partir dos indicadores de estrutura, de processo, de resultado e de desempenho.

Os **indicadores de estrutura** dizem respeito aos recursos materiais e humanos, que serão avaliados ao longo da implementação do projeto de intervenção.

Recursos Humanos	Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa do projeto ▪ Profissionais de saúde ▪ Equipa multidisciplinar de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de formação ▪ Material informático e audiovisual ▪ Computador portátil ▪ Videoprojector ▪ Tela de projeção ▪ Panfletos/folhetos de divulgação ▪ Outro material para as atividades/sessões

Os **indicadores de processo** estão ligados ao planeamento e à implementação de cada atividade proposta e serão avaliados ao longo do projeto, no sentido de se aferir a sua eficácia.

Indicadores de processo

- Tempo para planeamento de cada atividade
- Tempo para realização de cada atividade
- Avaliação de cada atividade
- Percentagem de ações desenvolvidas
- Índice de participação da população-alvo nas atividades

Os **indicadores de resultado** vão ser avaliados em 2019, através da realização de uma investigação com características idênticas a esta.

Os **indicadores de desempenho** serão aferidos ao longo do processo de intervenção, atendendo à planificação das atividades previstas e à participação da população-alvo.

Indicadores de desempenho

- Adesão dos profissionais perante o projeto de intervenção
- Participação dos profissionais de saúde no projeto de intervenção
- Cumprimento de todos os objetivos previstos
- Cumprimento das atividades previstas
- Tomadas de decisão ajustadas aos obstáculos e limitações que possam surgir
- Impacto geral do programa de intervenção

Referências Bibliográficas

- Amorim, S. (2014). *Intervenção breve no tabagismo: Abordagem clínica dos médicos portugueses*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Andrade, P. (2011). *Promoção do savoring em equipas de enfermagem: Aumento do engagement e prevenção de burnout*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Basto, M. (2009). Qualidade do sono, cronótipos e estados emocionais: O caso de enfermeiros portugueses que trabalham por turnos. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 49-60.
- Caramelo, R. (2010). *Síndrome de burnout e a sua relação com o trabalho dos médicos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Mathers, C., & Murria, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Consultado em <http://www.who.int/healthinfo/paper45.pdf>
- Costa, A. (2006). Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto Motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 27-38.
- Costa, A. (2012). *Médicos, sono e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Costa, M. (2009). *Burnout nos médicos: Perfil e enquadramento destes doentes*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásicas em serviços de oncologia*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.

- Direção Geral da Saúde (2003). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Consultado em http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012). *Plataforma de luta contra a obesidade*. Consultado em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113.
- Elias, J. (2006). *Hábitos desportivos e estilos de vida na adolescência: Uma análise sociodemográfica. Um estudo em adolescentes escolares da região do Algarve*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Frasquilho, M. (2003a). Eu sou actor do meu stress. *Segurança*, 154, 28-30.
- Frasquilho, M. (2003b). Stress e médicos: sal da vida ou morte anunciada?. *Mundo Médico*, 27, 60-63.
- Frasquilho, M. (2005a). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Frasquilho, M. (2005b). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: Prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 89-98.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gonçalves, A., & Carvalho, G. (2007). *Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga)*. Consultado em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6693/1/Estilos%20de%20vida.pdf>

- Jesus, T. (2009). *Burnout e engagement dos técnicos de ambulância de emergência do instituto nacional de emergência médica*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Magalhães, A. (2012). *Gestão para a saúde: Impacto dos hábitos de sono no desempenho profissional em âmbito hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Consultado em http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- Oliveira, M. (2008). *Burnout e emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto*. Porto: Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.
- Oliveira, M., & Queirós, C. (2009). Burnout e estado emocional em médicos. In C. Sequeira, I. Ribeiro, J. Carvalho, T. Martins, & T. Rodrigues (Coord.), *Saúde e qualidade de vida em análise* (pp.149-161). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pais, M., & Cabral, V. (2003). *Estudo sobre comportamentos de risco*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ramos, (2008). *Conhecimentos, comportamentos e responsabilidade ética dos profissionais de saúde face ao tabagismo*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros que exercem em contextos

hospitalares. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Braga: Universidade do Minho.

Sá, L. (2004) Do stress ao burnout em enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*, 31, 14-37.

Sá, L. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

World Health Organization (2005). *European health report: Public health action for healthier children and populations*. Consultado em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf

World Health Organization (2009). *European health report: Health and health systems*. Consultado em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf

Anexo V - Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de
Cuidados da Comunidade - Centro de Saúde da Sé
- ULSNE**

Carlos Manuel Gonçalves Martiniano

N.º Enf. 11589

Bragança, março de 2017

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de
Cuidados da Comunidade - Centro de Saúde da Sé
- ULSNE**

Carlos Manuel Gonçalves Martiniano,

N.º Enf. 11589

Orientadores

Prof. Doutora Adília maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Manuel Brás

Bragança, março de 2017

Lista de Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CDP – Consulta de Diagnóstico Pneumológico

CRI – Centro de Respostas Integradas

CS – Centro de Saúde

CSP – Centro de Serviços Partilhados

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ESS – Escola Superior de Saúde

IGRA – *Interferon Gamma Realease Assay*

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PELT – Programa Escolar Livre de Tabaco

PPD – *Purified Protein Derivative*

PRESS – Programa Regional de Educação Sexual

SVIG - TB – Sistema Português de Farmacovigilância da Tuberculose

TOD – Toma de Observação Direta

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNE – Unidade de Saúde Local Nordeste

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Índice

Introdução	134
1. Âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública	135
1.1. Centro de Saúde da Sé	136
2. Descrição/análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas	141
2.1. Atividades desenvolvidas	141
3. Notas Finais e Reflexão Crítica	150
Referências	153
Anexos	155
Anexo I - Calendarização das Principais Atividades	156

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular - Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), elaborou-se este Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

O objetivo principal do Estágio é proporcionar a oportunidade de aquisição de competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária (EEEC), através do desenvolvimento e envolvimento num conjunto de atividades de cariz comunitário.

O primeiro estágio decorreu entre o dia 07 de março de 2016 a 08 de julho de 2016, num total de 160 horas e o segundo decorreu entre o dia 23 de setembro de 2016 e o dia 10 de fevereiro de 2017, no Centro de Saúde da Sé, em Bragança, perfazendo um total de 420 horas, conforme previsto no plano curricular.

Assim, a concretização deste Relatório de Estágio tem como objetivos:

- 1 Descrever as experiências vivenciadas e as informações assimiladas ao longo do estágio, bem como refletir sobre as competências específicas adquiridas associadas ao EEEC.
- 2 Refletir sobre as atividades realizadas.

A estrutura deste relatório segue o modelo base fornecido no Plano Curricular, nomeadamente uma introdução que pretende enquadrar o âmbito da realização do relatório produzido; o enquadramento da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; caracterização do local de estágio e das atividades desenvolvidas ao longo do mesmo; reflexão crítica sobre as aprendizagens, principais constrangimentos e oportunidades vivenciadas, bem como uma conclusão final reflexiva relativamente às atividades e competências adquiridas.

Este relatório assenta numa metodologia de análise descritiva, crítica e reflexiva de investigação-ação, seguindo a linha de orientação presente no Guia Orientador de Estágio e o Plano Curricular.

1. Âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública centra-se, sobretudo, na comunidade. Neste sentido, o EEEEC deve, através dos seus conhecimentos e da sua experiência clínica, ter capacidade de dar resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos, nos cuidados de saúde primários.

Perante os problemas de saúde pública colocados pelos cidadãos e através de uma avaliação multicausal, segundo o Regulamento das Competências específicas do EEEEC (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro), estes profissionais têm competências para a elaboração e desenvolvimento de programas de intervenção para a capacitação e *empowerment* das comunidades, com vista à promoção da saúde coletiva e exercício da cidadania.

Por conseguinte, existem múltiplos contextos de atuação, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, não descurando a avaliação dos resultados obtidos segundo a interação com as comunidades e os seus recursos.

Detendo responsabilidade para a identificação das necessidades e assegurando a continuidade dos cuidados, os EEEEC evidenciam-se nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro).

No âmbito da avaliação de competências, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e conseqüente Título de Especialista, este relatório demonstra várias ações realizadas, que se encontram alinhadas com os pilares das competências pretendidas.

Segundo o Regulamento n.º 128/2011 (art.º 4, p. 8667), existem quatro grandes competências:

- 1 Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- 2 Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- 3 Integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a consolidação destas competências, o Plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESS do IPB preconiza a realização de um estágio com os seguintes objetivos:

- 1 Elaborar um diagnóstico da Situação de Saúde de uma População/Comunidade;
- 2 Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde;
- 3 Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- 4 Integrar as intervenções nos Planos de Atividades da Unidade de Saúde Pública, com base no diagnóstico da Situação de Saúde.

1.1. Centro de Saúde da Sé

O CS de Bragança, integrado na ULSNE, é constituído por duas unidades:

- A Unidade da Sé, que se localiza na Rua Engenheiro Adelino Amaro da Costa e possui uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma USP;
- A Unidade de Santa Maria, que se localiza na Avenida Cidade de Leon e integra, também, uma UCSP e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A Unidade da Sé possui um horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 20:00, tendo a UCSP e uma USP (Figura 1).



Figura 1. Centro de Saúde da Sé, Bragança

Fonte: Retirado em <http://www.ulsne.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/centro-de-saude-de-braganca-i-se/>

Na UCSP, são realizados atendimentos de consulta programada; consultas de vigilância de grupos vulneráveis (e.g., Saúde da Mulher, Planeamento Familiar, Pré-Concepcional; Saúde Materna, Revisão Puerpério e Saúde Infantil e Juvenil); consultas de vigilância a grupos de risco (e.g., hipertensos, diabéticos, dislipidémia, idosos, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica - DPOC); consultas de rastreio (e.g., cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro colo-retal e retinopatia diabética); consulta aberta; administração terapêutica/tratamentos e vacinação, bem como outras valências (e.g., radiologia, psicologia, medicina dentária, podologia, nutrição e serviço social)².

De acordo com o Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro (p. 6053) a USP tem um papel crucial na administração da saúde da população abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A esta Unidade compete, na área geodemográfica do ACES em que se encontra inserida:

² Retirado em <http://www.ulsne.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/centro-de-saude-de-braganca-i-se/>

Elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.

A autoridade de saúde a nível dos ACES integra-se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de saúde pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde.

Na USP são desenvolvidas funções executivas nas áreas do Planeamento da Saúde, na Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Programas e Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença da população, Autoridade de Saúde, Laboratório Regional de Saúde Pública e Observatório Regional de Saúde.

Numa perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar, esta Unidade promove a potenciação das competências de cada grupo profissional e contribui, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação às necessidades em cuidados de saúde (...) assegurar os recursos técnicos e matérias (...). (Grupo Consultivo para a Reforma dos Centros de Saúde Partilhados [CSP], 2009, citado por Ferreira, 2010, p. 21).

Este departamento de Saúde Pública tem como objetivos operacionais a implementação do Plano Nacional de Saúde; promover o diagnóstico da infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA); promover o programa “Autoestima”, direcionado a trabalhadores sexuais; promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação/vacinação contra a gripe sazonal; avaliar o impacto do Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE); avaliar o impacto do Programa Regional de Educação Sexual (PRESS); avaliar o impacto do Programa Escolar Livre de Tabaco (PELT) e, finalmente fazer a Promoção da Saúde e Prevenção da doença no Estabelecimento Prisional de Izeda e Bragança, no âmbito da coordenação da Luta Contra a Tuberculose.

Esta USP diferencia-se pelos objetivos a que se propõe, que por sua vez tem como alicerce os programas já implementados, nomeadamente a Coordenação da vacinação a nível distrital sob a responsabilidade de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Saúde Ocupacional e Saúde Escolar. O Laboratório de Saúde Pública parte integrante desta USP, é onde são realizadas as análises a amostras de águas, esfregaços de alimentação nas escolas e lares. Fazem também parte do programa a análise de ondas de calor e de frio, de ruídos, entre outros. Enquadra ainda a Consulta do Viajante, em Macedo de Cavaleiros, assim como os Rastreios de VIH na Unidade Móvel, percorrendo as aldeias e trabalhadoras sexuais.

Os profissionais de saúde que integram o CS da Sé desenvolvem a sua atividade ao nível da intervenção comunitária, em articulação com várias instituições e setores comunitários.

A equipa multidisciplinar é constituída por 22 profissionais, sendo 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária; 3 médicos especialistas em Saúde Pública que acumulam funções na delegação de saúde do distrito; 4 administrativos, 1 psicóloga; 10 técnicos de saúde ambiental que se encontram espalhados pelo distrito e 2 internos da especialidade de saúde pública.

A USP tem a sua sede no edifício do CS da Sé, em Bragança e tem a seguinte infraestrutura física:

1 gabinete de juntas médicas

1 gabinete de enfermagem

2 gabinetes administrativos

3 gabinetes de saúde ambiental

1 sala de delegação de saúde de Bragança

2 arrumos

1 casa de banho

1 gabinete dos internos

1 gabinete da coordenadora da USP

Para além disso, existe ainda um gabinete de SP em Macedo de Cavaleiros e em Mirandela.

2. Descrição/análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas

Neste ponto descrevem-se e analisam-se, de forma crítica e reflexiva, as atividades que foram realizadas na Unidade da Sé, local onde o estágio decorreu, sob a orientação de uma EEEC.

2.1. Atividades desenvolvidas

Durante o período de estágio foi possível o envolvimento e desenvolvimento de múltiplas atividades inerentes aos programas que fazem parte da USP. Após o reconhecimento da orgânica da Unidade, valências e programas existentes, bem como a dinâmica circunstancial e população envolvente, o nosso interesse despertou para o Programa de Saúde Escolar, apoio a Trabalhadoras Sexuais (Programa Autoestima) e para a Consulta de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

O interesse pelo Programa de Saúde Escolar surgiu pelo facto de se tratar de um programa vocacionado para uma população vulnerável, sujeita a inúmeras doenças infetocontagiosas, pelo que a vigilância e a prevenção constituem-se em ações interventivas importantes. No âmbito deste Programa o rastreio de diagnóstico de doenças infetocontagiosas é realizado nas escolas, sendo que após o diagnóstico confirmado iniciam-se as ações de profilaxia à população dessa comunidade.

A nossa intervenção ampliou-se com o envolvimento no apoio às Trabalhadoras Sexuais. Nestas intervenções procede-se à distribuição de panfletos e folhetos informativos, bem como material preventivo, esclarecimento sobre doenças ginecológicas, realização de testes de VIH em articulação com o Programa de Troca de Seringas na Unidade Móvel que opera em pontos estratégicos da cidade de Bragança e nas aldeias.

Paralelamente foram atividades associadas à CDP. Segundo a Direção Geral de Saúde (2015) em 2014, foram notificados 2 264 casos de tuberculose, dos quais 2 080 eram novos casos, representando uma taxa de incidência de cerca de 20%. Os distritos do Porto, Lisboa, Setúbal e Algarve apresentaram incidências intermédias da doença (≥ 20 e ≤ 50), não se tendo encontrado nenhum distrito com alta incidência (≥ 50). Cerca de 862 doentes com tuberculose apresentaram comorbilidades reconhecidas como de risco

para a tubérculos, sendo as mais representativas a infecção por VIH (13,3%), a diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão (5,3%) e a DPOC (5,1%).

A tuberculose é assumida como um problema de Saúde Pública e de Declaração Obrigatória e, em Portugal, esta doença apresenta taxas de incidência elevadas por comparação a outros países da Europa Ocidental. Esta doença pode afetar vários órgãos, mas, essencialmente, afeta os pulmões e é considerada uma doença de monitorização em Saúde Pública por ter características infetocontagiosas. Através dos dados do Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG - TB), em 2012, cerca de 14% dos doentes com tuberculose apresentava dependências ativas, de pelo menos, uma substância ilícita (Correia, Seabra, Silva, & Duarte, 2014)

A população observada para efetuar rastreio de Tuberculose e Doenças Respiratórias são essencialmente os grupos considerados de risco, no âmbito de pesquisa de sintomas e diagnóstico de patologias. Esta população abrange:

- Reclusos do Estabelecimento Prisional de Izeda;
- Reclusos do Estabelecimento Prisional de Bragança;
- Doentes Autoimunes (e.g., artrite reumatoide, doença de Crown) inseridos no Centro de Respostas Integradas (CRI).

Para além da população considerada de risco, ainda são referenciados para o CDP, os doentes com um diagnóstico prévio pelo médico de família ou em rastreios de contato.

Os principais objetivos desta atividade consistem:

- Na vigilância Epidemiológica da população da área de Bragança;
- No levantamento de casos de doença importantes na área da Saúde Pública que afetam a população.

No decorrer do estágio, houve a oportunidade de presenciar a dinâmica e funcionalidade da USP. O Programa implementado no apoio à comunidade pela Unidade Móvel caracteriza-se pela distribuição e recolha de material perfuro-cortantes, como seringas e agulhas, às populações críticas em zonas estratégicas da cidade.

Devido ao interesse do tema participamos igualmente nas consultas de CDP no CS de Bragança, Unidade de Santa Maria. O departamento da CDP realiza consultas às segundas-feiras de manhã no CS de Santa Maria e às quintas-feiras à tarde.

Sob orientação de outra EEEC foi possível observar um cuidado particularizado aos doentes que chegam à consulta, a forma como estes são acolhidos e acompanhados com profissionalismo ao longo do seu tratamento. Nesse sentido, em seguida são apresentadas as diferentes etapas programadas neste tipo de intervenção:

- Para cada utente admitido é realizado o levantamento da sua história clínica na primeira consulta de CDP, para se proceder ao seu seguimento;
- O rastreio é efetuado através do preenchimento de um Inquérito de Sintomas e realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) como Raio X ao tórax e o teste cutâneo para tuberculose, denominado de prova de tuberculina, Prova de Mantoux ou teste de Purified Protein Derivative (PPD), que revela se o indivíduo alguma vez foi infetado pela bactéria que causa a tuberculose. Este teste consiste na injeção de proteínas derivadas da bactéria da tuberculose, na pele do antebraço. Cerca de dois a três dias depois, observa-se o local da injeção. O inchaço e vermelhidão indicam, regra geral, um resultado positivo. As infeções provocadas por estas bactérias podem estar ativas ou inativas.
- Pelo facto de o teste da tuberculina não distinguir, quando positivo, se a infeção está ativa ou inativa, recorre-se a outros exames complementares de diagnóstico, nomeadamente através de colheitas de expetoração para análise, no sentido de uma confirmação. No entanto, a tuberculose pode ser ou estar numa fase latente, sendo feita, também, para confirmação, colheita de sangue para o Teste IGRA (Interferon Gamma Realease Assay);
- Na doença diagnosticada existem diferentes tipos de tuberculose;
- Nas consultas de CDP os doentes são observados de 15 em 15 dias no 1º mês e depois passam a ser seguidos mensalmente;
- A atuação mais frequente dos rastreios é efetuada nos Estabelecimentos Prisionais, onde existe um maior número e concentração de grupos de risco;
- A medicação a administrar nos casos confirmados da doença, são os Tuberculostáticos. Os medicamentos de primeira linha utilizados são: Rifampicina, Pirazinamida, Esoniazida e Etambutol. O tratamento inicial tem uma duração de 2 a 3 meses. Participamos na distribuição da Toma de Observação Direta (TOD) aos doentes na consulta de CDP;

- A segunda fase do tratamento é feita com o medicamento antibiótico: Rifinant e a duração do tratamento oscilando no mínimo de 4 até 12 meses, dependendo do tipo de tratamento que o paciente necessite de fazer;
- Os esquemas de segunda e terceira linha de tratamento também podem ser utilizados, nomeadamente com Vancomicina, Levofloxacina e Ciprofloxacina para além do Rifinant.

No âmbito deste Programa existe um protocolo nos grupos de risco, realizado entre os Estabelecimentos Prisionais de Bragança e Izeda e o CRI.

Perante esta problemática acentuada em populações de risco, não se pode descurar que a população em geral também corre risco de ser infetada e, até mesmo, ser portadora desta doença. Pelo facto de a população geral não ser considerada de risco, usufrui de menos vigilância, sendo mais difícil de os profissionais de saúde detetarem a presença e tuberculose, podendo esta passar facilmente despercebida. Esta pode ser só detetada e diagnosticada numa fase já avançada, quando os doentes recorrerem aos cuidados de saúde por manifestação de sintomas e sinais, sem melhoria clínica.

Participamos ativamente em outras atividades cuja calendarização se encontra no Anexo I.

Paralelamente a estas atividades, desenvolvemos um estudo de diagnóstico com o intuito de identificar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na ULSNE, tendo sido definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar os estilos de vida dos profissionais de saúde que trabalham na ULSNE.
2. Analisar as diferenças nos estilos de vida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas (e.g., sexo, estado civil, profissão, doença crónica).

Consideramos que esta atividade foi fundamental pois permitiu-nos reposicionar o nosso olhar, uma vez estamos habituados, na nossa prática profissional, a olhar para os utentes, suas famílias e comunidade, colocando para segundo plano as vivências daqueles que prestam variados cuidados de saúde ao indivíduo, suas famílias e comunidade. Por outro lado, estes profissionais realizam ações de prevenção na sua

prática diária e recomendam, sistematicamente, um conjunto de comportamentos que visam a saúde dos seus doentes, esperando-se que haja uma congruência entre aquilo que eles recomendam e aquilo que eles próprios concretizam nas suas vidas (Sanabria-Ferrand, González, & Urrego 2007; Pasquier, 2015).

E é neste contexto que acreditamos que este trabalho de diagnóstico se afigurou pertinente, por diversas razões. Em primeiro lugar, pelo facto de não se ter encontrado, na diversa literatura consultada, investigações sobre os estilos de vida nos profissionais de saúde, havendo, portanto, uma lacuna neste âmbito. Em segundo, porque nos apercebemos, através da leitura de diversos estudos, que os profissionais de saúde são considerados um grupo de risco pela natureza do trabalho que desenvolvem, logo seria interessante verificar a realidade que os caracteriza e que vai para além da sua vida profissional. Em terceiro, porque, enquanto profissional de saúde, defendemos a ideia de que qualquer mudança a ser realizada deve iniciar-se a partir da auscultação de uma realidade, para depois se poder intervir de forma ajustada e congruente com as necessidades encontradas.

A importância do estudo dos estilos de vida e do seu impacto na saúde assume particular relevância quando se começa a assumir que as principais causas de morte ocorrem não devido aos processos infecciosos, mas também a fatores ambientais, que se influenciam reciprocamente (Sorenson & Steckler, 2002).

Neste sentido, parecem existir vários tipos de estilos de vida que surgem em função do grupo no qual o indivíduo se insere e das suas próprias características individuais (Matos, 2005). Milkkonen e Raphael (2010) sublinham que os estilos de vida se encontram associados a valores, motivações, oportunidades e questões específicas de natureza cultural, social e económica.

Neste contexto, os estilos de vida envolvem um conjunto de ações e pensamentos (e.g., relativos à educação, recreio/lazer, nutrição, família, higiene, segurança, hábitos, comportamentos de risco), que caracterizam cada indivíduo ou grupo de indivíduos e são tidos como elementos estruturadores e requisitos fundamentais para a obtenção do bem-estar físico, psicológico, mental e social (Gonçalves & Carvalho, 2007).

Os estilos de vida associados à saúde integram diversos determinantes fundamentais como a dieta alimentar, o exercício físico, hábitos de consumo tabágico, de álcool e

drogas, acidentes, comportamento sexual, entre outros, assumindo-se como integrados e afetando a probabilidade de uma pessoa sofrer uma doença e de sobreviver, caso se encontre doente (Matos, 2005).

É, cada vez mais necessário o empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades no controlo dos determinantes da saúde em prol de uma saúde melhor. O empoderamento tem como objetivo principal capacitar os indivíduos para que consigam, de forma autónoma, tomar decisões importantes ao nível da sua saúde. Esta capacitação pode ser realizada no indivíduo isoladamente, na organização e na própria comunidade, promovendo a sua saúde e concomitantemente a dos demais.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes de Saúde relacionados com os estilos de vida refere que as doenças crónicas se associam a estilos de vida individuais, com especial enfoque para o consumo de tabaco, obesidade, erros alimentares, consumo excessivo de álcool, inatividade física e gestão não adequada do *stress* (DGS, 2003).

O Relatório Europeu de Saúde (WHO, 2005) sublinha que a diferença das doenças, observada nos diferentes países, se deve a fatores de risco, de entre os quais destaca o tabaco, álcool, pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso, reduzida ingestão de fruta e vegetais e inatividade física.

Posteriormente, o Relatório Europeu de Saúde (WHO, 2009) veio reforçar que os comportamentos e estilos de vida modernos continuam a ser responsáveis pelo crescimento de doenças crónicas como a obesidade, a hipertensão e a diabetes, acrescentando que, só na Europa de 2005, 60% das doenças se deveu a estilos de vida e fatores de risco.

O diagnóstico realizado integrou **305** profissionais de saúde, da ULSNE, tendo-se considerado os seguintes critérios de inclusão: (a) o facto de serem profissionais no ativo aquando da realização da investigação e (b) aceitarem participar no estudo. Como se trata de uma população de grande dimensão (cerca de 1061 profissionais), recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência.

Os participantes podem ser caracterizados da seguinte forma: a maioria dos profissionais de saúde (n=218; 71,5%) pertence ao sexo feminino; apresenta uma média etária de 41,35 anos ($Dp=9,97$), tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 65 anos de idade;

casado ou está em união de facto (n=197; 64,6%); com licenciatura (n=232; 76,1%); a exercer enfermagem (n=177; 58%); com uma média de 16,50 anos de serviço ($Dp=9,67$), tendo o mais recente 1 ano e o mais antigo 45 anos de serviço e, na sua maioria (n=256; 83,9%) sem doença crónica.

A estes, foi administrado um instrumento de recolha de dados configurado num inquérito por questionário dividido em duas partes: questões de caracterização sociodemográfica e clínica, associadas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, anos de serviço e doença crónica e o Questionário de Estilo de Vida Fantástico, adaptado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2014) e que explora os hábitos e comportamentos da população-alvo relativamente aos estilos de vida adequados para a saúde. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por 30 itens, todos eles de resposta fechada, que exploram 10 domínios da componente física, psicológica e social dos estilos de vida. Cada um desses domínios identifica-se com a sigla "FANTASTICO":

- Família e Amigos (item 1, 2);
- Atividade física/Associativismo (item 3, 4, 5);
- Nutrição (item 6, 7, 8);
- Tabaco (item 9, 10);
- Álcool e outras drogas (item 11, 12, 13, 14, 15, 16);
- Sono/Stress (item 17, 18, 19);
- Trabalho/Tipo de personalidade (item 20, 21, 22);
- Introspeção (item 23, 24, 25);
- Comportamentos de saúde e sexual (item 26, 27, 28);
- Outros comportamentos (item 29, 30).

A administração dos questionários procedeu-se de forma a não interferir com a atividade diária dos profissionais de saúde e, a todos os participantes foi explicado o objetivo do estudo, bem como clarificadas as dúvidas que iam surgindo durante o preenchimento e clarificada a natureza voluntária da sua participação. O preenchimento, em média, entre 5 a 10 minutos, o que permitiu agilizar o processo de recolha de dados.

Como todos os trabalhos de investigação devem obedecer aos pressupostos implícitos na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, no decurso desta investigação

procurou-se igualmente assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Por conseguinte, após o preenchimento, os questionários foram colocados em envelopes, de forma aleatória, para se evitar a possibilidade de identificação dos participantes e das unidades locais onde realizam o seu trabalho.

Os principais resultados deste diagnóstico permitiram classificar os profissionais de saúde como detentores de um estilo de vida “muito bom”, espelhando que os comportamentos que exibem influenciam adequadamente a sua saúde global. Apesar de esta ter sido a conclusão geral em função dos resultados encontrados, numa análise mais detalhada das respostas dos profissionais de saúde foi possível identificarem-se alguns comportamentos de risco, embora em menor percentagem, que não deixam de ser preocupantes. Por conseguinte, esses comportamentos podem ser assim resumidos:

- 17,1% dos profissionais de saúde não possui com quem falar e 18,4% quase nunca recebe e dá carinhos/afetos;
- 30,2% dos profissionais não caminha pelo menos 30 minutos diários e 43,3% não faz exercício físico, ou se o faz, é apenas uma vez por semana;
- 6,9% dos profissionais de saúde não tem uma alimentação equilibrada com verduras e frutas diárias, pelo que 66% dos profissionais ultrapassou o seu peso ideal e 33,7% em mais de 5 kg;
- 23,6% destes profissionais é fumador, consumindo entre 1 a 22 cigarros por dia;
- 4,6% dos profissionais de saúde consome mais 8 bebidas alcoólicas; 1,3% refere fazê-lo frequentemente; 2,6% assinala consumir substâncias psicoativas; 17% recorre a medicação não sujeita a receita médica e 32,5% consome mais de três bebidas com cafeína por dia;
- 9,5% dos profissionais de saúde não dorme bem nem se sente descansado e 8,5% não consegue relaxar nem desfrutar do seu tempo livre;
- A maioria dos profissionais de saúde anda frequentemente acelerado e/ou atarefado; sente-se agressivo e/ou aborrecido, muito embora esteja feliz com o seu trabalho e atividade;
- 96,7% dos profissionais de saúde considera-se otimista e positivo; 97% sente-se frequentemente tenso ou oprimido e 45,9% afirma sentir-se triste ou deprimido;

- Grande parte dos profissionais assinala que quase nunca realiza exames médicos de rotina para avaliar o seu estado de saúde; que quase nunca conversa com o(a) parceiro(o) e/ou família sobre temas da sexualidade e, no seu comportamento sexual, preocupa-se sempre com o bem-estar e proteção do(a) parceiro(a);
- Grande parte dos profissionais de saúde utiliza sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária, bem como refere sempre que respeita as regras de segurança rodoviária.

Considerando as variáveis que possuem impacto nos estilos de vida destes profissionais, os principais resultados sugerem que os estilos de vida destes profissionais se mostram influenciados pelo sexo, estado civil, escolaridade, profissão, anos de serviço e doença crónica. A idade não apresentou influência significativa nos estilos de vida destes profissionais.

A partir dos resultados deste diagnóstico foi proposto um Projeto de Intervenção com o intuito de reduzir os comportamentos de risco nestes profissionais e potenciar os seus comportamentos salutareis, conduzindo-os para um estilo de vida FANTÁSTICO.

3. Notas Finais e Reflexão Crítica

Este relatório, não é mais do que um documento escrito que pretende informar, descrever, analisar e refletir sobre a intervenção que foi realizada junto da comunidade, numa retrospectiva reflexiva das atividades e seu alinhamento com os objetivos inicialmente propostos.

Neste percurso de procura de mais conhecimentos e da qualificação em Especialista de Enfermagem Comunitária, tivemos a oportunidade de transpor para as tarefas e ações profissionais (enquanto enfermeiro e enquanto estagiário), os conhecimentos teórico-científicos adquiridos na prática do bem cuidar.

Consideramos, portanto, que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, através das atividades de diagnóstico e de intervenção realizadas. Neste documento encontram-se espelhadas as áreas de atuação, assim como o exercício das funções na obtenção de novas vivências, tornando-se numa mais-valia ao nível da intervenção e do acompanhamento da comunidade, na promoção da saúde e prevenção da doença.

De uma forma global e no sentido de tecer uma avaliação crítica de todas as atividades desenvolvidas neste período de estágio (desde o seu projeto à concretização), consideramos que o nosso desempenho foi positivo. Conscientes de que houve empenho, dedicação e esforço para levar a bom porto todas as atividades em que nos envolvemos, tal como atuamos no desempenho da nossa profissão.

O nosso papel, enquanto Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários, fortalece o gosto de poder trabalhar tão perto de cada utente e de cada família integrada numa comunidade, tendo como fim último contribuir para um bem comum associado à saúde da população. Por conseguinte, acreditamos que as competências específicas do EEEEC foram solidificadas, passando estas pela avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integração na Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos seus objetivos e, por fim mas não menos relevante, realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Na finalização deste relatório, com a aquisição de mais conhecimentos científicos e com a aplicação desta informação teórica num ambiente real e prático, consideramos terem

sido adquiridas certas competências que enriqueceram, inquestionavelmente, a nossa ação profissional na prestação de cuidados gerais e de saúde pública na comunidade, bem como em termos pessoais, enquanto um ser integrante da própria sociedade onde se realizam as intervenções.

O percurso que acabamos de realizar aportou inúmeras aprendizagens que se traduziram no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas e específicas nos vários itens do planeamento, investigação e intervenção no âmbito da EEEC, fortalecendo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

A efetivação do enquadramento conceptual caracterizou um moroso desafio, na medida em que impôs introspeção de autoconhecimento da prática profissional contribuindo para a autonomia e responsabilização, bem como, para a consciencialização do significado pessoal da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública - o fornecer de uma relação de cuidado em que é dado o primado ao utente, e em que a relação empática e terapêutica entre enfermeiro e utente/família/grupos/comunidade facilita o processo de promoção da saúde, prevenção de doença e cura.

Assim, com base nas competências específicas do EEEC, as atividades desenvolvidas em estágio, podem ser especificados as seguintes competências adquiridas:

1 – Foi possível estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

1.1. Procedemos ao Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade (utentes e profissionais de saúde);

1.2. Estabelecemos as Prioridades em Saúde de uma Comunidade;

1.3. Formulamos Objetivos e Estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

1.4. Estabelecemos Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

1.5. Avaliamos Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

2 – Contribuímos para o Processo de Capacitação de grupos e comunidades;

2.1. Lideramos Processos Comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

2.2. Integramos Processos de Mobilização e de Participação Comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, Educação, Comunicação, Ciências Humanas e Sociais;

2.3. Procedemos à Gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade;

3 – Integramos e participamos na Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

3.1. Participamos na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 – Realizamos e cooperamos na Vigilância Epidemiológica de âmbito geodemográfico;

4.1. Procedemos e participamos na Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Saúde/Doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

De salientar que o acolhimento por parte da equipa de enfermagem da USP foi bastante positivo na integração e na partilha/ensino dos procedimentos intrínsecos às ações realizadas na prestação de cuidados diretos.

Consideramos que o presente estágio foi muito enriquecedor e construtivo, possibilitando a consciencialização e aquisição de novas competências e domínios, no âmbito da prevenção de controlo de infeção em pessoa em situação crítica e no que diz respeito à gestão de cuidados, bem como ao nível do desenvolvimento da autonomia para a tomada de decisão e raciocínio que implicam a utilização de argumentos rigorosos e sua defesa de forma dinâmica, consciente e proactiva.

Referências

- Correia, A., Seabra, A., Silva, J., & Duarte, R. (2014). *Rastreio de tuberculose em utilizadores nocivos de substâncias psicoativas*. Porto: Departamento de Saúde Pública. Programa de Luta contra a Tuberculose. Administração Regional de Saúde do Norte.
- Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, *Diário da República*, 1.ª série - N.º 193 - 7 de outubro de 2013
- Direção Geral da Saúde (2003). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Consultado em 01 de março de 2017 em: http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Direção Geral de Saúde (2015). *Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA*. Lisboa: DGS
- Ferreira, J. (2010). *Contributo das unidades de saúde familiar Norte enquanto instrumento de apoio ao envelhecimento*. Dissertação de Mestrado. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Gonçalves, A., & Carvalho, G. (2007). *Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga)*. Consultado em 01 de março de 2017 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6693/1/Estilos%20de%20vida.pdf>
- Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Consultado em 01 de março de 2017 em: http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011

- Sanabria-Ferrand, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratório. *Revista Facultad de Medicina, 15*(2), 207-217.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 239-248.
- Sorenson, J., & Steckler, A. (2002). Improving the health of the public: A behavior-change perspective. *Health Education Research, 17*, 493-494.
- World Health Organization (2005). *European health report: Public health action for healthier children and populations*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2009). *European health report: Health and health systems*. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXO I – CALENDARIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES

Atividades na qual participamos de forma ativa:

- Dia 14/10/2016- Participação no Programa Autoestima (exploração sexual das mulheres)
- Dia 21/10/2016 - Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 09/11/2016 - Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 23/11/2016 - Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 25/11/2016 - Programa Autoestima
- Dia 30/11/16 - Dia Mundial Luta contra a SIDA
- Dia 14/12/2016 - Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 11/01/2017 - Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 18/01/2017 - Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 01/02/2017- Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 08/02/2017- Rastreio VIH (aldeias)
- Dia 14/02/2017 - Comemoração dia dos Namorados (ESS-IPB)
- Dia 20/03/2017- Rastreio VIH Cadeia De Izeda
- Dia 06/03/2017 - Formação cadeia de Bragança - Tuberculose

Nota: A segunda saída do mês é feita para as aldeias do concelho. As intervenções do Programa Autoestima são feitas essencialmente à noite na cidade de Bragança, em locais específicos e geralmente previamente fixados.