

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

I Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Autora: Sandrina Marina Rodrigues Freitas

Orientadora: Professora Doutora Clárisse Louro

Enfermeiro orientador: Paulo Guia

Santarém, fevereiro de 2023

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

I Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

SABER MAIS, VIVER MELHOR: Empoderamento dos indivíduos com 65 anos ou mais,
sobre a Hipertensão Arterial

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária
e de Saúde Pública

Trabalho elaborado por:

Sandrina Marina Rodrigues Freitas nº5210155

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional, com Relatório Final

Orientadora: Professora Doutora Clárisse Louro

Enfermeiro orientador: Paulo Guia

Santarém, fevereiro de 2023

“Da minha aldeia vejo quanto da terra
Se pode ver do Universo ...
Por isso a minha aldeia é tão grande
Como outra terra qualquer,
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não, do tamanho da minha altura ...”

Alberto Caeiro (1946)

DEDICATÓRIA PESSOAL

Em memória ao meu pai, José Luís Freitas, meu exemplo de Homem e de ser humano, que sempre me deu forças e apoiou para que eu pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Um curso de mestrado é uma longa viagem, com um trajeto repleto de inúmeros desafios, tristezas, inseguranças, alegrias e muitos outros percalços, mas apensar de ser muitas vezes solitário, acontece com o apoio e contributo de diversas pessoas, imprescindíveis para encontrar o melhor rumo neste percurso. A essas pessoas quero, por este meio, expressar o meu agradecimento.

À minha mãe e a minha irmã, a quem lhes devo tudo o que sou, pela força e exemplo de superação e resiliência.

Ao meu namorado, pela paciência, amor e apoio incondicional durante este caminho, nas principais dificuldades.

A todos os meus amigos que entenderam a pouca disponibilidade que por vezes demonstrei e por ouvirem as minhas preocupações. Obrigada, também pelos momentos e sorrisos que me proporcionaram, também eles imprescindíveis durante este percurso.

À professora Clarisse Louro pela partilha de conhecimentos.

À Câmara Municipal de Almeirim, em especial ao professor Gonçalo, agradeço toda a disponibilidade, empenho e ajuda durante a aplicação do projeto de intervenção.

Ao grupo Sénior do Desporto de Almeirim pela disponibilidade, boa disposição e prontidão de participar no projeto.

Às Enfermeiras Dulce Dias e Ana Silva pela sua maneira de acolhimento e ensinamentos.

Ao Enfermeiro Paulo Guia e as restantes Enfermeiras da UCC Almeirim/ Alpiarça, pela forma acolhedora como me receberam, disponibilidade e colaboração neste projeto.

E a outras muitas pessoas que não foram mencionadas mas que lhes agradeço também.

LISTA DE SIGLAS, ACRONIMOS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

‰ – Permilagem

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS LVT – Agrupamento Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DC – Dor Corporal

DE – Desempenho Emocional

DF – Desempenho Físico

DGS- Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DN – Diário de Notícias

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DS - Diagnóstico de Situação

EC – Ensino Clínico I

EE – Enfermeiro Especialista

EpS – Educação para a saúde

ESCSP – Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

FF – Função Física

FS – Função Social

H – Horas

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council of Nurses*

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

LS – Literacia em Saúde

m² – metros quadrados

mg/dl – miligramas/decilitro

mmHg – milímetros de mercúrio

MOS SF-36 – Questionário sobre Estado de Saúde Geral, 36 itens

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

pp. – Páginas

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PPT – *PowerPoint*

PrS – Promoção da Saúde

PS – Planeamento em Saúde

RCCI - Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

SCLINCO – Sistema de Informação dos Cuidados de Saúde Primários

SCSP – Saúde Comunitária e Saúde Pública

SG – Saúde Geral

SIARS – Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPH – Sociedade Portuguesa da Hipertensão

SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC2A – Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim/Alpiarça

UF – Unidade Funcional

USCP – Unidade Saúde de Cuidados Personalizados

USP – Unidade de Saúde Pública

VT – Vitalidade

RESUMO

A Hipertensão Arterial constitui-se um problema de saúde pública, sendo a patologia crónica mais frequente e responsável por uma elevada taxa de mortalidade e morbidade em Portugal, tornando-se emergente a identificação e a criação de estratégias de intervenção nesta problemática.

O enfermeiro, mais concretamente o enfermeiro especialista, tem na génese das suas competências específicas, o papel fulcral na capacitação e empoderamento dos indivíduos, de modo, a que estes adotem hábitos de vida saudáveis, com vista a obterem ganhos em saúde.

O presente relatório pretende apresentar o projeto, **Saber mais, Viver melhor**, que teve como objetivo promover o aumento dos conhecimentos sobre a hipertensão arterial e adoção de comportamentos saudáveis, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, da turma do Desporto Sénior, de Almeirim, através de sessões de educação para a saúde. Este projeto de intervenção comunitário desenvolveu-se tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, em que o Diagnóstico de Enfermagem foi elaborando, segundo o Modelo de Promoção da Saúde (MPS), de Nola Pender.

Ao aumentar a literacia dos indivíduos sobre a Hipertensão Arterial, permite um maior controlo da doença e a redução das complicações associadas, pelo que a promoção da saúde e a prevenção da doença deve ser uma intervenção prioritária.

Palavras-chave: Enfermagem ; Hipertensão arterial; Empoderamento; Envelhecimento

ABSTRACT

Arterial Hypertension is a public health problem, being the most frequent chronic pathology and responsible for a high mortality and morbidity rate in Portugal, making the identification and creation of intervention strategies in this problem emerging.

The nurse, more specifically the specialist, has in the genesis of their specific competences, the central role in the training and empowerment of individuals, so they can adopt healthy lifestyle habits, with a view to obtain gains in health.

This report aims to present the project, ***Saber mais, Viver melhor***, which aimed to promote increased knowledge about hypertension and adoption of healthy behaviors, in individuals aged 65 years or older, of the Senior Sports class, from Almeirim, through health education sessions. This community intervention project was developed based on the methodology of Health Planning, in which the Nursing Diagnosis was elaborated, according to the Health Promotion Model, by Nola Pender.

By increasing the literacy of individuals about Arterial Hypertension, it allows a greater control of the disease and the reduction of the associated complications, so the promotion of health and the prevention of the disease should be a priority intervention.

Keywords: Nurse; Hypertension; Empowerment; Aged

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	IV
LISTA DE SIGLAS, ACRONIMOS E ABREVIATURAS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
ÍNDICE DE QUADROS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIII
INTRODUÇÃO.....	14

PARTE I - CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	20
1.1.UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA LEZÍRIA.....	26
1.2.UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALMEIRIM/ ALPIARÇA.....	30
2.ENQUADRAMENTO TEORICO.....	33
2.1.ENVELHECIMENTO.....	33
2.2.PROMOÇÃO DA SAÚDE	35
2.3.EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	37
3. HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	40
3.1.ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA HTA.....	45
4. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER.....	46

PARTE II - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1.METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	51
1.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	51
1.1.1.População alvo e amostra.....	52
1.1.2.Instrumento de colheita de dados.....	53
1.1.3.Apresentação e análise dos resultados.....	55
1.1.4.Considerações éticas e deontológicas.....	62

1.1.5.Diagnóstico de Enfermagem.....	63
1.2.DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	64
1.3.FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	65
1.4.SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	67
1.5.PROJETO “SABER MAIS, VIVER MELHOR”	68
1.6.AVALIAÇÃO	71
PARTE III - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
1.COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFEMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	76
1.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	76
1.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	79
CONCLUSÃO	85
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	89
APÊNDICES	
Apêndice I – Projeto de Aprendizagem da UCC2A	
Apêndice II – Questionário Sociodemográfico e Antecedentes Pessoais	
Apêndice III – Questionário MOS SF-36, com percentagens	
Apêndice IV – Pedido de autorização para aplicação do questionário MOS SF-36	
Apêndice V – Carta Explicativa de Consentimento informado / Termo de Consentimento informado	
Apêndice VI – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (adaptado ao projeto de intervenção)	
Apêndice VII – Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do EC	
Apêndice VIII – Convites para a participação nas Sessões de EpS	
Apêndice IX – Plano de Sessão de EpS 1 e 2	
Apêndice X – 1ª Sessão de EpS - “Saber Mais, Viver Melhor” com a HTA	
Apêndice XI – Ficha de Avaliação e Avaliação da 1º Sessão de EpS	
Apêndice XII – 2ª Sessão de EpS - “Saber Mais, Viver Melhor” situações de emergências médicas decorrentes da HTA	
Apêndice XIII – Ficha de Avaliação e Avaliação da 2º Sessão de EpS	
Apêndice XIV – Fotografias das sessões das sessões de EpS	
ANEXOS	
Anexo I – Organograma do ACES Lezíria	
Anexo II – Funções e atividades desenvolvidas na USP Lezíria	
Anexo III – Programas e Atividades desenvolvidas na USP Lezíria	
Anexo IV – Questionário MOS SF-36	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão, para definir a amostra.....	53
Quadro 2 - Dimensões do Questionário MOS SF-36	54
Quadro 3 - Classificação do Índice de Massa Corporal.....	55
Quadro 4 - Relação entre o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender e Diagnósticos de enfermagem CIPE.....	64
Quadro 5 - Avaliação dos indicadores de atividade.....	72
Quadro 6 - Avaliação dos indicadores de resultado.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de envelhecimento por local de residência, no ano de 2020.....	22
Tabela 2 - Índice de dependência total, jovem e de idosos, em Portugal, ARS LVT, ACES Lezíria e UCC2A, em 2022.....	23
Tabela 3 - Taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade geral, por local de residências, em 2011 e 2020 (‰ por cada mil pessoas).....	23
Tabela 4 - Taxa bruta de mortalidade, Taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório e taxa de mortalidade por tumores malignos, por local de residência, em 2020.....	24
Tabela 5 - Taxa de mortalidade padronizada, Continente, ARS LVT e ACES Lezíria (/10000 habitantes) no triénio de 2012-2014, na população com idade inferior a 75 anos e ambos os sexos.....	25
Tabela 6 - Classificação da tensão arterial, segundo a DGS.....	41
Tabela 7 - Fatores Pessoais Biológicos.....	56
Tabela 8 - Fatores Pessoais Socioculturais.....	56
Tabela 9 - Antecedentes pessoais e vigilância da saúde.....	57
Tabela 10 - Avaliação Antropométrica e Clínica.....	58
Tabela 11 - Análise descritiva (média e desvio padrão), da idade, peso, altura e IMC, da amostra, de acordo com o género e a presença de hipertensão arterial ou não.....	59
Tabela 12 - Comportamentos anteriores, segundo o MPS.....	59
Tabela 13 - Estatística descritiva das dimensões do SF36 v2, por género (%).....	60
Tabela 14 - Estatística descritiva das dimensões do SF36 v2, de acordo com a presença de HTA ou sem HTA (%).....	61
Tabela 15 - Componentes do questionário MOS SF-36	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da área geográfica de Portugal Continental, Região de Lisboa e Vale do Tejo e ACES Lezíria.....	20
Figura 2 - Pirâmide etária da população residente em Portugal, no ano de 2020.....	22
Figura 3 - Atividades e Programas do Plano de Ação da USP Lezíria.....	28
Figura 4 - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde, de Nola Pender.....	48

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo descrever e refletir o processo de desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária, que foi desenvolvido durante o ensino clínico (EC) I e II, no âmbito do I curso do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP), da Escola Superior de Saúde de Leiria.

O Projeto de Intervenção decorreu em duas unidades funcionais (UF) de saúde: na Unidade de Saúde Pública da Lezíria (USP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Almeirim / Alpiarça (UCC2A), no concelho de Santarém inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Lezíria. O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foi construído com base na Metodologia do Planeamento em Saúde (PS), tendo como suporte teórico de Enfermagem o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram um Questionário Sociodemográfico e vigilância da saúde, Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36) e Avaliação antropométrica e clínica da amostra. No que diz respeito à confidencialidade dos dados adquiridos, foram tratados de forma anónima e apenas para fins académicos e estatísticos, cumprindo-se todos os princípios éticos e deontológicos de proteção de dados.

A metodologia do Planeamento em Saúde é definida como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23). Os mesmos autores referem como principais etapas do processo de PS, o diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução e por fim a avaliação, sendo este um processo dinâmico, modificável e contínuo.

Segundo os dados divulgados, nos últimos tempos, estamos a viver em constante mudança, observamos um crescimento desigual, resultados desiguais, maior longevidade e melhor saúde, mas não para todos. Estamos em constante adaptação a diferentes desafios em saúde, perante um mundo globalizado, urbanizado e em envelhecimento (Canhestro & Basto, 2016).

O decréscimo da natalidade e o aumento da esperança média de vida, traduzem-se num crescimento populacional das idades mais avançadas, levando ao envelhecimento da população (*European Commission*, 2015). O envelhecimento populacional deve-se em grande parte, à evolução na saúde e às modificações de políticas de saúde, com destaque na prevenção da doença e às melhorias das condições sociais e económicas, contribuindo para

um progressivo aumento dos anos de vida, que acarretam consequências não só sociais, como económicas. Portugal, à semelhança do que acontece nos restantes países, não é exceção, pelo que se torna emergente desenvolver estratégias que deem resposta às necessidades destas populações (Jerez Roig, *et al.*, 2016).

Jerez Roig *et al.* (2016) refere que o envelhecimento ativo integra um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas no processo de envelhecimento, com vista a preservar a independência/ autonomia dos idosos mantendo-se assim a sua contribuição para a sociedade. Os estilos de vida da nossa sociedade caracteriza-se por hábitos de vida sedentários, alimentação pobre e hábitos alcoólicos e tabágicos. Pelo que se torna vital investir nas áreas de prevenção prioritárias com vista à diminuição da morbilidade e consequências provocadas pelos hábitos de vida não adequados e doenças crónicas, reduzindo as mortes evitáveis.

A Hipertensão Arterial (HTA) faz parte do vasto leque de doenças crónicas não transmissíveis, que comprometem a qualidade de vida da população sénior, sendo a grande maioria da população portuguesa, à qual a população de Almeirim não está imune.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, durante o máximo de tempo possível, é hoje um desafio e responsabilidade de cada um de nós, com implicações significativas no desenvolvimento económico do país (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2017), pelo que é emergente adotar comportamentos adequados para a prevenção da doença e promoção de saúde.

As unidades de saúde são locais privilegiados no que concerne à promoção da saúde, por isso, é importante que os enfermeiros estejam capacitados e consigam capacitar os indivíduos, grupos e comunidades a mudanças de atitudes, para comportamentos mais saudáveis. O Enfermeiro especialista (EE), como descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializada em ESCSP, tem o compromisso de identificar as necessidades de saúde reais das populações e partindo da problemática identificada, desenvolver intervenções na promoção da saúde, prevenção da doença, bem estar dos indivíduos, planeamento em saúde e a vigilância epidemiológica (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015).

O envelhecimento não pode ser encarado como um problema, mas sim como um processo natural que acontece ao longo da vida, sendo importante adotar uma atitude preventiva e promotora de saúde, atuando nos determinantes em saúde. Deste modo, é importante inculcar na população a importância da promoção de um envelhecimento saudável, fornecendo-lhes ferramentas para que elas próprias sejam responsáveis pela sua saúde (empoderamento),

assim como adequar os serviços de saúde e de apoio social de acordo com esta nova realidade social.

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo constitui uma estratégia prioritária desde 2004 através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) (DGS, 2004) programa prioritário de acordo com o despacho nº6401/2016, com o objetivo de atingir os objetivos delineados no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030.

As doenças crónicas não transmissíveis são um dos principais problemas de saúde e o que produz o maior impacto negativo no envelhecimento populacional (Fontinele & Duque, 2020), sendo responsáveis por cerca de 68% das mortes em todo o mundo. O aumento da esperança média de vida é uma constante, estando muito associada ao aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis entre os idosos, entre as quais, a HTA e a diabetes *Mellitus* (DM). Estas doenças crónicas podem surgir em qualquer idade, daí ser determinante a promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida, para sermos idosos mais saudáveis e funcionais (Canhestro & Basto, 2016).

Este crescente aumento das doenças crónicas conduz a consequências prejudiciais para o indivíduo, grupo, comunidade e sistemas de saúde, sendo responsáveis pela grande parte dos custos de saúde associados aos cuidados de saúde, incapacidade e mortes prematuras (Fortinete & Duque, 2020).

A evolução destas doenças é algo complexo, sendo importante intervir, não só a nível individual, mas também através de políticas que tenham em conta aspetos culturais, sociais e económicos. A atuação na mudança de estilos de vida é a pedra basilar para a melhoria da pessoa com doença crónica não transmissível (Fortinete & Duque, 2020).

A HTA é uma dessas doenças crónicas não transmissíveis, que se torna mais evidente com o envelhecimento, uma vez que neste processo ocorrem mudanças morfológicas e funcionais no sistema circulatório que contribuem para um aumento da pressão arterial.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), a prevalência da HTA aumenta com a idade, sendo cerca de 75% em idades acima dos 75 anos (SPH, 2020). Mundialmente, acredita-se que a HTA seja responsável por cerca de sete milhões de mortes prematuras e por noventa e dois milhões de anos de vida com incapacidade (WHO, 2013, citado por Gião *et al.*, 2020). Também, a nível mundial, aproximadamente metade dos AVC e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com hipertensão arterial não controlada (DGS, 2014).

Um estilo de vida saudável ajuda no controlo da HTA e na redução do risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo a educação para a saúde uma estratégia

essencial na capacitação dos indivíduos para escolhas apropriadas. A intervenção do enfermeiro nas comunidades, desenvolvendo a consciencialização, controlo e tratamento da HTA, podem traduzir-se em melhorias significativas na qualidade de vida da pessoa e numa redução dos custos associados aos cuidados de saúde (DGS, 2016).

Assim, o enfermeiro EE em ESCSP tem um papel chave na promoção da saúde da comunidade com HTA, contribuindo para o seu empoderamento através de estratégias que visem a capacitação, comunicação, relação de ajuda, adesão terapêutica e educação para a saúde, tendo em vista o alcance dos objetivos delineados pelo PNS (2021-2030).

De acordo com as competências do EE em ESCSP, ao longo deste EC, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária, denominado “**Saber mais, Viver melhor**”. Projeto que visa promover o aumento dos conhecimentos sobre a HTA e adoção de comportamentos saudáveis, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, com HTA, na turma de Desporto Sénior de Almeirim, no período de 1 de novembro de 2022 a 9 de fevereiro de 2023. A escolha do tema, surge como sugestão do enfermeiro coordenador, por já existir um diagnóstico prévio realizado pela UCC. Este projeto foi realizado em parceria com a Câmara Municipal de Almeirim e o Programa de Desporto Sénior +55.

A primeira fase deste projeto teve lugar no EC I, com a realização do diagnóstico de situação da comunidade, que permitiu identificar os principais problemas e necessidades em saúde.

O EC II, decorreu por sua vez, de 31 de outubro de 2022 a 17 de fevereiro de 2023, correspondendo a 250 horas e foi supervisionado pelo EE em ESCSP, coordenador da UCC2A. Neste EC II foi realizado um projeto de aprendizagem (Apêndice I), onde constavam as atividades propostas e planeadas, a desenvolver ao longo do EC na UCC2A, de acordo e com vista à aquisição das competências comuns e específicas do EE.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes, tendo em conta as fases da Metodologia do PS. Na **primeira parte** consta a caracterização dos contextos onde decorreram a prática clínica, nomeadamente a USP Lezíria e a UCC2A, com a caracterização sociodemográfica, mortalidade e morbilidade da região em questão. De seguida é realizado o enquadramento teórico, contextualizando e fundamentando a temática abordada, tendo como base a evidência científica e apresentado o modelo teórico de Enfermagem adotado, que permitiu caracterizar a comunidade.

Numa **segunda parte**, consta a operacionalização das etapas do PS, desde o diagnóstico de situação, os resultados e a priorização dos problemas, fixação de objetivos que servem de norteador à implementação das atividades. E ainda as estratégias selecionadas, execução do projeto, resultados obtidos e a avaliação do projeto.

Por último, na **terceira parte**, será desenvolvida uma reflexão sobre as competências adquiridas durante todo o EC, descrevendo as competências comuns do EE e as competências específicas do ESCSP, terminando com as considerações finais do presente relatório. O relatório foi elaborado em consonância com as normas da Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria e com a guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas, 7^a edição, das bibliotecas do Politécnico de Leiria.

PARTE I –CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

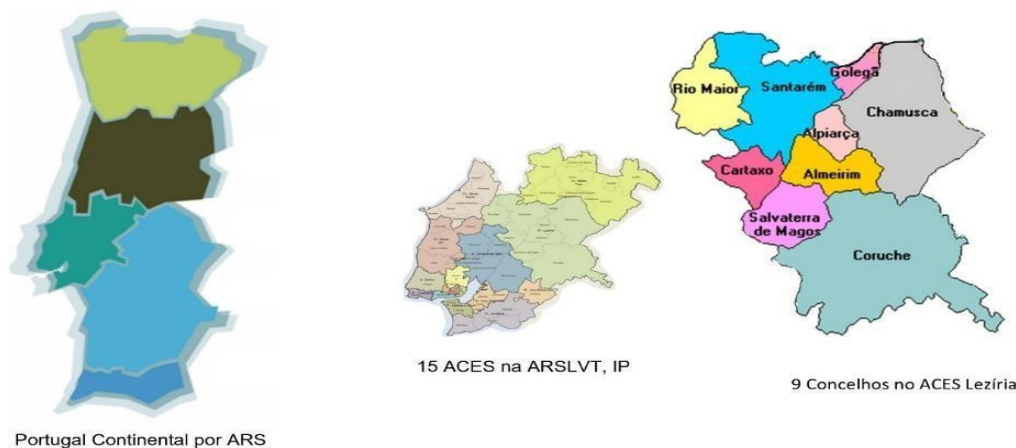
O conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional das unidades onde decorrem a prática clínica é um dos primeiros objetivos preconizados para o EC, assim como a integração nas respetivas equipas multidisciplinares. Estes aspetos contribuíram para a solidez na estrutura e forma de análise do presente relatório.

Nesta linha de raciocínio, foram identificadas, em ambas as unidades, um conjunto de características favoráveis ao crescimento e oportunidades de forma a facilitar de forma clara e realista o atingir dos objetivos preconizados, dando resposta às necessidades em saúde diagnosticadas.

O EC do mestrado em ESCSP decorreu em duas unidades distintas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), primeiramente na USP da Lezíria e em segundo lugar na UCC2A. Estas duas unidades funcionais fazem parte do ACES Lezíria, que por sua vez fazem parte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT). O ACES Lezíria, iniciou a sua atividade em finais de novembro de 2012, estando integrado no ARS LVT, a Região da Lezíria do Tejo, à exceção dos concelhos de Benavente e da Azambuja. Este dá resposta a nove concelhos do distrito de Santarém (Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém) (Figura 1). Representando uma área territorial de 3490,9 km², com uma densidade populacional de 55,2 habitantes por km², servindo uma população de 184.754 residentes (PRODATA, 2021). Em que o concelho de Coruche é o que detém maior área (1115,7 km²) e o da Golegã a menor área (76,6 km²) (ACES Lezíria, 2021).

Figura 1

Mapa da área geográfica de Portugal Continental, Região de Lisboa e Vale do Tejo e ACES Lezíria



Nota. **Em** Perfil Local de Saúde – ACES Lezíria (2017), **de** Neto, M., Pimentel, J.P., Durval, M., Araújo, F.O., Guerreiro, A.C. (2017). Perfil de Saúde Local, ACES Lezíria. Serviço Nacional de Saúde.

Os CSP são o pilar primordial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo a primeira linha dos cuidados de saúde e assumem assim importantes funções no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção da doença e também a ligação com outros serviços para a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei nº28/2008, 2008). O ACES Lezíria por sua vez é composto por 9 Centros de Saúde distribuídos de acordo com a área geográfica.

A reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, levou a uma reorganização dos cuidados levando à criação de quatro vertentes distintas. Dessas unidades funcionais o ACES Lezíria detém catorze Unidades de Saúde Familiar (USF), sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nove UCC, uma USP e por fim, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários nas respetivas áreas de abrangência (ACES Lezíria, 2021). Este agrupamento agrega ainda a equipa de Coordenação Local para os Cuidados Continuados Integrados, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e a Equipa Operacional do Serviço de Saúde Ocupacional (Anexo I) (ACES Lezíria, 2021).

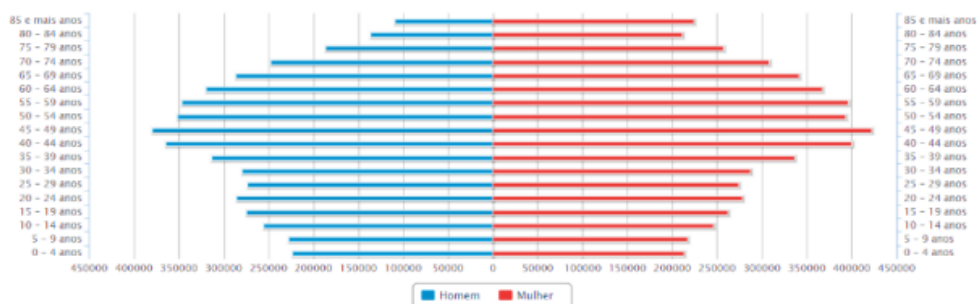
De acordo com os dados dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), exercem funções neste agrupamento: cento e três médicos, cento e oitenta e oito enfermeiros, cento e trinta e dois secretários clínicos e ainda mais quarenta e sete em formação de pré-carreira médica (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2023). No ACES Lezíria, estão inscritos, em janeiro de 2023, um total de 203.005 utentes, onde apenas 22,1% (44.932 utentes) não têm médico de família atribuído (SPMS, 2023).

Os censos, de 2020, à data do momento censitária, referem que residem na região abrangida pelo ACES, 183.292 indivíduos (PRODATA, 2021), número inferior quando comparado com o ano de 2011, em que a população residente era de 196.137 habitantes. Salientando-se um número maior de indivíduos do grupo etário de 65 anos ou mais (47.256), relativamente à faixa etária inferior a quinze anos (22.483) (INE, 2021).

Na última década, tal como outros países da Europa, Portugal tem vindo a registar alterações demográficas. Entre 2009 e 2019, estas alterações tornaram-se mais evidenciadas, com um duplo envelhecimento demográfico, tornando cada vez mais evidente o estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide etária (Figura 2), quando comparada com anos anteriores. Em 2020, as pessoas com mais de 65 anos (idosos) representavam cerca de 22,7% da população residente em Portugal, número inferior àquele que observamos na região da Lezíria do Tejo, onde essa percentagem é de 31,3% (57.865 habitantes) (PRODATA, 2022).

Figura 2

Pirâmide etária da população residente em Portugal, no ano de 2020



Nota. Figura mostra a pirâmide etária da população residente em Portugal por sexo e grupo etário, em 2020. Em PRODATA, 9 de outubro de 2022, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

A esperança média de vida à nascença no ACES Lezíria, no triénio de 2014-2016 é de 80,5 anos, valor acima da média nacional observada no triénio anterior (78,5 anos) (Neto *et al.*, 2017). Quatro anos mais tarde a esperança média de vida para os homens e mulheres, atingiu 77,7 e 83,4 anos, respetivamente (PRODATA,2022).

Ao observarmos os índices demográficos relativos à estrutura etária da população, estes evidenciam ainda mais o envelhecimento populacional com que nos deparamos. O índice de envelhecimento, em 2020, aumentou significativamente comparado com o ano de 2011. Na região da Lezíria do Tejo, residiam 193,3 idosos, valores muito superiores à média nacional (167) e superior aquele observado em 2011, que era de 149,1 idosos por cada 100 jovens (0 aos 14 anos) (Tabela 1) (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021).

Tabela 1

Índice de envelhecimento por local de residência, no ano de 2020

Anos dos dados	Residência	Índice de envelhecimento
2011	Portugal	127,6
	Lezíria do Tejo	149,1
	Almeirim	143,0
2020	Portugal	167,0
	Lezíria do Tejo	193,3
	Almeirim	187,3

Nota. Índice de envelhecimento é a relação entre a população idosa (65 anos ou mais) e a população jovem (menos de 15 anos). Em INE. (2021) Índice de Envelhecimento por local de Residência, no ano de 2020, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008709&selTab=tab0

São considerados dependentes os jovens com idade inferior a 15 anos e os indivíduos com 65 anos ou mais (idosos), face à população ativa. Na última década, o índice de dependência total, em Portugal, à semelhança do envelhecimento tem sofrido um aumento gradual, passando de 51,4 para 55,6 (entre 2011 e 2019) (PNS, 2021-2030). No ano de 2020 o índice

de dependência total, na região do ACES, era de 60,84%, também superior ao observado a nível nacional (Tabela 2) (SPMS, 2022).

Tabela 2

Índice de dependência total, jovem e de idosos, em Portugal, ARS LVT, ACES Lezíria e UCC2A, em 2022

	Índice de dependência Total	Índice de dependência Jovem	Índice de dependência de Idosos
Portugal	56,27%	19,76%	36,51%
ARS LVT	57,24%	22,11%	35,13%
ACES Lezíria	60,84%	19,91%	40,94%
UCC2A	62,96%	20,93%	42,05%

Nota. O índice de dependência total é a relação entre a população jovem e idosa, e a população em idade ativa (entre 15 e os 64 anos). **Em** Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2022) **de** <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/Pages/default.aspx>. Copyright 2017 por SPMS

Este aumento abrupto do índice de dependência total, deveu-se sobretudo ao aumento do índice de dependência de idosos (40,94%), uma vez que o índice de dependência jovem, no ACES Lezíria, continua baixo, representando 19,91% (SMPS, 2022). Quando comparamos os índices de dependência, da UCC2A, com as restantes regiões, podemos perceber pela tabela acima, que esta, apresenta índices muito superiores ao observado a nível nacional (SPMS, 2022).

O envelhecimento é uma etapa natural do ciclo de vida humana e, será necessário criar estratégias e intervenções locais que possam facultar resposta a estas populações, pois constituem-se assim grupos vulneráveis. Contrariamente ao índice de envelhecimento, a taxa bruta de natalidade tem diminuído nos últimos anos. Em 2011 era de 9,7% na Lezíria do Tejo e, agora segundo os dados de 2021, essa taxa é de 7,6% (cerca de 1485 nados vivos) (INE, 2022).

Tabela 3

Taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade geral, por local de residências, em 2011 e 2020 (‰ por cada mil pessoas)

	Local de residência	Taxa bruta de natalidade (‰)	Taxa de fecundidade geral (‰)
2011	Portugal	9,2‰	38,6‰
	Lezíria do Tejo	8,3‰	37,5‰
	Almeirim	9,6‰	43,0‰
2020	Portugal	8,2‰	37,2‰
	Lezíria do Tejo	7,6‰	36,0‰
	Almeirim	8,0‰	36,5‰

Nota. Taxa bruta de natalidade é o número de nascimentos (nados vivos) ao longo de um ano, em relação a população nesse ano e a taxa de fecundidade geral é o número de nascimentos (nados vivos), ao longo de um ano, por cada 1000 mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos), nesse período. **Em** INE (2021) **de** https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008709&selTab=tab0. Copyright 2017 por SPMS

A taxa bruta de natalidade tem apresentado um decréscimo, nos últimos 20 anos, tanto a nível nacional como na região de Almeirim, encontrando-se neste momento nos 8 nados vivos por

mil habitantes no ano de 2020, menos 1,6 nados vivos, que no ano de 2011 (INE, 2021). A taxa de fecundidade geral é avaliada pelo número de nados vivos, ao longo de um ano, em relação ao número de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos), à semelhança da taxa de natalidade, esta também apresenta um decréscimo gradual, passando de 43‰, em 2011, para 36,5‰, na freguesia de Almeirim, ficando abaixo da taxa observada a nível nacional.

A diminuição da taxa de natalidade, acompanhada de um progressivo aumento da esperança média de vida, leva-nos para uma população cada vez mais envelhecida, caminhando, por sua vez, a mudanças na morbilidade e mortalidade à escala mundial. Esta transição demográfica deve-se sobretudo aos avanços tecnológicos e científicos, à facilidade de acesso das populações a bens e serviços, o que melhorou a sua qualidade de vida e aumentou a longevidade.

Por outro lado, a taxa de mortalidade, na região do ACES Lezíria, entre 2011 e 2020, mostra-se superior à taxa Nacional, sendo que em 2020 a taxa bruta de mortalidade na Lezíria era de 14,2%, contra os 12% a nível nacional (INE, 2022) (Tabela 4).

De acordo, com os últimos dados do INE, referentes ao ano de 2020, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, no concelho de Coruche apresentava a taxa mais elevada, quer do distrito, quer a nível nacional (3,3‰), com uma taxa de 6,8‰, seguido do concelho de Alpiarça com uma taxa de 5,6‰ (INE, 2022). Comparativamente com a taxa de mortalidade por tumores malignos, no mesmo ano, o concelho de Coruche mantém se em destaque com a taxa mais elevada (4,2‰), enquanto Rio Maior detém a taxa mais baixa (2,4‰) (Tabela 4) (INE, 2022).

Tabela 4

Taxa bruta de mortalidade, Taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório e taxa de mortalidade por tumores malignos, por local de residência, em 2020

Ano	Local de residência	Taxa bruta de mortalidade (‰)	Taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório (‰)	Taxa de mortalidade por tumores malignos (‰)
2020	Portugal	12	3,3	2,8
	Lezíria do Tejo	14,2	4,2	3,0
	Almeirim	14,3	4,3	3,1
	Alpiarça	17,9	5,6	3,7
	Cartaxo	13,5	4,1	2,7
	Chamusca	20,1	4,3	3,6
	Coruche	20,1	6,8	4,2
	Golegã	16,9	4,5	3,2
	Rio Maior	13,9	4,1	2,4
	Salvaterra de Magos	14,4	4,8	3,2
	Santarém	14,3	3,8	3,1

Nota. a taxa de bruta de mortalidade faz referência ao número de óbitos observado durante um determinado período, normalmente um ano civil, referindo à população média desse período, expresso por 1000 habitantes. **Em** Instituto Nacional de estatísticas, **de**

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008709&selTab=tab0

A pesquisa bibliográfica diz-nos que a probabilidade de morrer aumenta à medida que envelhecemos, pelo a taxa de mortalidade padronizada, surge da necessidade de analisar os dados de mortalidade, sem que a idade seja um fator influenciador, e assim comparar diferentes populações com estruturas etárias distintas (Neto *et al*, 2017).

Segundo o último Perfil de Saúde do ACES Lezíria (2017), é possível observar a taxa de mortalidade padronizada a nível nacional, da ARS LVT e a nível do ACES Lezíria em três triénios distintos. No entanto, se nos focarmos no triénio 2012 – 2014, no que diz respeito aos tumores malignos, o ACES apresenta uma taxa de 128,8, valor inferior à taxa do Continente que é de 137‰. (Neto *et al*, 2017). Todavia, quando nos debruçamos sobre a taxa padronizada das doenças do aparelho circulatório, a situação inverte, uma vez que os valores são mais elevados no ACES Lezíria (77,2‰), que a nível nacional (66,6‰), como podemos observar na tabela abaixo (Tabela 5).

Tabela 5

Taxa de mortalidade padronizada, Continente, ARS LVT e ACES Lezíria (/10000 habitantes) no triénio de 2012-2014, na população com idade inferior a 75 anos e ambos os sexos

	Triénio 2012 - 2014		
	Portugal	ARS LVT	ACES Lezíria
Doenças do aparelho circulatório	66,6	72,2	77,2
• Doenças isquémicas do coração	21,9	26,4	21,5
• Doenças cerebrovasculares	24,1	24,2	32,6
• Outras doenças cardíacas	9,0	8,1	10,9

Nota. **Em** Perfil Local de Saúde – ACES Lezíria (2017), **de** Neto, M., Pimentel, J.P., Durval, M., Araújo, F.O., Guerreiro, A.C. (2017). Perfil de Saúde Local, ACES Lezíria. Serviço Nacional de Saúde.

Se olharmos para a mortalidade, dividida pelos grandes grupos de causas de morte por grupos etários, as taxas mais elevadas, decorrem de causas externas, como acidentes, quedas e suicídios, seguidas de doenças do aparelho circulatório, como já referido anteriormente (Neto *et al.*, 2017).

A morbilidade diz respeito à taxa de portadores de determinada doença em relação ao número de habitantes saudáveis, representando um importante preditor da qualidade de vida, encontrando-se relacionado com a perda de anos de vida saudáveis e com as condições que limitam a independência e autonomia do indivíduo (Neto *et al.*, 2017). Este é um indicador que reflete o nível de saúde de uma comunidade ou a relação entre uma situação específica e uma população em risco, sendo que as estatísticas deste indicador desempenham um papel importante no Planeamento em Saúde.

O *Desability Adjusted Life Years* diz respeito ao número de anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, e constitui por si só um indicador do estado de saúde da população. Em 2019, em Portugal, as doenças cerebrovasculares (6,8%) e a doença

isquémica do coração (5,5%) constituíam as principais causas de mortalidade, doença ou incapacidade, assim como na região do Alentejo (PNS, 2022).

Segundo os dados do Perfil Local de Saúde (2017) a Hipertensão arterial (23,7%), a alteração do metabolismo dos lípidos (21,6%) e as perturbações depressivas (10,8%), foram as patologias mais registadas no ACES Lezíria no ano de 2016 (Neto *et al.*, 2017), com percentagens superiores àquelas encontradas a nível nacional. Comparativamente à informação registada no Sistema de Informação de Administração Regional de Saúde (SIARS) (II), os dados vão de encontro ao anteriormente exposto, sendo as patologias com maior incidência registadas na Lezíria do Tejo, a obesidade, HTA e a alteração do metabolismo lípidos (SIARS, 2021).

O estudo dos determinantes de saúde são fatores que contribuem para o estado de saúde atual de uma população e têm um papel fulcral no planeamento em saúde. De acordo com o PNS 2021-2030, os determinantes em saúde são classificados como ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (PNS, 2021).

O conhecimento da população que se vai intervir, assim como refletir sobre as suas características, é importante para podermos realizar um planeamento adequando, com intervenções que vão de encontro às necessidades reais da população. O EESCSP deve por isso, dando ênfase às suas competências específicas, identificar nos grupos e comunidades, os seus principais problemas (Melo, 2020) e necessidades, respeitando a sua individualidade, intervindo junto dos mesmos com vista a obter ganhos em saúde, ou pelo menos, diminuir o impacto das doenças, permitindo o desenvolvimento da competência específica do EE em ESCSP, identificar as necessidades em saúde, de grupos ou de uma comunidade (OE, 2018).

1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA LEZÍRIA

A Unidade de Saúde Pública surge em 2009, sendo responsável, na área geodemográfica do ACES em que se integra:

” (...) de 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” (Decreto-Lei n.º137/2013, p.6050).

Segundo Melo (2020), a Saúde Pública (SP) avalia o estado de saúde de uma população, sendo responsável pelas atividades e condições governamentais com o intuito de promover,

proteger e preservar a saúde da população, e promove-se em estratégia política e de governamentação.

A USP Lezíria tem a sua sede em Santarém, mas uma vez que têm uma grande dispersão geográfica, cada concelho integra um polo da USP, permitindo uma maior proximidade com a população e os serviços locais. Sendo que nesta unidade estão inscritos 200.529 habitantes (SPMS, 2022), distribuídos pelos nove concelhos.

Assim, com vista a obter ganhos em saúde, esta USP tem como missão: contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do ACES Lezíria, com o objetivo de aumentar os ganhos em saúde, atuando na manutenção, promoção e prevenção da doença. Cumprindo os valores de Equidade e garantia de acessibilidade e qualidade à população; Sentido de responsabilidade e respeito pelo trabalho dos diversos profissionais de saúde, no cumprimento dos respetivos códigos deontológicos; Dever de cooperação interprofissional, transdisciplinar e interinstitucional, em prol da promoção da saúde; Integridade na defesa dos interesses públicos e Humanização na prestação de serviços (ACES Lezíria, 2021).

A equipa multidisciplinar é constituída neste momento por 5 médicos e 3 enfermeiras de SP, doze técnicos de saúde ambiental, 3 higienistas orais e dez assistentes técnicas, que são pilares fundamentais para planear e agir sobre os problemas de saúde da população e os determinantes que lhe estão associados (ACES Lezíria, 2021).

A coordenação é exercida pelo médico de saúde pública, designado de delegado de saúde. Na USP Lezíria existem, à data, 4 enfermeiros. No entanto ressaltar que, no Bilhete de Identidade dos CSP é descrito que existem os 8 enfermeiros (SPMS, 2023).

No que concerne à contratualização de serviços de saúde, este é um elemento central da reforma da saúde e um suporte à aquisição de estratégias de cuidados de saúde. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), “o processo de contratualização de cuidados de saúde pretende contribuir para o objetivo geral de garantir elevados níveis de acesso ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados prestados à população, incentivando a melhoria global da performance na gestão dos recursos disponíveis” (ACES Lezíria, 2021).

Na USP Lezíria, a contratualização acontece anualmente e decorre em dois níveis: interno (entre a UF e o ACES) e externo (entre ACES e a ARSLVT). A contratualização interna da USP Lezíria com o ACES assenta na sua matriz de competências, sendo redigida e acordada sob a forma de Carta de Compromisso entre Coordenadora da Unidade e o Diretor Executivo. Estas unidades negociam e comprometem-se a assegurar o cumprimento das atividades e recursos previstos no Plano de Ação anual, inerentes a uma Carteira Básica de Serviços,

com enfoque no plano de melhoria em áreas específicas, conforme previsto nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS, elaborado pela ACSS (ACES Lezíria, 2021).

Assim, como descrito na carta de compromisso, pretende-se melhorar a qualidade organizacional da USP no que respeita ao acesso de utentes com a introdução de procedimentos de comunicação interna; programas de melhoria contínua de qualidade e processos assistenciais integrados, nomeadamente, na melhoria do circuito de entrega de cheques dentista a utentes em idades escolares e uniformização de registos de dados referentes a avaliação de utentes à luz da Lei de Saúde Mental (ACES Lezíria, 2021).

Relativamente às atividades desenvolvidas nesta unidade, estas têm o intuito de fortalecer o sistema de ação e melhorias nos serviços de saúde com o objetivo de manter a comunidade saudável, melhorar a sua saúde e bem-estar e prevenir a deterioração.

Para cada área existem um ou mais programas/projetos que são, primeiramente, desenvolvidos e depois aplicados num processo contínuo e sistemático em que poderão existir algumas alterações consoante as necessidades da comunidade e/ou grupo (Fonseca *et al.*, 2016). Essas atividades e programas encontram-se descritas no Plano de Ação da USP Lezíria (Figura 3).

Figura 3

Atividades e Programas do Plano de Ação da USP Lezíria

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE	VIGILÂNCIA E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	GESTÃO E PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS	FORMAÇÃO	AUTORIDADE DE SAÚDE
Diagnóstico de Saúde (indicadores de Saúde, morbilidade)	Doenças infecciosas e transmissíveis	Vacinação	Alerta e Emergências em Saúde Pública	Pré-graduada
Monitorização de condicionantes da Saúde	Doenças não transmissíveis	Saúde Oral	Intervenção em situações de risco para a Saúde Pública	Pós-graduada
Perfil de Saúde	Vigilância de fatores de risco	Saúde Escolar	Intervenção no âmbito da Lei de Saúde Mental	Continua
Plano Local de Saúde		Saúde Ambiental	Emissão de atestados, pareceres e determinações	
		Saúde Ocupacional		
		Educação e promoção da Saúde		

Nota: **Em** Manual de Acolhimento da USP Lezíria, **de** ACES Lezíria (2021). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Serviço Nacional de Saúde.

As atividades desenvolvidas estão integradas nos programas nacionais definidos pela DGS e regionalmente pela ARSLVT, com o objetivo de proteção da saúde das comunidades (ACES Lezíria, 2021). Em anexo (Anexo III), encontra-se a lista completa dos programas/ atividades desenvolvidas até à data na USP Lezíria. No entanto, a unidade não trabalha apenas focada para os seus programas, esta tem ainda outras atividades, serviços, equipas e programas com a qual colabora.

A pandemia da COVID-19 e posteriormente a emergência na vacinação das populações, fez com que os focos das intervenções de SP fossem direcionados exclusivamente para esta problemática, fazendo com que a maior parte dos planos, projetos e programas, fossem

colocados à margem. No entanto, com a endemia da COVID-19, estão a ser retomadas as atividades deixadas em suspenso.

De acordo com *Missouri Department of Health and Senior Services* (2015), os enfermeiros de SP, fornecem uma ligação crítica entre os dados epidemiológicos e a compreensão clínica da saúde e da doença, monitorizando indicadores do estado de saúde essenciais, tais como doenças que são causadas ambientalmente, os níveis de imunização, mortalidade infantil e ocorrência de doenças transmissíveis, com o intuito de identificar os problemas que possam ameaçar a saúde de uma comunidade e/ou saúde pública e, desta forma desenvolver intervenções que sejam eficazes e promovam a melhoria da qualidade de vida.

Seja para o registo ou consulta de informação, seja para gestão e monitorização de programas de saúde, os sistemas de informação são ferramentas fundamentais que apoiam a gestão de trabalho dos profissionais de saúde, dos procedimentos administrativos e de gestão, que lhes estão associados.

As atividades desenvolvidas pela USP Lezíria são registadas em sistemas de informação de acesso restrito (SIARS e Sistema de Informação Clínica dos Cuidados de Saúde Primários (Sclínico)), sendo que utiliza ainda outras plataformas de apoio como Registo Nacional de doentes, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), SIARS, Registo de Saúde Eletrónico (ACES Lezíria, 2021).

Os EE em ESCSP devem ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários no que diz respeito à intervenção em comunidades e grupos.

No exercício profissional dos EE, como área especializada, adotam o enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem, dos quais surge a especificidade dos enunciados descritivos do exercício profissional dos Enfermeiros desta área de especialidade, pelo que, torna-se fundamental fazer referência às dotações seguras em cada local de estágio (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A dotação apropriada de enfermeiros, assim como o nível de qualificação e competência dos mesmos são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização. De acordo com as dotações seguras, determinadas no Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2019), o rácio preconizado seria de 1 enfermeiro para cada 30.000 clientes (Regulamento n.º 743/2019, 2019). No entanto, nesta USP existe apenas metade dos enfermeiros necessários, dado existir apenas três enfermeiros a desempenhar funções, para uma população inscrita no ACES Lezíria de 200.529 (SPMS,

2022). O que se traduz em consequências quer para os profissionais de saúde (sobrecarga laboral), quer para a população (ausência de capacidade de resposta as necessidades).

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALMEIRIM/ ALPIARÇA

A Unidade de Cuidados na Comunidade Almeirim/ Alpiarça iniciou a sua atividade a 4 de julho de 2011, com sede nas instalações do Centro de Saúde de Almeirim. Esta tem como missão a identificação das necessidades de saúde da população dos concelhos abrangentes e a sua resposta, através da prestação de cuidados na saúde adequados e em tempo útil, garantindo padrões de qualidade elevados a nível técnico, científico e de gestão de recursos, de forma eficaz e eficiente (UCC2A, 2022).

Os concelhos de Almeirim/ Alpiarça, como já referido fazem parte do distrito de Santarém, situando-se a 70 km de Lisboa e a 7 km de Santarém, abrangendo uma área geográfica de 316,24km². Enquanto o concelho de Almeirim é composto por 4 freguesias (Almeirim, Benfica do Ribatejo, Fazendas de Almeirim e Raposa), o de Alpiarça tem uma única freguesia correspondente à sede do concelho. Nestes dois concelhos residem 31.812 habitantes, sendo que estão inscritos em unidades funcionais da área de residência 28.757 utentes (SPMS, 2022).

As Unidades de Cuidados na Comunidade têm como objetivo:

“ (...) prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda atuar na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades moveis de intervenção” (Decreto-Lei nº239/2015, p.8957)

A implementação das UCC facilitou o acesso dos utentes a cuidados especializados de enfermagem. Os planos de ação destas unidades estão maioritariamente centrados na intervenção nos grupos e comunidades, no entanto podem incluir cuidados a indivíduos, nomeadamente a crianças e jovens em risco ou pessoas em reintegração social (Melo, 2018). Estas são coordenadas por enfermeiros que, neste âmbito, se apresentam como um recurso qualificado, com competências científicas técnicas e humanas indispensáveis à sua implementação. Compete ainda, às UCC, constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (2009).

A UCC2A funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, sendo que aos sábados e domingos só funciona a equipa de ECCL nos cuidados domiciliários das 9 às 16 horas e das

9 às 13 horas, respetivamente. É constituída por uma equipa multidisciplinar, contando com 9 enfermeiros, de especialidades distintas, nomeadamente Enfermagem de Reabilitação, Materna e Obstetrícia, Saúde Comunitária, Saúde Mental e ainda uma Assistente Técnica, uma Educadora Social, uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicóloga e uma Assistente Operacional.

A unidade possui uma carteira de serviços que é composta por vários programas e projetos. A carteira de serviços é constituída pela equipa de saúde escolar, Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Almeirim e Alpiarça; programa de preparação para a parentalidade (Nascer em Saúde (curso de preparação para o Nascimento e Curso de Recuperação Pós-Parto; Viver com Estilo (“Aprender a viver com a diabetes”, “Saber ouvir o coração” e “Classe de Motricidade”); Classe de Movimento na Adaptação à Doença/ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); Equipa Comunitária de Saúde Mental da Lezíria.

Participam ainda, em projetos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade, como o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, através da Equipa Local de Intervenção; Núcleo Local de Inserção de Almeirim e Alpiarça; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ); Conselho Local de Ação Social e Núcleo Executivo e o Desporto Sénior +55 de Almeirim.

A unidade funcional, na qual se enquadra a equipa da UCC2A, e tendo por base “Carta de Ética da Administração Pública de Portugal” tem como Missão e Visão: Atitude centrada nas pessoas, famílias e grupos e respeito pela dignidade humana; Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo; Cultura de excelência técnica e do cuidar; Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento profissional (2022).

Assim, os colaboradores desta UCC regem-se pelos seguintes princípios e valores de Cuidados humanizados, ética assistencial, qualidade e eficiência; Envolvimento da família; Continuidade e Proximidade de cuidados; Rigor e Transparência; Responsabilização e Hierarquização e Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade (UCC2A, 2022).

A UCC2A e o ACES Lezíria negociaram e comprometeram-se a assegurar o cumprimento do Plano de Ação, através da Carta de Compromisso para 2019, conforme previsto nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2019, assim como na Operacionalização da Contratualização de CSP 2019.

É imprescindível a existência de uma estratégia integradora que facilite um aproveitamento das UCC, como ligação aos enfermeiros das diferentes unidades, promovendo assim um

acesso simples aos cuidados que os indivíduos, famílias e comunidades carecem (Melo, 2018).

O mesmo autor refere ainda que estas unidades são uma excelente oportunidade para referenciar os utentes para cuidados de enfermagem especializados, emergindo assim as consultas de enfermagem especializadas. Desta forma, no que se refere aos cuidados à comunidade, os EE podem desenvolver o empoderamento comunitário permitindo consequentemente mais ganhos em saúde e nos cuidados prestados.

Relativamente ao Domínio da Gestão dos Cuidados (Regulamento n.º743/2019, 2019), nomeadamente em otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados, no que está inerente às dotações seguras, está preconizado ser 1 enfermeiro, de preferência especialista para cada 5.000 habitantes, assim, existem 9 enfermeiros no total para 28.757 habitantes, por este cálculo as dotações seguras estariam cumpridas, no entanto, 1 dos 9 enfermeiros está em função de diretor e outro enfermeiro trabalha apenas a tempo parcial.

No que concerne às plataformas de informação de saúde, usadas na UCC2A são as mesmas já descritas no capítulo anterior e ainda o Aplicativo Informático da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais e Plataformas dos Sistema de Monitorização do Sistema nacional de Saúde (Melo, 2020; UCC2A, 2022). Assim como referido anteriormente, todas estas plataformas inerentes aos serviços de saúde, são apenas de consulta interna, com necessidade de credenciais dos profissionais para aceder. No entanto, através do BICSP, que permite caracterizar o SNS no âmbito dos CSP, é possível qualquer cidadão aceder a diversos dados que estão presentes no *website*.

A realização do EC na UCC, é um importante passo para a aquisição de competências específicas, assim como dar continuidade ao diagnóstico de situação de saúde iniciado na USP, no anterior EC. Para Imperatori e Giraldes (1993), citado em Melo (2020), em saúde comunitária, é exigida a identificação do cruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, podendo ser expressas ou não expressas, pois existe aproximação entre enfermeiro e a comunidade, e as reais, fazendo a sua articulação com as necessidades identificadas no contexto do Diagnóstico em Saúde Pública

Assim, enquanto mestrande, a experiência nos dois campos de estágio foi fundamental, uma vez que foi possível articular o diagnóstico realizado na USP, as necessidades reais da comunidade, com as expressas, levando a cabo às intervenções de enfermagem a essa

comunidade observadas posteriormente na UCC, permitindo a aquisição de competências específicas.

2. ENQUADRAMENTO TEORICO

O exercício da profissão de enfermagem é baseado em evidência científica, na procura de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como consta no Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeitando a vida e a dignidade humana, com vista a ganhos em saúde da população, procurando a melhoria dos cuidados e intervenções de enfermagem (OE, 2015). O presente capítulo visa dar consistência ao documento, definindo conceitos chaves inerentes à área de estudo e para a sua realização efetuaram-se as mais variadas pesquisas e consultas de literatura, artigos científicos e documentos oficiais.

Assim de acordo com o supra descrito, de modo a contextualizar a temática selecionada para o projeto de intervenção comunitário, elaborou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o Envelhecimento, o Empoderamento em saúde, a Hipertensão Arterial e os fatores desencadadores e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

2.1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo inevitável, constituído por uma sequência de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas; acontecendo de diferentes maneiras de pessoa para pessoa. Este conceito tem vindo a ser alterado com o passar do tempo, dependendo de atitudes, crenças, culturas, conhecimentos e a representação social de cada um (Firmino *et al.*, 2016).

O envelhecimento, vai muito mais além do que a idade cronológica, sendo diferente de pessoa para pessoa e ocorrendo em diferentes ritmos, sendo que Portugal a denominação de idoso é utilizada a partir dos 65 anos ou mais. A OMS (2015), por sua vez, distingue a idade de idoso, de acordo com o país onde vive. Se for um país desenvolvido a idade é 65 anos ou mais, mas quando se trata de países em desenvolvimento, esta desce para os 60 anos ou mais, dada a esperança média de vida ser diferente nestes países, por exemplo a esperança média de vida na população africana é de 56 anos. Estas características são fundamentais, no momento de criação de estratégias políticas e programas ligados ao processo de envelhecimento.

As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), apontam que Portugal irá sofrer um declínio da população, em que a população residente entre 2015 e 2080 passará de 10,3 milhões para 7,5 milhões e o número de idosos será de 2,8 milhões. Mantendo a tendência

de transição da estrutura etária populacional, com a agravante do envelhecimento demográfico.

Se por um lado este envelhecimento progressivo da população é motivo de orgulho e de sucesso das políticas de saúde e socioeconómicas, por outro lado a qualidade dos anos de vida ganhos, deve ser melhorada (DGS, 2017). De acordo com um estudo levado a cabo pelo INE, revelou-se que após os 65 anos, os indivíduos têm em média cerca de mais 7,3 anos de vida saudável (INE, 2021) menos 3 que a média europeia (10,3 anos), idade média tendo em conta a autonomia, saúde mental e morbilidades.

Carrilho *et al.*, (2015) descreve o envelhecimento como um processo que afeta a qualidade de vida do indivíduo, através das alterações a que esta população está sujeita, levando à perda de funcionalidade, mobilidade e ainda da saúde. Pelo que um estilo de vida sedentário aliado ao processo de envelhecimento leva ao aparecimento de patologias crónicas e ainda à perda da capacidade funcional, levando o idoso à dependência.

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo constitui uma das estratégias prioritárias do PNS desde 2004 através do PNSPI (2004) e na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017). Ressaltando a necessidade de intervenção junto da população idosa (65 anos ou mais), definido como um dos objetivos, promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, atuando sobre os determinantes de saúde e nos estilos de vida saudáveis, visando a promoção do envelhecimento ativo. Definindo como objetivos específicos: “promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas (...), promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde (...)” e “apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem estar e segurança das pessoas idosas (...)” (DGS, 2017, p.19).

Segundo a OE (2018), o desafio de responder às novas necessidades em saúde pressupõe, como EE em ESCSP, o desenvolvimento de intervenções holísticas centradas na comunidade, capacitando-as para responder e desenvolver de forma autónoma e dinâmica os seus problemas e/ou necessidades.

O envelhecimento não pode ser encarado como um problema, mas sim um processo natural que acontece ao longo da vida, sendo importante adotar uma atitude preventiva e promotora de saúde, atuando nos determinantes em saúde. Deste modo, é importante incutir na população a promoção de um envelhecimento saudável, fornecendo-lhes ferramentas para que elas próprias sejam responsáveis pela sua saúde (empoderamento), assim como adequação dos serviços de saúde e de apoio social de acordo com esta nova realidade social.

As doenças crónicas não transmissíveis são um dos principais problemas de saúde e o que produz o maior impacto negativo do envelhecimento populacional (Fontinele & Duque, 2020), sendo responsáveis por cerca de 68% das mortes em todo o mundo. Embora nos últimos anos a esperança média de vida tenha aumentando, na mesma direção avançam também as doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade, DM, entre outras; doenças muito características de países como Portugal, países ditos desenvolvidos.

A evolução destas doenças é algo complexo, sendo importante intervir, não só a nível individual, mas também através de políticas que tenham em conta aspetos culturais, sociais e económicos. Sendo a atuação na mudança de estilos de vida a pedra basilar, para a melhoria da pessoa com doença crónica não transmissível (Fontinete & Duque, 2020)

A população idosa é o grupo etário que mais procura os cuidados de saúde, devido às suas particularidades, o que acarreta elevados custos para a saúde, tendência esta que poderia ser contrariada pela implementação de intervenções que atuassem na melhoria de diferentes níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), na identificação das necessidades reais desta população e melhores ofertas de cuidados de saúde. A aplicação de estratégias de intervenção comunitária adequadas, constitui um dos grandes desafios dos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2014).

O enfermeiro EE em ESCSP tem um papel de destaque na prevenção de dependências ligadas ao processo de envelhecimento, à promoção da autonomia dos indivíduos, e da saúde da comunidade com HTA, contribuindo para o seu empoderamento através de estratégias que visem a capacitação, comunicação, relação de ajuda, adesão terapêutica e educação para a saúde, sendo estas as bases da competência específicas de ESCSP, contribuir o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrado os objetivos do PNS (OE, 2018).

2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu o conceito de “saúde” como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de doença ou enfermidade, numa perspetiva holística da pessoa. Contudo a definição concreta deste conceito, tem-se mostrado uma tarefa muito difícil, uma vez que a noção de saúde e doença difere de pessoa para pessoa, dependendo das suas experiências anteriores (Lopes *et al.*, 2016)¹.

A saúde começa a adquirir cada vez mais importância na sociedade, levando uns anos mais tarde, a surgir o conceito de Promoção da Saúde, que segundo a Carta de *Ottawa* (1986) consiste na capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os seus determinantes

em saúde, em prol da melhoria da qualidade de vida, conferindo também à justiça social e à equidade, um papel determinante como pré-requisito para a saúde (*World Health Organization* (WHO), 2017). Assim foram distinguidas cinco áreas de atuação para a promoção da saúde, nomeadamente a construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorganização dos serviços de saúde, sendo que os profissionais de saúde devem ser capazes de advogar, capacitar e mediar a população (OMS, 1986).

Em 1997, a Declaração da Conferência de Jacarta veio reforçar a perspetiva da Carta de *Ottawa*, enaltecendo as abordagens globais do desenvolvimento da saúde, destacando os ambientes familiares e comunitários como um espaço facilitador para a consecução de estratégias globais, sendo essencial a participação de todos e de cada um. Esta declaração veio garantir que o acesso à educação e à informação, são estratégias facilitadoras no processo de capacitação e participação efetiva e eficaz dos indivíduos e comunidades, enaltecendo o papel da educação para a saúde (OMS, 1997).

O desenvolvimento das habilidades pessoais de cada um, assim como a promoção da autonomia do indivíduo e a capacidade de alterarem os seus hábitos de vida diários, só se consegue através de estratégias de educação para a saúde (EpS), em programas educativos focados em comportamentos de risco, procurando a alteração dos mesmos (Costa *et al.*, 2014).

No entanto, quando falamos em envelhecimento ativo, o conceito de promoção da saúde tem de ter em conta a heterogeneidade associada a este grupo etário, nomeadamente a idade e o estado de saúde de cada pessoa, devendo-se promover intervenções que permitam o respeito pela autonomia, participação ativa, auto realização e dignidade. A promoção da saúde é uma estratégia fulcral para um envelhecimento ativo, cujo objetivo deverá ser favorecer a autonomia do idoso com vista ao aumento da qualidade de vida e aumentos dos ganhos em saúde.

Numa fase inicial a Promoção da Saúde (PrS) centrava-se numa abordagem comportamentalista, mas com a evolução do conceito e pesquisas sobre a temática, percebeu-se que o PrS não se limita ao controlo e intervenções sobre as atitudes de saúde, mas abrange também uma intervenção social ativa que permite influenciar as decisões (a capacitação e o empoderamento). A EpS como estratégia da PrS, visa aumentar os conhecimentos dos indivíduos de maneira a influenciar de forma positiva as futuras tomadas de decisão individuais ou coletivas. Sendo uma das estratégias chave dos CSP, uma vez que aumentar os níveis de literacia da população, conseguimos melhorar a relação terapêutica, a qualidade dos cuidados prestados e reduzir os custos associados à saúde (Costa *et al.*,

2014). Focando-se na promoção de comportamentos saudáveis, redução de comportamentos de risco e na literacia da população, de acordo com as características individuais de cada um, promovendo um papel ativo da população de modo a potenciar a sua saúde. A PrS e a EpS são duas estratégias que andam lado a lado, sendo esta última capaz de aumentar a literacia em saúde e a capacidade crítica no que concerne aos programas de promoção de saúde (Lavrerack, 2018).

Desta forma, para promover o empoderamento é essencial uma EpS ativa e eficaz entre o enfermeiro e o cliente (seja ele pessoa, grupo ou comunidade), ajudando-o a adquirir ferramentas necessárias ao seu empoderamento.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde essenciais, na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades, tendo em conta o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, “é uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde” (Tomey & Alligood, 2004, p. 706), ou seja, atribuir ao indivíduo responsabilidade pela sua saúde através da atividade física, nutrição, relações interpessoais, crescimento espiritual e a gestão do *stress*. A HTA integra os fatores de risco modificáveis, sendo diferente de pessoa para pessoa, pelo que devem ser adotadas estratégias globais, que visem a deteção precoce e tratamento adequado, atuando na promoção da saúde primária, secundária e terciária (Lopes *et al.*, 2016)^b.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que exercem a sua profissão em constante proximidade com a população, e detém um papel privilegiado no que diz respeito a ações de EpS e no processo de orientação de conhecimentos dos indivíduos, tendo sempre como objetivo o seu bem-estar geral e a satisfação das necessidades identificadas, indo de encontro às competências especializadas, descritas pela OE (2018), que releva que os EE, “contribuem para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, assim como “integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.” (OE, 2018 pp.19356).

2.3. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Nos últimos tempos, as políticas de saúde têm sofrido alterações, originando uma mudança do paradigma, em que atribui à pessoa um papel ativo na procura da sua própria saúde (Andrade *et al.*, 2022). A DGS (2019), afirma que ao aumentar os níveis de literacia e as competências em saúde dos indivíduos, este vai contribuir para o aumento da qualidade de vida e bem-estar, assim como uma utilização mais eficiente dos serviços de saúde.

Se olharmos para os últimos três anos, em que vivemos uma pandemia, facilmente nos lembramos da quantidade de informação que diariamente recebíamos sobre a COVID-19,

quer fosse de forma direta ou indireta, através dos meios de comunicação, redes sociais, entre outros. Essas informações transmitidas, permitiram que as pessoas adquirissem conhecimentos sobre a doença, o que lhes permitiu tomar decisões mais conscientes e fundamentadas, aumentando a sua capacidade de procura de informação através dos diversos meios disponíveis. De acordo com os dados do ERS (Entidade Reguladora da Saúde, 2020) o número de episódios de urgência no mês abril de 2020 foi de 52% mais baixo, quando comparado com o mesmo mês do ano de 2019.

A pandemia veio assim reforçar a importância da literacia, como base para a promoção da saúde, empoderamento, acessibilidade e qualidade dos cuidados, sendo cada vez mais importante olhar para esta como um potenciador de saúde, quando temos o indivíduo como peça central.

O enfermeiro de Saúde Comunitária é por excelência um impulsionador na prestação de cuidados que visem a PrS, quer à pessoa, grupo ou comunidade. A promoção da saúde é vista como um processo que permite aos indivíduos melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes, constituindo assim um dos alicerces da enfermagem de Saúde Comunitária (OMS, 1986). Sendo a saúde um processo que deveria ser encarado como algo contínuo, e não apenas como um momento ou uma fase, é preciso que a população desenvolva uma visão salutogénica, de modo que o indivíduo detenha um papel ativo na promoção da sua saúde ao longo do ciclo de vida e não apenas em caso de doença (Figueiredo & Amendoeira, 2019).

O empoderamento por sua vez é entendido como a conquista da liberdade, e é através deste que os indivíduos e as comunidades assumem o controlo e responsabilização pela sua própria saúde (Melo, 2018).

O conceito de Empoderamento Comunitário tem vindo a ser estudado nas últimas décadas, enquadrado na Enfermagem, mais especificamente na Enfermagem Comunitária (Melo, 2020). O empoderamento é o processo pelo qual os indivíduos (individual ou grupos), por meio de processos participativos, constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos. A conquista dos objetivos traçados pela comunidade exige uma contínua procura e aquisição de recursos, a participação nas decisões que afetam a comunidade e a consolidação das organizações que fazem a articulação entre a comunidade e outros (Melo, 2020).

O conceito de empoderamento comunitário, definido por Laverack (2008, citado por Melo, 2020), é visto como um processo ou como resultado. O empoderamento comunitário como processo, visa um paradigma sistémico, onde há um processo interativo e contínuo, em que

o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento. Como resultado, dependerá do ambiente e de todos os sistemas em interação, indivíduo, grupo, comunidade, sempre com perspetiva de ganhos em saúde. (Melo *et al.*, 2018)

Pereira (2017) por sua vez realça que o empoderamento da comunidade é essencial, uma vez que a saúde é influenciada pelo nível de controlo que o indivíduo tem da sua vida, pelo poder ou impotência, considerando-o uma estratégia primária da promoção da Saúde.

O empoderamento envolve trabalhar com grupos, mais do que com indivíduos e o foco é a transformação cultural. Abrangido, uma componente política, com a participação ativa dos membros, e a concretização da redistribuição de recursos e de tomada de decisão favorável à comunidade (Melo, 2020). A capacitação das comunidades é vista como uma estratégia de melhoria da saúde e de redução das desigualdades e envolve conhecimentos das diferentes ciências sociais e humanas (WHO, 1998).

O empoderamento é encarado como uma das bases da saúde e um dos eixos fundamentais da PrS, sendo não só um fim, mas também um meio, pelo que é fulcral que o enfermeiro capacite as pessoas, de maneira que estas sejam capazes de alcançar o seu melhor bem-estar (Pereira, 2017). O indivíduo só é capaz de tomar decisões, se for detentor de informação, se tiver os conhecimentos necessários, para poder escolher. Neste contexto, a literacia é fulcral e esta diretamente ligada ao envolvimento da pessoa (neste caso a comunidade), no seu processo de saúde.

O EE em saúde comunitária tem na sua génese, competências para definir, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades (OE, 2018, pp.19355-56). O enfermeiro é um ser privilegiado pelo seu trabalho e acompanhamento dos indivíduos durante todo o seu ciclo de vida, pelo que este tem um papel determinante, e devem proporcionar conhecimento e empoderamento com vista a promoção da saúde. De modo a desencadear respostas salutaras às mudanças (Machado, Gerónimo & Godinho, 2015).

O enfermeiro, e mais especificamente o EE ESCSP, deve ser visto como um arquiteto de escolha, capaz de ajudar a pessoa, grupo ou comunidade a escolher a melhor opção para si tendo em conta os seus interesses individuais. Para isso, a utilização de *nudge* (estímulos) com o objetivo de alterar o comportamento, de maneira calculável, sem proibir nenhuma escolha ou alterar os seus incentivos é uma estratégia a ser utilizada (Thaler & Sustein, 2018).

Embora se dê foco ao empoderamento comunitário, como consta nos padrões do EE em ESCSP, em Portugal, na prática, os cuidados dos enfermeiros ainda são muito centrado nos

indivíduos e famílias (Melo, 2016), deixando um pouco à margem, o trabalho com as comunidades e a visão de saúde participativa, olhado para a comunidade como cliente.

É fulcral abandonar a ideia de “fazer para”, capacitando as comunidades de modo que estas tenham o papel principal nos processos de promoção da sua própria saúde e da resolução dos seus próprios problemas, através da mobilização dos seus recursos, para que se possa “fazer com”, (Gubernatis & Franco, 2008 citado por Nóbrega *et al.*, 2019), olhando a comunidade como cliente e foco das intervenções do enfermeiro.

3. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nos últimos anos temos vivenciado uma transição demográfica, sem precedentes, e à semelhança do que acontece na Europa e no mundo, Portugal não é exceção e, tem-se deparado com alterações quer a nível das estruturas etárias, quer da densidade populacional.

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida dos indivíduos, traduz-se num aumento de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis, como HTA, excesso de peso, entre outras. De acordo com o PNS (2020), calcula-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, sendo estas responsáveis por elevados custos na saúde, quer a nível de terapêutica, quer a nível da utilização dos serviços de saúde.

A Tensão arterial (TA) é a força com que o sangue circula nas artérias e quando essa pressão se encontra elevada de forma crónica, chamamos de Hipertensão arterial. A TA tem duas medidas, a primeira que é quando acontece a contração cardíaca, chamada de pressão arterial sistólica e outra quando o coração relaxa para voltar a encher-se de sangue, a pressão arterial diastólica (SPH, 2020; Cardoso *et al.*, 2022).

A HTA é definida como a elevação recorrente, em várias avaliações, em diferentes momentos, da tensão arterial sistólica (TAS) igual ou superior a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e/ou da tensão arterial diastólicas (TAD) igual ou superior a 90 mmHg. (DGS, 2011), podendo ser classificada em três graus, como apresentado na tabela seguinte (Tabela 6).

Tabela 6

Classificação da tensão arterial, segundo a DGS

Classificação da tensão arterial	TAS (mmHg)		TAD (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e / ou	80 – 84
Normal alta	130-139	e / ou	85 - 89
HTA grau I	140 - 159	e / ou	90 - 99
HTA grau II	160 – 179	e / ou	100 – 109
HTA grau III	≥ 180	e / ou	≥ 110
HTA sistólica isolada	≥ 140	e	<90

Nota. Classificação da Hipertensão arterial, de acordo com o valor de pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica. **Em** Normal da Direção Geral de Saúde 020/2011, **de** https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf

Mundialmente, acredita-se que a HTA seja responsável por cerca de sete milhões de mortes prematuras e por noventa e dois milhões de anos de vida com incapacidade (WHO, 2013, citado por Gião *et al.*, 2020). Também a nível mundial, aproximadamente metade dos AVC e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014).

As doenças cardiovasculares são uma importante causa de morte e incapacidade a nível mundial, sendo responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes anuais, das quais 9,4 milhões estão associadas a complicações da HTA, sendo responsável por 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) (OMS, 2013; Rodrigues *et al.*, 2017). É desta forma um grande problema de saúde pública e uma das principais causas de morte (Providência *et al.*, 2013). Segundo o SIARS, a prevalência da HTA na população do ACES Lezíria, em 2020, era de 28,14%, o mais alto a seguir à “alteração metabolismo lípidos” com 28,48% (SIARS, 2021), quanto à incidência, ou seja, o número de novos casos, num determinado espaço e tempo, a HTA ocupa o primeiro lugar com 11,38% (SIARS, 2021).

Em Portugal, estima-se que o número de pessoas com HTA seja de 2,4 milhões, dados obtidos por uma análise levada a cabo pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2016), ou seja, um terço da população portuguesa sofre de HTA, afetando mais o género masculino (cerca de 40%) e a população com mais de 65 anos de idade (70%) (Barreto *et al.*, 2016).

Outro estudo realizado pelo INSA (2019), sobre a prevalência de fatores de risco cardiovasculares na população portuguesa, revelou que a HTA é considerada a doença crónica mais frequente, correspondendo a 43,1% da população, dos quais apenas 45,9% tinham a doença controlada. No que concerne à prevalência de HTA por regiões, esta é mais elevada no Alentejo (37,9%) e no Norte (37,4%), sendo os valores mais baixos na região do Algarve (INSA, 2016).

A HTA apresenta maior expressividade em indivíduos com idade mais avançada, obesos, em indivíduos que não praticam atividade física, com baixa escolaridade, com história familiar de doença cardiovascular e com história pessoal de EAM e AVC (DGS, 2016). A população com HTA, com idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos, aumentou cerca de 650 milhões para 1,28 bilhões nos últimos 30 anos (OMS, 2021). Este é um dos fatores de risco cardiovasculares mais frequentes na população mundial e, calcula-se que a sua prevalência a nível da Europa ronda os 30 – 45%. Esta está associada ao risco de morte prematura e à mortalidade por doença cardíaca isquémica e doença cérebro vascular, hemorrágica ou isquémica (Cardoso *et al.*, 2020).

As doenças do aparelho circulatório continuam a ser uma das principais causas de mortalidade no nosso país, correspondendo a 32,3% dos óbitos. Números bem superiores em relação à segunda causa de morte, ou seja, doenças neoplásicas, que é responsável por 23,5% (Providência *et al.*, 2013).

É de notar que a HTA, não têm apenas influência na qualidade de vida dos indivíduos, como ainda um impacto económico de 65% do total da despesa de saúde em todo o mundo (SPH, 2020) e em Portugal não será diferente.

Em Almeirim, na UCSP Almeirim e USF Côrtes D'Almeirim, segundo os dados do *Scilínico*, junho de 2022, estavam inscritos na consulta de Vigilância da Hipertensão, 6.657 utentes, o que equivale a 28,5% da população inscrita nestas UF (total inscritos 23.391 utentes). Apesar dos esforços desenvolvidos, para adaptar o sistema de saúde a um melhor controlo e gestão da HTA, promovendo o acompanhamento nas consultas de vigilância, pelos CSP, esta vigilância ainda é muito escassa.

Segundo o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde, estão inscritos nos centros de saúde portugueses, cerca de 90,2% indivíduos com diagnóstico de HTA, dos quais 58,4% apresentava um registo bianual regular de tensão arterial, no entanto apenas 37,5% apresentavam um acompanhamento adequado, ou seja, com consultas, avaliação e registo de parâmetros clínicos (TA, peso, IMC) e registo anuais de gestão terapêutica (terapêutica medicamentosa, hábitos alimentares, entre outros). Esta falta de acompanhamento e capacitação para lidar com a doença, demonstrada pelos números anteriormente referidos, colocam em risco a capacidade de controlo da HTA (Ministério da Saúde, 2019).

A HTA é na grande maioria dos casos uma doença assintomática, no entanto quando existe sintomatologia normalmente é caracterizada por cefaleias, tonturas, fadiga, epistaxis, dor pré cordial, palpitações ou mal-estar inespecífico, como também a outras patologias (OMS, 2013).

Sendo a HTA um fator de risco modificável, diferente de indivíduo para indivíduo, é fulcral adotar estratégias de promoção da saúde primária, secundária e terciária, com vista a deteção precoce e tratamento adequado (DGS, 2004).

O tratamento da HTA visa o controlo dos valores da tensão arterial, de maneira a evitar a avanço da doença e as respetivas consequências. Este controlo é realizado pela adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas (SPH, 2020), pelo que o papel do enfermeiro é fundamental, de modo a inculcar conhecimentos e a promoção de hábitos saudáveis (Costa *et al.*, 2014).

O tratamento farmacológico da HTA tem como objetivo a longo prazo reduzir a morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. A prescrição e o tipo de anti hipertensores vai depender do estágio da pessoa e as características individuais de cada um (SPH, 2020).

Por outro lado, o tratamento não farmacológico tem como objetivo a promoção e adoção de estilos de vida mais saudáveis, uma vez que são um fator predominante na prevenção da HTA. As medidas de promoção de estilos de vida saudáveis, muitas vezes permitem de forma eficaz, a diminuição da TA em 5 a 20 mmHg e conseqüentemente o risco cardiovascular. Segundo dados da SPH (2020) por cada 2mmHg de redução na TAD, diminui o risco de AVC em 15% e o risco de doença cardíaca em 6%.

Os hábitos alimentares, por si só, constituem um determinante importantíssimo no aparecimento da HTA, com consequências a nível da morbilidade e mortalidade no panorama nacional (SPH, 2020). O consumo excessivo de sal pela população constitui um dos grandes desafios para a saúde pública em Portugal. De acordo com a DGS (2017), um adulto deveria consumir no máximo 5 gramas de sal por dia, sendo que a maior parte das vezes em apenas um prato, contém muito mais, visto que os próprios alimentos já têm adição de sal. Estima-se que cada adulto consuma em média 10,7 gramas de sal diariamente, o dobro do valor recomendado (Polonia *et al.*, 2014), pelo que é importante inculcar na população as consequências do elevado consumo de sal e promover hábitos mais saudáveis, através da substituição do sódio por temperos com ervas aromáticas, conferindo-lhes mais sabor (SPH, 2020).

Não podemos falar dos efeitos nefastos do excesso de sal, nos indivíduos com hipertensão, ou mesmo num indivíduo saudável, sem falar também nos excessos alimentares e abuso de alimentos ricos em gorduras. A dieta de uma pessoa com hipertensão deve ser uma alimentação cuidada, evitando os alimentos com alto teor de gordura, aumentando o consumo de frutas, hortaliças, fibras e minerais (Reis, 2014; SPH, 2020).

Portugal é um país com uma gastronomia riquíssima e a hora da refeição é vista como um momento de socialização, o que leva os indivíduos a cometer imprudências na alimentação. Existindo uma pressão social para o exagero no consumo de alimentos no dia-a-dia, as pessoas com HTA manifestam dificuldades em manter um plano diatético equilibrado. Quando não existe uma alimentação equilibrada e completa, com a ingestão de verduras, frutas, legumes, cereais, leguminosas, carnes magras, entre outros, este pode levar ao aumento de peso, o que contribui para o aumento dos valores tensionais.

O consumo excessivo de álcool e os hábitos tabágicos são atitudes que estão diretamente associados à hipertensão arterial. Estas duas atitudes vão incitar o aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca, que persiste, potenciando efeitos nocivos nas paredes das artérias (SPH, 2020).

Por fim, o exercício físico é uma das principais medidas terapêuticas usadas nos indivíduos com hipertensão arterial, pois ajuda na redução dos valores tensionais, assim como os fatores de risco cardiovasculares, diminuindo consequentemente a morbidade e a mortalidade (Nogueira *et al.*, 2012). Segundo o Programa Nacional para a Prática de Atividade Física, a prática regular de exercício físico moderado é um importante fator preventivo no desenvolvimento das doenças cardiovasculares, pois impede o agravamento de outros fatores de risco, tais como a HTA, a DM e a obesidade (PNPAF,2021).

De acordo com Ramos *et al.*, (2021), a HTA é o fator de risco cardiovascular modificável mais comum e relevante para o desenvolvimento de diversas doenças cardiovasculares. Vários autores defendem que a prática de atividade física na população idosa, desempenha um papel determinante na redução e/ou prevenção de um vasto número de patologias associadas ao envelhecimento e não só (PNPAF,2021).

Sendo a HTA uma doença silenciosa, na sua maior parte assintomática, faz com que a maioria dos indivíduos com esta patologia, não tenha um seguimento médico, nem faça alterações nos seus hábitos de vida, fazendo com que se tornem cada vez mais suscetíveis das consequências desta a longo prazo.

O enfermeiro ao promover programas e projetos direcionados para a pessoa portadora de HTA, vai sensibilizá-las e capacitá-las a tomarem melhores opções, tornando-a mais ativa no seu próprio projeto de saúde. Embora a cultura e as vivências influenciem fortemente o estilo de vida dos indivíduos, a promoção da saúde, a adesão ao regime terapêutico e a prevenção da doença, são intervenções necessárias, de modo a incidir sobre a prevalência e incidência da HTA. Pelo que a EpS constitui uma das estratégias chave ao nível dos CSP, para fazer frente a esta problemática, contribuindo para a melhoria da saúde geral da população, na

melhoria dos cuidados prestados, relação terapêutica, aumento da literacia em saúde, e tudo isto leva uma redução dos custos associados aos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2014).

O papel do enfermeiro, na comunidade é essencial para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos (enfermeiro e pessoa portadora de HTA) consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, estratégias eficazes e efetivas. Assim o conhecimento que a pessoa tem sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização sua saúde / doença e um preditor para a tomada de consciência sobre a mesma (Bastos, 2012).

3.1. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA HTA

A prevenção e controlo das doenças cérebro cardiovasculares, é um dos objetivos definidos no programa prioritário do PNS (2020) e no Programa Nacional para as doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCC) (2017), que tem como missão diminuir o risco cardiovascular através do controlo de fatores de risco modificáveis, com destaque para a HTA e a Dislipidemia e reduzir a mortalidade prematura por doença cérebro vascular, para idades inferiores a 70 anos, assim como a doença cardíaca isquémica (PNDCC, 2017).

A HTA, como já descrito anteriormente, encontra-se estreitamente ligada a fatores de risco modificáveis, sendo que existem diversos programas prioritários do SNS que traçam estratégias e orientações com vista à prevenção, controlo e tratamento da HTA, como é o caso do Programa Nacional para a Prática de Atividade Física, Programa Nacional de alimentação saudável, entre outros.

Em alguns destes programas, as estratégias preconizadas para alcançar metas delineadas, passa pela intervenção direcionada para a promoção da literacia e capacitação da comunidade para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

No processo de capacitação a promoção da saúde e a educação para a saúde são estratégias fulcrais, numa tentativa de fornecer as ferramentas necessárias aos indivíduos de modo que este consiga atuar nos seus determinantes em saúde (DGS, 2015).

O Plano de Ação Europeu para a Alimentação e Nutrição 2015-2020, propõe como estratégias de prevenção e redução das doenças cérebro cardiovasculares, sessões educativas, enquadradas na promoção da saúde, prevenção, controlo e tratamento da HTA, sendo em alguns casos a medida mais adequada a implementar.

As sessões de educação para a saúde enquanto estratégia de combate à HTA, pode ser vista como uma combinação de experiências de aprendizagem que visam auxiliar o individuo ou

comunidade a melhorar a sua saúde, aumentando a sua literacia, de maneira a alterar atitudes face a alguma situação (WHO, 2012).

A educação para a saúde é uma das principais estratégias utilizada pelos CSP e uma das competências chave do EE em ESCSP, que têm como objetivo provocar mudanças nos hábitos de vida diários, com vista a prevenir, controlar e tratar a HTA (Madeira, 2015)

De acordo com Radovanovic *et al.* (2016), as sessões de educação em grupo ou em comunidade é vista como uma estratégia eficaz quando direcionada para a prática de atividade física e melhoria dos hábitos alimentares, resultando na redução em pelo menos um dos fatores de risco associados à HTA.

No entanto, embora existam planos de atuação na área da EpS, no âmbito da mudança de estilos de vida, a doença ainda está longe de estar controlada. Pelo que há uma necessidade contínua de gestão da HTA, sendo responsabilidade de todos, tendo os enfermeiros a função fundamental de melhorar os conhecimentos dos indivíduos sobre a HTA, complicações, tratamento e comportamentos a adotar (Amorim *et al.*, 2019). O enfermeiro deve ser um mediador social, onde intervém na promoção e prevenção em saúde, com o objetivo de que o idoso se mantenha o mais ativo e produtivo, na sociedade. Assim é fulcral atuar nos determinantes /problemas de saúde, promovendo atividades geradoras de saúde.

4. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

Os modelos teóricos de enfermagem têm contribuído para a uniformização das boas práticas, sendo um aspeto da realidade da profissão de enfermagem com o objetivo de descrever fenómenos, explicar as relações entre os fenómenos, prever consequências ou prescrever os cuidados de enfermagem (Meleis, 2012). Estes são considerados pilares essenciais que proporcionam aos enfermeiros uma orientação para a sua prática, de maneira a construir estratégias, garantir a sustentabilidade profissional e a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com *Potter e Perry* (2009), a prestação dos cuidados de enfermagem deve ser baseada na escolha de intervenções de enfermagem adequadas enquanto processo de tomada de decisão, através do raciocínio crítico, permitindo ao enfermeiro escolher as intervenções que melhor se adequam à pessoa, com vista a garantir os objetivos esperados. Para Queirós (2013), o conhecimento de enfermagem é um processo dinâmico entre a conceção (teoria) e o fazer (cuidar).

Como já referindo anteriormente, a PrS é um processo de capacitação que visa, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e obter ganhos em saúde. Neste processo é necessário que decorra uma intervenção efetiva na comunidade, de maneira que haja um desenvolvimento

peçoal e social das comunidades, que só acontece quando os indivíduos têm acesso à informação, oportunidades de aprendizagem, sessões de EpS e reforço das competências. Para isso, o enfermeiro especialista recorre a modelos e estruturas conceptuais de enfermagem, no âmbito da promoção e educação para a saúde (OE, 2018).

O presente projeto de intervenção comunitária tem como referencial teórico de Enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde, proposto por Nola Pender (Murdaugh *et al.*, 2019), que surgiu na década de 80 e tem sido utilizada por enfermeiros para a compreensão de comportamentos saudáveis e desenvolvimento de ações de promoção de saúde que conduzem a benefícios significativos para a qualidade de vida dos indivíduos.

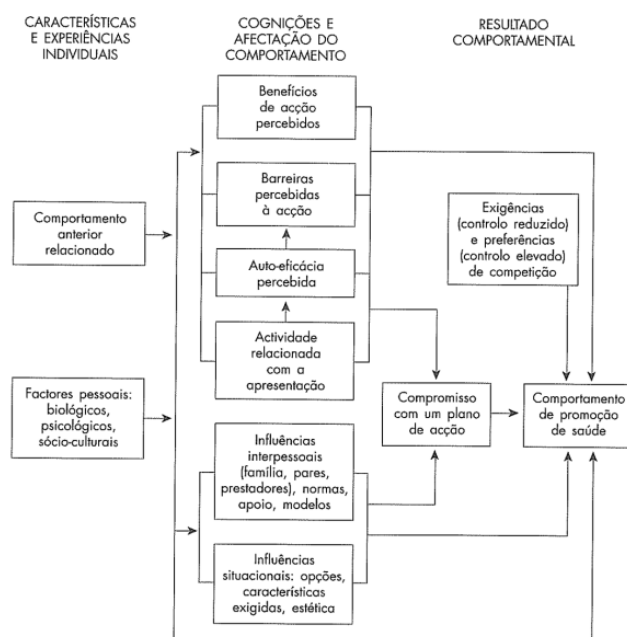
A autora baseou a sua teoria, em origens teóricas, que se auxiliam na perspetiva da enfermagem holística, psicologia social e na teoria de aprendizagem como alicerces para o MPS (Tomey & Alligood, 2004). Esta não se limita a explicar os comportamentos de prevenção da doença, mas sim identificar quais os comportamentos que os indivíduos podem adotar para melhorar a saúde, estendendo-se ao longo da vida, fornecendo uma estrutura simples e clara, que permite ao enfermeiro de modo individual ou em grupo, planear, intervir e avaliar as suas ações (Murdaugh *et al.*, 2019). Os principais objetivos deste modelo, no que diz respeito à Promoção da saúde, são auxiliar os indivíduos em todas as faixas etárias a manterem—se saudáveis, otimizar a saúde em caso de doença crónica ou deficiência e gerar ambientes saudáveis.

De acordo com Pender o processo de promoção da saúde assenta nos conceitos base de Pessoa, Ambiente, Enfermagem e Saúde (Indivíduo, família e comunidade), sendo estes o substrato para a aplicação do modelo na prática, focando em três pilares fundamentais: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde, integrando fatores que influenciam comportamentos saudáveis e explora o processo biopsicossocial que motiva a pessoa para o seu autocuidado (Murdaugh *et al.*, 2019).

Segundo os mesmos autores, este modelo apresenta uma estrutura simples e clara que possibilita aos enfermeiros um cuidar individual à pessoa, permitindo também planear, intervir e avaliar as ações. Este referencial teórico é constituído por três elementos subdivididos em variáveis (Figura 4), que são preponderantes para avaliar os comportamentos que levam à promoção da saúde (Murdaugh *et al.*, 2019).

Figura 4

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde, de Nola Pender



Nota. **Em** Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) de Tomey, A.M. e Alligood, M.R. (2004). 5ª Edição. Loures

Na primeira coluna (Figura 4), encontra-se as **características e experiências individuais**, que contempla o comportamento anterior que diz respeito à constância do comportamento igual ou semelhante no passado, que vai ser um influenciador da probabilidade de adquirir comportamentos de promoção da saúde ou não; e os fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais, que são “preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado” (índice de massa corporal, autoestima, educação, entre outros) (Tomey & Alligood, 2004, p.704).

Na segunda coluna, encontramos as **cognições e afetação do comportamento**, que são fulcrais do ponto de vista motivacional, sendo estas variáveis modificáveis através de ações de enfermagem, nomeadamente: benefícios da ação percebidos (percepção das consequências positivas ou reforço da realização de um comportamento de promoção de saúde); barreiras percebidas à ação (bloqueio /limitação real ou imaginária de adquirir determinado comportamento); autoeficácia percebida (capacidade individual constituir e realizar um comportamento de promoção de saúde); atividade relacionada com a apresentação (sentimentos e emoções positivas e negativas que acontecem antes, durante e depois de um comportamento de saúde); influências interpessoais e situacionais (o

comportamento pode ser influenciado pelos conhecimentos relativos aos comportamentos dos outros, mas também contexto de vida ou meio ambiente) (Tomey & Alligood, 2004).

Por último, o **resultado comportamental**, são as ações que levam um indivíduo a manter o comportamento promotor de saúde e implica o compromisso com um plano de ação. Neste conjugam se as exigências e preferências de competição imediatas (quando tem de existir considerações entre o controlo do comportamento e as preferências pessoais), dando-se o comportamento de promoção de saúde (resultado final da implementação do MPS) (Tomey & Alligood, 2004).

Para Pender, Murdaugh & Parsons (2011), quando se tem MPS como base das intervenções de enfermagem, o enfermeiro ao trabalhar em conjunto com os indivíduos ou comunidade, tem as ferramentas necessárias para promover a mudança de comportamentos ajudando-os a atingir um estilo de vida mais saudável. Pelo que a capacitação e empoderamento dos indivíduos é fulcral para que estes sejam capazes de lidar com as dificuldades e mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital, como o aparecimento de doenças crónicas e incapacidades derivadas dessas.

Este projeto de intervenção comunitária surge do diagnóstico de situação realizado, mostrando a falta de conhecimentos relacionados com a HTA e a adoção de hábitos saudáveis, na comunidade (características e experiências individuais), que levou a necessidade de adquirir, investigar e ajustar as competências relacionada com esta problemática (sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento), motivo pelo qual foi utilizada como estratégia as sessões de EpS, de maneira a contribuir para a aquisição de conhecimentos e fornecer as ferramentas necessárias aos indivíduos (resultado do comportamento).

A enfermagem, quando fundamentada numa visão holística, consegue dar resposta, não só às necessidades de saúde individual como também de grupos e comunidades, com vista a promoção da saúde (Pender *et al.*, 2015). Assim as intervenções realizadas por enfermeiros, neste âmbito, facilitam e promovem a mudança de comportamento dos indivíduos (com e sem HTA), para que estes sejam capazes de tomar decisões conscientes e fundamentadas.

Assim, de acordo com a temática escolhida para o projeto de intervenção e estando a promoção da saúde e o empoderamento estreitamente relacionada com a educação para a saúde no âmbito da vigilância à pessoa com HTA, é fulcral que os indivíduos tenham acesso a conhecimentos, de modo que tenham capacidade de prevenir, controlar e tratar a sua HTA.

PARTE II – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

No nosso dia-a-dia, é comum ouvirmos que a saúde não tem preço, como tal, seria de esperar que os financiamentos e recursos atribuídos ao setor da saúde fossem de alguma maneira ilimitados. Mas não é isso que acontece, para além de muito limitados, estes são também escassos, exigindo uma aplicação minuciosa de recursos.

Nestas instâncias torna-se imperioso o PS, sendo que este é um processo realizado entre os agentes da saúde e a comunidade, numa determinada área e espaço temporal. E permite identificar problemas de saúde decorrentes de um diagnóstico de situação, com vista a atingir os objetivos fixados, diminuindo os problemas de saúde considerados prioritários.

O Planeamento em Saúde, de Imperatori e Giraldes (1993) e de Tavares (1990) é um processo contínuo e dinâmico suscetível de ser alterado e reavaliado em qualquer uma das etapas. É assim, considerado uma ferramenta que permite compreender a realidade, fornecendo os instrumentos para uma tomada de decisão fundamentada.

O Diagnóstico de Situação (DS) é a primeira etapa do PS, após a elaboração da mesma, deverá ser possível definir as principais necessidades em saúde da população selecionada (Tavares, 1990). O PS é constituído por diversas etapas, iniciando-se com o diagnóstico de situação, seguindo para a determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas ou projetos, execução e terminando com a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1983 *cited in* Melo, 2020), etapas que irão ser descritas, ao longo deste capítulo.

1.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O DS é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, relacionando-se diretamente com as etapas seguintes, permite dar resposta à necessidade de uma população e deve estar em consonância entre o diagnóstico de saúde realizado e as necessidades reais sentidas pela população em estudo (Tavares, 1990).

De modo a realizar o DS e compreender as necessidades sentidas (definidas pelos registos de saúde no SIARS e Perfil Local de Saúde) e as reais (sentidas pela comunidade), foi realizada uma pesquisa tendo em conta a problemática e os recursos disponíveis.

Assim, de forma a avaliar o estado de saúde da população, estabelecer prioridades, projetar, organizar e avaliar atividades, procedeu-se à elaboração de um Diagnóstico de Situação do ACES Lezíria, e mais especificamente do concelho de Almeirim, uma vez que é o concelho de aplicação do projeto.

Decorrente da consulta do SIARS e do Perfil Local de Saúde ACES Lezíria, depreendeu-se que as patologias com maior incidência e prevalência na região são a HTA, alteração do metabolismo lípidos, excesso de peso, obesidade, abuso de tabaco e perturbações depressivas (SIARS, 2021). As patologias com maior taxa de mortalidade, descritas no perfil local de saúde, no triénio 2012-2014, no ACES, sendo superiores à média nacional, decorrem de doenças do foro circulatório (doenças cardiovasculares), metabólico e de causas externas (acidentes de transportes e suicídio) (Neto *et al.*, 2017).

Aquando da frequência do EC na USP Lezíria, a mestranda reuniu-se com o coordenador da UCC2A, local onde iria decorrer o projeto de intervenção, a fim de haver uma continuidade do diagnóstico iniciado. Esta decisão foi tomada tendo em conta uma reunião realizada entre a mestranda, as enfermeiras orientadoras da USP Lezíria e o enfermeiro coordenador da UCC.

Pretendeu -se desta maneira elaborar um projeto de intervenção comunitária, tendo por base os problemas de saúde previamente identificados, em consonância com os programas e projetos de intervenção que promovam o empoderamento comunitário, com vista a aquisição das competências específicas enquanto EE em ESCSP e de forma que este fosse uma mais-valia para a UCC2A e para a população alvo.

1.1.1. População alvo e amostra

Segundo Fortin (1999, p.202) a “ população alvo é constituída por elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...) e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

Um dos primeiros passos no diagnóstico de situação é definir a população, para que depois seja possível a colheita e análise de toda a informação relacionada com a população, para assim se conseguir entender e explicar a situação.

Desta maneira, a população alvo (cliente) foram 200 indivíduos, com 65 anos ou mais que integram o grupo de Desporto Sénior +55 da Câmara Municipal de Almeirim.

Atendendo ao exposto, dada à amplitude do problema e o tempo reduzido para a concretização do projeto e na impossibilidade de estudar toda a população, optou-se por seleccionar uma amostra, a fim de levar a cabo o projeto com sucesso. Na definição da amostra, os critérios de inclusão e exclusão tornam-se um aspeto fundamental para evitar situações ambíguas. Pelo que, foram fixados os seguintes critérios (Quadro 1):

Quadro 1

Critérios de inclusão e exclusão, para definir a amostra

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com idade igual ou superior a 65 anos; • Integrarem o programa Desporto Sénior +55; • Aceitarem participar no programa; • Terem consentimento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com idade inferior a 65 anos; • Utentes que não assinem o consentimento informado; • Que não aceitem participar no projeto; • Falecimento durante o período de avaliação.

Nota. Autoria da mestranda.

A técnica de amostragem utilizada foi uma seleção de amostragem intencional, uma vez que foi selecionada de acordo com critérios definidos pela mestranda tendo em atenção os objetivos definidos para o projeto. Após seleção da amostra, através dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final é composta por cento e quatro indivíduos, que aceitaram participar no estudo, após a explicação do mesmo. A exclusão dos restantes deveu-se ao facto de ainda não terem cumprido os 65 anos de idade ou não terem assinado o consentimento informado, a fim de participar no estudo.

1.1.2. Instrumento de colheita de dados

No que concerne à colheita de dados, esta é uma etapa indispensável num projeto de intervenção comunitária. Atendendo às características da população alvo e as informações desejadas, optou-se pela aplicação de um questionário, constituído por duas partes distintas. O preenchimento dos questionários foi realizado pelos participantes, com a ajuda da mestranda, e nos casos em que os idosos apresentavam dificuldade na compreensão, então eram preenchidos com a ajuda da mestranda.

Os questionários foram aplicados de 7 de novembro a 7 de dezembro de 2022, após o preenchimento do consentimento informado, nas sete diferentes freguesias de Almeirim, onde decorrem normalmente as aulas do desporto sénior.

A primeira parte do questionário, consiste na caracterização sociodemográfica da comunidade e questões relacionadas com a vigilância da saúde, nomeadamente a história da HTA, da amostra (Apêndice II). A segunda parte é constituída, pelo Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36 - *MOS Short Form Health Survey – 36 Itens*, versão 2) (Anexo IV), que visa compreender a perceção que cada indivíduo sobre a sua própria saúde.

O MOS SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida e pode ser aplicado em vários tipos de doenças, tratamento ou intervenções em diferentes culturas, avaliando as perturbações a nível da saúde percecionados pelos indivíduos (Ribeiro, 2005). Este instrumento, foi validado e traduzido para Portugal, pelo Professor Doutor Pedro Lopes

Ferreira (2000) e, permite medir conceitos de saúde e a percepção que os indivíduos têm do seu próprio bem-estar e da sua qualidade de vida.

Questionário multidimensional constituído por trinta e seis questões, onde são avaliadas oito dimensões do estado de saúde (quadro 2), podendo ser aplicado a todas as faixas etárias (Ferreira, 2000).

Quadro 2

Dimensões do Questionário MOS SF-36

DIMENSÃO	QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO
Função Física (FF)	3
Desempenho físico (DF)	4
Dor Corporal (DC)	7,8
Saúde Geral (SG)	1, 11
Vitalidade (VT)	9a, 9e, 9g, 9i
Função Social (FS)	6, 10
Desempenho Emocional (DE)	5
Saúde Mental (SM)	9b, 9c, 9d, 9f, 9h

Nota . **Em** A medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF36 (1998) **de** Ferreira P. L., 1998, <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>

A dimensão FF visa medir o impacto das limitações físicas na qualidade de vida dos indivíduos. A dimensão do desempenho, avalia o impacto das limitações físicas em saúde devido a problemas físicos (DF) ou emocionais (DE). A DC, representa a intensidade e o desconforto causado pela dor, bem como o seu impacto no dia-a-dia. A dimensão de SG mede a percepção geral de saúde, enquanto a dimensão VT avalia os níveis de energia e fadiga. A dimensão da FS identifica a quantidade e a qualidade das atividades desempenhadas e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas atividades. Por último, a SM inclui os conceitos de ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e bem-estar psicológico (Ferreira, 2000). De acordo com o mesmo autor, o MOS SF-36 permite caracterizar a componente física, resultante do agrupamento das dimensões funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e percepção de saúde e a componente mental resultante do agrupamento das dimensões vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional (Ferreira, 2000). O cálculo da pontuação em cada dimensão e componente foi realizado de acordo com o autor supracitado.

Por fim, além da aplicação dos instrumentos de recolha de dados aos participantes, foi realizada também uma avaliação dos parâmetros antropométricos e clínicos dos participantes, agregando um conjunto de parâmetros objetivos de avaliação, variáveis clínicas e antropométricas (Tensão arterial, Glicémia capilar, Peso Corporal, Altura e IMC).

A tensão arterial foi avaliada, segundo as diretrizes da DGS (2013), com o indivíduo sentado e após um período de 10 minutos de repouso, com o braço colocado acima da mesa ao nível

do coração. A classificação dos valores tensionais, foi realizado de acordo com o descrito na primeira parte deste relatório, ponto 3, seguindo a normativa da DGS (2013).

Para a medição do peso é utilizada uma balança digital, com a escala de quilogramas (kg), em que a pessoa se coloca no centro da plataforma, vestida mas sem sapatos e sem casaco ou objetos que possam provocar alterações na avaliação (DGS, 2013). A altura por sua vez foi avaliada com uma régua, com os participantes em pé, sem sapatos e com os calcanhares unidos encostados à parede, com olhar em frente, sendo a medição realizada em centímetros (DGS, 2013).

O Índice de massa corporal (IMC) é uma medida internacional que permite avaliar a relação entre o peso e a altura de um indivíduo. Para a determinação do IMC faz-se o cálculo do peso a dividir, pela altura ao quadrado.

Quadro 3

Classificação do Índice de Massa Corporal

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	Inferior a 18,49
Normal	18,50 a 24,99
Pré obesidade	25,00 a 29,99
Obesidade classe I	30,00 a 34,99
Obesidade classe II	35,00 a 39,99
Obesidade classe III	Superior a 40,00

Nota. **Em** Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde (2017) de Carmolas *et al.* (2017). Direção Geral da Saúde

1.1.3. Apresentação e análise dos resultados

Posteriormente à recolha de dados por meio dos questionários e avaliação da amostra, procedeu-se ao tratamento estatístico, com recurso às ferramentas estatísticas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão de 28.0 e ao programa *Microsoft Excel*.

Dada a extensão dos dados recolhidos, a base de dados construída para o diagnóstico de saúde e os respetivos valores apresentados, encontra-se em apêndice (Apêndice III). Apenas serão apresentados os dados considerados relevantes para o diagnóstico. De acordo com os dados conseguidos desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo transversal com o objetivo de realizar uma caracterização sociodemográfica da amostra, identificar os indivíduos com e sem HTA diagnosticada e o acompanhamento pelos cuidados de saúde primários.

De seguida, apresentam-se e analisam-se os dados resultantes da aplicação do questionário dos dados sociodemográficos e vigilância da saúde da amostra e que constituem o universo de respostas. O processo será realizado de acordo com o MPS, de acordo com as **características e experiências pessoais** em fatores pessoais **biológicos** (idade, género)

(Tabela 7), fatores pessoais **socioculturais** (estado civil, escolaridade, agregado familiar) (Tabela 8) (Pender *et al.* 2015). Posteriormente, serão apresentados e analisados os resultados da avaliação antropométrica e clínica, e por fim as respostas ao questionário do estado de saúde geral (MOS SF-36).

Tabela 7

Fatores Pessoais Biológicos

Fatores Pessoais Biológicos					
Variável	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Idade	65	88	72	70	4,826
Variável	Frequência			Percentagem	
Género	Feminino	91		87,5 %	
	Masculino	13		12,5 %	

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário sociodemográfico, antropométrico e clínico pela mestrada, à população alvo. Autoria da mestrandia.

De acordo com a análise dos fatores biológicos da amostra (n=104), nomeadamente a variável idade, conseguimos perceber que a idade da amostra se encontra entre os 65 e os 88 anos de idade e apresenta um ligeiro desvio na sua distribuição normal, uma vez que a média de idade é de 72 anos e a moda nos 70 anos de idade. Relativamente ao género da amostra, esta apresenta 87,5 % (n=91) elementos do género feminino e 12,5 % (n=13) do masculino, valores muito semelhantes aos que encontramos quando analisamos a população do concelho, em que a grande maioria é do género feminino (INE, 2022¹).

Tabela 8

Fatores Pessoais Socioculturais

Fatores Pessoais Socioculturais			
Variável		Frequência	Percentagem
Estado civil	Solteiro (a)	4	2,8%
	Casado (a) / União de Facto	61	58,7%
	Víuvo (a)	31	29,8%
	Divorciado (a)/ Separado (a)	8	7,7%
	Outro	0	0%
Variável		Frequência	Percentagem
Escolaridade	Não sabe ler, nem escrever	0	0%
	Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	0	0%
	Ensino Básico	69	66,3%
	Ensino Secundário	22	21,2%
	Outro	13	12,5%
Variável		Frequência	Percentagem
Agregado Familiar	Vive só	28	26,9%
	Vive com o cônjuge/ companheiro (a)	60	57,7%
	Vive com a família restrita (pai, mãe e filhos)	6	5,8%
	Vive com a família alargada (primos, sobrinhos, etc.)	9	8,7%
	Outro	1	1%

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário sociodemográfico, antropométrico e clínico pela mestrada, à população alvo. Autoria da mestrandia

Decorrente da análise dos fatores pessoais socioculturais da amostra, na tabela anterior, no que diz respeito ao estado civil, conseguimos perceber que a grande maioria dos elementos da amostra, são casados ou vivem em união de facto, contando com 61 (58,7%).

Relativamente ao nível de escolaridade do nível da amostra, pode-se concluir que a maioria, sessenta e seis virgula três por cento (n=69), possui apenas o ensino básico, ou seja, estudou apenas até ao 4º ano, isto quem lá chegou. Os outros 12,5% (n=13) dos elementos que selecionou a opção “outros”, nove indivíduos têm licenciatura e os restantes quatro mestrado. Quanto ao agregado familiar, segundo observamos na tabela anterior, verificou-se que 57,7% (n=60) da amostra reside com o seu companheiro ou cônjuge e 26,9% (n=28) vivem sozinhos na sua habitação.

Tabela 9

Antecedentes pessoais e Vigilância da saúde

Fatores pessoais			
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Antecedentes familiares de HTA	Sim	38	36,5%
	Não	15	14,4%
	Não sei	51	49%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Consulta de vigilância da HTA (quantas vezes no último ano)	Nenhuma	71	68,3%
	1 a 2 vezes	33	31,7%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Avaliações de TA último mês	Nenhuma	9	8,7%
	Menos de 5 vezes	95	91,3%
	5 a 10 vezes	0	0
	Mais de 10 vezes	0	0

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário sociodemográfico e antecedentes pessoais, à população alvo. Autoria da mestranda.

Decorrente da análise da tabela anterior (tabela 9) (que podem ser enquadrados nos fatores pessoais biológicos, do MPS), conseguimos perceber que 49% dos idosos (n=51), desconhece a existência de história familiar de HTA. Mais de metade da amostra, 71 indivíduos (68,3%), não frequentou a consulta de vigilância da HTA, dos quais 52,9%, tem HTA diagnosticada. A falta de acompanhamento regular da pessoa com HTA, coloca em causa a capacidade de controlo da doença, revelando a falta de resposta existente pelos CSP.

Tabela 10

Avaliação Antropométrica e Clínica

Fatores pessoais			
Variável		Frequência	Percentagem (%)
IMC	Normal	24	23,1%
	Pré obesidade	46	44,2%
	Obesidade Classe I	26	25%
	Obesidade Classe II	8	7,7%
	Obesidade Classe III	0	0
Variável		Frequência	Percentagem (%)
HTA diagnosticada	Sim	70	67,3%
	Não	34	32,7%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
DM diagnosticada	Sim	27	26%
	Não	77	74%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
HTA no momento da avaliação	Normal	52	50%
	HTA grau I	36	34,6%
	HTA grau II	16	15,4%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Glicémia no momento da avaliação	Normoglicémia	98	94,2%
	Hiperglicémia	6	5,8%

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário sociodemográfico e antecedentes pessoais, à população alvo. Autoria da mestrandia.

No que diz respeito aos dados que estiveram na base da realização deste projeto de intervenção comunitária, do total dos indivíduos participantes (N=104), 67,3% (N=70) são portadores de doença cardíaca, nomeadamente HTA e 32,7% não eram hipertensos (N=34). Na amostra dos 70 indivíduos com diagnóstico de hipertensão, 32,9 % (n= 23) têm associada a Diabetes Mellitus. Da amostra catorze indivíduos (20%) que não tinham de diagnóstico de HTA, mas no momento da avaliação da pressão arterial apresentavam valores elevados dos quais, um elemento com valores tensionais de TAS superior a 190 mmHg e TAD superior a 90 mmHg. Relativamente aos valores de glicémia apenas 5,8% (n=6), apresentava um valor superior a 200mg/dl. Vinte e três dos inquiridos (32,9%), tem ambas as patologias, DM e HTA.

Como se pode verificar na tabela 10, relativamente ao IMC da população alvo verifica-se que dos 104 indivíduos em estudo, existem vinte e quatro que se encontram dentro do peso normal (23,1%), 46 idosos que se encontram em pré obesidade (44,2%), 26 idosos em obesidade classe I (25%) e 8 com obesidade classe II (7,7%). Desta maneira, verifica-se num total, entre pré obesidade e obesidade encontra-se uma percentagem de 76,9% (N=80) dos indivíduos da amostra, o que significa que este pode ser um dos fatores que limitam a sua mobilidade e consequentemente a sua qualidade de vida. Indo de encontro aos dados publicados no INE (2020) que refere que 20,5% da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos encontram-se em pré obesidade, valor superior quando comparada com a população portuguesa em geral (17,8%).

Tabela 11

Análise descritiva (média e desvio padrão), da idade, peso, altura e IMC, da amostra, de acordo com o género e a presença de hipertensão arterial ou não.

		Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC
Feminino	Hipertensa (N = 62)	71,48 ± 3,97	70,94 ± 9,78	1,57 ± 0,06	28,62 ± 4,29
	Não hipertensa (N = 29)	71,14 ± 4,30	65,07 ± 9,96	1,56 ± 0,06	26,97 ± 4,34
	Total (N = 91)	71,37 ± 4,06	69,06 ± 10,16	1,57 ± 0,06	28,10 ± 4,35
Masculino	Hipertenso (N = 8)	75,50 ± 8,68	81,01 ± 16,03	1,66 ± 0,07	29,11 ± 4,96
	Não hipertenso (N = 5)	76,80 ± 5,93	80,62 ± 7,70	1,73 ± 0,04	26,98 ± 2,76
	Total (N = 13)	76,00 ± 7,49	80,86 ± 13,03	1,69 ± 0,07	28,30 ± 4,25
TOTAL (N = 104)		71,95 ± 4,83	70,54 ± 11,20	1,58 ± 0,07	28,12 ± 4,32

Nota. Dados obtidos através da avaliação antropométrica e clínica, realizada à população alvo. Autoria da mestranda.

Segundo os dados observados na tabela anterior (tabela 11), os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial apresentam um peso elevado em comparação aos indivíduos sem HTA. Sendo nas mulheres hipertensas o peso médio de 70,9kg e nas não hipertensas 65kg, menos 5kg. Os dados mostram ainda que Índice de Massa Corporal média da amostra em estudo é de 28,12kg/m², ou seja, pré obesidade.

Os resultados decorrentes do questionário estado de saúde (MOS SF-36), assim como a prática de atividade física dos elementos da amostra, foram agrupados na variável **Comportamentos anteriores**, de acordo com o MPS, de Nola Pender. As variáveis analisadas foram: percepção da saúde geral, percepção da saúde geral comparada há um ano e prática de exercício físico diário (mínimo de 30 minutos de acordo com o Programa Nacional para a Prática de Atividade Física, 2020). Os resultados encontram-se na tabela seguinte (tabela 12).

Tabela 12

Comportamentos anteriores, segundo o MPS

Comportamentos anteriores			
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Saúde geral	Ótima	2	1,9%
	Muito boa	5	4,8%
	Boa	30	28,8%
	Razoável	59	56,7%
	Fraca	8	7,7%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Saúde geral comparada há 1 ano	Muito melhor	4	3,8%
	Com algumas melhoras	5	4,8%
	Aproximadamente igual	34	32,7%

	Um pouco pior	52	50%
	Muito pior	9	8,7%
Variável		Frequência	Percentagem (%)
Atividade física diária	Nunca (0 dias)	0	0%
	Raramente (1-2 dias)	33	31,5%
	Às vezes (3-4 dias)	38	36,5%
	Habitualmente (5-6 dias)	25	24%
	Sempre (7 dias)	8	7,7%

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário do Estado de Saúde Geral (MOS SF-36). Autoria da mestrada.

No questionário MOS SF-36, relacionado com a qualidade de vida, a primeira pergunta visa compreender a auto percepção do estado de saúde dos indivíduos. Neste estudo, a maior parte da amostra classificou a sua saúde como “razoável” (56,7% ; n=59), sendo que 28,8% (n=30) classificaram a sua saúde como “boa” (tabela 12). Na segunda questão, pretendeu-se analisar o estado de saúde atual dos indivíduos comparativamente ao que se objetivavam há um ano, onde 50% (n=52) responderam maioritariamente “um pouco pior”.

No que diz respeito à prática de atividade física e tratando-se de turmas de desporto, conseguimos perceber que a maioria, 36,5% (n=38) pratica exercício físico pelo menos 3 a 4 dias por semana, sendo que 31,5% (n=33) fazem exercício físico apenas uma a duas vezes por semana, culminando com os dias de atividade física, lecionadas pelo Desporto Sénior, de Almeirim.

Dando continuidade à análise dos dados do Questionário MOS SF-36, conseguiu-se reunir alguns dados importantes sobre a percepção dos idosos relativamente à sua saúde e implicações que poderão ter na realização das suas atividades de vida diárias, físicas e emocionais (Tabela 13).

Tabela 13

Estatística descritiva das dimensões do SF36 v2, por género (%)

Género		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
	Média	65,39	62,09	59,17	53,87	56,04	77,06	66,85	65,05
Feminino	DP	24,7	26,56	21,83	18,15	21,60	22,61	27,04	24,02
N=91	Máximo	100,00	100,00	100,00	92,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	25,00	0,00	0,00
		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Masculino	Média	71,15	65,86	70,92	55,23	53,46	80,77	68,59	72,00
N= 13	DP	24,93	23,88	23,37	21,19	20,65	26,33	23,85	24,22
	Máximo	95,00	100,00	100,00	100,00	85,00	100,00	100,00	100,00
	Mínimo	10,00	25,00	41,00	25,00	15,00	37,5	25,00	24,00
		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Total	Média	66,10	62,56	60,64	54,04	55,72	77,52	67,07	65,92
N= 104	DP	24,21	26,16	22,56	18,45	21,40	23,00	26,56	24,04
	Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	25,00	0,00	0,00

Nota. Desvio Padrão (DV) Dados obtidos através da aplicação do questionário MOS SF-36. Autoria da mestrada.

Os indivíduos inquiridos, de acordo com a tabela anterior, apresentaram em todas as dimensões uma pontuação positiva, ou seja, apresentam percentagem superior a 50%. De acordo com o género, a dimensão mais positiva é a FS em ambos os géneros, 77,06% para o feminino e 80,77% para o masculino. Podemos concluir que as dimensões por género, são pontuadas de forma mais positiva pelo género masculino, à exceção da dimensão VT, quando comparadas com as do género feminino.

A saúde geral, por sua vez, embora com pontuação positiva, é a que apresenta a pior pontuação (média 54%) e a função social aquela que apresenta a melhor pontuação média de 77,5%.

Tabela 14

Estatística descritiva das dimensões do MOS SF-36, de acordo com a presença de HTA ou sem HTA (%)

		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
HTA N=70	Média	64,07	63,5	60,2	54,34	56,28	78,57	68,57	66,40
	DP	25,72	25,82	21,34	17,32	20,55	23,03	25,93	23,24
	Máximo	100,0	100,0	100,00	92,00	100,0	100,00	100,00	100,00
	Mínimo	0,00	0,00	12,00	25,00	0,00	25,00	25,00	12,00
		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Sem HTA N= 34	Média	70,29	60,66	61,59	53,41	54,56	75,37	63,97	64,94
	DP	20,48	27,16	24,34	20,84	23,33	23,13	27,96	25,94
	Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	100,00
	Mínimo	15,00	12,50	0,00	0,00	0,00	25,00	0,00	0,00
		FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Total N= 104	Média	66,10	62,56	60,64	54,04	55,72	77,52	67,07	65,92
	DP	24,21	26,16	22,56	18,45	21,40	23,00	26,56	24,04
	Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	25,00	0,00	0,00

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário MOS SF-36. Autoria da mestrada.

No que diz respeito à análise descritiva das dimensões do questionário MOS SF-36, de acordo com diagnóstico ou não de HTA (Tabela 14), pode-se verificar mais uma vez não existem dimensões negativas, no entanto as SG e a VT são as que apresentam piores resultados, quando comparadas com outras dimensões.

Quando comparamos as diferentes dimensões, entre os indivíduos com ou sem HTA, não existe diferença significativa, ou seja, não têm melhor saúde ou mais positividade por não serem portadores da patologia. A FF (70,29%) e a DC (61,59%) são as únicas dimensões que tem maior positividade nos indivíduos sem HTA, quando comparados com indivíduos com HTA.

Decorrente da análise anterior, das dimensões do MOS SF-36, observamos que quando avaliadas individualmente, todas apresentaram valores positivos. No entanto, quando agrupadas nos dois grandes grupos, de componente físico e componente mental, estas

apresentam valores negativos (inferior a 50) (Tabela 15). A dimensão física por sua vez apresenta um valor mais baixo (43,8) comparativamente à componente mental (49,1).

Tabela 15

Componentes do questionário MOS SF-36

	Componentes do questionário MOS SF-36	
	Componente Física	Componente Mental
Média	43,8	49,1
Moda	23,66	22,94
Desvio Padrão	9,7	10,25
Mínimo	23,66	22,94
Máximo	63,01	68,99

Nota. Dados obtidos através da aplicação do questionário MOS SF-36. Autoria da mestrada.

Posteriormente ao tratamento e análise dos dados recolhidos foram identificados os seguintes problemas:

- 56,7% da amostra tem uma perceção da sua saúde geral como razoável;
- 50% da amostra revelou que sente que a sua saúde geral está um pouco pior;
- 43,8 % problemas de saúde física que limitam as atividades de vida diárias;
- 67,3% da amostra referiu ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial;
- 50% da amostra na avaliação clínica apresentou valores tensionais superiores a 140 mmHg e/ ou 90mgHg;
- 44,2 % da amostra encontra apresenta um grau de pré-obesidade, com um IMC entre os 25 e o 29,99kg/m²;
- 36,5% da amostra praticou exercício físico 3 a 4 vezes por semana.

1.1.4. Considerações éticas e deontológicas

As questões éticas colocam dilemas peculiares aos investigadores, que provêm das exigências morais dos mesmos que, em determinadas situações poderão entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin,1999). No decorrer do exercício profissional, é fulcral que se garanta o respeito pelos direitos dos indivíduos.

De acordo com OE (2015) (...)

“O enfermeiro deve considerar confidencial toda a informação que diga respeito ao destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte (...) utilizam instrumentos e metodologias de recolha de informação. Pode constituir exemplo a colheita de dados (...) seja qual for o benefício potencial da colheita de dados, é sempre uma ingerência na vida e nos sentimentos pessoais. E o acesso do profissional a uma série de

informações sobre uma pessoa ocorre apenas mercê desta qualidade de profissional (OE, 2015, p. 79).

Nesta primeira etapa do PS, procurou-se assegurar que os princípios éticos e valores fossem respeitados, salvaguardando os indivíduos participantes no estudo, foram realizados um conjunto de procedimentos, a fim de minimizar constrangimentos.

Em primeira instância, foi pedido a autorização, para a aplicação do Questionário de Estado de Saúde Geral (MOS SF-36), ao responsável, pela sua tradução, validação e adaptação portuguesa Senhor Doutor Pedro Lopes Ferreira, obtendo-se uma resposta positiva para a aplicação do questionário (Apêndice IV).

Posteriormente, foi realizada uma reunião informal com a equipa responsável pelo Desporto Sénior, o Pelouro do desporto, constituído pelo vereador da Câmara de Almeirim e dois elementos responsáveis pelo programa Desporto Sénior +55, de Almeirim (equipa parceira da UCC2A), assim como Enfermeiro Coordenador da UCC2A, onde foram debatidas as ideias para o projeto de intervenção, na comunidade do desporto sénior e, que teve também um parecer favorável. Uma vez que este projeto está inserido no programa Desporto Sénior +55, da Câmara Municipal de Almeirim, onde a UCC Almeirim / Alpiarça é parceira, os pedidos de consentimento à comissão ética do ACES Lezíria já existiam, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos dos participantes no projeto.

Por último, foi apresentado aos participantes um documento de consentimento informado (Apêndice V), garantindo o cumprimento dos princípios éticos da autonomia, da veracidade, do voluntariado e do anonimato.

1.1.5. Diagnóstico de Enfermagem

Os problemas de saúde identificados decorrente da análise dos dados estão relacionados com a adoção de comportamentos da população que afetam a sua saúde geral. A elaboração dos diagnósticos de enfermagem, teve como base o Modelo Teórico da Promoção da Saúde, de Nola Pender, descrito na Parte I deste relatório.

Existe uma tendência geral de se centrar os cuidados, nos indivíduos, muito focados na patologia, ou seja, no processo de patológico. No entanto, com o avanço dos tempos e o reconhecimento da influência da promoção da saúde na prevenção da doença, tem sido incluídas novas definições nas taxonomias no âmbito do bem-estar, promoção da saúde e capacitação comunitária.

Para a elaboração de diagnósticos de enfermagem que fossem adequados e efetivos, recorreu-se à Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2, de

2015. A CIPE® é uma nomenclatura usada por enfermeiros, com uma linguagem própria, permitindo a padronização da comunicação, de modo a produzir informações validas para a prática de enfermagem e na qual inclui conceitos que vão ao encontro dos diagnósticos de enfermagem, tendo como foco central a comunidade. As informações decorrentes da aplicação desta nomenclatura são pilares fundamentais no suporte dos cuidados, tomada de decisão, educação, pesquisa e nas políticas de Saúde (*Internacional Council of Nursin (ICN)*, 2015).

Decorrente do supra exposto foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Quadro 4

Relação entre o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender e Diagnósticos de enfermagem CIPE®

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	CIPE
Características e Experiências individuais	Comportamento de procura de saúde (foco) sobre a promoção da saúde e HTA, comprometido (juízo)
	Excesso de peso (foco) presente (juízo) em grau elevado, nos indivíduos com 65 anos ou mais do desporto sénior
	Hipertensão (foco) presente (juízo) em grau moderado, na amostra do Desporto Sénior
	Adesão ao regime terapêutico (foco) comprometido (juízo), nos indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior

Nota. Autoria da mestranda, de acordo com CIPE® versão 2 (2015)

Em apêndice (Apêndice VI), encontra-se o diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, adaptado ao projeto de intervenção comunitária.

1.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do processo de planeamento em saúde diz respeito à seleção, escolha ou definição de prioridades. Após a realização do diagnóstico de situação, onde foram identificados os problemas de saúde emergentes, procede-se à hierarquização dos mesmos (Tavares, 1990).

Na determinação das prioridades devemos ter em atenção o horizonte do plano e a área de programação (Imperatori & Giraldes, 1993), esta fase não tem como objetivo dar mais importância a um problema em relação a outro, mas sim priorizar um em relação ao outro, pelo que se tona essencial definir e adotar critérios, de modo a ordenar os problemas identificados.

Para Imperatori e Giraldes (1993), para a determinação das prioridades são sugeridos três critérios: a **magnitude**, definindo o problema na sua dimensão; a **transcendência**, valorizado

as mortes por grupo etário; e a **vulnerabilidade**, que diz respeito à possibilidade de prevenção.

Para a definição do problema prioritário no qual se vai intervir foi realizada uma reunião com a equipa envolvida no projeto e o enfermeiro coordenador da UCC2A, onde foram apresentados os resultados do questionário e das avaliações clínicas e antropométricas. Os problemas identificados a partir do diagnóstico de enfermagem foram a HTA, comportamento de procura de saúde, excesso de peso e gestão do regime terapêutico que foram sujeitos aos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, definidos por Imperatori e Giraldes (1993).

A HTA é considerada de elevada **magnitude**, uma vez que esta patologia esta presente em cerca de 71,3% da amostra do projeto e as doenças do aparelho circulatório apresentam uma taxa de mortalidade de 3,3‰, em 2020 (INE, 2022)³. Sendo que em Almeirim esses valores são superiores 4,3‰ (INE, 2022)³.

Relativamente à **transcendência**, a HTA é responsável por cerca de sete milhões de mortes prematuras e por noventa e dois milhões de anos de vida com incapacidade (WHO, 2013, citado por Gião *et al.*, 2020). As doenças cardiovasculares são uma importante causa de morte e incapacidade a nível mundial, sendo responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes anuais das quais 9,4 milhões estão associadas a complicações da HTA.

A HTA como já descrito anteriormente, representa um dos fatores de risco modificáveis, que pode ser controlada através da adoção de medidas que visem a detenção precoce e tratamento adequado, atuando na promoção da saúde primária, secundária e terciária, pelo que de todos os critérios é o que apresenta maior **vulnerabilidade**, podendo ser englobados e explorados os restantes diagnósticos (necessidades identificadas), na problemática da HTA.

Assim, foi atribuída prioridade máxima à HTA, uma vez que os outros problemas podem ser trabalhados dentro desta e são problemáticas que estão intimamente ligadas, optou-se por realizar a intervenção comunitária, no âmbito do empoderamento e capacitação, centrada na problemática da Hipertensão arterial, dado que foi a que necessidade que foi mais relevante, quer a nível das necessidades reais quer nas sentidas.

1.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Imperatori e Giraldes (1993) definem objetivo como um enunciado de um resultado que se pretende alcançar, da evolução de um problema, alterando a sua tendência natural, traduzido em termos de indicadores mesuráveis de resultado ou impacto.

Posteriormente a realização do diagnóstico de situação e à priorização das problemáticas, é altura de definir objetivos, num determinado período. Só uma adequada fixação de objetivos é possível realizar uma avaliação das intervenções realizadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta fase é fulcral no planeamento de toda e qualquer atividade dos cuidados de saúde, uma vez que vai permitir uma melhor intervenção por parte dos profissionais de saúde e facilitar o processo de avaliação do projeto (Tavares, 1990). Os objetivos segundo o mesmo autor devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990). Para Melo (2020), os objetivos seguem várias categorias, nomeadamente: finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas, que são ser elementos facilitadores de relação entre os diagnósticos de enfermagem identificadas no projeto em desenvolvimento.

De acordo com os pressupostos anteriores e os dados obtidos no diagnóstico de situação de saúde foi realizada a fixação de objetivos tendo em conta a exequibilidade das atividades a implementar.

Assim, o objetivo geral definido para este projeto de intervenção comunitária visa promover o aumento dos conhecimentos sobre a HTA e adoção de comportamentos saudáveis, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, da turma do Desporto Sénior +55, de Almeirim, através de sessões de educação para a saúde, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023. Nesta linha de raciocínio, definiu-se como objetivos específicos:

- Caracterizar em termos sociodemográficos, os indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro a dezembro de 2022;
- Capacitar para a problemática da HTA, os indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023;
- Capacitar para a identificação de fatores de risco que levam ao descontrole da PA, os indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023;
- Incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, os indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023;
- Alertar para as complicações inerentes à HTA, os indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023;
- Aumentar a vigilância da TA, os indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023;
- Treinar para intervir em situações de emergências comuns relacionadas com a HTA, nos indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim, de novembro de 2022 a fevereiro de 2023.

1.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Na fase de seleção de estratégias é importante determinar o processo mais eficaz para reduzir os problemas de saúde considerados prioritários, sendo estas um conjunto de técnicas específicas para atingir os objetivos com o objetivo de diminuir os problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo em vista a consecução dos objetivos anteriormente definidos, utilizou-se como principal estratégia a EpS. A EpS é um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde, focando-se em atividades e experiências que facilitem a aprendizagem, sendo fulcral no processo de comunicação entre os indivíduos ou comunidade e os profissionais de saúde (Pender *et al.*, 2015).

Segundo o MPS, de Nola Pender, as atitudes relacionadas com a saúde e os hábitos de vida dos indivíduos, neste caso os idosos, são condicionadas por influências interpessoais como a família, os pares, profissionais de saúde assim como influências situacionais que podem favorecer ou impossibilitar o comportamento (Pender *et al.* 2015). Vários autores defendem a importância do empoderamento como uma intervenção de enfermagem, com o objetivo de incentivar os indivíduos a adotar atitudes e comportamentos saudáveis, uma vez que têm resultados mais efetivos, assim como a importância no recurso a sessões de EpS, na abordagem de temáticas sobre a prática de atividade física e alimentação saudável (Chang & Lee, 2015).

O enfermeiro é o profissional de saúde mais capacitado para a realização de atividades de EpS, uma vez que ao longo da sua formação adquire competências específicas de liderança de grupos e capacitação das comunidades, seguindo a metodologia do PS, identifica as necessidades da comunidade de maneira a colmatá-las, orientando-os na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (Viana *et al.*, 2015, citado por Preis *et al.* (2016).

Pender *et al.* (2015) reforça ainda que, quando a informação é transmitida por enfermeiros, permite aumentar a capacitação e empoderamento dos indivíduos e/ou comunidade, para que possam atingir níveis elevados de saúde, prevenir e identificar precocemente doenças, diminuindo a incapacidade.

Assim, atendendo às características específicas da amostra e em reunião com a equipa multidisciplinar, optou-se como estratégia, a realização de sessões de EpS, com vista a atuar na capacitação e empoderamento sobre a HTA e na adoção de comportamentos saudáveis.

De acordo com as estratégias selecionadas foram realizadas atividades nas diferentes áreas de intervenção propostas, nomeadamente:

- Reuniões com os parceiros comunitários para informar do diagnóstico de saúde realizado e divulgação do projeto de intervenção comunitária (Coordenador da UCC, Camara Municipal de Almeirim (Pelouro do Desporto Sénior);
- Distribuição de folhetos informativo junto da população alvo, com vista a divulgar o projeto desenvolvido.
- Duas sessões de EpS, com sequência de continuidade, nos diversos grupos que compõe o Desporto Sénior (Marianos, Paços Negros, Raposa, Fazendas de Almeirim, Almeirim, Benfica do Ribatejo e Tapada):
 - **“Saber mais, Viver melhor”** com a HTA
 - **“Saber mais, Viver melhor”** em situações de emergência decorrentes da HTA

As atividades planeadas foram estabelecidas tendo em conta as estratégias definidas e calendarizadas. A realização e consulta do cronograma é um instrumento que auxilia na perceção e evolução do trabalho realizado, auxiliando na organização e gestão do projeto de intervenção. De maneira a sensibilizar a população alvo para a problemática, foi dado a conhecer os resultados do DS realizado.

1.5. PROJETO “SABER MAIS, VIVER MELHOR”

Elaboradas as primeiras etapas do PS, chega a etapa da execução, ou seja, a criação de programas ou projetos que vão de encontro as necessidades que requerem intervenção. A execução é uma etapa moldada pelos enfermeiros mediante o tipo de problemática de saúde identificada, comandado conhecimentos e capacidades, de maneira a evitar uma acumulação de tarefas, sobreposição e prever recursos para facilitar a execução das atividades (Imperator & Giraldes, 1983, citado por Melo, 2020).

Na sequência do anteriormente exposto, face a hierarquização das problemáticas identificadas nos ACES Lezíria (Neto *et al.*, 2017) assim como do diagnóstico de saúde realizado, achou-se importante incidir o projeto comunitário, na capacitação e empoderamento da comunidade no que diz respeito à hipertensão arterial, associada às doenças cérebro-cardiovasculares, sendo umas das problemáticas prioritárias em destaque no PNS (DGS, 2021-2030).

O presente projeto de intervenção comunitária visa promover o aumento dos conhecimentos face à HTA e adoção de comportamentos saudáveis. Sempre com o objetivo de melhorar a saúde assim como integrar as políticas da DGS, nomeadamente PNS (2020) e indo de encontro ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas (2004) e Programa Nacional para as Doenças Cérebro- Cardiovascular (2017).

De maneira a definir tempos e orientar o projeto, esta etapa do PS iniciou-se com a elaboração de um plano operacional das atividades a implementar, cronograma esse que consta em apêndice (Apêndice VII).

Validadas as estratégias pelo enfermeiro orientador, procedeu-se à divulgação do projeto de intervenção, através da convocação da comunidade com visitas a todas as freguesias onde decorrem as atividades de desporto Sénior e distribuição de convites à amostra, assim como restante população para a participação no projeto (Apêndice VIII).

Para que as informações transmitidas à comunidade sejam válidas e fundamentem as intervenções planeadas para o projeto, é fulcral que se procure evidência científica, uma vez que o enfermeiro deve ter sempre por basear a prática em evidência. Assim foi realizada uma revisão da literatura, que consta no início deste documento.

Esta pesquisa em bases de dados e a sua análise permitiram a realização fundamentada das sessões de EpS, sendo a base teórica para a elaboração dos recursos usados (*Power Point (PPT)*), aliados a uma linguagem simples e clara, com recurso a imagens explicativas alusivas à temática a abordada.

Embora o projeto esteja direcionado para a amostra que cumpriu todos os critérios previamente definidos (104 indivíduos) foram estabelecidas metas consoante este número de pessoa, no entanto o convite foi alargado para a restante população do desporto Sénior, familiares e amigos, pelo que se optou por não ter uma folha de assiduidade, contabilizado o número de participantes através das fichas de avaliação de conhecimentos e satisfação realizadas.

Na etapa da execução, foram colocadas em marcha as atividades previamente definidas, de maneira a dar resposta aos objetivos delineados. Primeiramente foi desenvolvida junto da comunidade, uma atividade com o objetivo de avaliar os parâmetros da saúde nomeadamente: a avaliação da tensão arterial; glicémia capilar; peso; altura e IMC. Neste âmbito, aproveitou-se a oportunidade, junto da população, para promover a educação para a saúde direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, e aconselhamento de acordo com os parâmetros avaliados.

Nesta atividade estiveram presentes cento e sessenta e dois indivíduos da turma de desporto sénior de Almeirim, número muito superior à meta estabelecida, revelando a preocupação da população, para a necessidade de controlo dos parâmetros de saúde, assim como a falta de resposta dos CSP.

Posteriormente, de acordo com os valores obtidos na avaliação anterior, foram realizadas duas sessões de EpS decorreram nos diferentes locais, onde são realizadas as aulas de

atividade física, no horário que normalmente decorreriam as aulas, de maneira a não limitar a participação dos indivíduos. As sessões foram realizadas em 7 freguesias distintas (Marianos, Paços Negros, Raposa, Fazendas de Almeirim, Almeirim, Tapada e Benfica do Ribatejo). Ao ir de encontro aos idosos permitiu uma melhor adesão do grupo em estudo, estas sessões tiveram uma duração média de 45 minutos.

Na primeira sessão do projeto **“Saber mais, Viver melhor” com a HTA**, teve lugar nos dias 30 e 31 de janeiro de 2023, em diversos horários, de acordo com os horários de atividade física dos grupos. O convite para a sessão, como já referido anteriormente, foi feito através da distribuição de convites (panfletos) e oralmente pela mestrandia e o professor de educação física. Este convite foi realizado não só à população em estudo, mas aos restantes elementos que por algum motivo, ficaram de fora devido aos critérios de exclusão do projeto.

Esta primeira sessão englobou conteúdos temáticos relacionados com a HTA, com os seguintes objetivos: capacitar os indivíduos com 65 anos ou mais, sobre a HTA; identificar sinais e sintomas da HTA; fatores de risco da HTA; conhecer complicações e medidas de prevenção da HTA; e compreender a importância da adesão terapêutica para o tratamento da HTA.

Para a consecução dos objetivos acima mencionados, no decorrer da sessão foi utilizado o método expositivo, interrogativo, demonstrativo e interativo. O plano de sessão (Apêndice IX) e a respetiva apresentação em *PPT* (Apêndice X), onde consta também os resultados do diagnóstico de saúde realizado. No fim da sessão foi entregue aos presentes, uma ficha de avaliação de conhecimentos sobre a temática abordada com perguntas de verdadeiro ou falso, assim como uma avaliação da sessão pelos formandos, com avaliação de sim ou não. Foram considerados como avaliação da EpS os parâmetros sobre pertinência da temática, linguagem utilizada pelo preletor, metodologia audiovisuais (Apêndice XI).

Nesta estiveram presentes cento e onze (107%) pessoas, das quais cento e quatro apresentavam idade igual ou superior a 65 anos (ou seja, faziam parte da amostra) e outras 7 pessoas que tinham idade inferior a 65 anos, pelo que não preencheram a ficha de avaliação.

A segunda sessão com o tema **“Saber mais, Viver melhor” em situações de emergências médicas decorrentes da HTA**, teve lugar nos dias 6 e 7 de fevereiro de 2023, mais uma vez, em diversos horários, nas diferentes freguesias de Almeirim. Esta sessão por sua vez englobou os seguintes conteúdos temáticos, que visam: conhecer as complicações mais comuns do descontrolo da HTA; conhecer os dois tipos de AVC; identificar sinais e sintomas do AVC e do EAM; conhecer como atuar em caso de AVC e EAM; e compreender a

importância de uma rápida atuação, no tratamento do AVC e EAM. Sendo que a divulgação aconteceu nos mesmos moldes que a anterior. O plano de sessão (Apêndice IX), assim como a apresentação encontram-se em apêndice (Apêndice XII).

A avaliação da sessão decorreu da forma descrita anteriormente (Apêndice XIII). Nesta segunda sessão estiveram presentes cento e vinte e três (118%) pessoas, das quais cento e quatro tinham idade igual ou superior a 65 anos e dezanove com idade inferior a 65 anos (não preencheram a folha de avaliação) assim como o professor de educação física, do desporto Sénior de Almeirim.

As sessões correram muito bem, todas as pessoas foram pontuais e respeitaram a formadora assim como a restante plateia e durante toda participaram de modo ativo, trocando ideias e dúvidas que iam surgindo à medida que eram apresentados os temas. No contacto com a população alvo, em conversas, aquando das atividades e posteriormente em visitas pontuais a estes grupos, os participantes mostraram-se gratos e manifestaram a necessidade de haver mais sessões como estas, de maneira a aumentar os seus conhecimentos.

As atividades desenvolvidas contribuíram para a consecução das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde pública, preconizadas pela OE, nomeadamente **“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”**, **“Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas”** e **“Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”** (OE, 2018, p.19356).

1.6. AVALIAÇÃO

A avaliação é a última etapa e onde pretendemos avaliar as nossas atividades, para Imperatori e Giraldes (1993, citado por Melo, 2020, p.45), “...avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” de modo a melhorar e planificar eficazmente as atividades, ajudando a determinar o grau de sucesso na execução de um objetivo. Segundo a OE (2018), o EE em ESCSP deve avaliar os programas e projetos de intervenção, de maneira a compreender se, dos problemas identificados como prioritários, houve melhoria ou resolução.

O mesmo autor refere que é na avaliação que se sabe se o plano foi eficaz, se os objetivos foram ou não alcançados, segundo indicadores de processo e de resultado, para uma avaliação a curto e a médio prazo, respetivamente (Nunes, 2016). Pelo que neste capítulo, estão representados os principais resultados dos indicadores que foram previamente definidos, de maneira a elaborar uma avaliação. Durante a implementação do projeto **“Saber**

mais, **Viver melhor**”, foram aplicados instrumentos de recolha de dados, que permitiram a avaliação do mesmo.

Dada a limitação de tempo de implementação do projeto, os impactos dos resultados apenas puderam ser avaliados a curto prazo na amostra. Para perceber o correto impacto deveria haver uma segunda avaliação dos parâmetros da saúde (tensão arterial, peso, IMC), mas o mesmo não foi possível. No entanto, este é um grupo que se mantém e está planeado no fim do ano letivo das aulas de desporto, acontecer uma nova avaliação, de modo a aferir os ganhos em saúde.

Nos quadros seguintes, estão de maneira resumida as atividades desenvolvidas, os indicadores de atividade e de resultado respetivamente a cada uma, assim como a avaliação das metas pré definidas. Através da análise dos mesmos, é de destacar que as metas definidas foram alcançadas em todas as atividades e em algumas essas metas foram até superadas.

Quadro 5

Avaliação dos indicadores de atividade

INDICADORES DE ATIVIDADE	META	AVALIAÇÃO
<p>Taxa de realização das atividades</p> <p>Nº de atividades realizadas / Nº de atividades programadas x 100</p>	Realizar 100% das sessões	3 sessões / 3 sessões = 100%
<p>Taxa de assiduidade dos indivíduos da comunidade alvo nas sessões realizadas</p> <p>Nº de indivíduos presentes nas atividades / Nº de indivíduos convocados para as atividades x 100</p>	Obter 80 % de assiduidade	<p>Sessão avaliação antropométrica e clínica:</p> <p>160 / 104 x 100 = 154%</p> <p>Sessão 1:</p> <p>111 / 104 x 100 = 107 %</p> <p>Sessão 2:</p> <p>123 / 104 x 100 = 118 %</p>
<p>Taxa de avaliação das atividades, segundo os participantes (1 – sim , 2 – não)</p> <p>Nº de participantes a classificar em sim o desempenho do formador / Nº total de participantes a avaliar x 100</p>	Obter 80 % de “sim” na avaliação das sessões de EpS	197 / 208 x 100 = 94,7 %

Nota. Dados obtidos através da aplicação das fichas de avaliação e avaliação da sessão pelos formandos, à população alvo. Autoria da mestranda.

Quadro 6

Avaliação dos indicadores de resultado

Indicadores de Resultado	Meta	Avaliação
<p>Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos:</p> <p>Nº total de respostas corretas / Nº total de respostas dadas x 100</p>	<p>Obter 75% de respostas corretas em cada sessão</p>	<p>Sessão 1:</p> <p>474 / 520 x 100 = 91%</p> <p>Sessão 2:</p> <p>388 / 416 x 100 = 93%</p>

Nota. Dados obtidos através da aplicação das fichas de avaliação e avaliação da sessão pelos formandos, à população alvo. Autoria da mestranda.

De acordo com os dados obtidos no quadro 7 e 8, tanto os indicadores de atividade como os indicadores de resultados, foram atingidos e alguns deles até superados. Embora se tenha delimitado uma amostra dentro da população do desporto Sénior, o convite para a participação nas atividades foi geral, podendo participar também os indivíduos que não cumpriam os critérios.

Na sessão de avaliação de parâmetros antropométricos e clínicos, dos 104, com 65 anos ou mais convocados, compareceram 160, ou seja, estiveram presentes o total de convocados, mais outras cinquenta e seis pessoas. Esta grande adesão demonstra a constante preocupação da população na avaliação destes parâmetros e da falta de acompanhamento dos CSP.

A realização assim como a participação no rastreio de saúde, foi muito bem aceite e parabenizado pela comunidade, uma vez que permitiu um diagnóstico de saúde e realização de ensinamentos, possibilitando à comunidade esclarecimento de dúvidas e obter ganhos em saúde, assim como realizar um encaminhamento para os CSP, em caso de objetivação de valores anómalos.

Na primeira sessão de EpS **“Saber mais, Viver melhor” com a HTA**, para além dos 104 indivíduos da amostra, estiveram presentes mais 7 pessoas, totalizando 111 indivíduos, o que superou a meta de assiduidade previamente definida.

Por sua vez, na segunda sessão de EpS **“Saber mais, Viver melhor” em situações de emergências médicas decorrentes da HTA**, estiveram presentes 123 indivíduos, superando mais uma vez a meta definida, o que permitiu a mestranda concluir que as sessões foram apelativas dada a elevada adesão.

Como já referido ao longo deste documento, o presente projeto visava aumentar os conhecimentos e promover o empoderamento da população alvo. Visto que a adoção de hábitos de vida saudáveis é uma das premissas fulcrais para o controlo da HTA, seria

importante haver uma reavaliação, a fim de compreender se houve ou não alterações nos comportamentos dos indivíduos. No entanto, esta mudança de comportamento e atitudes apenas é percecionada com novas avaliações, mas a longo prazo. Dado o curto espaço temporal que decorreu o projeto, esta reavaliação não foi possível, pelo que ficou o compromisso, de no final do ano letivo dos alunos do desporto Sénior, em junho, ser realizada uma nova avaliação, em parceria com a UCC2A e na qual tenho todo o prazer de estar presente e ajudar.

Todo o projeto de intervenção comunitário, foi parabenizado pela população alvo e objetivado como uma mais-valia na construção de conhecimento sobre a saúde e pensamento crítico. Sendo que esta mostrou interesse na continuação do projeto. No final de cada sessão, foi solicitado aos participantes que apresentassem sugestões futuras, as quais compilou-se algumas, que serão apresentadas de seguida:

- “ Futuramente deveríamos ter mais esclarecimentos sobre a saúde, para o nosso bem e dos que nos acompanham”;
- “Era muito continuar com este projeto (...)”;
- “Continuação de mais ações informativas sobre esta e outras temáticas (...)”;
- “ Sessão sobre a diabetes”;
- “Nunca é tarde para aprender e os idosos é muito facil esquecer, é sempre bom lembrar”;
- “Organizar sessões sobre os primeiros socorros (...)”;
- “ Sempre bom sermos esclarecidos porque há muita coisa que não sabemos”.

Assim , julga-se ter adquirido a competência de EE, nomeadamente **“avalia programas e projetos de intervenção com vista a resolução dos problemas identificados”** (OE, 2018, p.19355)

PARTE III – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Os cuidados de enfermagem, atualmente, adquiriram uma grande importância e exigência quer técnica, quer científica, levando a uma necessidade crescente da diferenciação e especialização dos profissionais de saúde. Foram estas necessidades que trouxeram a mestrandia até aqui, ciente de que a formação especializada permite a habilidade para prestar melhores cuidados de enfermagem. A frequência no mestrado de ESCSP contribui para a construção de um corpo de conhecimentos, essencial ao exercício da profissão, no âmbito dos CSP.

Acredito que o aprofundamento contínuo dos conhecimentos e o desenvolvimento de competências, são essenciais ao exercício da profissão de enfermagem. Só assim é possível, de forma segura e eficaz, dar resposta às necessidades que a pessoa, grupo ou comunidade apresenta, com a garantia da melhoria na tomada de decisões e da qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a OE (2019), as competências do EE decorrem do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialidade, os enfermeiros partilham de um conjunto de domínios que se consideram competências comuns, ajustáveis a todos os contextos da prestação de cuidados de saúde. As competências comuns do EE são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). No decurso deste EC, procurou-se que na prática do exercício profissional, tivesse em conta os critérios de avaliação inerentes a cada uma destas competências. Procurou-se ainda conhecer desde início a estrutura organizacional da USP da Lezíria e UCC2A, assim como os métodos de trabalho adotados, indagando atuar de acordo com os padrões de qualidades inerentes à prática de enfermagem.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns dos EE são definidas pela OE como sendo “(...) as competências partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (...)” (OE, p. 4745, 2019).

No que diz respeito ao domínio da **responsabilidade ética e deontológica**, pode-se afirmar que durante todo o percurso académico e profissional, foi mantida uma postura profissional, através do respeito pelos princípios éticos e dos direitos humanos, cumprindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto de lei nº104/98).

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, quer no processo, quer no tratamento da colheita de informação, procurou-se manter a confidencialidade e a privacidade, respeitando cada pessoa e para isso foram realizados pedidos de autorização para a realização do diagnóstico de situação à população, de modo a promover os valores e princípios da liberdade de escolha, crenças, igualdade e proteção dos direitos humanos.

Ao longo destes meses, a mestranda participou ativamente nas tomadas de decisão em equipa, de maneira a construir estratégias que dessem resposta aos problemas identificados, procurando manter um juízo crítico e equitativo, através de um conjunto de conhecimentos e experiências que têm sido adquiridos quer ao longo do percurso académico, quer profissional, sem perder o respeito pelo código deontológico e valores pelos quais se regem a profissão de enfermagem

Aquando das visitas domiciliárias em contexto de ECCL, tentou-se sempre manter a intimidade e a privacidade, assegurando a individualidade e os direitos de cada pessoa. A privacidade e o anonimato da população alvo foram preservados, assim como o consentimento informado, tendo os indivíduos a liberdade de consentirem ou não a sua participação no projeto, o que permitiu à mestrada desenvolver e atingir com sucesso esta competência.

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, considera-se que esta competência foi adquirida pela implementação do projeto de intervenção comunitária uma vez que permitiu adquirir e desenvolver a melhoria dos cuidados prestados. Evidenciou-se as competências desenvolvidas, baseadas no código deontológico, dos valores humanos, em salvaguardar o direito da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica, social e o autocuidado, tendo como objetivo promover o aumento dos conhecimentos face à hipertensão arterial e adoção de comportamentos saudáveis, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, da turma do Desporto Sénior +55, de Almeirim, ao desenvolver o projeto **“Saber mais, Viver melhor”**. Adotou-se uma postura baseada na iniciativa e proatividade, tendo como base os conhecimentos e competências adquiridas no exercício da profissão, contribuindo para a estratégias de promoção da qualidade dos cuidados prestados. Depositou-se em todas as atividades pesquisa baseada em evidência científica e instrumentos de avaliação apropriados. Para além disso foram ainda consultadas as normas orientadoras e os regulamentos internos de cada serviço, de maneira a compreender as instituições e procurar melhor os cuidados prestados. Nesta procura pela melhoria, conseguiu-se identificar as lacunas / necessidades, nomeadamente nos conhecimentos da HTA da população do ACES Lezíria, dada a elevada prevalência, transformando-as em oportunidades de melhoria contínua, levando assim ao desenvolvimento de estratégias para solucionar os problemas de maneira eficaz e eficiente, na população com 65 anos ou mais, do desporto

sénior de Almeirim. Na concretização do projeto a mestranda desenvolveu aptidões a nível da análise e planeamento em saúde com vista a melhoria da qualidade dos cuidados.

No decurso dos EC, com vista a aumentar os conhecimentos, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e das intervenções enquanto EE em ESCSP, a mestranda participou em diversas ações de formação, nomeadamente no âmbito da doença dos legionários, programa que visava a prevenção e controlo da doença dos legionários, assim como em ações de formação decorrentes do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). O conjunto destas atividades contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram à mestranda a aquisição de competências que permitiram melhorar os cuidados prestados enquanto EE.

Relativamente à competência **gestão dos cuidados**, esta está ligada não só aos cuidados prestados a pessoa, grupo ou comunidade, mas também ao trabalho em equipa, trabalho esse que por si, já se constitui um desafio dado as diferenças encontradas entre as pessoas da equipa multidisciplinar. No entanto esta articulação e trabalho em equipa permite desenvolver estratégias de comunicação, facilitando a gestão dos cuidados. A mestranda procurou adotar uma postura assertiva para a implementação e organização de métodos de trabalho, tendo em conta a equipa a liderar e os recursos existentes.

Assumir uma postura de liderança requer capacidade de adaptação quer na gestão da equipa, quer na capacidade de adaptação aos desafios que ocorrem. Neste domínio é pertinente destacar a perceção dos diferentes papéis dos profissionais da equipa multidisciplinar, entender que a intervenção de uma equipa multidisciplinar é benéfica para o cliente/comunidade, implementando-se estratégias positivas e adequadas ao bom funcionamento e desempenho tanto da equipa de enfermagem como da equipa multidisciplinar, através do reforço positivo.

Nesta competência de gestão dos cuidados, é importante ainda referir o papel do enfermeiro enquanto gestor de cuidados no domicílio, à pessoa que integra as ECCI, neste âmbito a mestranda procurou capacitar os utentes e famílias, na administração de medicação que não necessite de supervisão de enfermagem.

Ainda no âmbito da gestão dos cuidados, no decorrer do projeto de intervenção, foi importante o planeamento e implementação das atividades, tendo em conta os recursos disponíveis. Foram desenvolvidas reuniões com a equipa de enfermagem da UCC2A, assim como com as entidades parceiras, nomeadamente a Câmara Municipal e o Pelouro do Desporto Sénior de Almeirim, de maneira a envolver toda a equipa no processo de identificação das necessidades, recursos e ajustar as atividades programadas às necessidades reais da

amostra. Aquando da realização das sessões de EpS a mestranda procurou adotar uma postura de liderança e uma linguagem simples, clara e adequada, que fosse de encontro às características específicas dos participantes.

Por último, o **domínio da competência de desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, enquadra-se nos objetivos preconizados para este EC, uma vez que todas as vivências contribuem para o desenvolvimento de aprendizagens. De maneira a favorecer o desenvolvimento desta competência foi importante refletir sobre as atitudes e os valores, de modo que mestranda se adaptasse aos diferentes contextos. Na pesquisa constante pela melhor prática baseada na evidência, foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica sobre a temática, necessária para o desenvolvimento de intervenções consolidadas e com conhecimentos atualizados.

Ao longo do EC, a mestranda procurou que as tomadas de decisão fossem fundamentadas em evidência científica e para isso, durante todo o percurso, manteve uma atitude ativa na procura e no aprofundamento de conhecimentos de Enfermagem e outras disciplinas.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A formação decorrente de contextos práticos é fundamental, juntando a aquisição de conhecimentos e valores, desenvolvimento de capacidades e atitudes, preparação para a intervenção na comunidade, entre outros. Considerando a importância do contexto de trabalho, este EC permitiu a aquisição de competências específicas em ESCSP, estabelecidas pela OE.

O desenvolvimento do projeto “**Saber mais, Viver melhor**” permitiu à mestranda desenvolver competências específicas, do enfermeiro especialista em ESCSP, tendo por base o Regulamento nº428/ 2018, publicado em Diário da República, de 16 de julho, que estabelece quatro competências (OE,2018).

A primeira competência específica, pretende que o enfermeiro seja capaz de “**estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**” (OE, 2018, p.19355). O desenvolvimento desta competência descrita pela OE, está diretamente relacionada com a elaboração do projeto de intervenção comunitária que foi desenvolvido ao longo dos EC, realizado segundo a metodologia do PS, seguindo as suas etapas, aprofundando os conhecimentos sobre o mesmo. Nesta competência deu-se destaque à unidade de competência “**procede à elaboração do diagnóstico de uma comunidade**” (OE, 2018, p.19355). A mestranda com recurso a bases de dados epidemiológicos, com a caracterização da população do ACES Lezíria e freguesia de Almeirim (local onde foi aplicado o projeto), assim como com a aplicação do instrumento

de colheita de dados (caraterização sociodemográfica e clínica da comunidade), realizou um diagnóstico de situação, que enaltescesse as principais problemáticas da população.

A seleção dos diagnósticos prioritários, tendo em conta a magnitude, vulnerabilidade e transcendência, permitiram à mestranda **“estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade”** (OE, 2018, p.19355). Aquando da priorização da problemática hipertensão presente, em grau elevado, foram integradas as orientações estratégicas definidas pelo Programa Nacional de Doenças cérebro-cardiovasculares (2017), assente na missão de reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular destaque na HTA e dislipidemia, assim como no Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas (2004), que visa promover um envelhecimento ativo e o desenvolvimento de ambientes capacitadores, estratégias que vão de encontro aos objetivos preconizados pelo PNS 2021-2030.

A fixação de objetivos e metas para o projeto, foram de encontro ao preconizado no PNS e no Perfil de Saúde do ACES Lezíria, tendo em conta os recursos disponíveis e as características específicas da amostra, contribuíram igualmente para alcançar a unidade de competência **“formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas”** (OE, 2018, p.19355). A intervenção do responsável organizacional, o enfermeiro coordenador da UCC2A, permitiu a fácil articulação com a restante equipa multidisciplinar e o envolvimento de entidades parceiras, nomeadamente a Câmara Municipal de Almeirim e o Pelouro do desporto de Almeirim, o que permitiu desenvolver intervenções e promover o projeto em freguesia distintas do concelho, contribuindo para a promoção do “trabalho em parceria, no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções” (OE, 2018, p.19355).

O planeamento é uma competência fulcral do EE, numa altura em que se tenta demonstrar cada vez mais importância da profissão de enfermagem, cabe a cada um de nós, em especial aos EE em ESCSP mostrar que estas competências contribuem para a melhoria dos serviços, das instituições e, acima de tudo, se traduzem em bem-estar e ganhos em saúde das comunidades.

A mestrada acredita que esta competência específica foi desenvolvida e atingida com sucesso, uma vez que partindo da metodologia do PS, realizou-se um diagnóstico de situação, partindo da necessidade de intervenção mostrada pela UCC2A. A avaliação continua da implementação do projeto e avaliação dos objetivos, permitem compreender se foram identificadas mudanças nos comportamentos que se traduzam em melhorias da qualidade de vida, levando a consecução da competência **“avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”** (OE, 2018, p.19355). As sessões de

EpS visam mudanças de comportamentos, pelo que é necessário uns meses ou até anos, para que se consiga avaliar o real impacto das intervenções e compreender se houve efetivamente uma melhoria (mudança dos comportamentos). No entanto, dado o limite temporal para a realização do projeto de intervenção, não houve tempo suficiente para perceber se existiram mudanças de comportamentos, pelo que ficou o compromisso, de no fim do ano letivo das aulas de desporto sénior, a equipa da UCC2A e a mestranda, se voltarem a reunir para realizar uma nova avaliação, esta sim, com tempo que permita a mudança.

A segunda competência específica, definida pela OE (2018, p.19356), que refere que o enfermeiro especialista **“contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”**, está diretamente ligada ao projeto de intervenção comunitário desenvolvido pela mestranda.

As estratégias definidas têm como objetivo o empoderamento e capacitação dos idosos (indivíduos com 65 anos ou mais), do desporto sénior de Almeirim, aumentando a sua literacia, no que concerne a HTA e a adoção de hábitos saudáveis, envolvendo parcerias comunitárias de saúde e realização de atividades (avaliações de parâmetros clínicos e sessões de EpS), com vista a promoção da saúde e estilos de vida mais saudáveis.

O conhecimento de diferentes disciplinas, é fundamental para a promoção da participação comunitária, assim como para o desenrolar de todas as etapas do projeto. O projeto **“Saber mais, Viver melhor”** desenvolvido pela mestranda teve como linha orientadora o Modelo Teórico de Enfermagem de Promoção em Saúde, de Nola Pender, que visa identificar quais os comportamentos que os indivíduos podem adotar para melhorar a saúde, estendendo-se ao longo da vida, fornecendo uma estrutura simples e clara, que permite ao enfermeiro de modo individual ou em grupo, planejar, intervir e avaliar as suas ações, indo de encontro aos objetivos delineados para o presente projeto de intervenção.

Assim foram lideradas ações de EpS, com incentivo à participação e cooperação da população alvo, bem como familiares e amigos. Neste contexto é importante manter uma comunicação aberta com a comunidade, de maneira que contribua para a participação nos processos de tomada de decisão, assim como a inclusão de parceiros políticos.

A mestranda assumiu uma atitude de liderança ao longo do projeto, tentando dinamizar a equipa, mobilizando os parceiros e recursos de modo a solucionar os problemas identificados. O desenvolvimento desta competência, só foi possível pela articulação de saberes das diferentes disciplinas de enfermagem e comunicação.

No que refere à competência de **“integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS”**, considera-se fulcral

potenciar as atividades de âmbito comunitário, tendo em conta os distintos programas do PNS, com vista à consecução dos objetivos definidos por este. O projeto **“Saber mais, Viver melhor”**, tem como objetivo geral, aumentar os conhecimentos sobre a HTA e adoção de comportamentos saudáveis, seguindo as diretrizes da DGS, definidas pelo Programa Nacional de Doenças Cérebro-cardiovasculares (2017), assente na missão de reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular destaque na HTA e dislipidemia, assim como no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), que visa promover um envelhecimento ativo e o desenvolvimento de ambientes capacitadores, estratégias que vão de encontro aos objetivos preconizados pelo PNS 2021-2030.

A prevalência da HTA tem vindo a aumentar, sendo uma preocupação de saúde pública, que está presente nos planos de saúde mundiais, nacionais e locais. A HTA sistólica elevada, ocupa o segundo lugar, dos principais fatores de risco modificáveis, segundo o PNS 2021 – 2030, associadas as doenças cérebro-cardiovasculares. O PMDCCV, programa prioritário do PNS, tem com objetivo “reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular enfoque na HTA e dislipidemia” (2017, p.15), assim como o controlo desses fatores de risco pelos CSP.

A mestranda teve a oportunidade de **“cooperar na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o PNS”** (OE, 2018, p.19356), na aquisição dos objetivos definidos por este, não só nos programas acima descritos, mas também em programas que fazem parte da carteira de serviços das UF, onde decorreram os EC (USP e UCC), no âmbito das atividades inerentes a cada uma das unidades, nomeadamente: Plano Nacional de Vacinação, através da realização de auditórias e obtenção de dados epidemiológicos; e no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), através da participação em reuniões do grupo local PPCIRA e sessões de formação com vista a capacitação da equipa multidisciplinar das UF, no que concerne a novos procedimentos.

No decorrer deste EC, a mestranda teve ainda a oportunidade de participar nas comemorações do dia Mundial da Saúde Mental, que decorreu em Santarém. Participou no “Encontro do idadismo”, uma palavra que que acreditasse não fazer parte do léxico de muitos de nós, que remete para o preconceito contra as pessoas de idade. Momento enriquecedor, que faz repensar em algumas atitudes e atos que são observados no dia-a-dia, e muitas vezes não damos real importância. Esta palestra foi de encontro ao programa prioritário da DGS, Saúde mental em concessão com o PNSPI (DGS, 2004).

Na participação na ECCI, nas visitas domiciliárias, foram desenvolvidas atividades inerentes ao Plano Nacional de Vacinação e Programa Prevenção e Controlo da dor, assim como paralelamente com outros programas prioritários do PNS (2021-2030) no que diz respeito a prevenção e gestão de doenças crónicas: prevenção e controlo do tabagismo; promoção da alimentação saudável; promoção da atividade física; Diabetes Mellitus; doença cerebro-cardiovascular; doenças oncológicas: e as doenças respiratórias.

Na UCC2A, a mestranda participou ainda no Programa Nascer em Saúde, que visa a preparação para a parentalidade, que possibilitam o acompanhamento de grávidas e puérperas, por videoconferência, com sessões que possibilitam a preparação para a vivência da gravidez, do parto, pós parto e da transição e adaptação à parentalidade dos indivíduos que nela participam.

Por fim, **na competência específica, que refere que o enfermeiro especialista “realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** (OE, 2018, p. 19357), o projeto de intervenção comunitária, foi desenvolvido na comunidade, pertencente à UCC2A e de modo a obter um diagnóstico de saúde fidedigno, a mestranda aplicou instrumentos de colheita de dados, que foram utilizados de maneira a caracterizar o perfil epidemiológico da população em estudo. A utilização da taxonomia CIPE[®] permite realizar os diagnósticos de enfermagem e assim contribuir para a vigilância epidemiológica e posterior registo nas plataformas informáticas, tendo por base esses dados recolhidos e a evidência científica foram delineadas estratégias para a problemática encontrada na população alvo.

Esta recolha de dados epidemiológicos estimula a prática da prevenção, havendo muitas oportunidades para os profissionais de saúde promoverem no seu trabalho diário o aconselhamento à população, com o objetivo de prevenir novas doenças ou inibir o agravamento das já existentes. A vigilância não deve envolver apenas a colheita de dados, é também importante que se proceda à sua análise, à divulgação e ao uso dos dados para a prevenção e controlo das situações de doença.

Esta vigilância epidemiológica atinge o seu máximo potencial quando se traduz em políticas de saúde, com planeamento e intervenções que visem a prevenção e controlo de doenças ou as condicionantes de saúde. No concelho de Almeirim, consegue-se observar exatamente isso, temos uma região com um elevado índice de envelhecimento, e a Câmara Municipal tem políticas de saúde, programas e projetos, que promovem o envelhecimento ativo, facultando atividades gratuitas, neste caso aulas de atividade física, com vista a consecução não só do PNSPI, mas também para o PNPAF.

Assim, de acordo com todo o exposto, ao longo deste documento, pode-se considerar que foram desenvolvidas e adquiridas competências subjacentes ao sistema de especialização em ESCSP.

CONCLUSÃO

O presente relatório final, assim como o projeto de intervenção comunitária possibilitou à mestranda expor todo o caminho percorrido, de desenvolvimento de atividades e competências possibilitando uma retrospectiva essencial de carácter crítico e reflexivo sobre a importância da implementação de programas e projetos na população mais envelhecida, com vista à capacitação e empoderamento dos mesmos.

A perceção mais nítida das etapas do PS permitiu uma recolha de informação eficiente e eficaz, de modo a não haver desvios, conseguindo-se sintetizar a informação recolhida sobre a temática abordada. Desta maneira, a recolha de dados epidemiológicos e a investigação em plataformas informáticas e documentos próprios, foi uma mais-valia para a elaboração do enquadramento teórico do tema.

A Enfermagem Comunitária pressupõe um conjunto de intervenções meticulosamente planeadas, para que sejam atingidos os objetivos e as metas delineados. Neste âmbito, os enfermeiros assumem um papel fulcral, uma vez que são por excelência detentores de competências que lhes permitem responder de modo efetivo e eficaz às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades, partindo de um diagnóstico de saúde dos principais problemas de saúde pública, levando por sua vez ao desenvolvimento de programas e projetos de intervenção comunitária, com vista à capacitação e empoderamento das comunidades (OE, 2018).

O envelhecimento populacional é uma constante, com tendência a aumentar, pelo que se espera que se consiga viver mais com saúde, ou seja, o mais saudável possível, o máximo de tempo possível. Embora nos últimos anos a esperança média de vida tenha aumentado, na mesma direção avançam também as doenças crónicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, HTA, doenças respiratórias, obesidade, diabetes, entre outras.

Nas doenças crónicas não transmissíveis, os hábitos de vida e os comportamentos de saúde são fatores determinantes, que podem diminuir a quantidade de anos de vida saudáveis e provocar mortes prematuras. O empoderamento da comunidade, aliada a promoção de comportamentos promotores de saúde e a mudança de estilos de vida são estratégias fulcrais para que os indivíduos possam obter ganhos em saúde, reduzindo as desigualdades em saúde e diminuindo os custos associados aos cuidados de saúde.

A adoção de estilos de vida saudáveis, como uma alimentação adequada e equilibrada, atividade física regular, restrição do consumo de álcool e diminuir o tempo sedentário, tem um efeito protetor, contribuindo para a promoção, controlo e tratamento de algumas doenças crónicas não transmissíveis, como é o caso da HTA.

A HTA faz parte do vasto leque de doenças crónicas não transmissíveis, que comprometem a qualidade de vida da população sénior, que é a grande maioria da população portuguesa, à qual a população de Almeirim não está imune.

Decorrente do exposto, surgiu a necessidade de desenvolver estratégias de promoção e prevenção, no âmbito da capacitação e empoderamento de conhecimentos sobre a HTA e sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Os enfermeiros de saúde comunitária e saúde pública tem um papel privilegiado no desenvolvimento de intervenções promotoras de saúde e mudanças de comportamentos, essenciais para o controlo de fatores de risco modificáveis relacionados com a HTA.

As doenças cardiovasculares são uma importante causa de morte e incapacidade a nível mundial, sendo responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes anuais das quais 9,4 milhões estão associadas a complicações da HTA. Sendo responsável por 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por AVC (Rodrigues *et al.*, 2017). É desta forma um grande problema de saúde pública e uma das principais causas de morte (Providência *et al.*, 2013).

A prevenção e o controlo são fulcrais na prevenção da HTA, pelo que o envolvimento de enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como parceiros comunitários e políticas de saúde são elementos facilitadores na promoção de estilos de vida saudáveis nos indivíduos e comunidades.

A recolha e análise dos dados da amostra, assim como a pesquisa bibliográfica da problemática, foram as bases para a definição de estratégias a implementar, com vista a capacitação e empoderamento da amostra.

Seguindo a metodologia do Planeamento em saúde, realizou-se um diagnóstico de situação de saúde, no qual priorizou-se a problemática da HTA associada a promoção de hábitos de vida saudáveis. Através da fomentação dos conhecimentos sobre a HTA foi possível ainda abranger outras temáticas diagnósticas, mas não priorizadas, aquando do PS, como o excesso de peso e a adesão ao regime terapêutico.

Considerou-se a necessidade de intervenção na prevenção, no âmbito da literacia e promoção da saúde, capacitando os indivíduos com 65 anos ou mais, para a adoção de comportamentos de vida saudáveis, de acordo com o seu estilo de vida. A EpS, visa aumentar os conhecimentos dos indivíduos de maneira a influenciar de forma positiva as futuras tomadas de decisão individuais ou coletivas, por sua vez a promoção da saúde visa ações sociais e políticas complementares, permitindo que as transformações políticas no ambiente social, laboral e comunitária aumentem os ganhos em saúde (Laverack, 2018). Os indivíduos ao

adquirem mais conhecimentos, aumentam a sua literacia, o que lhes permite desenvolver pensamento crítico, tornando-os mais capazes de tomar decisões mais eficazes e acertadas sobre a sua própria saúde. A educação para a saúde é uma estratégia que vai de encontro ao modelo teórico de enfermagem utilizado da Promoção da Saúde, de Nola Pender.

Uma intervenção comunitária quando focada na capacitação da população alvo para a adoção de comportamentos saudáveis, requer continuidade no tempo e reavaliações periódicas, de maneira a obtermos resultados do seu impacto (Pender *et al.*, 2015), algo que não foi possível dado ao limite temporal do ensino clínico.

A realização assim como a participação no rastreio de saúde foi muito bem aceite e parabenizado pela comunidade, uma vez que permitiu uma avaliação dos parâmetros clínicos e realização de ensinamentos, possibilitando à comunidade esclarecimento de dúvidas e obter ganhos em saúde, assim como realizar um encaminhamento para os CSP, em caso de objetivação de valores anómalos. As sessões de EpS foi uma mais-valia, no aumento da literacia, superando as metas previamente definidas, relativamente ao número de participantes, mostrando uma participação ativa, durante toda a sessão.

Desta forma, conclui-se que a implementação do projeto “**Saber mais, Viver melhor**”, foi um contributo de maior valor, pois a prevalência crescente da HTA e a falta de resposta dos CSP, faz emergir a falta de informação da população, pelo que se torna fulcral a capacitação destes, de maneira que possam atuar, alterando os seus comportamentos, na procura de ganhos em saúde, na promoção da saúde e prevenção da doença.

As aprendizagens constantes ao longo deste caminho, contribuíram significativamente na qualidade do desempenho profissional da mestranda, uma vez que, as competências adquiridas são mobilizadoras de novos saberes e motivadoras de processos diversificados e aperfeiçoados. Tenho de elogiar, toda a equipa da UCC com quem tive a oportunidade de trabalhar, no decorrer do projeto de intervenção comunitária, assim como o parceiro principal, nomeadamente a Câmara Municipal de Almeirim, que se mostrou sempre muito colaborante e participativa ao longo de todo o projeto. A preocupação demonstrada, em prol da população mais idosa, através do desenvolvimento de políticas de saúde que visem obtenção de ganhos em saúde, por parte de líderes políticos, é um algo que deve ser elogiado e incentivado. É importante promover na população uma mudança de paradigma, que nos distancie da visão patogénica e que nos aproxime de uma visão salutogénica, mais focada na promoção saúde e prevenção da doença ao longo de todo o ciclo de vida.

No entanto, o caminho percorrido até aqui pela mestranda, não foi isento de dificuldades, mas até essas no fim se tornaram em aprendizagens. A maior dificuldade encontrada, foi a

realização do diagnóstico de situação, uma vez que se trata de um processo complexo, com várias etapas fundamentais. No entanto com resiliência e empenho, características tão nossas, enquanto enfermeiros, acredito ter superado as adversidades, dando como concluída esta etapa com sucesso, desenvolvendo as competências específicas necessárias para a aquisição do grau de mestre e enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Por tudo o descrito ao longo deste documento, entende-se que houve um crescimento pessoal e profissional, que está espelhado neste relatório. Adquirindo novos alicerces e criando ramificações em diversas áreas do saber com o intuito de se atender às necessidades de um grupo e ou comunidade, não apenas numa perspetiva de capacitação e empoderamento comunitário, mas também na melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados e na dignificação da profissão de enfermagem.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2015). Perfil de Saúde e seus determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa. Volume 1
- Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria. (2015). Plano Local de Saúde da Lezíria 2014/2016 prorrogado para o triénio 2017/2019.
- Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria. (2017). Perfil Local de Saúde 2017. Serviço Nacional de Saúde.
- Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria. (2021). Manual de acolhimento USP Lezíria – Unidade de Saúde Pública da Lezíria. Pensar Global -Agir Local. Santarém
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A.P., Silva, A.C., Dias, C.M. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Guide Artes Gráficas, Lda. ISBN 978-989-8794-31-4
- Benito, G.A.V., Licheski, A.P. (2009, julho 16). SI apoiando a gestão do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 62(3), 447-450. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000300018&lng=en&lng=pt. 10.1590/S0034-71672009000300018.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R. & Ferrinho, P. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*, 2 (4), 128-131.
- Camolas, J., Gregório, M.J., Sousa, S.M., Graça, P. (2017). Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção Geral da Saúde. ISBN 978-972-675-275-2
- Canhestro, A.S., Basto, M.L. (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. Pensar Enfermagem. Vol.20 , nº1. p.27-51
- Cardoso, J., Miranda, G., Goncalves, M.I., Teixeira, A., Tjeng, R., Ballesteros, R. (2020) “Elevação aguda da pressão arterial nos doentes hospitalizados”- 15º Congresso Português de Hipertensão e risco cardiovascular global. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Nº80. ISSN:1646-8287
- Carrilho, L., Gameiro, C., Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 121-135.
- Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá, 17-21 de novembro de 1986.
- Carvalho, D. (2011). Diabetes e Hipertensão. *Revista Fatores de Risco*, 22, 50- 54
- Chang, A. K., Lee, E. J. (2015). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *International journal of nursing practice*, 21(5), 584–591. <https://doi.org/10.1111/ijn.12271>
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38 (4), 473-481.
- Declaração de Alma-Ata (1978). In *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata*, URSS, 6-12 Set, 1978.
- Decreto-Lei n.º 137/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: I série, n.º 193/2013. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Decreto-Lei n.º 40/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: I Série, n.º 117/2019). www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 6401/2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário da República: II Série, n.º 94/2016. www.dre.pt.
- Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. (2009). Diário da República n.º 74, Série II de 2009-04-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministérios da Saúde;

- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 10 dezembro, 2022. Retrieved from https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Lisboa: DGS, 2006. - 24 p. ISBN 972-675-155-1;
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde*, 52. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@[PDF]. Retrieved from https://1nj5ms2lli5hdggb3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf;
- Direção-Geral de Saúde. (2021). Programa Nacional para a Promoção de Atividade Física 2021. Ministério da Saúde. Lisboa; FABIÃO [et al.] - Formação: Contributo para a Qualidade. Servir. Lisboa ISSN 0871/2370. Vol. 53, nº 5 (Setembro/Outubro, 2005), p 235-247.;
- European Commission. (2015). *The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. <https://doi.org/10.2765/76255>;
- Ferreira, P.L. (1998). A medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF36. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>
- Ferreira, P.L. (2000, novembro 16). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Qualidade em Saúde. Acta Médica Portuguesa. View of Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II --Validation tests. (actamedicaportuguesa.com)
- Ferreira, R.S.S., Graça, L. C. C. & Calvino, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Figueiredo, M.H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de família. Loures: Lusociência. Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. 3ª Edição Lisboa: Obras Avulsas
- Firmino, H., Simões, M., & Cerejeira, J. (2016). Saúde Mental das pessoas mais velhas. Lisboa: LIDEL. Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-989-752-147-8
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência
- Gião, N.D., Pereira, J.A.R., Branco, M.C. (2020, setembro/ outubro). Análise das metodologias aplicadas no estudo da prevalência da Hipertensão Arterial em Portugal. *Revista Portuguesa da Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. https://www.sphta.org.pt/files/sphta_79_2020_0910.pdf;
- Imperatori, E. Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (2ª Ed.). Lisboa: obras avulsas.
- Instituto Nacional de Estatísticas ¹. (2020, dezembro 16). Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt;
- Instituto Nacional de Estatísticas ¹. (2021, julho 13). População Residente com mais de 65 anos, no ano de 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatísticas ². (2020, dezembro 16). População residente com 15 anos ou mais que referiu sofrer de Hipertensão arterial. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009657&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatísticas. (2022)². População residente por local de residência, sexo, grupo etário e naturalidade em 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011628&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2022, julho 13)¹. População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário, Portugal 2020. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contecto=pe&selTab=tab4;
- Instituto Nacional de Estatísticas³ (2022, janeiro 15). Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por local de residência, anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008709&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Jerez-Roig, J., Souza, D. L., Andrade, F. L., Filho, B. F., Medeiros, R. J., Oliveira, N. P., Lima, K. C. (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (11), 3367-3375;
- Laverack, G. (2018). *Promoção de Saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lopes, E., Alarcão, V., Simões, R., Fernandes, M., Gómez, V., Souto, D., Nogueira, P., J Nicola, P. J., & Rocha, E. (2016)^b. Controlo da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários: Uma Comparação entre Nativos Portugueses e Imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa *Acta medica portuguesa*, 29(3), 193–204. <https://doi.org/10.20344/amp.6714>
- Lopes, M. J., Araújo, J. L., Nascimento, E. G. (2016)¹. O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia* 19 (2), 181-199.
- Mancia, G & Grassi, G. (2008). *The New European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) Guidelines*. Recuperado de <http://www.medscape.nurse.com>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel Enfermagem ISBN 978-989-752- 477-6
- Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV nº19, páginas 81-90. Doi file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81to90_port.pdf%20(1).pdf;
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual de Acesso. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019*. Serviço Nacional de Saúde
- Murdaugh, C., Parsons, M., Pender, N. (2011). *Health promotion in nursing practice*. Londres: Pearson Higher Education.
- Nóbrega, T., Figueiredo, M.C., Afonso, C., Pereira, I. (2020). Projeto de Intervenção Comunitária: Hiper(a)tensão ao seu coração. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. Volume 8. N.º1. pp.260-275. ISBN: 2182-9608 <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Nogueira, I.C., Santos, Z.M.S.A., Alverne, D.G.B.M., Martins, A.B.T., Magalhães, C.B.A. (2012). Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. Artigo de revisão. Universidade de Fortaleza
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis. Ordem dos Enfermeiros (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro! Secção Regional do Sul*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages>

- /Dia%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%202015/Estudo%20UCC%20SR%20Sul%202013_3dez2014.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Retrieved 30 jun. 2022 from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado de Enfermagem Comunitária – Na área de enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Nov.2017. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>
- Paschoal, S. M. P. (2000). Epidemiologia do Envelhecimento. Em M. Papaléo- Netto (Ed.), Gerontologia e Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cipe® Versão 2015- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [PDF]. Retrieved 22 jun. 2022 from <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrceE4JONEfouVPS6Rwg8;>
- Organização Mundial da Saúde. (1997). A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2015, julho 16). Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Pedro, A.R., Amaral, O., Escoval,A. (2016). Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Publica. Escola Nacional de Saúde Pública. Retrieved from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/22883/1/v34n3a07%20-%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%2C%20dos%20dados%20%C3%A0%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Pender, N. (2011). Health Promotion Model - Frequent Questions. Deepblue, disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85352>. Pender, N. (2011a). Health Promotion Model Manual. Michigan: University of Michigan.
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2015). Health Promotion in Nursing Practice. 7ªed. New Jersey: Pearson Education
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of hypertension*, 32(6), 1211–1221. <https://doi.org/10.1097/HJH.000000000000162>;
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2009). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. 7ª edição. Lusociência. <https://sibiuepa.files.wordpress.com/2017/07/fundamentos-de-enfermagem-potter.pdf>
- Preis, L. C., Orben, G., Martins, S. M., Lessa, G., Cunha, K. P. (2016). A educação em saúde na prática profissional do enfermeiro. *Criar Educação - Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação - UNESC*. file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosofEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2917-8431-1-SM%20(1).pdf

- PRODATA (2022). População residente: total e por grandes grupos etários (%). Retrieved 13 Jul.2022. from <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- PRODATA. (2021). Esperança Média de Vida em Portugal, ano 2020. Retrieved 13 Jul. 2022 from <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Providência, R., Gonçalves, L., Ferreira, M.J. (2013). Mortalidade cerebrovascular em Portugal: estaremos a colocar demasiada ênfase na hipertensão e a negligenciar a fibrilhação auricular?. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Editions)*. Volume 32. Páginas 905-913
- Providencia, R., L. Gonçalves, M.J. Ferreira. (2013). Cerebrovascular mortality in Portugal: are we overemphasizing hypertension and neglecting atrial fibrillation?. *Rev Port Cardiol*, 32 (11), 905-913.
- Ramos, R.G., Araújo.V., Peixoto, I. (2021). Abordagem sistemática da HTA secundária nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Vascular. Sociedade Portuguesa de Hipertensão*. Maio/Junho. ISSN 1646-8287
- Regulamento n.º 366/2018. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. (2018) Diário da República. Série II, n.º 113, p. 16657-16658. 2018-06-14. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>;
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série- Nº 135. Lisboa.
- Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública . (2018).Diário da República, nº135. Série II. 2018-06-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º26, Série II de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (2015). Diário da República. Série II, n.º 118, p.16481-16486. 2015-06-09. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidad eCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf;
- Regulamento n.º743/2019. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República n.º184, Série II de 2019-09-25.
- Reis, R. (2014). Medidas comportamentais param controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC 8. *Revista Fatores de Risco*, 32, 9-13.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura, Série IV (10), pp. 125-133. doi: doi.org/10.12707/RIV16008
- Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. em T. AM, & A. M., Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 699-712. Loures: Lusociência
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL. Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-717-0
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Perfil Local de Saúde 2017. ACES Lezíria. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários Distribuição das inscrições nos CSP. ACES Lezíria. Quem Servimos. Retrieved 13 Jul. 2022 from <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30032/Pages/default.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2020). Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Nº.76. https://www.sphta.org.pt/files/revista_76_2020_0304_supl.pdf

- Sousa, L. Figueiredo, D. (2003). “(In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa”, *Psychologica*, 33, p.109-122;
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). New York: Lusodidata.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional
- Thaler, R., Sunstein, C. (2018). *Nudge um pequeno empurrão. Como decidir melhor em questões de saúde, riqueza e felicidade. Lua de papel*.
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2015). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Editora: Lusociência. ISBN: 9789728383749
- Vaccaro, S.B., Gomes, T.S. (2022). *Terceirização da gestão da Saúde Pública*. Editora FIOCRUZ. ISBN:9786557081266;
- Vitor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. *Acta Paulista Enfermagem*, 18, 235-240.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Aprendizagem da UCC2A

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

I Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

PROJETO DE APRENDIZAGEM

Sandrina Marina Rodrigues Freitas

Professora Orientadora: Clarisse Louro

Enfermeira orientadora: Paulo Guia

Santarém, novembro de 2022

Escola Superior de Saúde de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

I Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

PROJETO DE APRENDIZAGEM

Unidade de Cuidados na Comunidade Almeirim / Alpiarça

Trabalho elaborado por:

Sandrina Marina Rodrigues Freitas nº5210155

Professora Orientadora: Clárisse Louro

Enfermeira orientadora: Paulo Guia

Santarém, novembro de 2022

“Se alguém procura saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposta a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário abstém-te de o ajudar.”

Sócrates (399 a.C.)

LISTA DE SIGLAS, ACRONIMOS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS LVT – Agrupamento Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

DN – Diário de Notícias

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

Enf. – Enfermeiro

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PNS – Plano Nacional de Saúde

pp. – Páginas

Prof. – Professor

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCLINCO – Sistema de Informação dos Cuidados de Saúde Primários

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Packager for Social Sciences*

UC – Unidade Curricular

UCC2A – Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim/Alpiarça

UF – Unidades funcionais

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADRO	VII
INTRODUÇÃO	VIII
1. PROJETO DE APRENDIZAGEM.....	IX
1.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	IX
1.2.COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESCSP ..	X
2.CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO II	XII
CONSIDERAÇÕES FINAIS	XIII
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	XIV

ÍNDICE DE QUADRO

QUADRO 1 DESCRIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE.....	IX
QUADRO 2 DESCRIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE EM ESCSP	X
QUADRO 3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - ENSINO CLÍNICO II – UCC2A	10

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da prática do ensino clínico na Unidade de Saúde Pública, incluída no primeiro ano, segundo semestre, do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área da Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESCSP), da Escola Superior de Saúde de Leiria.

O Ensino Clínico (EC) terá a duração de 14 semanas, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Almeirim/Alpiarça (UCC2A), inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Lezíria, integrante no Agrupamento Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT).

Segundo Matos (1997), o ensino clínico, é um período de trabalho, observação, aprendizagem e avaliação, em que se pretende a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática, promovendo a aquisição de competências específicas de enfermagem, em contexto de trabalho” (*cited in* Silva & Silva, 2016), com vista a construção de pensamento crítico-reflexivo enquanto pessoa e enfermeira.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016), refere que a Prática Baseada na Evidência é uma primazia, para a prestação de cuidados seguros e de excelência, levando a uma otimização dos recursos e resultados de enfermagem.

A aquisição de competências específicas no âmbito da ESCSP permite uma intervenção especializada, através da avaliação do estado de saúde de uma comunidade; a sua capacitação e empoderamento, coordenação de programas e vigilância epidemiológica, como está previsto no Regulamento da OE nº 428/2018 (Diário da República (DN), 2018).

A elaboração deste projeto tem por base as Competências do Enfermeiro Especialista em ESCSP (OE, 2010) e os objetivos gerais delineados no Planeamento de EC II.

Assim, este trabalho é composto por dois pontos, um com as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e outro com as competências especializadas, onde consta os problemas, resultados e atividades de aprendizagem. Terminando com o cronograma de atividade a desenvolver até ao fim do EC II.

1. PROJETO DE APRENDIZAGEM

O presente EC visa o desenvolvimento e aquisição de competências comuns (quadro 1), e específicas (quadro 2) do EE em ESCSP, definidas no Regulamento n.º 428/2018 (DN, 2018), pelo que foi preconizado a realização de um projeto de aprendizagem onde estão contempladas as competências que me proponho atingir de acordo com o definido pela OE, ao longo do EC II (na UCC2A), assim como as atividades e resultados de aprendizagem.

Os objetivos gerais propostos pela Escola são: “Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do EE e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de ESCSP.” (Kraus, Louro & Afonso, 2022, p.8).

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns dos EE são definidas pela OE como sendo “(...) as competências partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (...)” (OE, 2010).

Quadro 16 Descrição de competências comuns do EE

PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Desenvolve responsabilidade profissional, ética e legal	
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM
<p>Demonstrar tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão;</p> <p>Promover a proteção dos direitos humanos;</p> <p>Gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<p>Responsabilização da defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional;</p> <p>Certificação da confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida na colheita de dados (questionários e entrevistas)</p> <p>Promoção do respeito pelos valores e costumes, assim como das crenças espirituais e às práticas específicas dos grupos/ comunidade.</p> <p>Orientação da tomada de decisão tendo em conta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (DECRETO-LEI NO 104/98);</p> <p>Construção de estratégias de resolução ou melhoramento de problemas em parceria com as comunidades e com os parceiros comunitários;</p> <p>Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem da UCC2A do ACES Lezíria;</p> <p>Realização da prestação de cuidados aos utentes em domicílio, respeitando a intimidade, privacidade e assegurando os Direitos Humanos da pessoa;</p> <p>Participação em reuniões de serviço com a equipa de Enfermagem para discussão de intervenções já existentes e respetivas avaliações dos resultados dessas intervenções;</p> <p>Participação em reuniões com as respetivas Unidades Funcionais (UF), em que seja vigente a articulação da UCC2A com essas mesmas UF.</p>
PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Desenvolve práticas de melhoria contínua da qualidade	
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM
<p>Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;</p> <p>Avaliar a qualidade das práticas clínicas;</p> <p>Planear programas de melhoria contínua;</p>	<p>Apresentação e discussão de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem publicados pela OE para melhorar os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem que se adequem à realidade da UCC2A;</p> <p>Participação na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional;</p> <p>Colaboração na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições;</p> <p>Identificação da satisfação do utente como um elo fundamental à melhoria contínua da qualidade: respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e/ou pessoas;</p>

<p>Liderar programas de melhoria contínua;</p> <p>Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo;</p> <p>Participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	<p>Participação na elaboração do diagnóstico de saúde da UCC2A, juntamente com toda a equipa multidisciplinar;</p> <p>Identificação precoce de problemas potenciais em grupos/comunidades-alvo, definindo estratégias e intervenções antecipatórias.</p>
PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Gere os cuidados	
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM
<p>Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados na comunidade;</p> <p>Adaptar o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo /comunidade.</p>	<p>Aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados na comunidade;</p> <p>Implementação de métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>Aprovação dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;</p> <p>Incitação de um ambiente positivo e favorável à prática.</p>
PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Desenvolve aprendizagens profissionais	
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM
<p>Deter a consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <p>Sustentar a prática clínica em evidência científica;</p> <p>Promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<p>Otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar;</p> <p>Consciencialização da influência pessoal na relação profissional.</p> <p>Atuação como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados em saúde pública, visando ganhos em saúde da comunidade;</p> <p>Identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</p> <p>Investigação e colaboração em estudos de investigação.</p> <p>Sustentação de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada;</p> <p>Divulgação de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;</p> <p>Rentabilização das oportunidades de aprendizagem;</p> <p>Utilização das tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados como: Sistema de Informação dos Cuidados de Saúde Primários (SCLINCO), Plataforma do Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), entre outras.</p>

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESCSP

As competências específicas do EESCSP integram, junto com as competências comuns, um conjunto de competências clínicas especializadas (OE, 2011).

Assim sendo, os EE responsabilizam-se por atividades de educação para a saúde, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados de saúde prestados às comunidades/grupos, assegurando as suas necessidades “desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde.” (OE, 2011 p. 1).

Quadro 17 Descrição de competências específicas do EE em SCSP

PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM
<p>Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.</p>	<p>Integração do conhecimento sobre os determinantes da saúde, na UCC2A, na conceção do diagnóstico em saúde de uma comunidade, assim como variáveis socioeconómicas e ambientais;</p> <p>Identificação dos determinantes dos problemas e necessidades em saúde de grupos/ comunidade;</p>

	<p>Determinação da rede de causalidade dos problemas de saúde da comunidade; Participação na elaboração de diagnósticos de saúde às comunidades/ grupos integrantes na carteira de serviços da UCC2A; Aplicação de inquéritos na comunidade em estudo, nomeadamente: Desporto sénior 55+.</p>
<p>Estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade.</p>	<p>Utilização de critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde no grupo comunitário definido; Integração na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde da comunidade de acordo com as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.</p>
<p>Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.</p>	<p>Realização de reunião para análise da população alvo do projeto de intervenção para adequá-lo as suas características específicas; Definição dos objetivos gerais e específicos do projeto de intervenção com vista à obtenção de ganhos em saúde para a população; Seleção das estratégias de intervenção, adequado as à comunidade alvo do projeto.</p>
<p>Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados.</p>	<p>Elaboração do projeto de intervenção, do plano de atividades e do cronograma; Participação em reuniões com a enf. orientador e prof. orientadora para validação e discussão do projeto de intervenção; Participação em reuniões com os parceiros (ex. Desporto sénior) envolvidos para apresentação do projeto e aferição da operacionalidade do mesmo. Elaboração do plano de formação a implementar; Realização de pesquisa bibliográfica; Obtenção de evidência científica que conduzam a uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado.</p>
<p>Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>Elaboração de fichas de avaliação de conhecimento dos participantes, aplicar em cada sessão; Avaliação dos projetos e, se necessária reformulação de objetivos; Participação em reuniões com equipa responsável (enf. coordenador, equipas parceiras, entre outros) pelo projeto, na fase intermédia e na fase final da intervenção para avaliação do projeto.</p>
<p>PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades</p>	
<p>RESULTADOS DE APRENDIZAGEM</p>	<p>ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM</p>
<p>Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>	<p>Participação, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade, com maior incidência na comunidade de refugiados de guerra; Realização de convocatórias à comunidade sénior para a participação nas atividades do projeto; Divulgação das atividades do projeto com pósteres informativos; Investigação e diagnóstico de problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas; Mobilização parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.</p>
<p>Integrar, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas</p>	<p>Avaliação da implementação do projeto “envelhecimento ativo”: tratamento dos dados recolhidos nas entrevistas/ questionários; Realização de sessões de educação para a saúde à comunidade sénior, considerando os objetivos, os conteúdos, as estratégias e a avaliação</p>
<p>Proceder a gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades</p>	<p>Realização de pesquisa bibliográfica para a fundamentar as intervenções e fundir conhecimentos lecionados com a prática.</p>
<p>PROBLEMA DE APRENDIZAGEM: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde</p>	
<p>RESULTADOS DE APRENDIZAGEM</p>	<p>ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM</p>
<p>Participar na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do PNS</p>	<p>Participação e compromisso nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção programas de saúde; Participação em programas da UCC2A: organização, dinamização e avaliação; Cooperação na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde integrados na carteira de atividades da UCC2A.</p>
<p>PROBLEMA DE APRENDIZAGEM Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico</p>	
<p>RESULTADOS DE APRENDIZAGEM</p>	<p>ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM</p>
<p>Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem nas áreas abrangidas pelo ACES Lezíria, nomeadamente UCC2A.</p>	<p>Realização de entrevistas / questionários realizados à comunidade de Desporto sénior de Almeirim; Utilização de técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. Monitoriza os fenómenos de saúde -doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.</p>

2. CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO II

Quadro 3 Cronograma de atividades - Ensino Clínico II - UCC Almeirim / Alpiarça

Atividades	Ano		2022										2023																			
	Mês		Out.					Nov.					Dez.					Jan.					Fev.					Mar.				
	Semana		31 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 30	5 a 9	12 a 16	19 a 23	26 a 30	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 3	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 3	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 31								
Reunião com o enfermeiro orientador																																
Apresentação da UCC Almeirim/ Alpiarça (instalações, profissionais, organização, funcionamento documentos)																																
Integração na UCC Almeirim/ Alpiarça																																
Reunião de avaliação intercalar																																
Elaboração e entrega do projeto de aprendizagem																																
Desenvolvimento do Relatório de estágio																																
Reunião com a Equipa do “Desporto Sénior” de Almeirim																																
Participação na elaboração do diagnóstico de saúde às comunidades/ grupos abrangidos pela carteira de atividades da UCC Almeirim/ Alpiarça																																
Aplicação de questionários e entrevistas à comunidade alvo																																
Desenvolvimento das etapas do Planeamento em Saúde, referente ao Projeto de Intervenção Comunitário																																
Aplicação do Projeto de Intervenção comunitária “Envelhecimento ativo”																																
Realização de sessões de educação para a saúde no âmbito do “Envelhecimento Ativo”																																
Tratamento de dados recolhidos, em SPSS (entrevistas e questionário)																																
Pesquisa/ consulta de documentação e bibliografia de suporte																																
Participação e implementação de Projetos da Carteira de Atividades da UCC Almeirim/ Alpiarça																																
Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária “Envelhecimento ativo”																																
Entrega do relatório de estágio																																
Defesa do relatório de estágio																																

Férias de Natal e Ano Novo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto constitui um elemento fundamental e essencial, sendo usado como guia no desenvolvimento das competências enquanto EE em ESCSP, ao longo das próximas semanas; uma vez que estão delineadas as competências que pretendo atingir, bem como as estratégias que utilizarei, servindo assim como orientação para o desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista em SCSP. Competências essas que são ser importantes a atuação em todos os contextos de vida da pessoa/ grupo/ comunidade e nos diferentes níveis de prevenção.

Um Projeto, é uma projeção daquilo que nos propomos a realizar, podendo haver reformulações das atividades inicialmente propostas e/ou apresentação de novas atividades, pois todo o processo do planeamento é vulnerável a tudo o que o rodeia.

Espero que no decorrer do EC, e sempre com o apoio do enfermeiro e restante equipa seja capaz de realizar um correto Planeamento em Saúde, de acordo com as necessidades de uma comunidade específica (grupo-alvo), assim como definir prioridades e objetivos. Atuar na promoção da saúde, manutenção e prevenção da doença, com o objetivo de obter ganho em saúde na população/comunidade.

No final deste Ensino Clínico, espero ter desenvolvido e adquirido competências específicas enquanto futura EE, adotando uma atitude proactiva e refletiva referente à aquisição destas, dando assim resposta às necessidades da comunidade, e atuado com vista a obtenção de ganhos em saúde, capacitação e empoderamento comunitário.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Louro, C. & Kraus, T. (2022). Planeamento do Estágio II Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, (PDF), Retrieved from <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGpGKbgDVBjWjCRhsNzqMfvSqKr?projector=1&messagePartId=0.1>;
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf> ;
- REGULAMENTO N.º 140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO, REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. Diário da República, 2.ª série, N.º 26 (2019). Acedido a 8 jun. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- REGULAMENTO N.º 428/2018 DE 16 DE JUNHO, REGULAMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA Diário da República: 2.ª série, N.º 135 (2018) Acedido a 8 jun.2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Silva, D. M. da, & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 103–119. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

APÊNDICE II – Questionário Sociodemográficos e Antecedentes pessoais

Nº _____ Nome _____

ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA INICIAL

Esta entrevista surge com o objetivo de recolha de dados para o desenvolvimento de uma investigação. É dirigida a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Garante o anonimato

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRAFICOS E ANTECEDENTES PESSOAIS

Para as seguintes perguntas, por favor preencha com uma cruz (☒), a opção correspondente a sua situação. Se tiver alguma dúvida ou dificuldade no preenchimento é só questionar que eu estarei prontamente disponível para ajudar.

1. Idade: _____

2. Género:

Feminino _0

Masculino _1

3. Estado civil:

Solteiro (a) _0

Casado (a) / União de facto _1

Viúvo (a) _2

Divorciado (a) / Separado (a) _3

Outro _4

4. Escolaridade completa:

Não sabe ler nem escrever _0

Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever _1

Ensino Básico _2

Ensino Secundário _3

Outro _4

5. Componentes do agregado familiar:

Vive só _0

Vive com o cônjuge / companheiro (a) _1

Vive com a família restrita (pai, mãe e filhos) _3

Vive com a família alargada (primos, sobrinhos, etc) _4

Outro _5

ATENÇÃO: Se não sofre de hipertensão arterial o questionário termina aqui.

6. Há quanto tempo foi diagnosticado com hipertensão arterial ? _____ anos

7. O pai, a mãe ou os irmãos são (eram) hipertensos?

Sim

Não

Não sabe

8. No último ano, quantas vezes foi à consulta de hipertensão arterial (médica ou de enfermagem)? _____

9. No último mês, quantas vezes mediu a tensão arterial _____

Muito obrigada pela sua participação.

APÊNDICE III – Questionário MOS SF-36, com percentagens

PARTE II - QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (MOS SF-36)

INTRUÇÕES: As questões seguintes pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir a pergunta. Se tiver alguma dúvida é só questionar que eu estarei prontamente disponível para ajudar.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5
1,9%	4,8%	28,8%	56,7%	7,7%

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5
3,8%	4,8%	32,7%	50%	8,7%

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que realiza no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/ a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Atividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
	47,1%	45,2%	7,7%
Atividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
	15,4%	43,3%	41,3%
Levantar ou pegar compras de mercearia	1	2	3
	8,7%	48,1%	43,3%
Subir vários lanços de escada	1	2	3
	20,2%	51%	28,8%
Subir um lanço de escadas	1	2	3
	3,8%	40,4%	55,8%
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
	23,1%	45,2%	31,7%

Andar mais de 1 km	1	2	3
	18,3%	27,9%	53,8%
Andar várias centenas de metros	1	2	3
	13,5%	26%	60,6%
Andar uma centena de metros	1	2	3
	5,8%	16,3%	77,9%
Tomar banho ou vestir-se sozinho /a	1	2	3
	5,8%	11,5%	82,7%

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
	2,9%	17,9%	31,7%	18,3%	29,8%
Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
	4,8%	20,2%	28,8%	22,1%	24%
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
	1,9%	18,3%	27,9%	20,2%	31,7%
Teve dificuldades em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5
	3,8%	23,1%	25%	21,2%	26,9%

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
	1,9%	13,5%	29,8%	20,2%	34,6%
Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
	1%	23,1%	22,1%	21,2%	32,7%
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5
	4,8%	16,3%	19,2%	22,1%	37,5%

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos e outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5
48,1%	25%	20,2%	5,8%	1%

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6
11,5%	28,8%	38,5%	14,4%	5,8%	1%

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho como fora de casa como trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5
20,2%	30,8%	29,8%	17,3%	1,9%

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Para cada pergunta coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio /a de vitalidade?	1	2	3	4	5
	7,7%	28,8%	34,6%	21,2%	7,7%
Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
	2,9%	22,1%	29,8%	22,1%	23,1%
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
	3,8%	10,6%	16,3%	25%	44,2%
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
	18,3%	35,6%	26%	14,4%	5,8%
Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
	9,6%	24%	32,7%	28,8%	4,8%
Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5

	3,8%	15,4%	23,1%	28,8%	27,9%
Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
	5,8%	11,5%	37,5%	26%	19,2%
Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
	21,2%	33,7%	26%	16,3	2,9%
Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5
	4,8%	13,5%	43,3%	27,9%	10,6%

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tais como visitar amigos ou familiares próximos)

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5
2,9%	9,6%	15,4%	22,1%	50%

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoção mais facilmente	1	2	3	4	5
	1,9%	20,2%	26%	27,9%	24%
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
	9,6%	40,4%	26%	22,1%	1,9%
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
	1%	18,3%	38,5%	30,8%	11,5%
A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5
	5,8%	39,4%	18,3%	33,7%	2,9%
Praticar atividade física melhora a minha saúde	1	2	3	4	5
	54,8%	39,4%	2,9%	2,9%	0%

Muito obrigada pela sua participação!

APÊNDICE IV – Pedido de Autorização para aplicação do questionário MOS SF-36

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO MOS SF-36



Exmo. Sr. Prof. Dr. Pedro Lopes Ferreira,

O meu nome é Sandrina Marina Rodrigues Freitas, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde de Leiria.

Estou atualmente a desenvolver um projeto de intervenção comunitária com finalidade de compreender a "influência da atividade física no envelhecimento ativo, em idosos com hipertensão" na UCC de Almeirim e Alpiarça. Neste contexto e tendo conhecimento que adaptou, traduziu e validou a escala SF-36 (MOS Short Health Survey – 36 itens – versão 2), solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho a desenvolver. E se esta é passível de ser adequada a população idosa.

Caso autorize a utilização da escala, gostaria de saber se houve alterações na mesma ou se considera necessário realizar alguns ajustes.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Sandrina Freitas

Santarém, 16 de outubro de 2022

Email: Sandrina.mrf@gmail.com

Autorização para aplicação da Escala SF - 36

 rimas@fe.uc.pt <rimas@fe.uc.pt>
17/10/2022 10:09

Para: sandrina.mrf@gmail.com

 SF-36_PT.pdf
564,38 KB

Cara Sandrina Freitas,

É com muito gosto que enviamos, em anexo, a versão portuguesa do SF-36 v2 para utilizar na sua investigação.

As informações sobre o processo de tradução e validação deste questionário encontram-se na plataforma RIMAS, disponível em <http://rimas.uc.pt/instrumentos/79/>.

Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro

 **Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde**
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165, 3004-512 - Coimbra - Portugal

APÊNDICE V – Carta Explicativa de Consentimento informado / Termo de Consentimento informado

CARTA EXPLICATIVA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ex^o Senhor (a)

Sandrina Freitas, enfermeira e estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área da Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria, está a desenvolver um projeto na UCC Almeirim e Alpiarça, que tem como objetivo geral: Realizar o diagnóstico de situação à população com 65 ou mais anos, do concelho de Almeirim. Este projeto visa compreender a **influência da atividade física, no envelhecimento ativo, da população com mais de 65 anos do concelho de Almeirim.**

Este estudo envolverá a sua participação através de resposta a uma primeira entrevista sobre os seus dados sócio demográficos e antecedentes pessoais, seguida de uma avaliação clínica e por fim a resposta a um questionário de estado de Saúde (SF-36).

Neste sentido apelamos à sua participação, sendo a decisão de participar absolutamente voluntária, podendo alterar a sua intenção a qualquer momento, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo para a sua pessoa. É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e sigilo, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização deste projeto. Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto. Ao responder às questões está a consentir a sua participação garantindo que compreendeu tudo o que lhe foi explicado anteriormente.

No final da aplicação deste projeto, comprometo-me em realizar uma sessão com todos os participantes, com a finalidade de apresentação e validação dos resultados obtidos.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____,
declaro que fui informado(a) acerca dos objetivos e metodologia do projeto de intervenção, no âmbito do envelhecimento ativo, que visa compreender **a influência do exercício físico, no envelhecimento ativo, da população com idade igual ou superior a 65 anos, do concelho de Almeirim**. Este projeto encontra-se neste momento em fase de diagnóstico.

Estou consciente da minha participação, e reconheço que os seus procedimentos me foram explicados, e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Concedo-me o direito de em qualquer altura colocar as questões que achar pertinentes e recusar continuar com a minha participação, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tenho conhecimento que os dados obtidos e por mim respondidos serão usados somente para fins científicos. Aquando do tratamento de dados, será assegurado o anonimato, através do processo de codificação e toda a informação nele contido será guardada de forma confidencial e não será publicada sem a minha permissão.

Fui informado(a) de que não terei qualquer tipo de encargos económicos, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Face ao exposto, aceito participar no projeto.

Almeirim, ___/___/2022

ASSINATURA _____

APÊNDICE VI – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (adaptado ao projeto de intervenção)

DIAGRAMA MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER (ADAPTADO AO PROJETO DE INTERVENÇÃO)



APÊNDICE VII – Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do EC

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO EC

Atividades	Ano	2022									2023													
	Mês	Out.			Nov.			Dez.			Jan.			Fev.				Mar.						
	Semana	31 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 30	5 a 9	12 a 16	19 a 23	26 a 30	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 3	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 3	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 31	
Reunião com o enfermeiro coordenador																								
Apresentação da UCC2A (instalações, profissionais, organização, funcionamento documentos)																								
Integração na UCC Almeirim/ Alpiarça																								
Reunião de avaliação intercalar																								
Elaboração e entrega do projeto de aprendizagem																								
Desenvolvimento do Relatório de estágio																								
Reunião com entidades parceiras, “Pelouro do Desporto Sénior” de Almeirim e Vereador da Câmara Municipal de Almeirim																								
Participação na elaboração do diagnóstico de saúde na população alvo																								
Aplicação de questionários e entrevistas a população alvo																								
Projeto “Saber mais, Viver melhor”, atividade de vigilância da Saúde																								
Desenvolvimento das etapas do Planeamento em Saúde, referente ao Projeto de Intervenção Comunitário																								
Aplicação do Projeto de Intervenção comunitária “Iç.”																								
Tratamento de dados recolhidos, em SPSS (entrevistas e questionário)																								
Pesquisa/ consulta de documentação e bibliografia de suporte																								
Participação e implementação de Projetos da Carteira de Atividades da UCC Almeirim/ Alpiarça																								
1º Sessão de EpS “Saber mais, Viver melhor” com a HTA														30										
2º Sessão de EpS “Saber mais, Viver melhor” situações de emergência médicas decorrentes da HTA																								
Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária “Saber mais, Viver melhor”																								
Entrega do relatório de estágio																								
Defesa do relatório de estágio																								

Férias de Natal e Ano Novo

APÊNDICE VIII – Convites para a participação nas Sessões de EpS

CONVITE ALUSIVOS À PARTICIPAÇÃO NAS SESSÕES DE EPS



PROJETO

Saber mais, Viver melhor

No âmbito do Projeto “Saber mais, Viver melhor”, tenho a honra de convidá-lo a participar nas Sessões de educação para a Saúde, relacionada com a Hipertensão arterial e situações de emergência médica decorrente do descontrolo da tensão arterial. De acordo, com o Diagnóstico de Enfermagem Comunitária realizado à População com 65 anos ou mais, do desporto Sénior de Almeirim.



Dias: 30 e 31 de janeiro, 6 e 7 de fevereiro de 2023. No horário das aulas de desporto

Local: Marianos, Raposa, Paços Negros, Fazendas de Almeirim, Almeirim, Tapada e Benfica do Ribatejo

Contamos com a sua presença!

Apêndice IX – Plano de Sessão de EpS 1 e 2

PLANO DE SESSÃO Nº 1

Temática	Saber mais, Viver Melhor: com a Hipertensão Arterial (HTA)	Data de realização	30 e 31 de janeiro de 2023
		Nº de horas	45 minutos
Formador	Sandrina Freitas	Nº Sessão	1
Destinatários	Indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim	Local	Marianos, Paços Negros, Raposa, Fazendas de Almeirim, Tapada, Almeirim e Benfica do Ribatejo

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a Literacia em saúde sobre a hipertensão arterial, em indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o conceito de hipertensão arterial; • Identificar os sintomas da hipertensão arterial; • Identificar os fatores de risco da hipertensão arterial; • Conhecer as complicações da hipertensão arterial; • Conhecer as medidas de prevenção da hipertensão arterial; • Compreender a importância do tratamento da hipertensão arterial.

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5 min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador, participantes, objetivos e avaliação da sessão 	Expositivo; Interrogativo; Demonstrativo; Ativo.	Computador; Projetor de Multimédia; Documentação.	Observação direta; Ficha de avaliação da sessão. (quantitativa)
Desenvolvimento	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • O que é a HTA ? • Como avaliar a tensão arterial ? • Quais os sinais e sintomas da HTA ? • Fatores de risco da HTA, modificáveis e não modificáveis. • Consequências da HTA • Como prevenir a HTA? • Tratamento da HTA 			
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação de conhecimentos; • Avaliação da sessão. 			

PLANO DE SESSÃO Nº 2

Temática	Saber mais, Viver Melhor: Situações de emergências decorrentes da HTA	Data de realização	6 e 7 de fevereiro de 2023
		Nº de horas	45 minutos
Formador	Sandrina Freitas	Nº Sessão	1
Destinatários	Indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim	Local	Marianos, Paços Negros, Raposa, Fazendas de Almeirim, Tapada, Almeirim e Benfica do Ribatejo

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a Literacia em saúde sobre a hipertensão arterial, em indivíduos com 65 anos ou mais, do Desporto Sénior de Almeirim
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as complicações mais comuns do descontrolo da hipertensão arterial; • Conhecer os dois tipos de AVC que existem; • Identificar os sinais e sintomas do AVC e do EAM; • Compreender a importância de uma atuação rápida, no tratamento do AVC e EAM; • Conhecer como atuar em caso de AVC ou Enfarte Agudo do Miocárdio; • Posição lateral de segurança

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5 min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador, participantes, objetivos e avaliação da sessão 	Expositivo; Interrogativo; Demonstrativo; Ativo.	Computador; Projetor de Multimédia; Documentação.	Observação direta; Ficha de avaliação da sessão. (quantitativa)
Desenvolvimento	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Consequências da HTA • Acidente Vascular Cerebral (AVC) • Sinais e sintomas do AVC • O que fazer em caso de AVC • O AVC tem tratamento ? • Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) • Sinais e sintomas do EAM • O que fazer em caso de EAM ? • Posição lateral de segurança 			
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação de conhecimentos; • Avaliação da sessão. 			

APÊNDICE X – 1º Sessão de EpS - “Saber Mais, Viver Melhor” com a HTA

1º SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” COM A HTA

1 Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública



SABER MAIS, VIVER MELHOR



Turma 2022/2023

Trabalho elaborado por: Sandrina Freitas
Enfermeiro Orientador: Paulo Guis
Professor Cooperante: Gonçalo Martins

Almeirim, Janeiro de 2023

1

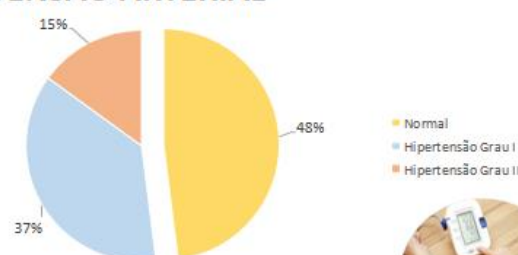
OBJETIVOS

- 1 Dar a conhecer os resultados obtidos, a partir da avaliação realizada à população.


2

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ALMEIRIM

DADOS : TENSÃO ARTERIAL



- Normal
- Hipertensão Grau I
- Hipertensão Grau II

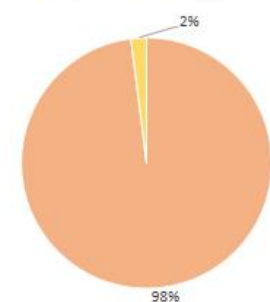


NORMAL – PAS 120 a 140 mmHg e ou PAD 80 a 89 mmHg
HTA Grau I – PAS 141 a 159 mmHg e/ ou PAD 90 a 99 mmHg
HTA Grau II – PAS > 160 mmHg e /ou PAD > 100 mmHg

3

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ALMEIRIM

DADOS : GLICÉMIA CAPILAR

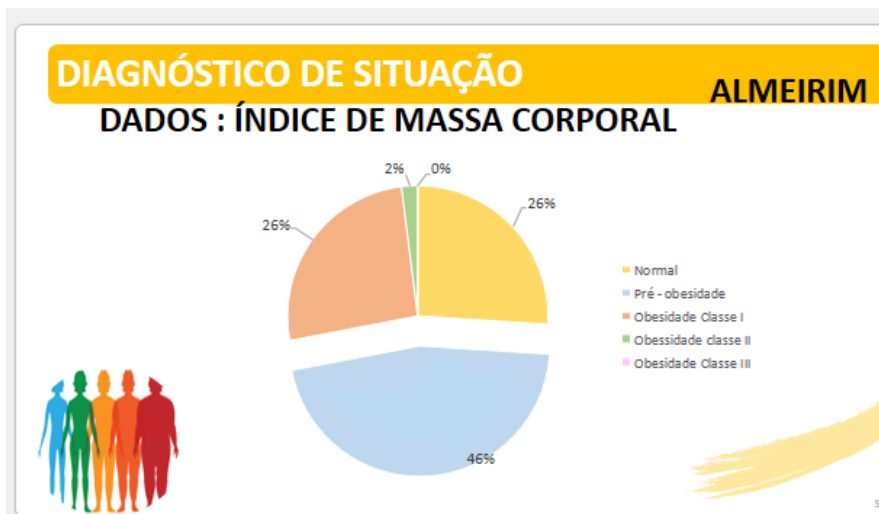


- Normoglicémico < 200 mg/dl
- Hiperglicémico > 200 mg/dl



4

1º SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” COM A HTA (CONTINUAÇÃO)



5

“SABER MAIS, VIVER MELHOR” COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Trabalho elaborado por: Sandrina Freitas
Enfermeiro Orientador: Paulo Gula
Professor orientado: Clarisse Louro

1 Turma do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

6

OBJETIVOS

- Compreender o conceito de hipertensão arterial;
- Identificar os sintomas da hipertensão arterial;
- Identificar os fatores de risco da hipertensão arterial;
- Conhecer as complicações da hipertensão arterial;
- Conhecer as medidas de prevenção da hipertensão arterial;
- Compreender a importância do tratamento da hipertensão arterial.

7

O QUE É A HIPERTENSÃO ARTERIAL ?

É a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias.

- Pressão arterial “máxima” (sistólica), é quando o coração **contraí**;
- Pressão arterial “mínima” (diastólica) é quando o coração **relaxa**.

Quando a pressão é maior que a normal, sofremos de...

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Máx. ≥ 140 mmHg
Min. ≥ 90 mmHg

8

1º SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” COM A HTA (CONTINUAÇÃO)

COMO AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL ?

- A pessoa deve estar sentada com o braço nu. Evitar ter a manga arregaçada (braço apertado);
- Local tranquilo;
- Repousar 5 – 10 minutos antes da avaliação;
- Evitar álcool, tabaco ou álcool 1 hora antes da avaliação;
- Bexiga deve estar vazia;



- A braçadeira:
 1. Adaptada ao perímetro do braço;
 2. Centrada sobre a artéria, 2 ou 3 cm acima do cotovelo;
 3. Se a braçadeira for pequena, colocar no antebraço;
 4. Não colocar no lado mastectomizado ou se fistula de diálise.

9

QUAIS OS SINTOMAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ?



Dores de cabeça

Tonturas

Cansaço

Zumbido nos ouvidos

Visão turva

Sangramento do nariz

→ Normalmente, a HTA é um problema silencioso, não sentimos nada (assintomáticos) ←

10

FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL MODIFICAVEIS

11

FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO MODIFICAVEIS

12

1º SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” COM A HTA (CONTINUAÇÃO)

CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



ENFARTE;
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - “CORÇÃO CANSADO”
“ARTERIAS ENTUPIDAS”



AVC



INSUFICIÊNCIA RENAL - “LESÃO NOS RINS”



DIMINUIÇÃO DA VISÃO

13

13

COMO PREVENIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL ?



NÃO ABUSAR DO SAL



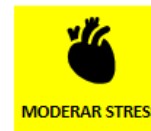
PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA REGULAR



EVITAR ALIMENTOS GORDUROSOS E AÇÚCARES



MANTER PESO ADEQUADO



MODERAR STRESS



BEBER AGUÁ (1,5L)



NÃO FUMAR



MODERAR O ALCÓOL

14

14

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA é uma doença crónica, que **não tem cura**. Mas pode ser controlada.



É IMPORTANTE :

- Tomar a medicação a tempo e horas;
- Não interromper a medicação apesar dos valores normalizados;
- Não deixar terminar o medicamento
- Se o medicamento não lhe foi prescrito a si, não tome.

15

15



“SABER MAIS, VIVER MELHOR”

PEQUENAS ATITUDES, PODEM **SALVAR VIDAS**



OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO

16

APÊNDICE XI – Ficha de Avaliação e Avaliação da 1º Sessão de EpS

FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Sessão nº 1 : Saber mais, Viver melhor: com a hipertensão arterial (HTA)

Classificação: _____

Das afirmações assinale com um “x”, se considera a afirmação verdadeira (V) ou falsa (F).

	V	F
A hipertensão arterial é uma doença para toda a vida		
As gorduras e o excesso de sal são dos principais fatores para o aparecimento da hipertensão arterial		
Devemos tomar medicação apenas se a nossa tensão estiver elevada		
A atividade física não beneficia o controlo da hipertensão arterial		
As principais complicações da hipertensão arterial são AVC e Enfartes		



Obrigada pela sua colaboração

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Sessão nº 1 : Saber mais, Viver melhor: com a hipertensão arterial (HTA)

Considerou o conhecimento dos dados importantes? Sim Não

Esclareceu as suas dúvidas? Sim Não

A apresentação foi adequada? Sim Não

Percebeu tudo o que foi dito? Sim Não

Necessitava de mais tempo? Sim Não

Sugestões futuras

APÊNDICE XII – 2º Sessão de EpS - “Saber Mais, Viver Melhor”: em situações de emergências médicas decorrentes da HTA

2ª SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DECORRENTES DA HTA

**“SABER MAIS, VIVER MELHOR”
SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA DECORRENTE
DA HTA**

Trabalho elaborado por: Sandrina Freitas
Enfermeiro Orientador: Paulo Guis
Professor orientado: Clarisse Louro

1

OBJETIVOS

- Conhecer quando ativar o INEM;
- Conhecer as complicações mais comuns do descontrolo da hipertensão arterial;
- Conhecer os dois tipos de AVC que existem;
- Identificar os sinais e sintomas do AVC e do EAM;
- Compreender a importância de uma atuação rápida, no tratamento do AVC e EAM;
- Conhecer como atuar em caso de AVC ou Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Posição lateral de segurança.

2

INEM

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA

Garante aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

EM CASO DE EMERGENCIA LIGUE 112

3

LIGAR AO 112

- ONDE ?
- O QUE ?
- QUEM ?
- COMO ?

1. Identificar –se;
2. Localização da situação;
3. Quantas vítimas
4. Estado da vítima
5. Tipo de acidente;
6. Antecedentes e medicação da vítima

4

2ª SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” EM SITUAÇÕES EMERGÊNCIAS MEDICAS DECORRENTES DA HTA (CONTINUAÇÃO)

CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



ENFARTE



AVC

5

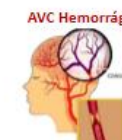
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)



O acidente vascular cerebral é a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal, que afeta o cérebro.



AVC Isquémico



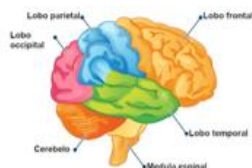
AVC Hemorrágico

6

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)



CADA REGIÃO DO NOSSO CEREBRO É RESPONSÁVEL POR UMA FUNÇÃO ESPECÍFICA



AZUL
VERDE
VERMELHO
AMARELO
PRETO

7

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)



SINAIS E SINTOMAS





OUTROS SINTOMAS

Alterações do estado de consciência, dores de cabeça fortes, visão turva, perda de equilíbrio, sonolência, perda de continência urinária e fecal

8

2ª SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” EM SITUAÇÕES EMERGÊNCIAS MEDICAS DECORRENTES DA HTA (CONTINUAÇÃO)


O QUE FAZER EM CASO DE AVC?


1. Manter uma atitude calma e segura;
2. Acalmar a vítima;
3. Se a vítima estiver consciente, deita-a com a cabeça ligeiramente elevada e de lado para que a saliva possa sair da boca;
4. Desaperte a roupa para permitir a ventilação e a circulação;
5. Criar um ambiente calmo em torno da vítima;
6. Se a vítima estiver inconsciente, verifique se que respira e coloque em Posição lateral de segurança (PLS)
7. Envie a vítima rapidamente para o hospital, ativando o sistema de emergência médica **112**.

9

O AVC TÊM TRATAMENTO?




SIM



Mas tempo é cérebro.

Hospital com **1 hora** de evolução – Recupera-se **1 a cada 2 doentes**
 Hospital com **4 hora** de evolução – Recupera-se **1 a cada 10 doentes**




10

9

10

ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO (EAM)





O enfarte agudo do miocárdio, ou ataque cardíaco, ocorre quando uma das artérias do coração fica obstruída por um coágulo, o que faz com que uma parte do músculo cardíaco deixe de funcionar por falta de oxigénio e nutrientes.


11

ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO (EAM)

SINAIS E SINTOMAS



- Dor torácica: tipo facada, opressão, esmagamento ou aperto;
- Dor que pode irradiar;
- Dificuldade em respirar;
- Náuseas e vômitos;
- Alterações do pulso;
- Sensação de desmaio;
- Suores intensos.



12

2ª SESSÃO DE EPS - “SABER MAIS, VIVER MELHOR” EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS MEDICAS DECORRENTES DA HTA (CONTINUAÇÃO)

O QUE FAZER EM CASO DE EAM?



1. Evitar que a vítima faça esforços;
2. Colocar a vítima numa posição confortável.;
3. Perceber se é a primeira vez que acontece, se existem doenças anteriores e se faz medicação;
4. Ligar 112 e responder as perguntas colocadas, de acordo com as informações recolhidas;
5. Aguardar pelo socorro.



13

13

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



Não usar se as causas forem desconhecidas ou vítima de trauma.

14

14



“SABER MAIS, VIVER MELHOR”

PEQUENAS ATITUDES, PODEM SALVAR VIDAS



OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO

15

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- DGS (2006) Programa Nacional de Prevenção e Controlo de doenças Cardiovasculares. Lisboa: Direção geral da Saúde. Consultado a 05 novembro de 2022. Retrieved from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/perguntas-e-respostas.aspx>
- Fundação Portuguesa Cardiologia (2021). Hipertensão. Consultado a 05 janeiro. Retrieved from Fundação Portuguesa Cardiologia (fpcardiologia.pt)
- DGS (2013). Abordagem terapêutica da Hipertensão arterial. Norma da Direção Geral de Saúde. Ordem dos médicos. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/29/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial/>
- Bourbon, M., Miranda, N., Vicente, A.M., Rato, Q. (2016). Doenças Cardiovasculares. Instituto Nacional de Saúde. Doutor Ricardo Jorge. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>

16

APÊNDICE XIII – Ficha de Avaliação e Avaliação da 2ª Sessão de EpS

FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Sessão nº 2 : Saber mais, Viver melhor: Situações de emergência decorrente da HTA

Classificação: _____

Das afirmações assinale com um “x”, se considera a afirmação verdadeira (V) ou falsa (F).

	V	F
Existem 2 tipos de AVC, hemorrágico e isquémico		
Em caso de AVC ou enfarte, devo deitar a vítima no chão e levanta lhe as pernas		
A dor torácica tipo facada é um dos sintomas do enfarte		
Posso colocar uma pessoa na posição lateral de segurança em qualquer situação		



Obrigada pela sua colaboração

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Sessão nº 2 : Saber mais, Viver melhor: em situações de emergência decorrente da HTA

Considerou o conhecimento dos dados importantes? Sim Não

Esclareceu as suas dúvidas? Sim Não

A apresentação foi adequada? Sim Não

Percebeu tudo o que foi dito? Sim Não

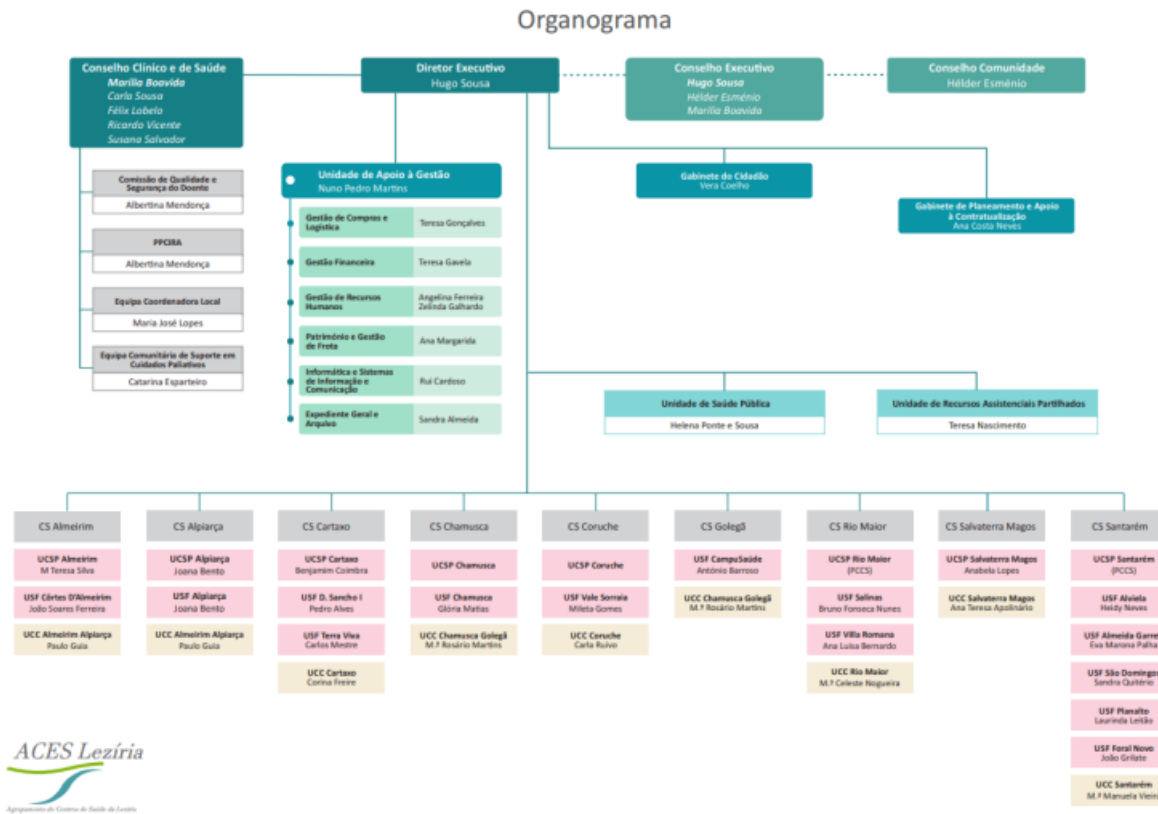
Necessitava de mais tempo? Sim Não

Sugestões futuras

ANEXOS

ANEXO I – Organograma do ACES Lezíria

ORGANOGRAMA DO ACES LEZÍRIA¹



¹ Nota: **Em** Organograma do ACES Lezíria de SPMS (2022) **de** Organograma-Lezíria_A4-NOVO-MODELO.cdr (min-saude.pt)

ANEXO II - Prevalência e Incidência de patologias no ACES Lezíria em 2020

PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE PATOLOGIAS NO ACES LEZÍRIA, EM 2020²

Ano Contratual: 2020, Tipo FX/FL: P01.02.02.R01. Relatório de FLUTUANTE, Grupo de Indicadores: Indicadores ACeS no Período em Estado de Saúde e Morbilidade | análise
 Prevalência de Patologias, ACeS / Centro Hospitalar / Hospital: ACES Lezíria, Com ou Sem MdF: TOTAL

Indicador BI	Indicador Alias	Indicador desc2	Mês DESC 2020-12		
			Métrica	Dezembro	
				Num.	Den.
BI MORB.198.01.FL	Proporção de utentes com "Diabetes Mellitus"		20.787	196.104	10,60
BI MORB.199.01.FL	Proporção de utentes com "abuso crónico álcool"		4.044	196.104	2,06
BI MORB.200.01.FL	Proporção de utentes com "abuso de tabaco"		25.466	196.104	12,99
BI MORB.201.01.FL	Proporção de utentes com "abuso de drogas"		985	196.104	0,50
BI MORB.202.01.FL	Proporção de utentes c/ "alter. metab. lípidos"		55.857	196.104	28,48
BI MORB.203.01.FL	Proporção de utentes com "excesso de peso"		39.303	196.104	20,04
BI MORB.204.01.FL	Proporção de utentes com "obesidade"		31.759	196.104	16,19
BI MORB.205.01.FL	Proporção de utentes com "hipertensão arterial"		55.188	196.104	28,14
BI MORB.206.01.FL	Proporção de utentes c/ "perturb. depressivas"		25.073	196.104	12,79
BI MORB.207.01.FL	Proporção de utentes com "demência"		1.895	196.104	0,97
BI MORB.208.01.FL	Proporção de utentes com "asma"		6.404	196.104	3,27
BI MORB.209.01.FL	Proporção de utentes com "bronquite crónica"		1.629	196.104	0,83
BI MORB.210.01.FL	Proporção de utentes com "DPOC"		2.502	196.104	1,28
BI MORB.211.01.FL	Proporção utentes c/ "DM não insul. depend."		19.254	196.104	9,82
BI MORB.212.01.FL	Proporção utentes com "DM insulino depend."		1.562	196.104	0,80
BI MORB.214.01.FL	Proporção utentes c/ "doença cardíaca isquémica"		2.632	196.104	1,34
BI MORB.215.01.FL	Proporção utentes com "neoplasia da próstata"		1.334	196.104	0,68
BI MORB.216.01.FL	Proporção utentes com "neoplasia colo do útero"		343	196.104	0,17
BI MORB.217.01.FL	Proporção utentes com "neoplasia cólon / recto"		1.490	196.104	0,76
BI MORB.218.01.FL	Proporção utentes com "neoplasia mama feminina"		2.101	196.104	1,07
BI MORB.219.01.FL	Proporção utentes c/ "neoplasia brônquio/pulmão"		193	196.104	0,10
BI MORB.220.01.FL	Proporção utentes com "neoplasia estômago"		231	196.104	0,12
BI MORB.221.01.FL	Proporção utentes com "osteoartrite do joelho"		12.233	196.104	6,24
BI MORB.222.01.FL	Proporção utentes com "osteoporose"		5.253	196.104	2,68
BI MORB.223.01.FL	Proporção utentes com "doenças dentes e geng."*		9.812	196.104	5,00
BI MORB.225.01.FL	Proporção utentes com "rinite alérgica"		10.587	196.104	5,40
BI MORB.226.01.FL	Proporção utentes com "doença do esófago"		3.183	196.104	1,62
BI MORB.227.01.FL	Proporção utentes com "distúrbio ansioso"		14.220	196.104	7,25
BI MORB.228.01.FL	Proporção utentes com "sensação de ansiedade"		6.576	196.104	3,35
BI MORB.233.01.FL	Proporção utentes com "HBP"		7.980	196.104	4,07
BI MORB.234.01.FL	Proporção utentes com "osteoartrite da anca"		5.722	196.104	2,92
BI MORB.235.01.FL	Proporção utentes com "neoplasia maligna"		10.037	196.104	5,12
BI MORB.252.01.FL	Proporção de utentes com "Infecção VIH/SIDA"		307	196.104	0,16

Ano Contratual: 2020, Tipo FX/FL: P01.02.02.R01. Relatório de FLUTUANTE, Grupo de Indicadores: Indicadores ACeS no Período em Estado de Saúde e Morbilidade | análise
 Incidência de Patologias, ACeS / Centro Hospitalar / Hospital: ACES Lezíria, Com ou Sem MdF: TOTAL

Indicador BI	Indicador Alias	Indicador desc2	Mês DESC 2020-12		
			Métrica	Dezembro	
				Num.	Den.
BI MORB.213.01.FL	Incidência de "enfarte agudo do miocárdio"		150	196.104	0,76
BI MORB.224.01.FL	Incidência de "acidente isquémico transitório"		59	196.104	0,30
BI MORB.236.01.FL	Incidência de "Diabetes Mellitus"		1.182	196.104	6,03
BI MORB.237.01.FL	Incidência de "hipertensão arterial"		2.231	196.104	11,38
BI MORB.238.01.FL	Incidência de "obesidade"		2.600	196.104	13,26
BI MORB.239.01.FL	Incidência de "alteração metabolismo lípidos"		2.086	196.104	10,64
BI MORB.240.01.FL	Incidência de "abuso de tabaco"		1.682	196.104	8,58
BI MORB.241.01.FL	Incidência de "DPOC"		184	196.104	0,94
BI MORB.242.01.FL	Incidência de "asma"		365	196.104	1,86
BI MORB.243.01.FL	Incidência de "neoplasia maligna da mama"		124	196.104	0,63
BI MORB.244.01.FL	Incidência de "neoplasia maligna do colo do útero"		21	196.104	0,11
BI MORB.245.01.FL	Incidência de "neoplasia maligna do cólon / recto"		133	196.104	0,68
BI MORB.246.01.FL	Incidência de "neoplasia maligna"		884	196.104	4,51
BI MORB.247.01.FL	Incidência de "perturbação depressiva"		1.383	196.104	7,05
BI MORB.248.01.FL	Incidência de "distúrbio ansioso"		1.043	196.104	5,32
BI MORB.249.01.FL	Incidência de "osteoartrite do joelho"		606	196.104	3,09
BI MORB.250.01.FL	Incidência de "osteoartrite da anca"		333	196.104	1,70
BI MORB.251.01.FL	Incidência de "acidente vascular cerebral"		276	196.104	1,41
BI MORB.253.01.FL	Incidência de "Infecção VIH/SIDA"		27	196.104	0,14

² Nota: Em Prevalência e Incidência de Patologias no ACES Lezíria, em 2020 de ACES Lezíria (2022). SIARS. Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde

Anexo III – Funções e atividades desenvolvidas na USP Lezíria

FUNÇÕES E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA USP LEZÍRIA³

Funções	Programa / Atividade
Observação do estado de saúde e bem-estar da população	Perfil Local de Saúde Diagnóstico de situação de saúde da população do ACES Lezíria Plano Local de Saúde
Vigilância epidemiológica e resposta às emergências em saúde pública	Carta Sanitárias de Risco – identificação e avaliação de insalubridades Estruturas de Apoio às comunidades (lares, escolas, unidades privadas de saúde, piscinas e termas) Planos de Contingência - Módulo Verão e Módulo Inverno Investigação epidemiológica de Doenças de Notificação Obrigatória - SINAVE
Proteção da Saúde	Vacinação – Gestão e monitorização (Plano Nacional de Vacinação) Saúde Ocupacional Externa (incluído no Programa Nacional de Saúde Ocupacional) Qualidade e Segurança Alimentar (Programa Nacional de Alimentação Saudável) Vigilância de Vetores – Ixodídeos e Culicídeos (Programa REVIVE) Vigilância Sanitária de Águas – CH, Piscinas, Balneares e Engarrafadas Vigilância da Legionella em Unidades de Saúde Vigilância de Estruturas de Apoio Social Vigilância de Riscos do Ambiente Escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar) Vigilância de Resíduos
Promoção da Saúde	Saúde Escolar - Indicadores, Gestão e Operacionalização Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Cheques dentistas Aplicação de Verniz de Fluor nos Jardins de Infância Saúde Oral para pessoas com necessidades especiais Educação para a Saúde
Autoridade de Saúde	Lei da Saúde Mental Emissão de Atestados Médicos, Pareceres e Determinações Verificação Domiciliária de Doença Verificação de Óbitos por causa violenta
Formação Interna	Reuniões formativas dirigidas à equipa USP Formação de alunos/estagiários e internos do ano comum e da especialidade de Saúde Pública
Formação externa	Plano de formação do ACES
Investigação em Saúde Pública	Trabalhos de investigação, elaboração de artigos científicos, apresentação em conferências e seminários

10

Manual de Acolhimento da USP Lezíria - Versão Dezembro 2021

³ Nota: **Em** Manual de acolhimento USP Lezíria (2021). Unidade de Saúde Pública da Lezíria. Pensar Global -Agir Local **de** Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria Santarém

ANEXO IV – Questionário MOS SF-36

QUESTIONÁRIO MOS SF-36 ⁴

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?			
<i>(Por favor assinala com um círculo um número em cada linha)</i>			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km.....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.
Copyright © 1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

⁴ Nota : Em A medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF36 (1998) de Ferreira P. L., 1998, <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>

QUESTIONÁRIO MOS SF-36 (CONTINUAÇÃO)

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas 1	Muito fracas 2	Ligeiras 3	Moderadas 4	Fortes 5	Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?				
Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Algum tempo 3	Pouco tempo 4	Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.					
	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO