



**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA

Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem  
Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Relatório de Estágio:**

**CAPACITAR PARA PREVENIR DOENÇAS CEREBRO  
CARDIOVASCULARES**

**Intervenção de enfermagem comunitária com os seniores**

**EMPOWERMENT FOR THE PREVENTION OF  
CEREBROVASCULAR DISEASES**

**Community nursing intervention with senior**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por

Ana Pinto de Azevedo

Lisboa, 2025



**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA

Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem  
Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Relatório de Estágio:**

**CAPACITAR PARA PREVENIR DOENÇAS CEREBRO  
CARDIOVASCULARES**

**Intervenção de enfermagem comunitária com os seniores**

**EMPOWERMENT FOR THE PREVENTION OF  
CEREBROVASCULAR DISEASES**

**Community nursing intervention with senior**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por

Ana Pinto de Azevedo

Sob a orientação de Prof<sup>ª</sup> Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2025

*"A verdadeira riqueza não está nas coisas, mas no coração.  
Caminhemos juntos na construção de um mundo mais fraterno."*

Papa Francisco

## AGRADECIMENTOS

Este percurso académico só se tornou possível pelo apoio de várias pessoas a quem pretendo dedicar palavras de apreço e de profunda gratidão:

À Prof<sup>a</sup> Doutora Elisa Garcia por ter orientado este relatório, acreditando sempre que seria capaz, na condução deste percurso de aprendizagem, a dedicação, o apoio e a disponibilidade incondicional, o saber e o rigor com que me presenteou, bem como a partilha do conhecimento. Ser sua orientanda foi um acontecimento de exigência científica que permitiu desenvolver mais Saber de Enfermagem.

Ao corpo docente que me acompanhou desde a Licenciatura em Enfermagem na antiga Escola Superior de São Vicente de Paulo e muito me ensinaram sobre a enfermagem e a arte do cuidar!

À Universidade Católica Portuguesa, pelas condições proporcionadas e por fomentar a investigação em enfermagem, em prol do que nos faz acreditar na possibilidade da mudança!

À Sra. Enf. e Mestre Patrícia Martins pela relação construída, incentivo, exigência, disponibilidade e apoio incondicional manifestado. Por ser um exemplo louvável de uma ótima comunicadora e perita em literacia em saúde, por tudo o que me ensinou e por me mostrar a importância da comunicação e dos afetos na mudança de comportamento.

À Sra. Dra. Lina Guarda pela forma calorosa com que me recebeu, pela disponibilidade e pela partilha do seu vasto saber em Saúde Pública.

Aos seniores que participaram no projeto, pela motivação e empenho, pelo carinho e esplendor demonstrado, pelo grande contributo que deram para o sucesso deste trabalho!

À Sra. Enf. Vânia Luís, pelo exemplo de excelência como enfermeira da comunidade!

Ao meu avô Zé pelo exemplo de vida que deixou, por tanto que me ensinou e por mostrar que nunca é tarde para aprender!

Aos meus pais, pelo carinho e amor incondicionais, pelo exemplo na vida e por acreditarem em mim, que tenham um envelhecimento ativo e saudável!

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos pela ajuda e incentivo!

Aos meus amigos pela partilha de ideias e ajuda demonstrada.

Ao Paulo, que desde o início me incentivou e acreditou, pela compreensão, pelo carinho e amor incondicional, abraçando comigo este desafio e que sem ele não seria possível!

E por fim, ao Lourenço pela inspiração diária, por me ensinar todos os dias a ser melhor mãe, pelo amor que me move, a ele dedico este meu trabalho. Que lhe sirva de exemplo e dedicação e desde cedo aprenda o respeito pelas pessoas idosas!

A todos os que contribuíram para a concretização deste percurso,

enalteço a minha imensa gratidão,

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

A sociedade depara-se com desafios constantes, verificando-se um crescente envelhecimento populacional, pelo que o tema dos cuidados à população idosa constitui uma preocupação central no cuidar em enfermagem, por ser um grupo de risco para doenças cérebro cardiovasculares, que constituem a principal causa de morte, de morbidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos. Reitera-se uma intervenção estruturada, pelo que é indispensável a atuação do enfermeiro em contexto comunitário, de forma a fazer emergir o potencial máximo de saúde e bem-estar das pessoas idosas. A literacia em saúde assume-se de forma inigualável como um poderoso propósito para promover a sua saúde.

O presente relatório espelha o projeto de intervenção comunitária: “Literacia em saúde: capacitar a comunidade sénior para a prevenção das doenças cérebro cardiovasculares”, concretizado com um grupo de 9 seniores de uma academia sénior, no âmbito do estágio na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio. A elaboração deste projeto teve por base a metodologia de planeamento em saúde proposta por Imperatori e Giraldes e foi suportado pelo modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Para a execução do diagnóstico de situação realizou-se um *brainstorming* sobre as doenças cérebro cardiovasculares com a população-alvo. Com base nos resultados obtidos efetuou-se a priorização dos problemas e definiu-se como prioritária a intervenção no diagnóstico de enfermagem conhecimento comprometido do grupo sobre doenças cérebro cardiovasculares. Foi definido como objetivo geral do projeto: Contribuir para a capacitação de um grupo de seniores da academia sénior X para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares, de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2024. Foram definidos objetivos específicos, metas e indicadores, e fixadas estratégias. Foi utilizada a estratégia educacional e estabelecidas parcerias na comunidade, tendo sido realizadas sessões de educação para a saúde, a elaboração de um e-book com a população-alvo e a divulgação do projeto junto de outros seniores, promovendo a sua continuidade. Foram alcançadas as metas estabelecidas. Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

**Palavras-chave:** comunidade; enfermagem comunitária; envelhecimento ativo e saudável; literacia em saúde; pessoa idosa

## **ABSTRACT**

Society faces constant challenges, with a growing aging population, so the issue of care for the elderly is a central concern in nursing care, being a risk group for cardiovascular diseases, which are the leading cause of death, morbidity, disability, and years of potential life lost prematurely. A structured intervention is reiterated, so the role of the nurse in a community context is indispensable, in order to bring out the maximum health and well-being potential of elderly people. Health literacy is uniquely positioned as a powerful purpose to promote their health.

The present report reflects the community intervention project: "Health Literacy: Empowering the Senior Community for the Prevention of Cardiovascular Brain Diseases", implemented with a group of 9 seniors from a senior academy, as part of an internship at the Arnaldo Sampaio Public Health Unit. The preparation of this project was based on the health planning methodology proposed by Imperatori and Giraldes and was supported by Nola Pender's health promotion model. To execute the situational diagnosis, a brainstorming session was held about cardiovascular brain diseases with the target population. Based on the results obtained, the problems were prioritized, and it was defined that the intervention in nursing diagnosis regarding the group's compromised knowledge of cardiovascular brain diseases was a priority. The general objective of the project was defined as: Contributing to the training of a group of seniors from the senior academy X for the prevention of cerebrovascular and cardiovascular diseases, from September 9 to December 19, 2024. Specific objectives, goals, and indicators were defined, and strategies were established. An educational strategy was used and partnerships in the community were formed, with health education sessions held, an e-book created with the target population, and the project promoted among other seniors, ensuring its continuity. The established goals were achieved. This journey allowed for the development of skills as a Master and Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing.

**Keywords:** community; community nursing; active and healthy aging; health literacy; elderly person

## **LISTA DE ACRÓMIOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>DCC</b>	Doenças cérebro cardiovasculares
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>EAM</b>	Enfarte Agudo do Miocárdio
<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>LS</b>	Literacia em Saúde
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PLS</b>	Plano Local de Saúde
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>SEpS</b>	Sessão(ões) de Educação para a Saúde
<b>UE</b>	União Europeia
<b>ULSAR</b>	Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho
<b>USPAS</b>	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio
<b>UTIB</b>	Universidade da Terceira Idade do Barreiro

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL DO PROJETO .....</b>	<b>8</b>
1.1. Doenças cérebro cardiovasculares como problema de saúde pública .....	8
1.2. Impacto no envelhecimento saudável da população .....	11
1.3. Estratégias de prevenção .....	15
<b>2. LITERACIA EM SAUDE.....</b>	<b>18</b>
2.1 Promoção da literacia e a mudança de comportamento.....	19
2.2 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	23
<b>3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>26</b>
3.1. Diagnóstico de situação .....	27
3.1.1. Contexto do local de intervenção .....	28
3.1.2. Identificação de problemas.....	30
3.1.3. População alvo .....	32
3.1.4. Técnicas e instrumentos de recolha de informação.....	33
3.1.5. Tratamento da informação, análise e resultados.....	35
3.1.6. Diagnósticos de enfermagem .....	37
3.2. Definição de prioridades .....	39
3.3. Fixação de objetivos.....	42
3.4. Seleção de estratégias .....	43
3.5. Elaboração do projeto.....	47
3.6. Preparação da execução.....	48
3.7. Avaliação do projeto.....	50
3.8. Implicações para a prática clínica .....	54
<b>4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>56</b>
4.1. Competências de Mestre em Enfermagem.....	56
4.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	58
4.3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	59
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>

**APÊNDICES**

<b>Apêndice I</b>	Cronograma de Gantt
<b>Apêndice II</b>	Análise swot
<b>Apêndice III</b>	Pedido formal enviado por email à Coordenadora da USP e ao Enfermeiro gestor da ULS Arco Ribeirinho em substituição do Diretor Executivo da ULS Arco Ribeirinho para autorização de divulgação e posterior resposta
<b>Apêndice IV</b>	Guião para reunião exploratória a peritos para auscultação de necessidades
<b>Apêndice V</b>	Questionário de caracterização sociodemográfica da população alvo do projeto de intervenção comunitária
<b>Apêndice VI</b>	Guião orientador do brainstorming
<b>Apêndice VII</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>Apêndice VIII</b>	Declaração de autorização e cedência de direitos de imagem e direitos sobre material educativo desenvolvido no projeto
<b>Apêndice IX</b>	Transcrição da gravação do brainstorming e matriz da análise de conteúdo do brainstorming
<b>Apêndice X</b>	Resumo e fluxograma PRISMA referente à <i>scoping review</i> : Estratégias de intervenção na promoção da literacia em prevenção de doenças cérebro cardiovasculares na comunidade sénior
<b>Apêndice XI</b>	Planos de sessão para a construção do e-book
<b>Apêndice XII</b>	Diapositivos de suporte às sessões de educação para a saúde
<b>Apêndice XIII</b>	Questionário de avaliação das sessões
<b>Apêndice XIV</b>	Questionário de avaliação de conhecimentos

<b>Apêndice XV</b>	Guião para a peça de teatro
<b>Apêndice XVI</b>	Plano da sessão de apresentação do projeto: “Capacitar para prevenir com cor(ação)”
<b>Apêndice XVII</b>	Diapositivos de suporte à apresentação do projeto: “Capacitar para prevenir com cor(ação)”
<b>Apêndice XVIII</b>	Autorização e cedência dos direitos de autor da música “Oh Rosa reduz o sal” escrita por Ana Vitória Sousa
<b>Apêndice XIX</b>	Reunião com parceiros para divulgação do e-book e autorização da utilização do logotipo da Câmara Municipal do Barreiro
<b>Apêndice XX</b>	E-book: “Capacitar para prevenir com cor(ação)”

## **ANEXOS**

<b>Anexo I</b>	V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem Avançada: Uma Voz para o Humanismo”
<b>Anexo II</b>	1º Encontro Saúde Arrábida – Alterações Climáticas
<b>Anexo III</b>	VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - “Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social”
<b>Anexo IV</b>	<i>Post</i> – “Vínculo humano-animal como facilitador do conforto da pessoa idosa “
<b>Anexo V</b>	Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem
<b>Anexo VI</b>	17º Conferência Internacional de Saúde Pública
<b>Anexo VII</b>	Participação como voluntária nas Jornadas Mundiais da Juventude de 1 a 6 de agosto de 2023

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama representativo do modelo de promoção de saúde de <i>Nola Pender</i> .....	25
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Categorização da análise de conteúdo.....	36
Quadro 2 – Adaptado do MPS de <i>Nola Pender</i> .....	38
Quadro 3 - Problemas e diagnósticos de enfermagem.....	39
Quadro 4 – Grelha de ponderação de critérios segundo Pedro Melo (2020).....	40
Quadro 5 - Objetivos e metas do projeto de intervenção comunitária.....	43
Quadro 6 – Planeamento estratégico da intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária adaptado por Pedro Melo (2020) .....	46
Quadro 7 – Objetivos, metas, indicadores de atividade e resultados.....	52
Quadro 8 – Indicador de impacto do projeto.....	53

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” marcando o culminar de todo um percurso desenvolvido durante o XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa. Teve como propósito espelhar o processo de aprendizagem desenvolvido numa perspetiva académica e profissional avançadas, bem como, refletir e fundamentar a aquisição e o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, em particular, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio no polo de Alcochete integrado na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, num espetro temporal compreendido entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2024.

A enfermagem de saúde pública consiste na prática da promoção e proteção da saúde das populações utilizando conhecimento das ciências de enfermagem, sociais e de saúde pública, sendo um processo sistemático (American Public Health Association, 2013).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos dias de hoje e pela primeira vez na história, a maioria das pessoas vive até aos 60 anos e mais. O envelhecimento da população, requer uma resposta abrangente da saúde pública (WHO, 2015). O envelhecimento da população é um desafio do presente e do futuro, que representa um forte impacto para a sociedade em geral e para os serviços de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). As recentes políticas de saúde, nomeadamente através dos Planos Nacionais de Saúde (PNS), têm vindo a dar ênfase a esta problemática e a estabelecer mais estratégias de intervenção promotoras de um envelhecimento ativo e saudável da população.

A promoção da literacia em saúde é um desígnio que assume particular importância, sendo uma prioridade de atuação em termos de saúde pública (Augusto et al., 2020). Este facto reflete as particularidades intrínsecas às populações vulneráveis, que engloba a população idosa, remetendo para dificuldades no que respeita à interpretação, comunicação, apropriação da informação transmitida no âmbito da saúde e acesso aos

serviços de saúde; influenciando a tomada de decisão e a mudança de comportamento numa lógica sustentada na melhoria da saúde e bem-estar, em larga escala.

A nível mundial, as doenças cérebro cardiovasculares (DCC) são a segunda causa de morte e ocupam o terceiro lugar entre as causas de incapacidade por doença (Johnson et al., 2019). Em Portugal, o cenário é ainda mais preocupante, sendo a principal causa de morte e incapacidade permanente no país (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Apesar de a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) ter diminuído nos últimos anos, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida têm contribuído para um aumento absoluto de novos casos (Feigin et al., 2017). Entre os sobreviventes, pelo menos um terço vê a sua qualidade de vida e autonomia comprometidas, ficando dependentes de terceiros ou institucionalizados (Carmo et al., 2015). Considerando os custos diretos com o tratamento e reabilitação dos doentes, e os custos indiretos associados à perda de produtividade individual e familiar, o AVC exerce ainda um impacto económico significativo, que se prevê continuar a aumentar (Wafa et al., 2020).

A temática abordada pretende engrandecer uma mudança de paradigma significativa para a saúde pública, tanto pela elevada pertinência atribuída à análise dos determinantes da saúde e aos métodos de abordagem dos problemas identificados, bem como, da necessidade de mobilizar recursos de forma eficiente e de fazer investimentos significativos em termos de políticas, programas ou projetos e serviços, no sentido de se criarem sinergias (Loureiro et al., 2013) que mostrem o estado da arte.

Neste contexto, elaborou-se um projeto de intervenção comunitária, na USPAS, inserido no programa “viver + com saber: literacia em saúde” com os seniores de uma academia sénior abrangida pelo programa. O projeto “Literacia em saúde: capacitar a comunidade sénior para a prevenção das doenças cérebro cardiovasculares”, visou contribuir para a capacitação de um grupo de seniores dessa academia para a prevenção de DCC nas pessoas idosas, e potenciou o seu papel comunitário na prevenção desta problemática, enfatizando a relevância da sua mensagem entre os seniores. O projeto foi construído por seniores para seniores e findou com a realização de um material educativo em formato e-book, constituído por bibliografia de suporte ao tema, vídeos e narrativas de experiências e vivências contadas pelos seniores, concedendo um carácter real ao projeto, onde a maioria das pessoas idosas se pode rever nesses testemunhos.

O projeto assenta no âmbito da prevenção primária e foi norteado pelo referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (2019) e sustentado pela Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1982).

Neste propósito, para o diagnóstico da situação, procedeu-se à seleção da população-alvo e à identificação dos seus principais problemas e/ou necessidades de saúde. A informação resultante dos procedimentos metodológicos selecionados foi alvo de validação e análise, segundo o método de Bardin (2016). De forma a concretizar o projeto em causa, foram definidos diagnósticos de enfermagem com recurso à terminologia padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e estabelecidas prioridades de atuação de acordo com a técnica de grelha de análise de Pedro Melo (2020). Deste modo, definiu-se como objetivo geral, contribuir para a promoção da literacia em saúde, no âmbito da prevenção de DCC da comunidade sénior. Por sua vez, foram fixados objetivos específicos, metas e indicadores. Tendo em conta as estratégias adotadas, pretendeu-se dinamizar o projeto de intervenção comunitária de forma a atingir os resultados esperados. Estruturalmente, o relatório em questão organiza-se em quatro capítulos, sendo que no primeiro capítulo, é apresentada uma conceitualização teórica no que concerne à fundamentação e pertinência da temática e à população-alvo como centro da intervenção comunitária. No segundo capítulo, são abordados os temas da literacia em saúde ligados ao conceito do envelhecimento da população e conseqüente mudança de comportamento. Também é referido o suporte teórico que orienta a prática de enfermagem comunitária. No terceiro capítulo, são relatadas pormenorizadamente as várias etapas metodológicas do processo de planeamento em saúde. No capítulo final é apresentada uma análise reflexiva no âmbito do desenvolvimento e aquisição de competências exigidas para este ciclo de estudos, bem como, são abordados os desafios e contributos para a prática clínica de enfermagem. Por fim, encontram-se as devidas considerações finais, são enumeradas as referências bibliográficas que sustentam a base de evidência do que se encontra elucidado, e são apresentados os apêndices e anexos que dão fundamento à obtenção e implementação do projeto de intervenção comunitária. A elaboração deste documento teve em consideração o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, as normas que integram o Manual de Publicação da *American Psychological Association* (7.<sup>a</sup> edição), bem como as regras gerais que se encontram no guião recomendado para esta unidade curricular.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL DO PROJETO

A relevância da elaboração de um projeto de intervenção de enfermagem comunitária surge na medida de apelar ao desenvolvimento de práticas que envolvem a comunidade, grupos ou populações, principalmente os mais vulneráveis, como o alvo preferencial dos cuidados prestados nesta esfera conceptual (Regulamento n.º 348/2015 da OE, 2015). Destaca-se, portanto, um sentido de oportunidade de atender às respostas humanas marcadas pelos processos de vida de saúde/doença, processos comunitários e ambientais; com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (Regulamento n.º 348/2015 da OE, 2015), que para o presente projeto, se instituiu através da promoção da literacia em saúde ligado ao desígnio da promoção da saúde da população idosa relacionada com a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares.

## 1.1. Doenças cérebro cardiovasculares como problema de saúde pública

As DCC constituem um dos maiores desafios de saúde pública global. Estas abrangem um leque de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo o AVC, o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a insuficiência cardíaca (IC), que se encontram entre as principais causas de mortalidade e morbidade no mundo (Wafa et al., 2020). De acordo com a OMS, as DCC são responsáveis por cerca de 17,9 milhões de mortes anualmente, representando 32% de todas as mortes globais (Angelantonio, 2019). Prevê-se que, em 2030, o número de mortes causadas por estas doenças atinja os 23,3 milhões. As DCC são particularmente prevalentes em países em desenvolvimento, onde a prevenção e o acesso ao tratamento são limitados (Wafa et al., 2020).

As causas das DCC são multifatoriais, envolvendo fatores de risco como a hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo (DGS, 2017b). Além disso, os determinantes sociais da saúde, como desigualdades socioeconómicas e acesso desigual aos serviços de saúde, desempenham um papel crucial na distribuição destas doenças (Feigin et al., 2017).

Em Portugal, as DCC continuam a ser uma das principais causas de morte, apesar de avanços significativos na prevenção e tratamento. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), as doenças do aparelho circulatório representam cerca de 28% das mortes no país, sendo o AVC a principal causa isolada. As DCC constituem uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos (DGS, 2017b) .

Neste contexto, a OCDE refere que as DCC são a principal causa de morte na maioria dos estados-membros da União Europeia (UE), somando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Juntas, a IC e o AVC, correspondem a 60% de todas as causas de morte cardiovasculares e foram mais de um quinto de todas as mortes nos estados-membros da UE, em 2010 (DGS, 2017b).

Em Portugal também é a principal causa de morte, sendo que por 100000 habitantes, 197,1 morreram por causa de DCC. Estas doenças estão associadas a um conjunto de fatores de risco, alguns dos quais não podem ser modificados, tais como a hereditariedade, o sexo e a idade. Outros, pelo contrário, podem ser evitados, nomeadamente, a hipertensão, o tabagismo, o stress, a obesidade, a diabetes e a dislipidémia. É sobre estes últimos que nos devemos debruçar para prevenir as DCC, sendo essencial a adoção de estilos de vida saudáveis, como uma alimentação variada, equilibrada e completa; a prática de atividade física regular; a manutenção de um peso adequado e de uma pressão arterial dentro dos parâmetros adequados (DGS, 2017).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS), dos 33.421 óbitos por doenças do aparelho circulatório registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 324,9 por 100.000 habitantes), 19,4 % corresponderam a óbitos prematuros (29,8 % no sexo masculino e 10,9 % no sexo feminino), proporção esta que se manteve aproximadamente ao longo do período analisado (2011-2019). A elevada prevalência de fatores de risco na população portuguesa é um dos motivos para essa realidade. A hipertensão arterial afeta cerca de 42% dos adultos, enquanto o sedentarismo é observado em mais de 60% da população (R. Ferreira & Moreira, 2024). Além disso, o consumo excessivo de sal e a baixa adesão à dieta mediterrânica, reconhecida como cardioprotetora, agravam o problema (Angelantonio, 2019).

A continuada adoção de medidas estratégicas preventivas e a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do EAM e do AVC, permitiram atingir em 2015 uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas (Feigin et al., 2017). Verifica-se um decréscimo de número de internamentos por doenças do aparelho circulatório, no entanto há um aumento dos internamentos por IC (DGS, 2017b). O correto encaminhamento dos casos de AVC e de EAM através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) traduz-se num ganho de tempo fundamental para a eficácia terapêutica. Este constitui o propósito do conceito de Via Verde e justifica todos os esforços organizativos. Para o efeito, assumem particular relevância os fatores de educação para a saúde, como o reconhecimento pela população dos sinais de alarme das situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio (DGS, 2017b).

De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases*, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são o fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, sendo que a ingestão excessiva de sal surge como o comportamento alimentar inadequado que mais contribui para a perda de anos de vida saudável (DGS, 2017b).

Entre as DCC, a doença coronária, pela morte prematura ou perda de anos de vida ativa que condiciona e pelos custos médicos associados (intervenção, farmacoterapia, internamentos por síndromes coronárias agudas ou IC), assume particular relevância no panorama nacional (Fonseca et al., 2018). Em cerca de metade dos casos, a primeira manifestação da doença coronária é o EAM ou a morte súbita (Ibanez et al., 2018), o que a torna uma doença particularmente temível, realçando a necessidade de se investir principalmente na sua prevenção. Nas últimas décadas, a evolução no tratamento desta patologia traduziu-se numa lenta, mas progressiva, diminuição da mortalidade em termos nacionais e internacionais. Ainda assim, uma grande proporção de casos com danos irreversíveis poderia ser evitada através de uma deteção precoce e correção atempada dos fatores que promovem a progressão da doença (Bettencourt et al., 2022). Sendo uma doença de evolução lenta, mantém-se subclínica durante grande parte da vida de um indivíduo. Esta característica permite que a sua evolução natural seja modificada, se detetada precocemente. Uma vez que 90% da evolução da doença podem ser justificados por fatores de risco cardiovascular modificáveis (Yusuf et al., 2004), existe um enorme

potencial de intervenção e modificação da sua história natural, evitando danos irreversíveis, como o EAM ou a morte súbita. O objetivo primordial do nosso sistema nacional de saúde deverá ser, por isso, o fomento da saúde cardiovascular, através da promoção de estilos de vida saudáveis e a identificação dos indivíduos em risco ou com doença cardiovascular já estabelecida que necessitam de terapêuticas específicas com vista à modificação prognóstica e à melhoria da qualidade de vida da população (Bettencourt et al., 2022). Os cuidados de saúde primários, “assumem um papel primordial na promoção da saúde cardiovascular, rastreio dos fatores de risco cardiovascular, deteção de doença em fase assintomática e decisão terapêutica” (Bettencourt et al., 2022).

Globalmente, estima-se que 1,28 mil milhões de adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos têm HTA, sendo que apenas aproximadamente 1 em cada 5 adultos (21%) tem a doença sob controlo (R. Ferreira & Moreira, 2024). As DCC são a principal causa de morte nas Américas, sendo a HTA responsável pelo desencadeamento de mais de 50% dos casos. A frequência de diagnóstico é maior entre os idosos, atingindo os 61% entre os adultos com 65 ou mais anos em 2021. Para esta faixa etária, a preocupação é ainda mais acentuada, uma vez que o processo natural do envelhecimento induz o endurecimento e a perda de elasticidade na microarquitetura das paredes dos vasos, representando um fator de risco para as DCC (Andrabi et al., 2024).

A evidência científica sugere que a LS limitada está associada à obesidade, às escolhas alimentares e ao exercício físico inadequado devido a falta de informação sobre prevenção e controlo de doenças. A convergência da fisiopatologia do envelhecimento e da LS limitada agrava o risco de DCC. Além disso, prevê-se que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumente globalmente de 10% em 2022 para 16% em 2050 (Andrabi et al., 2024).

## **1.2. Impacto no envelhecimento saudável da população**

A DGS designa o envelhecimento humano, como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2017a). A OMS define a pessoa idosa

como alguém com idade igual ou superior a 60 anos, nos países em desenvolvimento, e com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos (WHO, 2015).

O número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deve duplicar, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão em 2050 (United Nations, 2023). O envelhecimento da população representa um fenómeno da atualidade, de interesse comum, que condiciona determinadamente a vida em sociedade. Na era moderna, o envelhecimento demográfico, resultado da transição demográfica é, sem dúvida, um processo que abrange não só Portugal, como também diz respeito a todo o mundo, constando a alteração na estrutura populacional mais importante com impacto no contexto político, socioeconómico e também na saúde, sendo considerado o período de 1975 a 2075 como a “Era do Envelhecimento”. Enquanto fenómeno social e, nos nossos dias fenómeno “único e global”, constitui um desafio que os países a nível mundial têm que encarar (United Nations, 2023).

Dados referentes a 2023, revelam que os 5 países da UE com maior índice de envelhecimento são Itália, Portugal, Grécia, Croácia e Alemanha (Fundação Francisco Manuel Dos Santos, 2023). Em Portugal, 24% da população total corresponde a população idosa, ou seja 2 486 274 pessoas com mais de 65 anos, número este que tem tido um sentido crescente ao longo dos anos (Fundação Francisco Manuel Dos Santos, 2024).

O desafio do envelhecimento é uma tendência transformadora que afeta todos os aspetos da sociedade, inclusive os mercados de trabalho e financeiro, a demanda por bens e serviços, como educação, habitação, saúde, cuidados de longo prazo, proteção social, transporte, informação e comunicação, bem como estruturas familiares e laços intergeracionais (United Nations, 2023).

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (Fundação Francisco Manuel Dos Santos, 2021). O aumento da esperança de vida em Portugal não se acompanhou de uma melhoria

expressiva do indicador que avalia o bem-estar e a qualidade de vida após os 65 anos, no qual Portugal possui valores inferiores aos da média da UE (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Após identificação das causas, importa atuar e preparar uma sociedade em constante mutação e progressiva evolução no seu envelhecimento (DGS, 2022).

O envelhecimento é um processo que ocorre durante todo o ciclo de vida, pelo que se torna essencial atuar na manutenção da saúde e na preservação do bem-estar (DGS, 2022). Dados atuais sobre a população portuguesa revelam um nível de dependência na população que, nos últimos anos de vida, é muito elevado, e perspectiva-se que irá agravar nos próximos anos. A manutenção da autonomia na população é fundamental, implementando medidas que mantenham, quer a vida independente, quer a população nos respetivos domicílios (República Portuguesa, 2024). A evolução constante e rápida da sociedade revela que a aprendizagem seja mantida ao longo da vida, adquirindo novos conhecimentos e capacidades. Esta situação torna-se ainda mais relevante com a grande premência do digital na vida contemporânea e no próprio trabalho (República Portuguesa, 2024).

A participação social dos mais idosos implica a integração e a participação ativa nas comunidades onde se inserem. A população idosa representa um valor muito elevado para a sociedade, pela experiência adquirida, pelas capacidades desenvolvidas até à idade mais avançada e ainda pela importância nas tomadas de decisão. O contributo desta franja da população em setores da sociedade relacionados com a gestão do envelhecimento atual e nos próximos anos, releva a sua participação nas tomadas de decisão, facilitando encontrar as soluções mais adequadas e que melhor satisfaçam as suas necessidades (República Portuguesa, 2024).

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2015).

O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as

peças envelhecem (WHO, 2002). Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (WHO, 2015). O lugar onde as pessoas vivem determina o envelhecimento saudável, em razão de barreiras ou incentivos que afetam as oportunidades, as decisões, o comportamento e a experiência na idade avançada. A rápida urbanização desordenada apresenta riscos à saúde, à sociedade e ao meio ambiente. Ambientes amigos das pessoas idosas — seja em termos de moradia, transporte, espaços públicos, saúde e assistência social ou de outros aspetos da comunidade em geral — promovem o envelhecimento saudável, permitindo que as pessoas idosas sejam e façam aquilo que valorizam (República Portuguesa, 2024).

Embora a categorização da população em grupos, de acordo com a idade, seja necessária para determinados fins, é importante ter em conta que existem variações consideráveis no estado de saúde, nos níveis de independência, na autonomia e na participação social entre as pessoas idosas com a mesma idade. Assim, é fundamental que esta variação seja considerada na elaboração de políticas e programas orientadores para o processo de envelhecimento (WHO, 2002).

O termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002). Por sua vez, o idadismo está amplamente disseminado nas instituições, leis e políticas em todo o mundo. Este conceito prejudica a saúde e a dignidade dos indivíduos, bem como economias e sociedades de maneira escancarada, pelo que nega às pessoas os seus direitos humanos e a habilidade de cada indivíduo alcançar o seu pleno potencial (WHO, 2022).

Abordar o idadismo é essencial para que seja criado um mundo mais igual, no qual a dignidade e os direitos de todos os seres humanos sejam respeitados e protegidos. Isso está no âmago da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o plano detalhado acordado por países de todo o mundo para a construção de um futuro de paz e

prosperidade para todos num planeta saudável (WHO, 2022). Este conceito tem consequências graves e de longo alcance para a saúde, o bem-estar e os direitos humanos da população. Para pessoas idosas, o idadismo está associado a uma menor expectativa de vida, pior saúde física e mental, recuperação mais lenta de incapacidade e declínio cognitivo (WHO, 2022).

### **1.3. Estratégias de prevenção**

No desenvolvimento de uma resposta de saúde pública ao envelhecimento, deverão ser ponderadas abordagens que melhorem as perdas associadas a uma idade mais avançada e também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial. Por conseguinte, é necessária uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, da formação dos profissionais de saúde e da intervenção social, assim como, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais (DGS, 2006; OMS, 2015). Neste pressuposto, assegurar um envelhecimento ativo e saudável para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, é vista como uma das prioridades políticas do país (DGS, 2017a).

O PNS 2021-2030 evidencia que o envelhecimento da população é um dos determinantes de saúde demográficos, sociais e económicos identificados, sendo a grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030, investir nos determinantes de saúde e bem-estar. Deste modo, são identificados cinco grandes desígnios para Portugal, com quinze objetivos estratégicos, incluindo-se no segundo desígnio o objetivo estratégico “Promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável” (DGS, 2022). De forma a atingir estes objetivos, exige-se uma ação multidisciplinar e multisectorial que seja capaz de integrar e complementar as ações desenvolvidas por vários setores, e que resultará na melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

As Universidades e as Academias seniores são respostas socioeducativas que visam criar e dinamizar atividades nas áreas sociais, culturais, do conhecimento, do saber e de convívio dirigidas aos cidadãos, a partir dos 50 anos de idade. As universidades seniores têm como finalidade: melhorar a qualidade de vida dos cidadãos com mais de 50 anos; criar oportunidades promotoras de um envelhecimento ativo, positivo e saudável; desenvolver regularmente atividades sociais, culturais, científicas, desportivas, de

convívio, capacitação digital, de turismo e de lazer; estimular a troca de conhecimentos e incentivar a aprendizagem e a formação ao longo da vida; promover a inclusão social e a cooperação cívicas no desenvolvimento pessoal e na participação social; prevenir o isolamento social e adiar a institucionalização (Diário da República n.º 3/2021, Série II de 2021-01-06, 2021).

A prevenção é fundamental para reduzir a carga das DCC (Bettencourt et al., 2022). Intervenções de saúde pública, como campanhas de conscientização sobre estilos de vida saudáveis, programas de rastreio de fatores de risco e políticas para reduzir o consumo de tabaco e sal, têm demonstrado eficácia em vários países. A adesão a atividades de participação social das pessoas idosas é influenciada pela idade, o género, a escolaridade, o estatuto socioprofissional, a situação económica, fatores sociodemográficos e o estado de saúde (Lima et al., 2024). Apenas menos de metade da população idosa em Portugal está envolvida em grupos informais com o objetivo de conviver ou de praticar atividades em conjunto. Das inúmeras atividades existentes que promovem a ocupação dos tempos livres e a participação social destacam-se como preferenciais da população idosa em Portugal: as atividades ao ar livre, a participação em associações culturais e de solidariedade social, os clubes desportivos, as atividades religiosas, as atividades promovidas pelas autarquias, as universidades seniores e grupos seniores e a prestação voluntária de apoio a crianças e adultos (Lima et al., 2024).

Em Portugal, iniciativas como o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares têm sido cruciais. Este programa visa promover a prevenção primária e secundária, melhorar o acesso ao tratamento e reabilitação, além de fortalecer a vigilância epidemiológica. A continuada adoção de medidas estratégicas preventivas e a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do EAM e do AVC, permitiram atingir em 2015 uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas (DGS, 2017b). O baixo conhecimento relacionado aos fatores de risco ligados às DCC e à alta prevalência de HTA, obesidade e sedentarismo, coloca a população em alto risco de desenvolver DCC. O conhecimento sobre os fatores de risco de DCC comuns na população, os seus comportamentos de risco, conhecimento e perceções relacionadas à saúde cardíaca são necessários para entender as suas necessidades reais. Obter essas informações é importante para os programas de

conscientização focados na saúde e envolver a população em comportamentos saudáveis. (Andrabi et al, 2024)

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel fundamental no aumento do conhecimento dos fatores de risco das DCC, na aquisição e manutenção de comportamentos de estilo de vida saudáveis. Recomenda-se que os enfermeiros sensibilizem a população sobre fatores de risco das DCC e comportamentos de estilo de vida saudável, identifiquem as dificuldades das pessoas na adaptação a comportamentos de promoção da saúde e discutam possíveis soluções (Cuvadar & Yazici, 2023). Um melhor conhecimento sobre fatores de risco cerebrovascular, pode estimular as pessoas a adotarem comportamentos preventivos ativos, levando assim à diminuição da incidência de problemas futuros cerebrovasculares. A sensibilização para O AVC é um componente essencial na determinação de decisões responsáveis de uma pessoa que pode ser afetada pela condição no futuro (Eshah, 2013). A conscientização da comunidade sobre o AVC e os seus fatores de risco, deve ser implementado através de medidas nacionais e campanhas de educação para a saúde. Os profissionais de saúde devem adotar programas de sensibilização; bem como concentrar-se na utilização dos recursos disponíveis para combater a alta prevalência de DCC, o que irá contribuir para diminuir o risco de as pessoas sofrerem estas doenças. Os enfermeiros devem unir esforços para, junto da população, aumentar a consciência dos fatores de risco cerebrovasculares e das suas consequências para a saúde. Considerando os programas de promoção da saúde para ajudar as pessoas a adotarem estilos de vida mais saudáveis e consequentemente, diminuir o risco de DCC (Eshah, 2013). Segundo o mesmo autor, a população só adotará comportamentos saudáveis se perceber os riscos reais e a importância de modificar os seus estilos de vida. Por conseguinte, as campanhas de sensibilização surgem como necessidade de melhorar o conhecimento das pessoas para os fatores de risco e benefícios da modificação destes fatores de risco. As pessoas também precisam de mais informações sobre formas de modificar estes fatores de risco (Eshah, N., 2013). As DCC representam um desafio significativo para a saúde pública, pelo que a implementação de estratégias abrangentes, focadas na prevenção e no controle dos fatores de risco, é essencial para reduzir a carga dessas doenças. A articulação entre os sistemas de saúde, a sociedade civil e os indivíduos é fundamental para garantir o avanço nesse campo (Ibanez et al., 2018).

## 2. LITERACIA EM SAUDE

Segundo a Carta de *Ottawa*, “a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a pessoa ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (WHO, 1986).

A promoção da saúde tem um maior destaque no que concerne às competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, sendo este o responsável por gerir a informação de saúde dos grupos e comunidades, através de modelos e estruturas conceptuais, e abordagens ativas para definir estratégias de promoção e educação em saúde. É fundamental promover a LS, para que as pessoas e comunidades sejam ativas e capacitadas para tomar decisões críticas em relação à sua saúde (OE, 2017).

A LS é definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais que cada pessoa possui e a sua capacidade, conhecimento e motivação para pesquisar, compreender e aplicar a informação obtida, formando opiniões e tomando decisões no seu quotidiano sobre cuidados de saúde, com o objetivo de manter ou melhorar a sua qualidade de vida (DGS, 2019).

A promoção da LS na comunidade é considerada um desafio e parte fundamental da saúde pública. Em Portugal, estudos indicam que 5 em cada 10 pessoas têm níveis reduzidos de LS, sendo prioridade estratégica da DGS o aumento destes resultados, o que pode ter impactos positivos na saúde, bem-estar e qualidade de vida da população (DGS, 2019).

Atendendo ao desafio que a LS representa para a Saúde Pública em Portugal, a DGS desenvolveu o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, com base em práticas internacionais. Este documento, pretende determinar e implementar objetivos promotores da LS e que fomentem comportamentos saudáveis, apresentando como prioridades: a adoção de estilos de vida saudáveis no contexto diário, a capacitação para o uso adequado dos sistemas de saúde, a promoção do bem-estar na doença crónica e a promoção do

conhecimento e da investigação (Arriaga et al., 2022). Existem variadas definições de literacia, em que a maioria faz referência à capacitação, evidenciando ser a chave para o sucesso da LS, resultando no aumento da autonomia e no desenvolvimento de competências pelo indivíduo (Arriaga et al., 2023).

A LS, de acordo com a OMS, “é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”. A LS implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. A promoção da LS, junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública (Arriaga et al., 2023).

Baixos níveis de LS estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e, também, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida. Além disso, atualmente existe forte evidência de que a LS contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo, portanto, uma ferramenta essencial para a sua sustentabilidade (Arriaga et al., 2022).

No âmbito da saúde, cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de capacitar os indivíduos nas necessidades por estes sentidas, sendo no caso das DCC, a educação em saúde fundamental para aumentar a capacidade dos indivíduos para as prevenir (Bettencourt et al., 2022).

## **2.1 Promoção da literacia e a mudança de comportamento**

O estudo Inquérito sobre a LS em Portugal 2016, identificou grupos muito vulneráveis no campo da LS na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a

5% na amostra, dos quais englobam pessoas com 65 ou mais anos e com doenças crónicas. No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de LS, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%). Com nível inadequado, apresenta um valor inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%). (Arriaga et al., 2022).

Considerando os modelos de LS, os tipos interativo e crítico sugerem a expansão da LS para o domínio da promoção da saúde, através da sua conexão com o conceito de autoeficácia e capacitação. Assim, a promoção da LS apresenta-se como uma estratégia eficaz que aborda simultaneamente a saúde e a educação (Kickbusch, 2008). O tipo interativo diz respeito à literacia cognitiva mais avançada e competências sociais para uma participação ativa nos cuidados de saúde. A literacia do tipo crítico é a capacidade de analisar e usar criticamente informações para participar em ações que superem barreiras estruturais à saúde (DGS, 2019).

A LS deve ser promovida, preferencialmente, nos diferentes contextos do quotidiano das pessoas. É cada vez mais importante que sejam disponibilizadas ferramentas que facilitem a interpretação da informação que lhes é disponibilizada e que, conseqüentemente, possam tomar decisões e opções de forma consciente. Dado que os diferentes contextos influenciam as decisões que as pessoas tomam diariamente relacionadas com a sua saúde, sejam elas conscientes ou não, é importante disponibilizar informações de saúde ajustadas a estes contextos, incentivando e apoiando decisões e comportamentos que a promovam (Arriaga et al., 2022).

A LS é um direito dos cidadãos e um importante determinante da saúde e da qualidade de vida (Loureiro, 2015). A promoção da LS pretende melhorar as capacidades das pessoas para participarem ativamente nas suas decisões de cuidados de saúde e aumentar a confiança e autoeficácia (Parnell et al., 2019).

A capacitação do Outro como valor afirma a promoção do Outro para cuidar de si, para se empoderar na participação, do que decorre o estabelecimento de uma relação terapêutica que dê poder, que capacite, que majore o potencial de desenvolvimento do Outro – e daqui pode igualmente inferir-se a pareceria na relação de cuidado, que se repercute no planeamento conjunto e na avaliação partilhada dos resultados esperados (L. Nunes, 2009). A ação é, mais do que colocada ao serviço do Outro, desencadeada para a

majoração do potencial do Outro – dito de outra forma, na promoção do autocuidado e da autonomia do Outro (L. Nunes, 2009).

No campo da promoção da LS, o profissional de saúde deve influenciar positivamente os cidadãos, promovendo a adoção de comportamentos de saúde fundamentados na melhor evidência científica disponível (Almeida et al., 2019). A LS surge como um objetivo e um instrumento da saúde pública que, associado às ciências do comportamento, busca melhorar a promoção da saúde através de estratégias pedagógicas aprimoradas (Arriaga et al., 2023; Parnell et al., 2019).

Portugal tem sido um país pioneiro no desenvolvimento de estratégias promotoras da LS em articulação com as ciências do comportamento (Arriaga et al., 2023). Estas ciências, tendo como objeto de estudo o comportamento humano, potenciam a compreensão dos fatores facilitadores e das barreiras na ativação de comportamentos de prevenção da doença e de proteção e promoção da saúde, essenciais para alcançar o máximo potencial de saúde (Arriaga et al., 2023). Cabe aos enfermeiros aprofundar o seu estudo sobre o processo de aprendizagem, com base em teorias e evidências científicas que sustentem a sua aplicação na prática diária da prestação de cuidados e capacitação das pessoas. Compreender as teorias e modelos que fundamentam a mudança do comportamento humano é imprescindível para orientar programas de promoção de saúde eficazes (Parnell et al., 2019).

A LS como conceito é suportado por vários modelos teóricos, realçando-se os biopsicossociais, humanistas, sociológicos, transversais ao ciclo de vida, inclusivos e culturalmente ativos (C. V. de Almeida & Fragoeiro, 2023). Desta forma, tornou-se essencial aprofundar os modelos e teorias que estão diretamente relacionados com o presente projeto de intervenção, nomeadamente: MPS de *Nola Pender*, teoria social cognitiva de *Albert Bandura*, o modelo transteórico de *Prochaska e DiClemente* e o modelo ecológico social de *McLeroy* (Murdaugh et al., 2019; Oliveira et al., 2022).

A teoria social cognitiva oferece uma abordagem abrangente para compreender o comportamento humano, destacando a interação entre fatores cognitivos, sociais e ambientais (Bandura, 2011). O comportamento humano deve ser entendido através do modelo de reciprocidade triádica de três fatores que se influenciam mutuamente: pessoa (dimensões afetivas e cognitivas da personalidade), comportamento e ambiente. Esta

teoria remete para que o processo de aprendizagem ocorra através da experiência direta, como também por observação dos comportamentos das outras pessoas - aprendizagem observacional (Bandura, 2011). O elemento central desta aprendizagem é a modelação, que se diz respeito ao processo de aquisição de novas aprendizagens baseadas em comportamentos de pessoas modelo, que são pessoas consideradas importantes na ótica do observador (família, pares, personagens fictícias). Esta aprendizagem possibilita que pessoas assimilem determinado comportamento, sem terem de passar necessariamente pelo mecanismo de tentativa e erro para executá-lo – aprendizagem vicária (Bandura, 2011). A adoção de comportamentos através da aprendizagem observacional requer, por parte do observador, atenção, retenção das informações, reprodução do comportamento e motivação para o realizar. A motivação é influenciada pelo estabelecimento de objetivos, pela percepção de autoeficácia, pela aprendizagem vicária e pela expectativa em relação aos resultados (Bandura, 2011).

A percepção de autoeficácia, ou seja, a percepção pessoal acerca das próprias capacidades para realizar determinada atividade, desempenha um papel fundamental neste contexto (Bandura et al., 2008). Este conceito é mediado pela interpretação de experiências e comportamentos anteriores, pela experiência vicária, por persuasões sociais e por estados somáticos e emocionais. A teoria enfatiza o papel ativo das pessoas como agentes capazes de adotar comportamentos ou tomar decisões relevantes e proativas para o seu próprio desenvolvimento (Bandura, 2011).

O Modelo Transteórico, desenvolvido por *Prochaska e DiClemente*, descreve o processo progressivo de adoção e manutenção da mudança de comportamento (Murdaugh et al., 2019). Segundo os autores, a mudança de comportamento decorre ao longo do tempo e contempla seis fases distintas. A pré-contemplação, que é o estágio em que a pessoa não tem a intenção de alterar o seu comportamento atual porque não o reconhece como prejudicial. Na contemplação, a pessoa reconhece as consequências de seu comportamento atual, embora não esteja pronta para efetuar a mudança comportamental. Durante a fase de preparação, a pessoa formula um plano de ação, estabelecendo metas e objetivos fundamentais para a mudança comportamental. A ação corresponde ao período em que a pessoa implementa as mudanças previamente delineadas, visando modificar seu comportamento. A fase mais prolongada deste processo é a manutenção, requerendo a

aplicação de estratégias para evitar a recaída no comportamento anterior, bem como a motivação para sustentar o comportamento atual. Por fim, na fase de terminação, a pessoa reconhece plenamente o seu comportamento atual, sem risco de recaída e com alta percepção de autoeficácia (Prochaska, 2008).

A estrutura organizada deste modelo, permite aos profissionais de saúde identificar o estágio de mudança em que a pessoa se encontra e instituir intervenções que apoiem a mudança de comportamento, sejam elas informativas ou motivacionais (Almeida et al., 2019). No modelo ecológico social de *McLeroy* as pessoas estão inseridas em sistemas ecológicos complexos, que interagem com diferentes níveis de influência moldando o comportamento de saúde (McLeroy et al., 1988). Para o autor, os níveis de influência considerados neste modelo são: fatores intrapessoais (características individuais), processos interpessoais e grupos primários (família, grupo de trabalho, amigos), fatores institucionais (instituições sociais, regras e regulamentos), fatores comunitários (redes sociais e comunitárias) e políticas públicas (estado, governo, políticas e leis) (McLeroy et al., 1988).

Enquanto promotor da LS, o enfermeiro, tem como dever incentivar um ambiente propício à mudança, ser um dinamizador desse processo, colaborar nas várias etapas e aumentar a motivação do indivíduo face às mudanças (Murdaugh et al., 2019). Contudo, acarreta assumir que as pessoas estão sujeitas a inúmeras influências que podem alterar, influenciar e moldar a adoção de comportamentos saudáveis (Murdaugh et al., 2019). Assim, as teorias e modelos de comportamento disponíveis dão suporte ao Enfermeiro para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem. As intervenções devem ser holísticas e adaptadas para contemplar os diversos níveis de influência, com o objetivo de desenvolver a capacidade crítica, fomentar o empoderamento dos cidadãos e torná-los agentes ativos na sociedade (C. V. de Almeida & Fragoeiro, 2023; Loureiro, 2015).

## **2.2 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

O MPS de *Nola Pender* foi a referência teórica de enfermagem selecionada para sustentar o projeto de intervenção comunitária. A eleição deste modelo decorre do facto do MPS destacar a promoção da saúde por meio da autoeficácia e considerar uma gama abrangente

de fatores biopsicossociais, interpessoais e ambientais. No âmbito deste modelo, destaca-se a pessoa como o centro do processo de promoção da saúde, enfatizando o seu papel ativo na adoção de comportamentos promotores de saúde (Murdaugh et al., 2019).

O MPS integra a perspectiva da enfermagem com as ciências do comportamento para compreender a influência dos fatores biopsicossociais na adoção de comportamentos promotores de saúde (Murdaugh et al., 2019). A teoria cognitiva social, de *Albert Bandura*, foi uma das teorias da psicologia que esteve na base da construção deste modelo, esta teoria postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental (Murdaugh et al., 2019).

O MPS define os quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. De acordo com *Nola Pender*, o conceito de pessoa é caracterizado como um indivíduo, família ou comunidade biopsicossocial capaz de tomar decisões e resolver problemas que visem melhorar os comportamentos relacionados com a saúde, também o ambiente é definido pela interação entre a pessoa e o acesso aos recursos de saúde, sociais e econômicos. Esta relação influencia, positiva ou negativamente, a adoção de comportamentos de promoção da saúde (Murdaugh et al., 2019). O conceito saúde centra-se na melhoria e no desenvolvimento de capacidades que promovam a saúde e o bem-estar e não apenas a prevenção de doenças. De salientar a importância de examinar este conceito ao longo do ciclo de vida adotando uma abordagem holística que englobe todos os aspectos da vida da pessoa (Murdaugh et al., 2019). Por fim, o conceito de enfermagem abrange as intervenções e estratégias que os enfermeiros devem implementar para promover comportamentos de saúde positivos, com ênfase no reforço dos benefícios e na superação dos obstáculos. O papel do enfermeiro, por meio do reforço positivo, potencializa a autoeficácia, aumentando assim a probabilidade de as pessoas adotarem comportamentos promotores de saúde (Murdaugh et al., 2019). O MPS é constituído por três componentes principais que se interrelacionam e permitem atingir o comportamento de saúde pretendido. As características e experiências individuais, permitem compreender o indivíduo, família ou comunidade, incluindo as suas experiências prévias relacionadas com o comportamento, como também as características biopsicossociais da pessoa. Estes fatores têm influência nas ações subsequentes (Murdaugh et al., 2019). A componente central do MPS são os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento. Esta

componente visa compreender as diversas variáveis que influenciam, direta e indiretamente, a motivação para adotar o comportamento de promoção da saúde desejado. As variáveis incluem os benefícios percebidos e as barreiras identificadas, a autoeficácia percebida, os sentimentos despertados ao considerar o comportamento, bem como as influências interpessoais e situacionais. Ao contrário da primeira componente do MPS, as variáveis nesta componente são passíveis de modificação através de intervenções de enfermagem. A autoeficácia, descrita na teoria cognitiva social de *Bandura*, desempenha um papel central no MPS, dado que motiva diretamente o comportamento promotor de saúde através das expectativas de eficácia, e indiretamente diminui as barreiras percebidas, aumentando assim o compromisso com o plano de ação (Murdaugh et al., 2019).

A componente final do MPS, consiste no resultado do comportamento, que engloba três variáveis: o compromisso com o plano de ação, que motiva as pessoas à ação, levando-as a assumir a responsabilidade pelo plano e a identificar estratégias para iniciar, executar e fortalecer o comportamento planejado; as exigências imediatas e as preferências, representam os obstáculos que surgem na consciência de cada indivíduo imediatamente antes da realização do comportamento planejado de promoção de saúde. A falta ou a resposta inadequada a estes obstáculos pode dificultar a execução do plano de ação; o comportamento de promoção de saúde, é o resultado da implementação do MPS (Murdaugh et al., 2019).

**Figura 1-** Diagrama representativo do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



**Fonte:** (Murdaugh et al., 2019).

### 3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde surge em conformidade com o que se encontra definido pela Ordem do Enfermeiros relativamente ao que é explanado no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O planeamento em saúde, segundo Tavares “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações”. O autor afirma que, um projeto bem planeado torna-se eficiente, com intervenções de sucesso, pelo que é essencial conhecer as várias etapas do método de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990).

Para o desenvolvimento deste projeto, foi seguido o planeamento em saúde como suporte metodológico. Este é considerado um processo contínuo e dinâmico, constituindo-se por sete etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Neste sentido, foi elaborado um cronograma de atividades de acordo com as suas etapas em formato de Cronograma de *Gantt* (Apêndice I) (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, o planeamento em saúde encontra-se igualmente incorporado na tomada de decisão clínica em Enfermagem, constituindo um dos alicerces fundamentais do processo de Enfermagem (Melo, 2020). Assim, e tendo em conta a sua essência direcionada para a ação futura, procura em instância máxima fomentar a mudança de comportamento e estados de saúde da população, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação (Tavares, 1990), com vista à obtenção de ganhos em saúde. Neste propósito, pretendeu-se adotar um planeamento participativo do ponto de vista comunitário e assente numa abordagem colaborativa, tendo em consideração o envolvimento dos profissionais de saúde, *stakeholders* e população-alvo (Melo, 2020; Rodrigues, 2021; Stanhope & Lancaster, 2015). Deste modo, procurou-se identificar necessidades, desenvolver prioridades e planear projetos para promover a saúde no período preconizado, de forma a atingir as metas desejadas (Murdaugh et al., 2019),

perspetivando uma mudança desejada não apenas no sentido cognitivo da análise prospetiva, mas também no sentido prático da intervenção (Rodrigues, 2021b).

### **3.1. Diagnóstico de situação**

O diagnóstico de situação integra a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, em que se efetua a identificação dos problemas de saúde da população, determinando as suas necessidades, devendo o diagnóstico de situação corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento. O principal objetivo do diagnóstico é dar resposta às necessidades da população e no final desta fase devem emergir os principais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), assim como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde (Portugal et al., 2017). O diagnóstico deve ser sucinto de forma a não consumir demasiado tempo e energias, prejudicando as etapas seguintes, devendo também ser claro, de forma a ser facilmente compreensível por todos os intervenientes (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

Neste pressuposto, foi definida a área de programação (sujeito) constituindo-se como um requisito indispensável para recolher a informação necessária (Imperatori & Giraldes, 1993), servindo de base para se proceder ao levantamento das necessidades de saúde da população-alvo do projeto de intervenção comunitária. Uma vez que a qualidade desta etapa depende da qualidade e quantidade da informação disponibilizada, afigura-se como um papel decisivo no processo em causa (Imperatori & Giraldes, 1993). Com o propósito de obter uma visão mais abrangente para a conceção desta etapa, realizou-se numa fase inicial uma reunião exploratória com a Senhora Enfermeira Orientadora Clínica onde foi concedida uma visão global do local de estágio em termos de dinâmica, estrutura organizacional e funcionamento; foram consultados documentos estruturantes orientadores, tais como o Plano Nacional de Saúde (PNS), o Plano Local de Saúde (PLS), o Plano de Ação e o Relatório de Atividades da USPAS; procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados disponíveis, principais entidades oficiais e obras de referência.

Da avaliação diagnóstica realizada no âmbito do programa viver + com saber: literacia em saúde da USPAS, a temática das DCC surgia dos resultados do grupo como uma

necessidade identificada no início do ano letivo de 2024. Para a elaboração deste projeto procurou-se, de entre o problema de baixa literacia em saúde identificado pela USPAS, perceber quais as principais necessidades identificadas pela população-alvo do projeto, sustentando o diagnóstico na interligação entre os dados quantitativos disponíveis e os dados qualitativos que emergem da aplicação de instrumentos junto da população.

### 3.1.1. Contexto do local de intervenção

O estágio final preconizado para esta unidade curricular foi realizado na USPAS, no polo de Alcochete, entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2024, que pertence à Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho e que abrange um território de aproximadamente 568 km<sup>2</sup>, correspondente aos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo (Guarda, 2024).

A USPAS está geograficamente distribuída em 4 polos, um por cada concelho, contando com oito enfermeiros (três dos quais são especialistas em Saúde Comunitária), cinco médicos especialistas em Saúde Pública, cinco médicos internos da especialidade, treze técnicos de Saúde Ambiental e quatro assistentes técnicas. Os profissionais, embora distribuídos pelos polos, desenvolvem o seu trabalho de forma integrada, tendo como missão “intervir na proteção e promoção da saúde e na prevenção da doença, através de uma dinâmica promotora de saúde, em parceria com a comunidade da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Guarda, 2024).

De acordo os Censos de 2021, a USPAS tem na sua área de influência uma população total de 219.445 habitantes, representando um aumento de cerca de 2,7% face aos 213.548 habitantes registados em 2011. O aumento da população registou-se em três dos quatro concelhos, à exceção do município do Barreiro (Fundação Francisco Manuel Dos Santos, 2024).

Com um carácter intermunicipal, os profissionais da USPAS têm o desafio de dar resposta a uma população muito diversificada entre os diferentes municípios. Com base nos indicadores calculados pelas estimativas aferidas para os Censos 2021, destacam-se as diferenças dos determinantes socioeconómicos entre os municípios, nomeadamente no que respeita ao poder de compra *per capita* em 2019 que variava entre 119,8 euros em

Alcochete e os 83,4 euros na Moita. A par destes determinantes verifica-se que a taxa de mortalidade sénior é 2,3% superior na Moita face a Alcochete (Fundação Francisco Manuel Dos Santos, 2024). Loureiro & Miranda (2021) citam vários estudos que reforçam a importância da relação entre as taxas de mortalidade e as condições socioeconómicas da população.

O índice de envelhecimento é de cerca de 150 pessoas idosas por cada 100 jovens, valor com tendência crescente, mas inferior ao valor nacional (180 idosos/100 jovens) com uma percentagem de 22,1% da população acima dos 65 anos. As principais causas de morte, por ordem decrescente, são doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e doenças cerebrovasculares (Guarda, 2024).

O índice de dependência dos utentes com mais de 65 anos é de 35%, sendo este valor ligeiramente inferior à média nacional, que representa 36,4%. A USPAS funciona como observatório de saúde da área geodemográfica da ULSAR, competindo-lhe elaborar informação e planos nos 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. Os enfermeiros, enquanto elementos da equipa multidisciplinar, colaboram na execução dos diversos projetos, programas e processos-chave, sendo gestores de diversos programas (Guarda, 2024).

A missão da USPAS é: *“intervir na proteção e promoção da saúde e na prevenção da doença, através de uma dinâmica promotora de saúde, em parceria com a comunidade da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho”* (Oliveira et al., 2022, p.6).

Neste sentido, a USPAS desenvolveu inúmeros programas que se aplicam a todos os concelhos da ULS, entre eles, o Programa “Viver + com saber: literacia em saúde” (Oliveira et al., 2022). Este programa, desenvolvido e gerido, desde 2018, pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora clínica, fundamenta-se no modelo ecológico social de *McLeroy* e tem como objetivos: promover o envelhecimento ativo e a cidadania nos municípios da ULS, capacitar a população com conhecimentos e competências que promovam o

envelhecimento ativo e a LS, tornando as pessoas mais autónomas em relação à sua saúde e à dos que delas dependem, e caracterizar a população que participa no projeto e o impacto deste na população-alvo (Oliveira et al., 2022). O programa foi implementado nos quatro municípios e assenta num princípio de colaboração de várias instituições da comunidade com a USPAS, possibilitando, o desenvolvimento de múltiplas atividades regulares que promovem a LS e acima de tudo, o bem-estar a cerca de 650 cidadãos, com mais de 50 anos (Augusto et al., 2020). Este programa conta com a colaboração dos profissionais de saúde das várias unidades funcionais da ULS, como parceiros externos, conta com a colaboração e participação ativa das autarquias, de academias e universidades Sénior e Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outras. Regularmente são dinamizadas atividades em 16 grupos. Os seniores que integram o programa, preenchem anualmente um questionário de avaliação de necessidades onde é solicitado que identifiquem as cinco áreas que considerem com mais necessidade de aumentar os seus conhecimentos no âmbito da LS (Oliveira et al., 2022). Dos resultados obtidos do questionário de início do ano letivo, em setembro 2024, aplicados à população-alvo do programa acima mencionado, emergiram como prioritários os temas: DCC, os afetos, a saúde mental, entre outros. No que se refere ao primeiro tema, dado pertencer a um programa nacional prioritário, é trabalhado todos os anos.

A necessidade, no contexto do Planeamento em Saúde, determina que certas intervenções são preferíveis a outras, não só devido aos resultados expectáveis, mas também à eficácia e eficiência dos meios a empregar para as obter (Imperatori & Giraldes, 1993).

### 3.1.2. Identificação de problemas

O Problema de saúde, segundo Tavares (1990, p.51), “corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade.” A Necessidade, “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado.” Quanto às necessidades, segundo Tavares (1990), elas podem ser reais e/ou sentidas. Nas necessidades sentidas, as mesmas podem ser necessidades expressas e/ou não expressas.

No início do estágio, e de modo a identificar quais as necessidades reais e/ou sentidas na USPAS, optou-se como estratégia a realização de uma reunião com a Sra. Enf.

Orientadora, tendo sido apresentados os objetivos do estágio. Definiu-se que o projeto iria ser desenvolvido no âmbito do Programa Viver + com Saber - Literacia em saúde por se enquadrar nas competências a desenvolver, ser uma área de interesse da mestranda e ser a área de intervenção prioritária da enfermeira especialista e mestre em enfermagem comunitária Patrícia Martins.

Tendo em conta que o planeamento de um projeto de saúde na comunidade é um processo dinâmico, torna-se importante fazer uma prospeção de informações provenientes do meio envolvente com o objetivo de identificar as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades consideradas para a realização do projeto (Rodrigues, 2021b). Como tal, foi elaborada uma análise *SWOT* em formato de tabela (Apêndice II). A análise realizada permitiu dar clareza e foco ao meu projeto, contribuiu para a tomada de decisão e, através da identificação das ameaças e fraquezas, foi possível equacionar problemas que pudessem surgir e antecipar planos para os mitigar.

A proposta da temática do projeto, a prevenção de DCC, foi posteriormente validada pelos elementos da equipa multidisciplinar da USPAS que intervêm no âmbito do Programa. A participação dos parceiros comunitários era essencial nesta fase de diagnóstico de situação. Segundo *Nola Pender* (2014, p.288) a “*successful community project requires that participants not only have ongoing knowledge of the community but also view the community as a true partner*”. Assim, tornou-se essencial, na fase inicial do diagnóstico, sondar os principais parceiros locais e procurar identificar as necessidades de saúde da comunidade, tal como a pertinência do projeto de intervenção comunitária. Para a auscultação de necessidades e confirmação da pertinência do tema, foi realizada uma reunião exploratória a peritos da USP (Apêndice IV).

Para autorização e divulgação do nome da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora, da instituição e respetivos logotipos no relatório final, defendido em prova pública, foi realizado um pedido formal à coordenadora da USP e ao Enfermeiro gestor da ULS Arco Ribeirinho em substituição do Diretor Executivo da ULS Arco Ribeirinho para autorização de divulgação (Apêndice III), que foi aprovado.

Futuramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, cujos principais contributos se encontram resumidos nos dois primeiros capítulos do presente relatório e que

fundamentam a temática, a sua pertinência e sustentam o projeto de intervenção comunitária.

### 3.1.3. População alvo

Para a realização do planeamento em saúde, é de extrema importância definir uma população-alvo, a qual pode participar tanto na elaboração quanto na implementação dos projetos que lhe são direcionados (Tavares, 1990). A definição da população-alvo é uma parte fundamental do diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993) e corresponde à primeira etapa do processo de amostragem (Fortin, 2009).

A população-alvo diz respeito a um grupo de pessoas que detêm características em comum, satisfazendo os critérios de seleção estabelecidos previamente e que permitem fazer generalizações (Fortin, 2009).

Neste propósito, a população-alvo do projeto foi selecionada através de uma amostra não probabilística por conveniência. Para Fortin (2009, p. 321) “amostra acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” que apresento de seguida. Deste modo, determinou-se como população acessível do projeto de intervenção comunitária, um dos grupos de seniores abrangidos pelo Programa Viver + com Saber – Literacia em saúde, tendo sido escolhido o maior grupo. Numa primeira abordagem com o grupo, na aula de LS, foi apresentado ao grupo o tema do projeto de intervenção e lançado um convite a todos os seniores que integram o grupo para participarem no projeto, tendo sido informada a necessidade de realizar reuniões fora dos horários habituais e de acordo com a disponibilidade dos participantes. Também foi explicado que os participantes poderiam, caso entendessem, vir a colaborar posteriormente, no âmbito do programa viver + com saber, na partilha dos conteúdos sobre o tema do projeto com outros grupos. Os critérios de seleção consistiram em já terem presenciado um episódio de AVC, EAM ou IC e terem participado numa ação de voluntariado na comunidade, característica facilitadora de comunicação num grupo.

Segundo Stanhope, M. e Lancaster, J. (2008, p. 200), uma “população de interesse é aquela que é essencialmente saudável, mas que pode melhorar fatores que promovem ou protegem a saúde (...) as populações não se limitam a indivíduos que procuram serviços ou a indivíduos pobres ou vulneráveis, sob outros aspetos.”

Do grupo todo, com cerca de 140 seniores, 9 elementos aceitaram participar no projeto, tendo comparecido à reunião inicial, onde assinaram o devido consentimento (Apêndice VII) para participar na atividade e manifestaram o seu interesse em participar nas sessões propostas no âmbito do projeto de estágio.

Para a caracterização socio demográfica da população, os participantes responderam a um questionário, suportado pelo MPS de *Nola Pender* (Apêndice V). O grupo foi constituído por oito elementos do género feminino e um elemento masculino, com uma média de idades de 71,2 anos, tendo o mais novo 58 anos e o mais velho 80 anos. Quanto às habilitações literárias, 66,6% possuem o 9º ano, 22,2% têm grau de mestre e 11,1% são licenciados. 66,6% residem com o cônjuge e os restantes vivem sozinhos.

#### 3.1.4. Técnicas e instrumentos de recolha de informação

O rigor no processo de definição do instrumento de colheita de dados, na determinação da amostra ou população que vai ser alvo de intervenção e na sua aplicação é fundamental para a identificação correta das necessidades de saúde (Melo, 2020) e para a definição de prioridades de intervenção no âmbito do contexto comunitário.

Neste sentido, suportado no paradigma construtivista no sentido de se adotar uma conceção holística (Fortin, 2009) do projeto e de se desenvolver uma rica e abrangente compreensão sobre o fenómeno em estudo (Polit & Beck, 2021). As descobertas que advém desta metodologia são fruto da interação entre o autor do projeto e os participantes (Polit & Beck, 2021); pela qual se percebe descobrir, explorar e descrever fenómenos, assim como compreender a sua essência (Fortin, 2009). As questões colocadas reportam-se com frequência ao funcionamento dos sistemas sociais, às perceções dos indivíduos e à forma como estes interpretam o seu próprio comportamento e o dos outros (Fortin, 2009).

A metodologia participativa de projeto é uma ferramenta estratégica para o diagnóstico e para o desenvolvimento comunitário (V. Ferreira & Almeida, 2016). O uso de metodologias participativas desempenha, inegavelmente, um papel importante no processo de diagnóstico, planeamento, ação e avaliação das políticas públicas, mas também nos processos de intervenção social (V. Ferreira & Almeida, 2016).

Face ao exposto, foram realizadas duas reuniões com o grupo de seniores, com o objetivo de conhecer as expectativas e motivações de cada um, bem como espelhar o que consideravam essencial ser abordado nas sessões a serem desenvolvidas posteriormente com o grupo alargado. Com estas reuniões, perspetivou-se conhecer melhor o grupo e criar uma relação de proximidade, fomentando a participação ativa de todos os intervenientes para a obtenção do sucesso do projeto.

A auscultação das necessidades sentidas sobre a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares, ocorreu através da técnica de *brainstorming*, que é um momento em grupo no qual os membros do grupo partilham ideias e respondem a questões que podem ou não estar estruturadas. Nesta técnica não há espaço para críticas nem para as avaliações, apenas para reflexões, debates e produção de ideias, nenhuma ideia poderá ser rejeitada (Nunes, 2016; Tavares, 1990).

O *brainstorming* é uma ferramenta de recolha de informação e de intervenção que, através do incentivo à participação de pessoas com suas ideias e propostas, possibilita a geração de alternativas no processo criativo de procura de solução se problemas (V. Ferreira & Almeida, 2016). A reunião *brainstorming* foi realizada com o objetivo de compreender o conhecimento dos seniores sobre a temática das DCC, perceber a relevância que dão ao desenvolvimento de projetos sobre o tema, de conhecer a experiência pessoal em relação a situações vivenciadas e entender a autoeficácia dos mesmos perante pessoas com sinais e sintomas de DCC.

Para o efeito, foi realizado um guião orientador (Apêndice VI). A construção estrutural do guião foi sujeita a apreciação e validação por parte da Orientadora Científica Pedagógica e da Enfermeira Orientadora Clínica que se advogaram como peritas na análise em causa. O perito é aquele que tem a experiência real da situação, que permite compreender de forma intuitiva e deter uma compreensão profunda da situação (Benner, 2001).

Em data agendada, no dia 19 de novembro de 2024 às 16 horas, efetivou-se a realização do *brainstorming*. A recolha de informação disponibilizada pelos participantes do *brainstorming* foi obtida através da interação entre os próprios e a mesma foi gravada em áudio. A aplicação destas técnicas e instrumentos possibilitaram reunir informações pertinentes cujo objetivo prendeu-se com o propósito de identificar os principais

problemas e em determinar as necessidades de saúde que levaram à definição de um enunciado diagnóstico de saúde, bem como, identificar possíveis áreas de intervenção comunitária dirigidas à população-alvo. Foi garantido que o mesmo decorria num ambiente calmo e informal, tendo sido disponibilizado aos participantes todos os recursos necessários à execução do mesmo e explicados os princípios da técnica utilizada (V. Ferreira & Almeida, 2016).

Esta técnica permitiu identificar os conhecimentos do grupo face às DCC, as experiências prévias e barreiras face à temática. Foram cumpridos os princípios do *brainstorming* não tendo havido lugar a críticas ou à rejeição de ideias apresentadas (M. L. Nunes, 2016). A técnica permite a participação dos diferentes atores na “descoberta dos problemas, na identificação da sua causa, na apresentação de propostas para a sua resolução” (M. L. Nunes, 2016). Incentiva a criação de um espaço de reflexão e debate onde cada participante é livre de expressar a sua opinião, sendo uma técnica preconizada por contribuir na tomada de decisão em enfermagem no contexto comunitário (Allender et al., 2014).

A construção dos instrumentos de colheita de informação e as opções metodológicas tomadas tiveram em consideração as boas praticas da LS propostas pela DGS no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde e os princípios do MPS de *Nola Pender* que serviram de linha orientadora da informação pertinente que contribuisse para a intervenção promotora da mudança de comportando (Almeida et al., 2019; Pender et al., 2014).

Os dados recolhidos da reunião de *brainstorming*, referentes à caracterização sociodemográfica da população e as respostas às perguntas alusivas ao tema das DCC, foram organizadas em formato de tabela. Posteriormente, o conteúdo resultante da reunião de *brainstorming* com o grupo de seniores foi tratado e analisado segundo a metodologia de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

### 3.1.5. Tratamento da informação, análise e resultados

O tratamento da informação concretizou-se através de análise de conteúdo de acordo com as orientações de *Bardin* (2016). A análise de conteúdo possui duas funções, a heurística

e a sistemática. A função heurística enriquece a componente exploratória aumentando a descoberta. A função de análise sistemática contribui para a confirmação ou infirmação das hipóteses estabelecidas (Bardin, 2016). Temporalmente, a análise de conteúdo compreendeu três etapas: a pré-análise (organização e sistematização das ideias iniciais), a exploração do material (codificação, utilizando as categorias estabelecidas à priori e as subcategorias à posteriori) e o tratamento dos resultados e respectivas interpretações (Bardin, 2016).

A análise de conteúdo realizada baseou-se nos objetivos de pesquisa (Quadro 1). Procedeu-se à construção da matriz de análise de conteúdo (Apêndice IX), compilando a informação nas unidades de registo (características e experiências pessoais; cognições e afetação do comportamento; resultado comportamental), % de respostas obtidas e % da população.

**Quadro 1 – Categorização da análise de conteúdo**

Tema	Categorias identificadas	Respostas (unidade de contexto)	Nº de respostas	% da população
<b>Fatores protetores</b>	Hábitos de vida saudáveis	“alimentação saudável” (A); “exercício físico” (C); “sono e repouso” (F)	3	42,86
	Convívio e socialização	“voluntariado e atividades de interação social” (B, C, F, G)	4	<b>57,14</b>
	Bem-estar mental e criatividade	“artesanato, leitura, exercícios cognitivos (puzzles, palavras cruzadas) e contato com a natureza” (B, C, D)	3	42,86
	Práticas alternativas	“abraçar árvores; estar na UTIB; dançar” (B, D, F)	3	42,86
<b>Fatores de risco</b>	Condições de saúde	“ansiedade, stress, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, colesterol elevado” (B, C, D, F, G)	5	<b>71,43</b>
	Hábitos nocivos (ou prejudiciais)	“tabagismo, consumo de <i>fast-food</i> , excesso de álcool e café” (C, D, G)	3	42,86
	Impacto ambiental e cultural	“Exposição excessiva às notícias negativas, conflitos familiares” (D, F).	2	28,57
<b>Sinais e sintomas</b>	AVC	“Alteração da fala, falta de força, boca ou face desviada” (A, C, F, G).	4	<b>57,14</b>
	IC	“Cansaço, falta de ar, extremidades frias, dor no peito” (C, D, E, F).	4	<b>57,14</b>
	EAM	“Dor no peito, suores frios, taquicardia, confusão” (A, D, F).	3	42,86
<b>Conteúdo para o e-book</b>	Informativo	“Prevenção, fatores de risco, sinais e sintomas” (B, C, D, G)	4	<b>57,14</b>
	Prático	“Como agir diante dos sinais, instruções para ligar ao 112, linha verde AVC” (F, G).	2	28,57

Da análise do quadro 1 depreendeu-se que, quanto aos fatores protetores, 57% do grupo afirmou que o convívio e a socialização tinham maior impacto na prevenção de DCC, enquanto cerca de 43% do grupo indicou os hábitos de vida saudáveis. Aproximadamente 71% do grupo identificou os fatores de risco relacionados com as condições de saúde associados às DCC, a par de que apenas 28% do grupo identificou o impacto ambiental e cultural como fator de risco.

No que se refere aos sinais e sintomas das DCC, cerca de 57% do grupo soube identificar, no entanto referiram a necessidade de melhorar os seus conhecimentos face a cada uma das três doenças (AVC, EAM e IC).

Independentemente dos conhecimentos existentes, a totalidade do grupo demonstrou estar disponível para a realização de um projeto no âmbito da prevenção das DCC e consideraram poder vir a ter voz ativa na prevenção e combate desta problemática.

A análise de conteúdo realizada inclui as respostas obtidas na atividade de *brainstorming*, da qual definiram-se 3 temas principais, nomeadamente, fatores protetores, fatores de risco e sinais e sintomas.

### 3.1.6. Diagnósticos de enfermagem

A última etapa do diagnóstico de situação corresponde à identificação dos problemas que se pretende solucionar ou, pelo menos, minimizar (Tavares, 1990). De acordo com *Pineault* (2016, p. 27), “um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado como deficiente pelo indivíduo, pelo profissional da saúde ou pela” comunidade, podendo baseando-se na comparação entre normas objetivas e subjetivas. O MPS enfatiza a importância de capacitar as pessoas a tomar controle de sua própria saúde e fazer mudanças positivas nas suas vidas conseguindo, através de programas educacionais, intervenções e ambientes de apoio que encorajam e facilitam os comportamentos saudáveis. O modelo oferece uma visão integrada da saúde e da enfermagem destacando a importância do autocuidado, da colaboração com a comunidade e do papel da enfermagem na promoção da saúde (Pender et al., 2014). Face aos resultados obtidos e com base no modelo de Nola Pender foram construídos os diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da CIPE® (International Council of Nurses, 2019). No quadro

2 reflete o diagrama adaptado do MPS de Nola Pender, com os diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE® - versão 2019.

**Quadro 2** – Adaptado do MPS de *Nola Pender*.

Características e experiências individuais	Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar	Comportamento de promoção da saúde desejável
<p><u>Comportamento</u> <u>Anterior:</u> Falta de conhecimentos em prevenção de DCC que podem comprometer a mudança de comportamento face à intervenção na prevenção primária</p> <p><u>Fatores Pessoais:</u> <u>Habilitações</u> literárias, 66,6% possuem o 9º ano, 11,1% licenciatura e 22,2% têm grau de mestre; faixa etária média de 71,2 anos, experiência em voluntariado ou ações na comunidade. Identificar experiências prévias e crenças.</p>	<p><b>Percebe mecanismos para ação:</b> O grupo, os peritos e os parceiros reconhecem a importância de melhorar os conhecimentos na prevenção de DCC</p> <p><b>Percebe as barreiras para a ação:</b> Sentimentos de medo de agir e identificar sinais e sintomas de alerta por falta de conhecimentos por parte do grupo</p> <p><b>Percebe autoeficácia:</b> Autoeficácia comprometida face aos sinais e sintomas de AVC, EAM e IC</p> <p><b>Sentimentos em relação ao comportamento:</b> Influência da componente emocional na intervenção em prevenção de DCC</p> <p><b>Influências Interpessoais:</b> O grupo não tem relações prévias entre si. Influências Situacionais: experiências prévias, e crenças errôneas face aos conhecimentos</p> <p><b>Compromisso com o plano de ação:</b> O grupo manifesta vontade de melhorar os conhecimentos e a autoeficácia, participa ativamente de forma voluntária no projeto</p>	<p><b>Exigências</b> <b>Imediatas:</b> Aumentar os conhecimentos em prevenção de DCC Aumentar a confiança para agir Reduzir o sentimento de medo face a situações que necessitem identificar sinais e sintomas de alerta</p> <p><b>Preferências:</b> Promover a autoeficácia face a situações que necessitam de intervenção</p> <p><b>Comportamento de promoção de saúde:</b> Capacidade de intervenção adequada na prevenção de DCC por parte do grupo</p>

Fonte: Adaptado de Pender et al. (2014) e Victor et al., 2005

No quadro 3 encontram-se descritos os problemas de saúde identificados de acordo com as categorias preconizadas no modelo teórico de *Nola Pender* e com a respetiva correspondência à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2019, disponível no site da Ordem dos Enfermeiros.

**Quadro 3** – Problemas e diagnósticos de enfermagem

Problemas	Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	CIPE® Versão 2019
<p><b><u>Falta de conhecimentos sobre prevenção de DCC:</u></b>                      - a maioria sabe identificar os fatores protetores e os fatores de risco, mas refere a necessidade de lembrar e aprofundar os seus conhecimentos</p>	<p>Comportamentos anteriores                      Fatores pessoais</p>	<p>Conhecimento comprometido sobre prevenção de DCC no grupo de seniores   <u>Foco:</u> Conhecimento  <u>Juízo:</u> Comprometido  <u>Cliente:</u> Grupo</p>
<p><b><u>Falta de conhecimentos para identificar sinais e sintomas e fatores de risco de DCC:</u></b>                      - 100% expressou verbalmente a necessidade de melhorar os seus conhecimentos sobre os sinais e sintomas de EAM, AVC e IC</p>	<p>Autoeficácia percebida                       Sentimentos em relação ao comportamento</p>	<p>Conhecimento comprometido face a sinais de alarme no grupo de seniores   <u>Foco:</u> Conhecimento  <u>Juízo:</u> Comprometido  <u>Cliente:</u> Grupo</p>
<p><b><u>Expressão de sentimentos de insegurança e medo face aos sinais de alerta:</u></b>                      - dificuldade manifestada em identificar situações urgentes que implicam ligar para o 112;                      - 100% expressou verbalmente a necessidade de melhorar os conhecimentos sobre o tema, para se sentirem mais seguros no futuro</p>	<p>Barreiras para ação percebidas                       Influências situacionais</p>	<p>Insegurança presente face ao à identificação de DCC no grupo de seniores   <u>Foco:</u> Insegurança  <u>Juízo:</u> Presente  <u>Cliente:</u> Grupo</p>

### 3.2. Definição de prioridades

A definição de prioridades diz respeito à segunda fase do processo de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), tratando-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990). A etapa da priorização preza-se pela sua relevância, nomeadamente, na eficiente gestão dos recursos considerados escassos de forma a dar resposta às necessidades das populações ou das comunidades (Melo, 2020). Assim sendo, torna-se necessário estabelecer prioridades de intervenção através da hierarquização dos problemas e/ou necessidades previamente identificadas. A hierarquização traduz, assim, a gravidade dos problemas de saúde da comunidade, particularmente, dos que se revelam mais prementes e aos quais urge a necessidade de prestar atenção imediata (M. L. Nunes, 2016) e se presume uma intervenção dirigida e eficaz. Contudo, esta etapa assume uma certa subjetividade (Imperatori & Giraldes, 1993). De maneira a contrabalançar esta

circunstância, em termos de critérios de decisão, a priorização baseou-se num consenso estabelecido entre a mestranda, a Orientadora Científica Pedagógica e a Orientadora Clínica; de forma a aumentar a sua validade. Neste sentido, o consenso obtido possibilita uma base sólida para a consecução desta etapa do planeamento (Tavares, 1990).

Existem diversos métodos e técnicas para efetivar a priorização das necessidades, pelo que se optou pela grelha de ponderação de Pedro Melo (2020) (Quadro 4). A técnica desenvolvida pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde, que foi adaptada para a prática da disciplina de Enfermagem por Pedro Melo (2020), designada por “Grelha de ponderação de critérios”, foi a utilizada neste processo (Melo, 2020). A grelha de análise tem em consideração os seguintes critérios de priorização: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1982; Melo, 2020; Nunes, 2016; Tavares, 1990). A magnitude visa calcular a dimensão do problema na população alvo (Melo, 2020). A transcendência estabelece a que nível a intervenção em determinado diagnóstico influencia positivamente os outros problemas (Melo, 2020). O critério vulnerabilidade pondera calcular se a melhoria no diagnóstico depende da intervenção do Enfermeiro (Melo, 2020).

**Quadro 4** – Grelha de ponderação de critérios segundo Pedro Melo (2020)

Diagnóstico	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Conhecimento comprometido sobre os fatores protetores	3	1	1	5
Conhecimento comprometido sobre os fatores de risco	3	2	2	7
<b>Conhecimento comprometido sobre os sinais e sintomas</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
Conteúdo informativo e prático	3	3	2	8

No preenchimento da grelha de ponderação de critérios (quadro 4) foi considerada e discutida em grupo, com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora e com a Sr.<sup>a</sup> Professora orientadora, de modo a minimizar a subjetividade desta etapa. Os quatro diagnósticos identificados afetam mais de 80% da população alvo, desta forma, o critério “magnitude”, nos quatro diagnósticos, recebeu a pontuação máxima, score 3.

Quanto ao critério “transcendência”, considerou-se que a intervenção no diagnóstico referente ao conhecimento sobre os sinais e sintomas influencia os outros diagnósticos identificados e, por isso, obteve score 3. No critério “vulnerabilidade”, considerou-se que no diagnóstico conhecimento sobre os sinais e sintomas, a melhoria do mesmo depende muito da intervenção do enfermeiro e, nos restantes diagnósticos, a melhoria depende da intervenção do enfermeiro, uma vez que se oferecem estratégias, mas também depende muito da vontade de cada um.

O diagnóstico considerado prioritário foi o “Conhecimento comprometido sobre os sinais e sintomas”. A intervenção neste diagnóstico permite a consolidação e aquisição de novos conhecimentos relevantes para o tema, que potenciam o papel comunitário e a autoeficácia dos seniores. De forma a mudar o comportamento e motivar a ação considerou-se ser necessário intervir nos restantes diagnósticos identificados.

Os estudos indicam que as pessoas idosas preferem aprender através da partilha de experiências, especialmente se esta partilha prover de pares, uma vez que valorizam muito os seus semelhantes (Bortoli & Marchi, 2022). Na formação de pessoas idosas preferencialmente deve utilizar-se a metodologia ativa, uma vez que esta metodologia mobiliza para a formação a experiência pessoal e, por isso, aumenta a motivação dos participantes pois sentem-se valorizados (Ferro, 1994). O profissional deve assumir uma postura: de guia, mentor e facilitador da informação, livre de julgamentos, respeitosa e flexível para atender às necessidades do grupo, para que as pessoas possam questionar e esclarecer dúvidas, sem sentirem qualquer constrangimento (Bortoli & Marchi, 2022).

Para as sessões de educação para a saúde, de entre os quatro métodos pedagógicos, expositivo, interrogativo, ativo e demonstrativo, não é possível escolher o mais adequado ou o mais eficaz, uma vez que todos têm vantagens e desvantagens e nenhum método de aprendizagem independente responde, por si só, a todos os objetivos que se pretendem ao longo do processo de aprendizagem. Um método pedagógico será tanto mais eficaz quanto maior for a intervenção dos participantes no processo (Ferro, 1994). O profissional deve assumir uma postura: de guia, mentor e facilitador da informação, livre de julgamentos, respeitosa e flexível para atender às necessidades do grupo, para que as pessoas possam questionar e esclarecer dúvidas, sem sentirem qualquer constrangimento (Bortoli & Marchi, 2022). Neste sentido, torna-se relevante reforçar junto dos seniores a

importância do seu papel na comunidade e dotá-los de estratégias e informações adequadas à realidade que os permitirão ajudar os pares a prevenir e a combater esta problemática.

### **3.3. Fixação de objetivos**

A fixação de objetivos é a terceira etapa do processo de planeamento em saúde (Tavares, 1990). Esta é uma etapa fundamental, uma vez que apenas mediante uma rigorosa fixação de objetivos será possível traçar o caminho de estratégias de intervenção de uma forma bastante clara e, conseqüentemente, se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos (Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1993). Os objetivos correspondem a um resultado desejável e tecnicamente exequível face a um problema (Imperatori & Giraldes, 1993) visando a mudança que se pretende para a população-alvo através da implementação de projetos (Tavares, 1990). Uma adequada hierarquização dos objetivos integra a formulação de objetivos gerais e de objetivos específicos (Tavares, 1990). O objetivo geral é elaborado de forma genérica e diz respeito a uma determinada situação que se se pretende atingir (Tavares, 1990), o qual deve estar associado a um foco de atenção principal da tomada de decisão clínica (Melo, 2020). Por sua vez, os objetivos específicos são mais detalhados e contribuem para atingir o objetivo geral (Tavares, 1990), sendo que estes se interligam com as dimensões de diagnóstico do foco de atenção principal e são quantificados na medida da mudança que se quer instituir (Melo, 2020). Não obstante, importa mencionar os objetivos operacionais ou metas, sendo que estes refletem as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução (Tavares, 1990). Através da definição dos objetivos e, de modo a aferir os mesmos é possível definir vários tipos de indicadores. Um indicador subsiste na relação entre uma situação específica e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, destacam-se os indicadores de resultado ou de impacto e os indicadores de atividade ou de execução. Os indicadores de resultado ou de impacto pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema (Imperatori & Giraldes, 1993). Por sua vez, os indicadores de atividade ou de execução pretendem medir a atividade desenvolvida com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993). Para o projeto de intervenção comunitária foram selecionados estes parâmetros, que se encontram no quadro nº 5.

**Quadro 5 - Objetivos e metas do projeto de intervenção comunitária**

<b>Objetivo geral:</b>	Contribuir para a capacitação de um grupo de seniores da academia sénior X para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2024.
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Metas</b>
<b>Otimizar o conhecimento sobre a prevenção de DCC</b>	Que sejam realizadas 100% das sessões de educação para a saúde previstas no projeto
	Que 80% da população-alvo, participe nas 4 sessões de educação para saúde sobre prevenção de DCC
	Que 80% da população-alvo adquira competências comunicacionais, de responsabilidade e de autoconfiança.
	Que 80% da população-alvo aprenda estratégias pedagógicas para divulgar o conhecimento aos pares.
	Elaborar material educativo para 100% dos temas abordados nas sessões até ao final do estágio.
	Que em 40% do tempo de cada sessão sejam utilizadas metodologias ativas
	Que 70% dos embaixadores colaborem na realização do material educativo no decurso das sessões
	Que 100% dos embaixadores que responderem ao questionário de avaliação das sessões considerem que os temas abordados foram relevantes
	Que 100% dos embaixadores que responderem ao questionário considerem que melhoraram os seus conhecimentos sobre os temas abordados
	Que 90% dos embaixadores que responderem ao questionário considerem que os conteúdos foram abordados de forma adequada
<b>Sensibilizar os seniores para o seu papel de embaixadores na prevenção de DCC</b>	Que 100% dos embaixadores indiquem ser capazes de prestar ajuda à pessoa com sinais e sintomas de DCC
	Que 100% dos embaixadores indiquem ser capazes de identificar os sinais e sintomas de EAM, AVC e IC
	Que 80% da população-alvo obtenha informações atualizadas e credíveis, domine os conceitos chave sobre o tema para serem capazes de agir.
<b>Divulgar o projeto ao grupo alargado</b>	Realizar de 3 sessões de educação para a saúde a 50% do grupo alargado de seniores da academia sénior do Barreiro.
	Apresentar o e-book ao grupo alargado de seniores da academia sénior do Barreiro.
<b>Dar continuidade ao Projeto</b>	Apresentar e divulgar o projeto a 40% dos profissionais da USPAS
	Realizar 100% das apresentações públicas do material educativo em e-book junto dos parceiros e comunidade previstas
	Realizar 100% das reuniões planeadas com os parceiros e peritos
	Calendarizar sessões de educação para a saúde sobre prevenção de DCC em 50% dos grupos de seniores que participam no programa Viver + com Saber – Literacia em Saúde.

### 3.4. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é uma das etapas fundamentais num processo de planeamento. Neste sentido, é definido qual o processo mais apropriado para reduzir os problemas de saúde e satisfazer as necessidades de saúde consideradas prioritárias, e através do qual são propostas novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos previamente

definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta é uma etapa que exige, tanto criatividade em termos de estratégias inovadoras, como um profundo conhecimento do problema em análise em que deverão ser previstos os potenciais obstáculos e objetivadas formas de os ultrapassar (Tavares, 1990). Com base neste pressuposto, nesta fase “pretende-se conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.65).

De forma a eleger estratégias mais sustentáveis para a implementação do projeto de intervenção comunitária, foi considerado o referencial teórico norteador do Modelo de Promoção da Saúde de *Nola Pender* que fundamenta os desígnios da promoção da saúde e foi elaborada uma *scoping review* (Apêndice XI) de acordo com as recomendações metodológicas de *The Joanna Briggs Institute* (JBI). A *scoping review*, teve a seguinte questão de investigação de acordo com a mnemónica PCC: “Qual o conhecimento disponível sobre a promoção da literacia em saúde na prevenção de DCC na comunidade sénior?” Assim, pretendeu-se mapear o conhecimento científico sobre as intervenções ou estratégias promotoras da literacia em saúde na prevenção de DCC na comunidade sénior. Os resultados obtidos da pesquisa foram apresentados através do fluxograma PRISMA-ScR e a extração de dados é apresentada em formato de tabela. A revisão possibilitou dar resposta à questão de investigação colocada e identificar um conjunto de estratégias potenciais.

Deste modo, assumindo o planeamento estratégico em saúde, torna-se crucial refletir nas estratégias que se pretendem implementar, de forma a dar resposta às necessidades da população-alvo, promovendo a sua saúde e bem-estar, objetivando-se a obtenção de ganhos efetivos em saúde. Assim, foram selecionadas as seguintes estratégias: estratégia educacional, estratégia para a promoção da LS e de envolvimento de peritos. A estratégia educacional compreendeu a educação para a saúde através da metodologia de educação por pares. Segundo *Svenson, Gary et al* (2002), o termo “*peer education*” é internacionalmente conhecido no campo da educação para a saúde e prevenção da doença e significa aquele que se situa ao mesmo nível do outro; aquele que pertence ao mesmo grupo social, nomeadamente com base na idade, escolaridade, ou posição social. Por isso “*peer-to-peer education*”, ou seja, aqueles que, pertencendo ao mesmo grupo ou estatuto social, se educam uns aos outros (Svenson, 1998). A educação pelos pares é uma

abordagem pela qual uma minoria de pares representativos de um grupo ou população, intencionalmente tenta informar e influenciar a maioria (Svenson, 1998).

Os embaixadores do projeto assumiram assim o papel de líderes de opinião enquanto “agentes de mudança”, considerados por um determinado grupo social como pessoas em quem se pode confiar, credíveis, inovadores e a quem os outros solicitam conselhos (Svenson, 1998). A educação por pares é uma metodologia em que os alunos se ajudam mutuamente a aprender, promovendo a partilha de conhecimentos e experiências. O princípio central é a ideia de que pessoas com níveis de conhecimento semelhantes podem contribuir para a aprendizagem mútua. Esta metodologia é considerada eficaz, uma vez que promove habilidades críticas, sociais e cognitivas, alinhando-se com abordagens pedagógicas modernas que priorizam o protagonismo do aluno no processo de aprendizagem. Por outro lado, a educação por pares facilita que os estudantes assumam um papel ativo no processo educacional, promovendo maior senso de responsabilidade e de envolvimento (Svenson, 1998).

A educação para a saúde envolve oportunidades de aprendizagem com o propósito de melhorar a LS a nível individual e comunitário consoante a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de competências (Arriaga et al., 2022). Por sua vez, são providas as informações mais atuais, essenciais para a conscientização no sentido de motivar os indivíduos a mudar comportamentos prejudiciais à saúde, transmitindo-lhes a confiança necessária para efetivar essas mudanças (Laverack, 2022). De forma a comprovar esta premissa, *Murdaugh et al.* (2019) salientam que os indivíduos devem ter acesso a informação pertinente tendente a um processo de tomada de decisão consciente. A educação para a saúde é fundamental no trabalho com populações vulneráveis, sendo que, as estratégias adotadas neste âmbito devem ser cultural e linguisticamente apropriadas, promovendo assim, o empoderamento comunitário (Stanhope & Lancaster, 2015).

A estratégia para a promoção da LS foi estabelecida através da comunicação em saúde. A comunicação em saúde é um conceito abrangente e complexo, assumindo cada vez mais uma importância crescente (Almeida et al., 2019). Esta comunicação expressa-se em distintos níveis e áreas de intervenção, revelando-se assim, como uma estratégia apta de formar a opinião pública e promover a saúde e bem-estar dos cidadãos, incrementar a LS e a mudança comportamental, tendo por base informações baseadas na melhor evidência

disponível (Arriaga et al., 2023). Deste modo, possibilita ao cidadão ser um “agente de saúde pública” no que respeita a tomar decisões livres, conscientes e informadas, com vista à maximização de ganhos em saúde individual e comunitário (Universidade Católica Portuguesa (s.d.), sem data).

Face ao exposto, foram contemplados o tempo, os custos e os recursos materiais e humanos disponíveis para a aplicabilidade do projeto de intervenção comunitária.

Segundo Pedro Melo (2020), no domínio da saúde é pertinente a utilização da organização do planeamento das estratégias proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde, que foi adaptada para a prática da disciplina de Enfermagem pelo autor (Melo, 2020). A estrutura do processo de planeamento estratégico de intervenção adaptado para a enfermagem, assenta na relação entre os objetivos específicos definidos anteriormente (subdiagnósticos de enfermagem), as técnicas (intervenções de enfermagem), as tarefas (as ações que concretizam as intervenções) e os instrumentos/ recursos (recursos humanos e tecnologias necessárias à ação) (Melo, 2020). O quadro 6 evidencia o processo de planeamento estratégico definido para o projeto.

**Quadro 6** – Planeamento estratégico da intervenção em enfermagem de saúde comunitária adaptado por Pedro Melo (2020)

Objetivo específico	Técnica	Tarefa	Recursos
Otimizar o conhecimento sobre a prevenção de DCC	Ensinar sobre prevenção de DCC.	Realizar 3 sessões de educação para a saúde.	Enfermeira orientadora e Mestranda, material audiovisual, computador e sala de aula.
Sensibilizar os seniores do seu papel na prevenção de DCC	Reforçar a importância da partilha de experiências pessoais sobre o tema. Envolver os seniores na prevenção de DCC.	Elaborar material educativo em formato e-book sobre prevenção de DCC.	Enfermeira orientadora e Mestranda, telemóvel (com câmara e gravador de voz), sala de aula.
Divulgar o projeto ao grupo alargado	Ensinar sobre prevenção de DCC. Divulgar o e-book.	Realizar 3 sessões de educação para a saúde. Apresentar o e-book.	Enfermeira orientadora e Mestranda, material audiovisual, computador e auditório.
Dar continuidade ao Projeto	Divulgar o e-book e a importância da mensagem nele contida e reforçar o papel dos seniores na prevenção deste tema.	Realizar sessões de divulgação do e-book para seniores e profissionais da USPAS.	Enfermeira orientadora e Mestranda, material audiovisual, computador e sala de aula.

### 3.5. Elaboração do projeto

Após definidas as estratégias mais adequadas no que diz respeito à implementação do projeto de intervenção comunitária, surge a fase da elaboração do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Um projeto diz respeito a um conjunto de atividades que visam obter um resultado específico e contribuir para a execução de um programa, decorrendo num período bem delimitado (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Neste pressuposto, o projeto de intervenção comunitária em questão foi denominado de “Capacitar para prevenir com (cor)ação”, inserindo-se no âmbito da prevenção primária e com vista ao *modus operandi* do enfermeiro em contexto comunitário no que se refere à promoção da saúde de forma a obter um impacto positivo que reflita ganhos em saúde.

Este projeto de intervenção comunitária, articula-se com os seguintes alicerces:

- Plano Nacional de Saúde 2021-2030;
- Declaração de Alma Ata – que admite que a *“promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”* (WHO, 1978, p.37);
- Carta de Ottawa – afirma que *“Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”*, focando-se *“na procura da equidade em saúde”* e *“pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde”*, por meio da *“melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável”* (WHO, 1986, p.1);
- Declaração de Jacarta – que reforça que a *“promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde (...) que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde”*. Pelo que, promover *“a capacidade das comunidades para a promoção da saúde requer educação, (...) acesso aos recursos”* e *“a aquisição de competências e de conhecimentos essenciais, para uma efetiva mudança”* (WHO, 1997, p.3);

- Declaração de Astana – que reforça a promoção da “*literacia em saúde*” de forma a “*satisfazer as expectativas dos indivíduos e das comunidades relativamente a informações fiáveis sobre saúde*” pela “*aquisição de conhecimentos, competências e recursos necessários para manter a sua saúde (...), orientada por profissionais de saúde*” (WHO, 2018, p.10);
- Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – ao referir que LS é “*uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida*”, sendo “*fundamental promover e apoiar iniciativas que melhorem a literacia em saúde*” (Arriaga et al., 2023, p. 6);
- Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares 2017; no Plano Local de Saúde Arco Ribeirinho; no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas; e contribui para a execução do programa viver + com saber: literacia em saúde, desenvolvido na USPAS.

O projeto vai de encontro aos ODS 3, saúde de qualidade, 4, educação de qualidade e 10, reduzir as desigualdades (DGS, 2022).

### **3.6. Preparação da execução**

A preparação da execução é a etapa que diz respeito à descrição detalhada das atividades estabelecidas para o presente projeto em função dos objetivos operacionais definidos (Tavares, 1990). Tendo por base os objetivos formulados e as estratégias determinadas, foram definidas as atividades de forma a obter os resultados pretendidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para *Imperatori & Giraldes*, o cronograma é um elemento crucial para a realização do projeto, pois permite a visualização simultânea das diversas etapas e atividades envolvidas, além de propiciar a gestão do tempo, essencial para o êxito do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim sendo, foi realizado um cronograma de *Gantt* (Apêndice I).

Durante o planeamento do projeto e para dar resposta à execução do projeto, realizaram-se várias reuniões com a Sr.<sup>a</sup> Professora orientadora e com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora, de forma a apresentar e organizar as atividades idealizadas para o projeto.

Neste propósito, preconizou-se a realização de três sessões de educação para a saúde (SepS) dirigidas à população-alvo relativamente à problemática levantada. Assim sendo, foram elaborados os planos de sessão (Apêndice XII) e três apresentações em formato PowerPoint, com diapositivos de apoio (Apêndice XIII). No início de cada sessão foram utilizadas metodologias ativas, que promovem o “*ice braker*” e a integração, contribuem para o aumento da autoconfiança e autoestima individual e do grupo e trabalhar a tomada de decisão, essencial para a capacitação do grupo (Rodrigues, 2021a). Por se tratar de um tema que promove a partilha de experiências e desperta algumas emoções e recordações negativas, considerou-se ser necessário terminar as sessões com um momento de relaxamento, através da libertação de energia, com a implementação de metodologias ativas, potenciando o bem-estar dos seniores, trabalhando assim as suas emoções. As SepS realizaram-se na Universidade da Terceira Idade do Barreiro (UTIB). Na última sessão foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos e um questionário de satisfação de forma a avaliar as sessões (Apêndice XIV e Apêndice XV).

Também foi elaborado um e-book- intitulado “Capacitar para prevenir com cor(ação)” (Apêndice XVI), que aguarda publicação. Este material educativo, em formato de e-book, foi construído em conjunto com os embaixadores do projeto, e contou com a participação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora, da Sr.<sup>a</sup> Professora orientadora. Este documento tem o propósito, não só de servir de material de consulta para participantes no projeto, como também ser divulgado por diversas entidades como uma ferramenta promotora da LS em DCC na comunidade sénior. O documento inclui textos e vídeos elaborados pelo grupo-alvo para os quais foi solicitado o devido consentimento de cedência de imagem (Apêndice XVII), uma vez que foi uma das estratégias identificadas nos estudos apresentados no segundo capítulo. Ao longo da construção do e-book foram agendadas várias sessões na UTIB, tendo sido necessário muita organização e planeamento, o que por sua vez requereu a mobilização de conhecimentos, a partilha de experiências e a valorização do papel dos seniores na comunidade.

O material educativo foi realizado com o intuito de dar suporte aos seniores para ativarem o seu papel comunitário na prevenção de DCC junto dos pares, sendo que também pode ser útil para outras pessoas, nomeadamente seniores das Universidades Sénior da região.

A última atividade do projeto foi a divulgação do e-book no grupo de seniores alargado do programa “Viver + com saber: literacia em saúde” (Apêndice XVIII), que ocorreu no auditório da biblioteca municipal do Barreiro, no dia 19 de dezembro de 2024. A sessão contou com a presença de 110 seniores, com elementos da equipa multidisciplinar da USPAS e com a participação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora e da Sr.<sup>a</sup> Professora orientadora. O plano da sessão encontra-se no (Apêndice XIX).

### **3.7. Avaliação do projeto**

A avaliação representa a última etapa do processo de planeamento em saúde e estabelece um mecanismo de retroação em relação às etapas anteriores de forma intrínseca, ligando-se circularmente com a fase inicial, na particularidade da etapa referente ao diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Assim sendo, permite comparar os progressos alcançados com as atividades concomitantemente com a situação inicial e com os objetivos e metas definidas (Imperatori & Giraldes, 1993). Desta forma, a avaliação permite determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, de modo, a melhorar a(s) atividade(s) e a planificar mais eficazmente (Tavares, 1990).

Neste pressuposto, os indicadores surgem como instrumentos de medida das variáveis em estudo e através deles é possível percecionar a realidade e aferir os avanços alcançados, pelo que, são essenciais para fundamentar a pertinência e adequação de um projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Para o presente projeto de intervenção comunitária, foram estabelecidos indicadores de atividade ou execução e indicadores de resultado ou impacto.

No que se refere às SepS, objetivou-se a realização de três sessões sobre as três DCC mais prevalentes. A primeira sessão foi realizada na UTIB no dia 21 de novembro de 2024 às 14h30 e contou com a presença de 8 participantes dos 9 que foram convocados, enquanto que a segunda sessão, também efetuada na UTIB, aconteceu no dia 26 de novembro de

2024 às 14h30 e contou com a presença de 7 participantes dos 9 que foram convocados. A terceira e última sessão foi executada na UTIB no dia 5 de dezembro de 2024 pelas 14h30, tendo contado com a participação de 8 embaixadores. A avaliação da sessão foi realizada através da aplicação de um questionário de satisfação e foi efetuado o tratamento dos resultados obtidos, que se revelaram bastante satisfatórios (Apêndice XV). Relativamente à avaliação da sessão, optou-se pelo método de observação não-estruturada tendo por base os índices de atenção e índices de participação percecionados, que se revelaram crescentes ao longo da apresentação e procedeu-se à aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos (Apêndice XIV). No que respeita ao ponto qualitativo, os participantes referiram que o projeto e as respetivas estratégias utilizadas foram pertinentes, demonstrando interesse em dar continuidade ao projeto preconizado. Referiram também a importância deste tipo de projetos que envolvam a comunidade, tendo dado como sugestão a implementação de mais projetos promotores da saúde com outros temas, que se constituem muito enriquecedores para a população, nomeadamente sobre o sono e a diabetes. Assim sendo, o material educativo produzido ficará disponível para divulgação futura junto da equipa de enfermagem da USPAS e terá como parceiro a Câmara Municipal do Barreiro.

Face ao exposto, a avaliação, assume-se como uma etapa imperiosa uma vez que só através da sua prossecução é possível comparar os estados inicial e final da população-alvo, isto é, o antes e o após a implementação do projeto, cruzando as atividades realizadas com os recursos despendidos e ajustando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas (Tavares, 1990).

Segundo os resultados obtidos (quadro 7), é possível verificar um balanço bastante positivo, dado que o objetivo geral foi alcançado na sua globalidade, cumprindo-se, assim, o propósito do projeto de intervenção comunitária em questão.

## Quadro 7 – Objetivos, metas, indicadores de atividade e resultados

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a capacitação de um grupo de seniores da academia sénior X para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2024.			
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores de atividade</b>	<b>Resultado</b>
<b>Otimizar o conhecimento sobre a prevenção de DCC</b>	Que sejam realizadas 100% das sessões de educação para a saúde previstas para projeto junto da população alvo	(Nº de sessões de educação para a saúde realizadas /Nº de sessões de educação para a saúde planeadas) x 100 <b>Cálculo:</b> (3/3) x 100	100%
	Que 80% da população-alvo, participe nas 3 sessões de educação para saúde	(Nº de participantes nas sessões /Nº de participantes da população-alvo) X100 <b>Cálculo:</b> (8/9) x 100	88%
	Elaborar material educativo para 100% dos temas abordados nas sessões até ao final do estágio.	(Nº de temas do material educativo/Nº temas abordados na sessão) X100 <b>Cálculo:</b> (3/3) x 100	100%
	Que em 40% do tempo de cada sessão sejam utilizadas metodologias ativas	(Nº de minutos das sessões com metodologias ativas/Nº de minutos das sessões) x 100 <b>Cálculo:</b> (75/180) x 100	41%
	Que 70% dos embaixadores colaborem na realização do material educativo no decurso das sessões	(Nº de participantes nas sessões de realização do e-book /Nº de participantes da população-alvo) X100 <b>Cálculo:</b> (9/9) x 100	100%
<b>Sensibilizar os seniores do seu papel na prevenção de DCC</b>	Que 80% dos embaixadores indiquem ser capazes de prestar ajuda à pessoa com sinais e sintomas de DCC	(Nº de participantes nas sessões que indicaram ser capazes de realizar cada uma das práticas simuladas /Nº total de respostas) x 100 <b>Cálculo:</b> (9/9) x 100	100%
	Que 80% dos embaixadores indiquem ser capazes de identificar os sinais e sintomas de EAM, AVC e IC	(Nº de participantes nas sessões que indicaram ser capazes de identificar os sinais e sintomas /Nº total de respostas) x 100 <b>Cálculo:</b> (9/9) x 100	100%
	Que 80% da população-alvo obtenha informações atualizadas e credíveis, domine os conceitos chave sobre o tema para serem capazes de agir.	(Nº de participantes nas sessões /Nº de participantes da população-alvo) X100 <b>Cálculo:</b> (8/9) x 100	88%
<b>Divulgar o projeto ao grupo alargado</b>	Realizar de 3 sessões de educação para a saúde a 50% do grupo alargado de seniores da academia sénior do Barreiro.	(Nº de participantes do grupo alargado nas SepS /Nº total de inscritos na aula de LS do Barreiro) x 100 <b>Cálculo:</b> (120/140) x 100	85%
	Apresentar o e-book ao grupo alargado de seniores da academia sénior do Barreiro.	(Nº de participantes no evento de divulgação do e-book / Nº total de inscritos na aula de LS do Barreiro) x 100 <b>Cálculo:</b> (120/140) x 100	85%
<b>Dar continuidade de ao projeto</b>	Apresentar e divulgar o projeto a 40% dos profissionais da USPAS	(Nº de participantes nas sessões que indicaram ser capazes de realizar cada uma das práticas simuladas /Nº total de respostas) x 100 <b>Cálculo:</b> (9/9) x 100	100%
	Realizar 100% das apresentações públicas do material educativo em e-book junto dos parceiros e comunidade previstas	(Nº de participantes nas sessões que indicaram ser capazes de identificar os sinais e sintomas /Nº total de respostas) x 100 <b>Cálculo:</b> (9/9) x 100	100%
	Realizar 100% das reuniões planeadas com os parceiros e peritos	(Nº de reuniões nas planeadas / Nº de reuniões realizadas) x 100 <b>Cálculo:</b> (3/3) x 100	100%
	Calendarizar sessões de educação para a saúde sobre prevenção de DCC em 50% dos grupos de seniores que participam no programa Viver + com Saber – Literacia em Saúde.	(Nº de sessões de educação para a saúde realizadas /Nº de sessões de educação para a saúde planeadas) x 100 <b>Cálculo:</b> (3/3) x 100	100%

Face aos resultados revelados, pode concluir-se que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados com sucesso, tendo as metas propostas sido atingidas. Verificou-se uma elevada adesão do grupo às sessões e todos os participantes se mostraram interessados e motivados a participar e melhorar os seus conhecimentos na prevenção de DCC.

As respostas do questionário de avaliação de conhecimentos, o desempenho na realização da peça de teatro, evidenciam que os conhecimentos sobre a prevenção de DCC se encontram mais consolidados, verificando-se uma melhoria /otimização do conhecimento do grupo, em relação ao início do projeto.

Uma vez que o e-book, à data da redação deste relatório, não se encontra publicado, foi sugerido à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora que, após a sua publicação, procedesse à disponibilização do material educativo nos grupos seniores, fomentando a sua partilha com os restantes seniores da área de abrangência da USPAS.

Tendo em conta a pertinência do projeto desenvolvido, foi sugerido à equipa de saúde da USPAS a sua continuidade no que respeita aos restantes problemas e necessidades de saúde identificadas. Quanto à avaliação externa do projeto de intervenção comunitária, o indicador de resultado ou de impacto (quadro 8) será sujeito a uma avaliação *a posteriori* pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira orientadora responsável pelo programa viver + com saber – literacia em saúde, dado que estes não são passíveis de medição no imediato, uma vez que avaliam os efeitos a médio longo prazo tendo em conta o objetivo geral. Assim sendo, propôs-se como indicador de impacto, a contabilização do número de downloads do e-book realizados após 2 meses da sua publicação e respetiva divulgação, bem como o número de visualizações dos vídeos construídos e editados na plataforma Youtube (quadro 8).

**Quadro 8** – Indicador de impacto do projeto

Atividade	Meta	Indicador de impacto
Reavaliação após 6 meses dos conhecimentos adquiridos pela população-alvo durante o projeto: Capacitar para prevenir com cor(ação).	Que 90% da população alvo consiga responder corretamente às questões.	(Nº de pessoas que respondeu corretamente / nº de pessoas que respondeu) x 100
Contabilização dos <i>downloads</i> do e-book, após 2 meses da sua publicação.	Que façam pelo menos 130 <i>downloads</i> do e-book.	(Nº <i>downloads</i> do e-book realizados / Nº <i>downloads</i> do e-book previstos) x 100

### **3.8. Implicações para a prática clínica**

A realização de um projeto de intervenção comunitária sustentado numa lógica conceptual fundamentada ligada à disciplina de enfermagem fomenta uma visão plena, do ponto de vista holístico, de todo o processo que orienta a prática de enfermagem.

Deste modo, o projeto em questão foi suportado pelo referencial teórico do MPS de *Nola Pender* e com base na metodologia do planeamento em saúde proposta por Imperatori & Giraldes (1990). Neste pressuposto, efetuou-se a translação de um conhecimento ligado à tradição e essência da disciplina de enfermagem, possibilitando a transição da teoria para a prática alicerçada no pensamento crítico-reflexivo que norteiam a tomada de decisão clínica de maneira a organizar o projeto de intervenção comunitária com o propósito de obtenção de ganhos efetivos em saúde.

A *scoping review* realizada, que possibilitou mapear o conhecimento científico sobre as intervenções ou estratégias promotoras da LS na prevenção de DCC na comunidade sénior e a revisão livre da literatura, foram essenciais, para a justificação do problema identificado e para a fundamentação do projeto. As DCC assumem um problema de saúde pública identificados em Portugal e no Mundo, a literatura evidencia a necessidade de prevenção e combate desta problemática, selecionando estratégias, ao nível da promoção da saúde, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudáveis.

O projeto insere-se no programa “viver + com saber – literacia em saúde” e, deste modo, pretende promover a LS em DCC e atuar no combate e na prevenção desta problemática junto dos seniores. Todas as atividades planeadas para a concretização do projeto foram adaptadas à comunidade sénior.

A participação ativa e o envolvimento dos grupos de seniores, onde se implementou e divulgou o projeto e da equipa multidisciplinar da USPAS, revelou que valorizam o projeto e que credenciam esta iniciativa, o que indica o caráter promissor da continuidade deste projeto no futuro. Por sua vez, a colaboração da Câmara Municipal do Barreiro como parceiros na impressão e divulgação do e-book também viabiliza a continuidade do projeto. O projeto, ao ter sido implementado na comunidade sénior, possibilitou a valorização dos seniores, dando relevo às suas vivências, capacitou-os para a prevenção de DCC junto dos seus pares e enalteceu o seu papel na comunidade. Assim, os seniores

que participaram ativamente neste projeto, adquiriram conhecimentos e competências para se tornarem agentes promotores de mudança de comportamentos de outros seniores, sendo que a sua mensagem será espelhada na população idosa. A partilha de experiências e testemunhos em formato vídeo e áudio, valoriza e credibiliza o projeto, por se tratar de testemunhos reais.

De salientar, a relevância crucial que resulta de uma prática baseada na evidência científica disponível e que se considera urgente tendo em conta os desafios do presente e de um futuro próximo que se adivinha cada vez mais complexo.

Face ao exposto, surge a necessidade de integrar na prática clínica os resultados experienciados, tendo em conta os princípios, valores e deveres da profissão, tal como as normas legais que regulam o exercício da profissão de enfermagem.

## **4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública constitui-se um percurso contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre previstas nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros para este grau académico (Universidade Católica Portuguesa, 2024). O presente relatório espelha parte de todo este percurso procurando demonstrar a aquisições dessas mesmas competências. Numa abordagem académica e profissional avançada, foram utilizados conhecimentos obtidos ao longo de todo o percurso, bem como adquiridas e consolidadas competências no âmbito da especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública.

### **4.1. Competências de Mestre em Enfermagem**

As competências académicas que contribuem para a obtenção do grau de mestre estão enumeradas de forma genérica e transversal a todos os mestrados multidisciplinares a nível europeu, com aplicabilidade legal a nível nacional. Neste sentido, e detendo o reconhecimento do *corpus* de conhecimento na área disciplinar e científica de enfermagem, conjetura-se a demonstração de conhecimentos e a capacidade de compreensão aprofundada tendo por base o primeiro ciclo de estudos, bem como, a resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de especialização em enfermagem, mediante a abordagem de questões complexas de forma reflexiva no sentido de emitir juízos ou de desenvolver soluções para esses mesmos contornos (Universidade Católica Portuguesa, 2024). Por outro lado, deverá comunicar as devidas conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes; e deter as competências que permitam uma aprendizagem contínua de forma autónoma e auto-orientada (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Deste modo, foram realizadas diversas atividades complementares e obtidas experiências gratificantes que permitiram a aquisição de conhecimentos e aperfeiçoar competências assistenciais em contexto de prática de cuidados na comunidade, dando assim resposta aos objetivos e resultados de aprendizagem determinados.

No período de 1 a 6 de agosto 2023, participei como voluntária nas Jornadas Mundiais da Juventude, que contou com a presença do Papa Francisco e que foi um marco importante para o país (Anexo VII).

No dia 10 de setembro de 2024, participei como formanda no Workshop sobre “Promoção de Aprendizagens Socio emocionais em Meio Escolar”, com duração de 3h, que decorreu na Escola Secundária Jorge Peixinho no Montijo. Este workshop permitiu o conhecimento de metodologias ativas e atividades que foram aplicadas no decurso do estágio final, tendo sido adaptadas à comunidade sénior. No dia 17 de setembro de 2024 assisti ao *webinar* “Literacia em Saúde e Estratégias de Promoção da Adesão à vacinação”, que contou com as interessantes preleções do Professor Rui Gaspar e do Professor Miguel Telo Arriaga, o que contribuiu de forma positiva para o tema do projeto. No dia 23 de setembro de 2024, colaborei na vacinação contra a gripe e covid-19 em ERPIS e lares ilegais na área de abrangência da USPAS. No dia 26 de setembro de 2024, participei no VIII encontro trigêmeos em Santiago do Cacém.

Nos dias 17 e 18 de outubro de 2024, preconizou-se o 1º Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem, organizado na Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, onde se efetivou presença (Anexo V).

No período de 12 a 15 de novembro de 2024, surgiu a agradável oportunidade de participar como voluntária na 17ª Conferência Europeia de Saúde Pública, que teve lugar no Centro de Congressos de Lisboa, onde se efetivou presença (Anexo VI). A participação neste evento permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais, organizacionais, de gestão e adquirir uma visão mais abrangente do papel da Saúde Pública na Europa, bem como perceber os desafios atuais que a Saúde Pública enfrenta nos dias de hoje. O evento contou com a presença de peritos na área da Saúde Pública, possibilitou a angariação de contactos e fomentou a partilha de projetos na área da Literacia em Saúde, o que contribuiu para o sucesso do projeto em questão.

## 4.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de enfermagem assumem atualmente uma importância e exigência técnica e científica cada vez maior, sendo a especialização uma realidade cada vez mais presente (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Neste pressuposto, as designadas competências comuns do enfermeiro especialista aludem às competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Estas competências estão organizadas em quatro domínios, tais como: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No que se refere ao primeiro domínio, e tendo em consideração a Deontologia Profissional pela qual se rege o agir dos enfermeiros (Assembleia da República, 2015), foram garantidos o cumprimento das normas legais, dos princípios éticos e da deontologia profissional, e garantidas as práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Assim sendo, foram solicitados pedidos de autorização (Apêndice III) e concedidos os devidos consentimentos informados, livres e esclarecidos (Apêndice VII). Por sua vez, foram asseguradas as questões éticas relacionadas com a proteção de dados, confidencialidade e informações disponibilizadas no decorrer do projeto de intervenção comunitária. No segundo domínio, pretendeu-se assumir um papel dinamizador através da operacionalização do projeto de intervenção comunitária com o estabelecimento de parcerias intersectoriais otimizando recursos e procurando respostas face às necessidades identificadas, visando por sua vez, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na comunidade. Já no terceiro domínio, a gestão dos cuidados de enfermagem exigiu a articulação com parceiros e peritos, e a adequação dos recursos materiais e humanos face à situação e ao contexto, contribuindo para a garantia da qualidade dos cuidados. Por último, no quarto domínio, tendo presente a capacidade de autoconhecimento e assertividade como princípios cruciais na prática de enfermagem, pretendeu-se basear os processos de tomada de decisão crítico-reflexiva e a *praxis* clínica em evidência científica atual e fidedigna. De salientar a particularidade de terem sido

mobilizados conhecimentos de várias unidades curriculares como fator integrador de todo o processo inerente à realização do projeto de intervenção comunitária.

#### **4.3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

À semelhança dos termos regulamentados neste contexto conceptual, as referidas competências específicas do enfermeiro especialista referem-se à intervenção e segundo o qual se compreende um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde da comunidade (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Tendo em conta a evolução dos tempos contemporâneos, tem-se comprovado uma mudança de paradigma de atuação nesta área de especialidade com um foco cada vez mais emergente e direcionado, principalmente, para o nível de prevenção primária (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018), centrando-se na obtenção de ganhos efetivos em saúde.

De forma a conferir maior objetividade e transparência nas dimensões inerentes a esta área de especialidade, foram definidas quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018, 2018). No que diz respeito à primeira competência “*estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018), o recurso às diretrizes metodológicas propostas por Imperatori & Giraldes (1990) revelaram ser de elevada importância dado que possibilitaram nortear todo o processo de desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, salientando-se a fase do diagnóstico da situação onde se possibilitou identificar os principais problemas e necessidades de saúde da população-alvo, assumindo-se como o momento crucial para delimitar todas as etapas subjacentes.

No que concerne à segunda competência “*contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018), de entre as estratégias estabelecidas para o projeto de intervenção comunitária, realça-se a adoção da estratégia educacional preconizada no âmbito da educação para a saúde através da realização das

SepS, tendo sido utilizada à *posteriori* a metodologia de educação por pares, pelo que, a realização do material educativo, o e-book sobre a problemática em causa foi suportada numa perspetiva de promoção da literacia em saúde. Relativamente à terceira competência “*integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*” (Regulamento n.º 428/2018, 2018), o projeto de intervenção comunitária objetivou contribuir para dar continuidade aos objetivos estratégicos que constam no PNS e articular-se com os seguintes fundamentos estruturantes: Declaração de *Alma-Ata*; Carta de *Ottawa*; Declaração de Jacarta; Declaração de Astana; Plano Nacional de LS e Ciências do Comportamento 2023–2030; Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares 2017 e ODS’s. Quanto à quarta competência “*realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018), decorreu durante a fase de diagnóstico da situação através da análise e tratamento de dados, nomeadamente, através da consulta de documentos orientadores tais como o PLS. O desenvolvimento desta competência verificou-se aquando da colaboração no programa de prevenção e controlo da tuberculose, no qual pude acompanhar casos e compreender a dinâmica deste programa na vigilância epidemiológica.

Em suma, ao longo de todo o caminho, percecionaram-se oportunidades de aprendizagem enriquecedoras e transformadoras que contribuíram para o aperfeiçoar de competências de mestre, e de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, principalmente, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório pretendeu sintetizar o percurso do estágio final realizado na USPAS, desde a concepção do projeto até ao momento.

Numa época de desafios constantes, dado o aumento do envelhecimento da população, o tema dos cuidados à pessoa idosa constitui uma preocupação central no cuidar em enfermagem, onde a atenção ao processo de envelhecimento ativo e saudável, afirma-se como algo muito valioso que urge ser clarificada e valorizada.

A reflexão acerca dos aspetos considerados fundamentais para a Enfermagem Comunitária refere-se a todo um caminho que impulsionou converter o conhecimento especializado em práticas centradas na comunidade, fomentando a obtenção e o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, nomeadamente, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Este relatório aborda o projeto de intervenção comunitária e pretende explicar a atuação estratégica, vinculada na lógica do processo de planeamento em saúde e fundamentação teórica de enfermagem. Nesta conjuntura de intervenção, é demonstrado o enorme contributo da enfermagem comunitária que procura dar uma resposta estruturante face às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades; tendo em conta os recursos disponíveis e objetivando-se a obtenção de ganhos em saúde efetivos. Por conseguinte, é fundamental uma política de proximidade, e em particular, junto dos segmentos mais vulneráveis da população.

O tipo de intervenção desenvolvida pela Sra. Enf. Orientadora e o contexto da sua prática clínica possibilitaram-me variadas experiências e intervenções com a comunidade e os parceiros, sempre cobertas de um intento e com base na evidência científica, tendo toda a experiência de estágio sido fundamental na aquisição de competências.

Esta conjuntura mostrou-se repleta de desafios, não só pelas inúmeras particularidades adjacentes à própria condição de vulnerabilidade da população alvo, mas também pelas oportunidades que estas pessoas têm como agentes ativos no processo de manutenção, promoção e melhoria do seu estado de saúde. Por conseguinte, e numa perspetiva

académica e profissional avançadas, objetivou-se uma prática baseada na melhor evidência científica disponível e mobilizando os conhecimentos empíricos numa perspectiva conceptual sustentada. Deste modo, foram realizadas atividades cujos resultados se apresentaram como experiências muito gratificantes, o que favoreceu aprendizagens e aperfeiçoar certas capacidades de forma a permitir a aquisição e consolidação de competências em prol dos objetivos definidos.

Consoante o que é elucidado neste relatório, espera-se que proporcione uma visão imperativa mais ampla e clarificadora dos propósitos da enfermagem como área de excelência, fazendo-se notar na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade junto da população alvo dos cuidados. Como tal, espera-se que exista algum zelo por uma maior consciência política, bem como pela sociedade em geral para que se criem sinergias potenciadoras do todo e não somente a soma das partes.

Este trabalho académico foi relevante, por poder contribuir para uma mudança na ação, sustentada numa prática baseada na evidência, dando resposta a uma intervenção autónoma de enfermagem, tida como uma das prioridades em saúde das sociedades contemporâneas, como é o desenvolvimento da literacia em saúde.

A concretização deste projeto permitiu alcançar um sentimento de realização, dado que possibilitou o desafio e o trabalho de uma forma, e com ferramentas, que nunca tinham sido trabalhadas anteriormente. A nível pessoal e profissional, este projeto terá um impacto notório no futuro da mestranda como enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e no desenvolvimento de projetos.

Ao finalizar este trabalho importa ainda referir, que se acredita que o percurso delineado se revelou verdadeiramente enriquecedor e gratificante a nível pessoal, académico e profissional e que, apesar de árduo, todos os passos metodológicos foram assumidos com rigor, pelo que se espera que favoreça novos caminhos para futuros projetos nesta área de enfermagem, de forma a dar resposta a novos desafios na Saúde.

Assim sendo, objetivou-se clarificar conceitos, justificar a intervenção em contexto comunitário e explicar o trabalho desenvolvido com implicações consideráveis para o conhecimento inerente à disciplina de enfermagem, nomeadamente, da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allender, J. A., Warner, K. D., & Rector, C. L. (2014). *Community and public health nursing: Promoting the public's health* (8th ed). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., & Miranda, D. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*.  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>
- American Public Health Association. (2013). *The definition and practice of public health nursing*. [http://www.apha.org/NR/rdonlyres/284CE437-6AF3-4B23-88BA52F2A0E329E6/0/PHNdefinitionNov2013\\_final125142.pdf](http://www.apha.org/NR/rdonlyres/284CE437-6AF3-4B23-88BA52F2A0E329E6/0/PHNdefinitionNov2013_final125142.pdf)
- Andrabi, M., Key, B., Francisco, M., Jeremiah, M., Mumba, M., Radhakrishnan, K., & Ball, K. (2024). A quantitative study to assess cardiovascular risks among older African American women living in rural black belt areas of Alabama. *Public Health Nursing, 41*(5), 979–986. <https://doi.org/10.1111/phn.13370>
- Angelantonio, E. (2019). World Health Organization cardiovascular disease risk charts: Revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health, 7*.  
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3)
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, P., Silva, J., Câmara, C., Sørensen, G., Dietscher, K., & Costa, C. (2022). *Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019-2021*.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35409905/>
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030—Plano*

*Estratégico*. Direção-Geral da Saúde.

[https://www.researchgate.net/publication/371901961\\_Plano\\_Nacional\\_de\\_Literacia\\_em\\_Saude\\_e\\_Ciencias\\_do\\_Comportamento\\_2023-2030\\_-\\_Plano\\_Estrategico](https://www.researchgate.net/publication/371901961_Plano_Nacional_de_Literacia_em_Saude_e_Ciencias_do_Comportamento_2023-2030_-_Plano_Estrategico)

Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 156/2015*.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Augusto, B., Andrade, Á., Fernandes, C., Rodrigues, C., Santos, C., Almeida, C. V. de, Brito, D. V., Lopes, G., Andrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T., & Almeida, Z. (2020). *Literacia em Saúde: Um desafio emergente. Contributos para a mudança de comportamento. Coletanea de comunicações*.

[https://www.chuc.minsaude.pt/media/Literacia\\_Saude/Literacia\\_em\\_Saude\\_-\\_Coletanea\\_de\\_Comunicacoes.pdf](https://www.chuc.minsaude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf)

Bandura, A. (2011). A Social Cognitive perspective on Positive Psychology. *Revista de Psicologia Social*, 26(1), 7–20. <https://doi.org/10.1174/021347411794078444>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.

Bettencourt, N., Mendes, L., Fontes, J. P., Matos, P., Ferreira, C., Botelho, A., Carvalho, S., Durazzo, A., Faustino, A., Ladeiras Lopes, R., Vasconcelos, M., Vieira, C., Correia, M., Ferreira, A. M., Ferreira, N., Pires-Morais, G., G. Almeida, A., Ferreira, M. J. V., & Teixeira, M. (2022). Documento de Consenso sobre Estratificação de Risco Cardiovascular e estudo da doença coronária em Portugal: A posição dos Grupos de Estudo de Cardiologia Nuclear, Ressonância

- Magnética e Tomografia Computorizada Cardíaca, de Ecocardiografia e de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 41(3), 241–251. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.10.009>
- Bortoli, L., & Marchi, A. (2022). *Educação não formal de idosos: Revisão sistemática de metodologias de ensino*. Research, Society and Developmen. [https://www.researchgate.net/publication/363555192\\_Educacao\\_ao\\_formal\\_de\\_idosos\\_revisao\\_sistemica\\_de\\_metodologias\\_de\\_ensino](https://www.researchgate.net/publication/363555192_Educacao_ao_formal_de_idosos_revisao_sistemica_de_metodologias_de_ensino)
- Carmo, J., Morelato, R., Pinto, H., & Oliveira, E. (2015). *Disability after stroke: A systematic review*. *Fisioter mov.*
- Cuvarar, A., & Yazici, S. (2023). Cardiovascular Risk Factors Knowledge Levels and Healthy Lifestyle Behaviors In Menopausal Women with Cardiovascular Disease. *International Journal of Caring Sciences*, 16(1), 234–244.
- DGS. (2017a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.
- DGS. (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*.
- DGS. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*.
- DGS. (2022, a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.
- Diário da República n.º 3/2021, Série II de 2021-01-06. (2021). *Despacho 132/2021, de 6 de Janeiro*. <https://dre.tretas.org/dre/4375759/despacho-132-2021-de-6-de-janeiro>
- Eshah, N. F. (2013). Knowledge of Stroke and Cerebrovascular Risk Factors Among Jordanian Adults. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45(5), E13–E19. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e31829db99f>
- Feigin, V., Norrving, B., & Mensah, G. (2017). *Global burden of stroke*.

- Ferreira, R., & Moreira, A. (2024). *One more piece in the puzzle of stem cell therapy in cardiovascular diseases*. <https://www.revportcardiol.org/pt-one-more-piece-in-puzzle-articulo-S0870255124002683>
- Ferreira, V., & Almeida, H. N. (2016). *Kit de ferramentas para diagnósticos participativos*. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. [https://lge.ces.uc.pt/pdf/LGE\\_Kit\\_ferramentas\\_digital.pdf](https://lge.ces.uc.pt/pdf/LGE_Kit_ferramentas_digital.pdf)
- Ferro, A. M. de. (1994). *Métodos e Técnicas Pedagógicas*. Edições Colibri.
- Fonseca, C., Brás, D., & Araújo. (2018). *Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal*. 37(2).
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fundação Francisco Manuel Dos Santos. (2021). *Taxa bruta de mortalidade*. Pordata. <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>
- Fundação Francisco Manuel Dos Santos. (2023). *Europa—Índice de envelhecimento*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Fundação Francisco Manuel Dos Santos. (2024). *População—População residente*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>
- Guarda, L. (2024). *Perfil de Saúde Arco Ribeirinho – 2024*.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-

- segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.<sup>a</sup> ed.).
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Destaque: Causas de morte – 2022 (versão retificada em 20 de maio de 2024)*.
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Johnson, C., Nguyen, M., & Roth, G. (2019). *Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *Lancet Neurol*.
- Kickbusch, I. (2008). *Healthy societies: Addressing 21st century health challenges*. Dept. of the Premier and Cabinet.
- Laverack, G. (2022). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>
- Lima, E. L. Q. de, Pinheiro, G. C. C., Freire, I. F. D. Q., Sousa, M. E. S. de, & Sousa, M. N. A. (2024). Solidão na pessoa idosa: Fatores de risco, impactos e intervenções. *E-locução*, 1(25), 108–131. <https://doi.org/10.57209/e-locucao.v1i25.588>
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>

- Loureiro, I., Miranda, N., & Pereira Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: Refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1ª edição impressa). Lidel.
- Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (Eighth edition). Pearson.
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e florescências em todos os caminhos*. Lusociência.
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio* (1a. edição). Chiado Editora.
- OE. (2017). *REPE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-0517.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-0517.pdf)
- Oliveira, A., Fernandes, A., Fialho, A., & Conceição, A. (2022). *Plano de Atividades da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio*. [https://www.uspas.pt/docs/plano-atividades\\_2022-2024.pdf](https://www.uspas.pt/docs/plano-atividades_2022-2024.pdf)
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*. <https://doi.org/10.37774/9789275726587>
- Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum*, 54(3), 315–327. <https://doi.org/10.1111/nuf.12331>

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice* (Pearson new international edition, sixth edition). Pearson.
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Conass.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artmed.
- Prochaska, J. O. (2008). Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making*, 28(6), 845–849.  
<https://doi.org/10.1177/0272989X08327068>
- Regulamento n.º 140/2019 da OE. (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750*.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 348/2015 da OE. (2015). *Diário da República n.º 118/2015, Série II de 2015-06-19*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>
- Regulamento n.º 428/2018 da OE. (2018). *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, 19354 – 19359*.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- República Portuguesa. (2024). *Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*. [https://envelhecimentoativo.pt/wp-content/uploads/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023\\_2026\\_v1.pdf](https://envelhecimentoativo.pt/wp-content/uploads/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023_2026_v1.pdf)
- Rodrigues. (2021a). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon Inpertational Press.

- Rodrigues, F. M. (2021b). *A Saúde Planeada: Metodologia Colaborativa com a Comunidade*. Lisbonpress.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (7th ed). Mosby Elsevier.
- Svenson, G. R. (1998). *Os jovens e a prevenção da SIDA. Guia Europeu de Educação pelos Pares*. Comissão Europeia.  
<https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/HIV%20AIDS%20102por.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde.
- United Nations. (2023). *Leaving no One Behind In An Ageing World—World Social Report*. <https://social.desa.un.org/sites/default/files/publications/2023-02/WorldSocialReport2023.pdf>
- Universidade Católica Portuguesa. (2024). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem*. Lisboa: Escola de Enfermagem.
- Universidade Católica Portuguesa (s.d.). (sem data). *Pós-Graduação em Comunicação em Saúde Pública*. <https://fch.lisboa.ucp.pt/pt-pt/epgfa/pg-comunicacao-em-saude>
- Wafa, H., Wolfe, C., & Emmett, E. (2020). *Burden of Stroke in Europe: Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years*.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347879/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471-eng.pdf>

- WHO. (1986). *Carta de Ottawa: Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*.  
[https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta\\_de\\_Otawa\\_Nov\\_1986.pdf](https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf)
- WHO. (1997). *The Jakarta Declaration: On leading health promotion into the 21st century*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-4ICHP-BR-97.4>
- WHO. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/handle/10665/186463>
- WHO. (2018). *Declaration of Astana*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- WHO. (2022). *Relatório mundial sobre o idadismo*. Pan American Health Organization.  
<https://doi.org/10.37774/9789275724453>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937–952.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

## APÊNDICES

**Apêndice I**  
Cronograma de Gantt

# Cronograma de *Gantt*

Atividade / Fases do Planeamento em Saúde	Setembro			Outubro					Novembro				Dezembro		
	2ª sem	3ª sem	4ª sem	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	5ª sem	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	1ª sem	2ª sem	3ª sem
Pesquisa Bibliográfica															
Diagnóstico de Situação															
Definição de Prioridades															
Fixação de Objetivos															
Seleção de Estratégias															
Elaboração de Programa / Projetos															
Preparação da Execução															
Execução															
Monitorização															
Avaliação															
Elaboração do relatório final															

**Apêndice II**  
Análise SWOT

Análise *SWOT* (Rodrigues, 2021)

	Positivo	Negativo
<b>Interno</b>	<p><b>Strengths (Forças)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motivação para a implementação de um projeto comunitário com a metodologia do planeamento em saúde</li> <li>✓ Experiência profissional em contexto de ERPI</li> <li>✓ Possibilidade de participar num programa de qualidade da ULSAR</li> <li>✓ Conhecimentos adquiridos no estágio anterior, numa Unidade de Cuidados na Comunidade</li> <li>✓ Colaboração e participação no projeto de vacinação covid 19 e gripe sazonal no outono/inverno 2021/2022</li> <li>✓ Participação num projeto da ONG Médicos do Mundo, no âmbito da Literacia, numa população vulnerável na Índia, em 2009</li> </ul>	<p><b>Weakness (Fraquezas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Baixo nível de conhecimento sobre as estratégias de literacia em saúde eficazes</li> <li>✓ Falta de experiência na implementação de projetos de intervenção comunitária</li> <li>✓ Pouca habilidade de comunicação em público</li> </ul>
<b>Externo</b>	<p><b>Oportunities (Oportunidades)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desenvolver competências no âmbito do planeamento em saúde</li> <li>✓ Melhorar e aprofundar conhecimentos em literacia em saúde, capacitação de grupos e comunidades, e empoderamento comunitário</li> <li>✓ Identificar estratégias de literacia em saúde potenciadoras das mudanças desejadas</li> <li>✓ Interação com a população alvo</li> <li>✓ Compreender a importância da interação com os Stakeholder</li> <li>✓ Desenvolver a capacidade de comunicação em público</li> <li>✓ Crescimento profissional e pessoal</li> </ul>	<p><b>Threats (Ameaças)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Curto período de estágio</li> <li>✓ Autorizações no âmbito da implementação do projeto</li> </ul>

### **Apêndice III**

Pedido formal enviado por email à Coordenadora da USP e ao Enfermeiro gestor da ULS Arco Ribeirinho em substituição do Diretor Executivo da ULS Arco Ribeirinho para autorização de divulgação e posterior resposta

Exma. Sra. Coordenadora da USP Arnaldo Sampaio, Dra. Lina Guarda e Exmo. Sr. Enfermeiro Gestor Paulo Silva

Assunto: Pedido de autorização para divulgação do nome da instituição e do orientador no âmbito da implementação de projeto comunitário em contexto de estágio

No âmbito do protocolo entre a Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa / ULSAR eu, Ana Pinto de Azevedo, Licenciada em Enfermagem, a frequentar o 17º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar estágio final e relatório na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio, no polo de Alcochete com a orientação da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária Patrícia Martins e sob a orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Elisa Garcia, entre 9 de setembro a 19 de dezembro de 2024.

Encontro-me a desenvolver o meu projeto de intervenção comunitária de capacitação de seniores na temática da prevenção de doenças cardiovasculares, com base nas etapas da metodologia do planeamento em saúde, no âmbito do regular funcionamento das atividades desenvolvidas pela Enfermeira Orientadora no Programa Viver + com saber: Literacia em Saúde. Para a implementação do projeto não terei necessidade de consulta ou utilizar nem recolher dados dos sistemas de informação da ULSAR ou dados de saúde de utentes. Solicito autorização para a divulgação do nome da orientadora da prática clínica, da vossa instituição e dos vossos logotipos no relatório final que será tornado público, respeitando a legislação vigente sobre a proteção de dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, e solicito uma resposta breve, tendo em conta o tempo disponível para a implementação das fases precedentes ao projeto de intervenção e ao curto período do estágio.

À superior consideração V. Exª,  
Alcochete, 5 de dezembro de 2024

---

(Ana Pinto de Azevedo)



Lina Maria Guarda | DSP | ULS Arco Ribeirinho <lina.guarda@ulsar.min-saude.pt>

Para: Você; Paulo Manuel Ferreira Silva | DSP | ULS Arco Ribeirinho

Cc: Patricia Dias Ribeiro Martins | DSP | ULS Arco Ribeirinho; Elisa Maria Bernardo Garcia

Iniciar a responder com:

[Ok.](#)

[Agradecemos.](#)

[Agradeço o retorno.](#)

Muito boa tarde,

Nada a opor à utilização do nome e logo da USPAS.

Bom fim de semana.

Com os melhores cumprimentos.

Lina Guarda  
Delegada de Saúde Coordenadora  
Saúde Pública Arnaldo Sampaio  
Rua Capitão Salgueiro Maia  
2890 - 041 Alcochete



Boa tarde, Exma Colega Ana Pinto de Azevedo  
Aluna de Mestrado Universidade Católica Portuguesa.

Espero que se encontre bem.

Tem a minha total concordância para que lhe seja dada a devida autorização face ao seu pedido.

Aguarde pelo parecer final que lhe será enviado, brevemente pela Dr<sup>a</sup> Lina Guarda, a nossa Coordenadora da USPAS.

Votos de continuidade de excelente trabalho na USPAS, sob a supervisão da Enf<sup>a</sup> Especialista Patricia Martins, quanto à sua investigação.

Grato pela atenção.

**Atenciosamente,**

Paulo Silva  
Enfermeiro Gestor, MSc.  
Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio  
Rua D. José Cárcamo Lobo, 2835-423 Lavradio  
+351 212 069 811 | [ulsar@min-saude.pt](mailto:ulsar@min-saude.pt)



## **Apêndice IV**

Guião para reunião exploratória a peritos para auscultação de necessidades

## **Diagnóstico de Situação – Guião para reunião exploratória para auscultação de necessidades**

### **Participantes**

- Dra. Lina Guarda, Coordenadora da USPAS
- Enfermeira Patrícia Martins (Enfermeira Orientadora) e gestora do Programa Viver + com Saber – Literacia em saúde

### **Âmbito**

Com a realização desta reunião pretende-se identificar necessidades no âmbito da literacia em saúde na prevenção de doenças cérebro cardiovasculares na comunidade sénior, que contribuam para a fase de diagnóstico de situação do projeto.

### **Objetivos da reunião**

- Identificar a importância do Programa para a comunidade local
- Apresentar em linhas gerais a proposta do projeto de intervenção comunitária
- Auscultar a perceção dos peritos sobre as necessidades do projeto de intervenção na área da prevenção de doenças cérebro cardiovasculares dos seniores que participam no Programa
- Identificar as necessidades de literacia em saúde percecionadas pelos peritos no âmbito da temática proposta

### **Guião:**

- Apresentação e agradecimentos

- Enquadramento do estágio no âmbito do Programa Viver + com Saber – Literacia em saúde da USPAS
- Enquadramento e justificação do tema proposto com base na identificação de necessidades prévias no âmbito do Programa
- Pedido de autorização verbal para anotar as respostas para utilizar na fase de diagnóstico de situação a descrever no relatório final.

### **Questões Guia para entrevista semiestruturada**

- Considera uma mais-valia o Programa Viver + com Saber - Literacia em saúde para a população da área de abrangência da USPAS?
- Considera que a capacitação dos seniores que integram o Programa na área das doenças cérebro cardiovasculares pertinente?
- Considera que era pertinente que o projeto permitisse criar embaixadores que posteriormente pudessem difundir os conhecimentos com outros grupos integrados no Programa Viver + com Saber - Literacia em saúde, com a metodologia de educação por pares?
- Na comunidade sénior local consegue identificar quais os principais episódios cardíacos?
- Existe alguma sugestão ou comentário que gostariam de acrescentar?

### **Notas adicionais**

- Agradecimento pela atenção e tempo dispensado
- Solicitar a possibilidade de validação da transcrição da entrevista

## **Apêndice V**

Questionário de caracterização sociodemográfica da população alvo do projeto de intervenção comunitária

Caracterização sociodemográfica dos seniores que integram o projeto de intervenção comunitária:

- Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
- Qual a sua Naturalidade? \_\_\_\_\_
- Qual o seu estado civil? (solteiro(a)/casado(a)/viúvo(a) \_\_\_\_\_
- Qual o género (feminino ou masculino)? \_\_\_\_\_
- Com quem vive habitualmente? \_\_\_\_\_
- Qual o seu grau de escolaridade? \_\_\_\_\_
- Qual a atividade que desempenhava na idade ativa (antes de se reformar)? \_\_\_\_\_
- Já realizou alguma atividade na comunidade (por exemplo: voluntariado, campanha de solidariedade, etc)? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua participação!**

Barreiro, 22 de outubro de 2024

\_\_\_\_\_  
(Ana Pinto de Azevedo)

## **Apêndice VI**

Guião orientador do *brainstorming*

**Técnica:** *Brainstorming*
**Instrumento:** Guião orientador de *brainstorming*
**Data:** 19 de novembro de 2024 - 16h

**Alvo:** População alvo – embaixadores do projeto – “Literacia em saúde capacitação da comunidade sénior para a prevenção de DCC: intervenção de enfermagem comunitária”

<b>MODERADORA</b>	Enf.ª Ana Azevedo, mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa		
<b>PARTICIPANTES</b>	População alvo		
<b>DATA</b>	19 novembro 2024	Hora: 16h	Duração: 30min – 1h
<b>ESTRUTURA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>QUESTÕES</b>
<b>INTRODUÇÃO (ORIENTAÇÃO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proceder à apresentação dos intervenientes do <i>brainstorming</i></li> <li>✓ Explicar o propósito da realização do <i>brainstorming</i></li> <li>✓ Garantir a proteção de dados, confidencialidade e anonimato de todas as informações colhidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sublinhar a importância do contributo dos participantes</li> <li>✓ Referir que toda a informação será objeto das devidas questões éticas relacionadas com a proteção de dados, confidencialidade e anonimato aplicáveis</li> </ul>	Estão esclarecidos sobre as razões que levaram à realização deste <i>brainstorming</i> ?
<b>DESENVOLVIMENTO (PREPARAÇÃO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clarificar as principais áreas de interesse dentro da temática da prevenção de DCC, por parte dos seniores</li> <li>✓ Reconhecer quais as necessidades da comunidade sénior na prevenção de DCC</li> <li>✓ Determinar as áreas de intervenção comunitária na comunidade sénior</li> <li>✓ Produzir uma elevada quantidade de ideias quanto ao tema</li> <li>✓ Envolver o grupo através de um processo participativo com as suas diferentes visões;</li> </ul>	Colocar as questões de forma clara e explícita aos participantes Adequar a linguagem face ao contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Na vossa perspetiva, como se previne as DCC?</li> <li>✓ Do vosso ponto de vista, quais os principais fatores de risco das DCC?</li> <li>✓ Em que medida consideram que os hábitos de vida saudáveis previnem as DCC?</li> <li>✓ Conhecem os sinais e sintomas de AVC, IC e EAM?</li> <li>✓ Quais são os fatores que influenciam estas doenças?</li> <li>✓ No vosso entender, o que consideram de maior relevância/pertinência para o conteúdo do e-book?</li> </ul>
<b>CONCLUSÃO (ANÁLISE E IDEIAÇÃO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionar os participantes no sentido de saber se pretendem colocar alguma questão ou acrescentar alguma informação</li> <li>✓ Agradecer a disponibilidade e colaboração dos participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e/ou sugestões</li> <li>✓ Formalizar os agradecimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Querem colocar alguma questão?</li> <li>✓ Querem acrescentar alguma informação?</li> <li>✓ Obrigada pela vossa disponibilidade e colaboração!</li> </ul>

## **Apêndice VII**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu Ana Pinto de Azevedo, enfermeira e mestranda do 17º curso de Mestrado em Enfermagem de especialização em Enfermagem Comunitária: área de enfermagem comunitária e de saúde pública da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a realizar o “estágio final e relatório”, na USPAS da ULS Arco Ribeirinho, sob orientação clínica da Enfermeira Especialista e Mestre Patrícia Martins, e orientação pedagógica e científica da Profª Doutora Elisa Garcia, pretendo implementar um projeto com a comunidade sénior do Barreiro, que integra o Programa Viver + com saber - literacia em saúde, para a sua capacitação na prevenção de doenças cérebro cardiovasculares. Nesse sentido, venho solicitar a sua colaboração para participar no projeto, com o tema e da capacitação de embaixadores. A informação obtida tem como objetivo um projeto, o qual se destina a fins científicos, no âmbito académico.

Eu, abaixo assinada(o), compreendi que, para o efeito, será realizada uma reunião e que participarei gratuitamente, sendo-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste projeto são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a participação no projeto, sem nenhum tipo de penalização por este fato. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e de esclarecer dúvidas. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato e cumprindo os procedimentos éticos e deontológicos.

Informo que estarei disponível para qualquer esclarecimento que considere necessário e que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, anulando este consentimento, sem qualquer prejuízo para si. Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicita-se o favor de assinar este documento que posteriormente, será assinado por mim. Agradeço desde já a sua colaboração que é muito importante para o desenvolvimento deste projeto.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da mestranda: \_\_\_\_\_

Local e data: Barreiro, 22 de outubro de 2024

### **Apêndice VIII**

Declaração de autorização e cedência de direitos de imagem e direitos sobre material educativo desenvolvido no projeto

**Declaração de autorização e cedência de direitos de imagem e direitos sobre material educativo desenvolvido no Projeto: Capacitar para prevenir com (cor)ação**

No âmbito do Projeto “Literacia em Saúde na capacitação da comunidade Sénior para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares: Intervenção de Enfermagem Comunitária”, desenvolvido no “estágio final e relatório” do 17º curso de Mestrado em Enfermagem de especialização em enfermagem comunitária: área de enfermagem comunitária e de saúde pública da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, no âmbito do Programa Viver + com Saber - Literacia em saúde em saúde da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio da ULS Arco Ribeirinho, no qual acordei participar de forma voluntária mediante consentimento prévio, serão recolhidas imagem, voz e haverá lugar à construção de material educativo.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, declaro que cedo de forma voluntária e a título gratuito os direitos de imagem e áudio associados à minha participação no projeto acima referido, nomeadamente à recolha de fotografias ou informações digitais, individualmente ou em grupo, total ou parcialmente e dou o meu consentimento para as mesmas serem divulgada publicamente no âmbito do Projeto Literacia em Saúde na capacitação da comunidade sénior para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares: Intervenção de Enfermagem Comunitária e do Programa Viver + com Saber - Literacia em saúde da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio da ULS Arco Ribeirinho.

Declaro, que cedo os direitos de autoria do material educativo elaborado com a minha participação para que o mesmo possa ser divulgado no âmbito Projeto supracitado.

Declaro ainda que cedo as imagens, áudios e material educativo, para efeitos de distribuição e divulgação no website da USPAS e dos seus parceiros, no youtube e redes sociais (Twitter, LinkedIn, Facebook e Instagram) em todo o território nacional e internacional.

Em qualquer momento, tenho o direito de aceder aos meus dados e retirar o consentimento. Caso retire o meu consentimento, tal não compromete a licitude do tratamento efetuado até essa data. Para qualquer esclarecimento adicional posso contactar a Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio por telefone, presencialmente ou por correio eletrónico.

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para as finalidades por mim assinaladas, nos termos acima referidos.

Assinatura do participante

---

Assinatura da mestrandia

---

Local e data:

Barreiro, 19 de novembro de 2024

## **Apêndice IX**

Transcrição da gravação do brainstorming e matriz da análise de conteúdo do  
brainstorming

## Transcrição da gravação do áudio do *brainstorming* de 19 de novembro de 2024

A – C

B – I

C – M

D – J

E – MV

F - M

G – MJ

### Questões

- 1- Na vossa perspetiva, como se previne as DCC?

#### **Fatores protetores:**

A – “alimentação saudável; exercício físico; sono e repouso”

B – “socialização; comunicação; voluntariado, recebemos muito e é das melhores coisas que eu faço... adoro dar de mim; obesidade, ingestão excessiva de alimentos; ingestão excessiva de sal e gorduras; dedicarmo-nos ao outro, dá-nos uma certa autoestima, e isso ajuda a sentirmo-nos bem; o facto de nos sentirmos bem, faz-nos raciocinar melhor; ir à UTIB, a UTIB é um medicamento, é um ansiolítico; abraçar uma árvore e sentir a sua seiva; o artesanato, pois estimula a nossa mente”

C – “evitar o excesso de álcool e café; obesidade; alimentação cuidada; exercício físico; voluntariado que faço há muitos anos; fiz voluntariado com carenciados, e isso ensinou-me muito... nós damos muito de nós, mas aprende-se muito mesmo; é uma troca de saberes e experiências; era muito trabalhoso e cansativo...arranjar a alimentação para os carenciados, lavar as loiças...era até à meia-noite..., mas como faço de vontade, é muito gratificante; ler”

D – “treinar o cérebro (puzzles, palavras cruzadas); evitar o isolamento; vida ativa; evitar o excesso de gordura; em vez de estar rodeado de pessoas no centro do Barreiro, eu prefiro ir para a Quinta Branquam, ver e ouvir os pássaros e estar em

contato com a natureza; quando vou ao centro do Barreiro vejo comportamentos menos próprios duma comunidade; vejo as pessoas agarradas ao telemóvel ... isso causa-me ansiedade”

F – “alimentação saudável; exercício físico; promoção do desporto; caminhadas, andar na UTIB; dança; socialização; jogos; voluntariado (eu faço 3x / semana em associações e num clube de idosos; evitar o isolamento; ler para outras pessoas, é outra forma de voluntariado; ir ao jardim, a um parque, estar num ambiente puro”

G – “voluntariado; evitar o isolamento”

2- Do vosso ponto de vista, quais os principais fatores de risco das DCC?

**Fatores de risco:**

A –

B – “ansiedade; conflitos familiares”

C – “stress e ansiedade”

D – “as notícias falsas provocam ansiedade e perturbações; a família também transmite desamparo quando as ideias são diferentes, ou seja, a diversificação das ideias, leva a situações de ansiedade e angústia; tabagismo e ser fumador passivo”

E –

F – “HTA; colesterol; isolamento; stress; obesidade; fator ocupação, as pessoas vêm muita televisão e muitas notícias porque falta-lhes a ocupação... se as pessoas estiverem mais ocupadas não vêm tanta desgraça”

G – “obesidade; fatores não modificáveis, como a genética; sedentarismo; o *fast-food*”

3- Em que medida consideram que os hábitos de vida saudáveis previnem as DCC?

**Fatores protetores:** (respostas à questão nº 1)

4- Conhecem quais os sinais e sintomas de AVC, IC e EAM? (sinais e sintomas)

**AVC:**

A – “falta de visão, falta de força; alteração da fala; face ao lado”

B –

C – “falta de força; falta de visão”

D –

E –

F – “HTA; dores de cabeça; náuseas; falta de equilíbrio; alteração da fala”

G – “boca ao lado”

**IC:**

A –

B –

C – “falta de ar; dormência no braço”

D – “extremidades frias”

E – “dor no peito; cansaço; dor no braço ou nas extremidades”

F – “cansaço”

**EAM:**

A – “dor no peito”

B –

C – “no meu ver, na minha ignorância penso que são os mesmos da IC”

D – “suores frios”

E –

F – “vômitos, falta de visão; suores; dificuldade em falar; taquicardia; confusão; conversa confusa, palavras sem nexos”

G –

5- Quais são os fatores que influenciam estas doenças? **Fatores de risco** (respostas à questão nº 2)

6- No vosso entender, o que consideram de maior relevância/pertinência para o conteúdo do e-book? (**conteúdo para o e-book**)

A –

B – “como ligar para o 112; prevenção é a base”

C – “prevenção”

D – “prevenção dos fatores de risco; envelhecimento ativo e saudável”

E –

F – “como agir perante os sinais e sintomas; linha verde AVC”

G – “fatores de risco; informar para que as pessoas possam evitar os fatores de risco; como agir perante os sinais e sintomas; ensinar as pessoas a identificarem o problema.

## Sénior VS Pessoa idosa

B – “sénior: porque já atingiu uma certa idade; pode ter idade e não ser velha; quando dizem “velho” é mais depreciativo”

C – “pessoa idosa dá a impressão de pessoa velhota”

D – “sénior: pessoa mais preparada, mais madura; é como no futebol, há os infantis, os juvenis e há os seniores; em africa dizer que a pessoa é velha, é um posto”

E – “sénior é uma palavra menos pesada”

F – “sénior: pessoa mais informada; há pessoas que dizem “o velho” com carinho, ou “velhote”

G – “sénior é uma conotação mais desportiva, parece os graus das modalidades desportivas; como atuar perante a situação de presenciarmos alguém com os sintomas, sabermos relatar ao 112”

Todos participantes afirmaram que “pessoa idosa” não tem conotação negativa.

### Quadro - matriz da análise de conteúdo do *brainstorming*

Tema	Categorias identificadas	Respostas (unidade de contexto)
<b>Fatores protetores</b>	Hábitos de vida saudáveis	“alimentação saudável” (A); “exercício físico” (C); “sono e repouso” (F)
	Convívio e socialização	“voluntariado e atividades de interação social” (B, C, F, G)
	Bem-estar mental e criatividade	“artesanato, leitura, exercícios cognitivos (puzzles, palavras cruzadas) e contato com a natureza” (B, C, D)
	Práticas alternativas	“abraçar árvores, estar na UTIB, dançar” (B, D, F)
<b>Fatores de risco</b>	Condições de saúde	“ansiedade, stress, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, colesterol elevado” (B, C, D, F, G)
	Hábitos nocivos (ou prejudiciais)	“tabagismo, consumo de <i>fast-food</i> , excesso de álcool e café” (C, D, G)
	Impacto ambiental e cultural	“Exposição excessiva às notícias negativas, conflitos familiares” (D, F).
<b>Sinais e sintomas</b>	AVC	“Alteração da fala, falta de força, boca ou face desviada” (A, C, F, G).
	IC	“Cansaço, falta de ar, extremidades frias, dor no peito” (C, D, E, F).
	EAM	“Dor no peito, suores frios, taquicardia, confusão” (A, D, F).
<b>Conteúdo para o e-book</b>	Informativo	“Prevenção, fatores de risco, sinais e sintomas” (B, C, D, G).
	Prático	“Como agir diante dos sinais, instruções para ligar ao 112, linha verde AVC” (F, G).

## **Apêndice X**

Resumo e fluxograma PRISMA referente à *scoping review*: Estratégias de intervenção na promoção da literacia em prevenção de doenças cérebro cardiovasculares na comunidade sénior

## Resumo

Introdução: O envelhecimento da população representa um fenómeno da atualidade, de interesse comum, que condiciona determinadamente a vida em sociedade. O número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deve duplicar, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão em 2050 (United Nations, 2023).

A Organização das Nações Unidas, em 2020, declarou a Década do Envelhecimento Saudável 2021 – 2030, com o objetivo de construir uma sociedade para todas as idades (World Health Organization, 2020). A Década tem como propósito promover o envelhecimento saudável e melhorar o bem-estar das pessoas idosas, de forma a promover a saúde, a prevenir as doenças, a manter da capacidade intrínseca e a permitir a habilidade funcional (World Health Organization, 2020).

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCC) constituem um dos maiores desafios de saúde pública global. Estas abrangem um leque de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo o acidente vascular cerebral (AVC), o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a insuficiência cardíaca (IC), que se encontram entre as principais causas de mortalidade e morbidade no mundo.

A literacia em saúde (LS) é um fator determinante para a prevenção de DCC na população idosa. O conhecimento sobre estratégias eficazes na promoção da LS pode contribuir para a redução da incidência dessas doenças e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Objetivo: Mapear o conhecimento científico sobre as intervenções ou estratégias promotoras da literacia em saúde na prevenção de DCC na comunidade sénior.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma *scoping review* segundo as recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (JBI). A questão de revisão que se colocou, segundo o acrónimo PCC (População, Contexto, Conceito), foi “Qual o conhecimento disponível sobre a promoção da literacia em saúde na prevenção de DCC na comunidade sénior?”. A população abrangida são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, no contexto mundial e o conceito é a promoção da literacia em saúde na prevenção de DCC.

Em novembro de 2024, foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas: CINAHL Complete EBSCO, Cochrane Library, Medline Complete EBSCO, Psychology & Behavioral Sciences Collection, APA PsycArticles EBSCO, PubMed, SPORTDiscus,

Scopus, Web of Science, Repositório Científico de acesso aberto de Portugal, ProQuest Dissertations & Theses e BASE (Bielefeld Academic Search Engine). Os conceitos de pesquisa definidos foram: “health literacy” OR “health knowledge” e “cardiovascular diseases” OR “Cerebrovascular Disorders” OR stroke OR “Myocardial Infarction” OR “heart failure” e “health promotion” e “aged”. Os decriptores MeSH da pesquisa são o conceito aged e o conceito “health promotion”. Procedeu-se ao cruzamento de dados com operadores [AND] e [OR], nas diferentes bases de dados. Os limitadores utilizados na pesquisa foram: o limitador de idade (mais de 65 anos) e o limitador temporal (2018-2024). Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados através de fluxograma PRISMA.

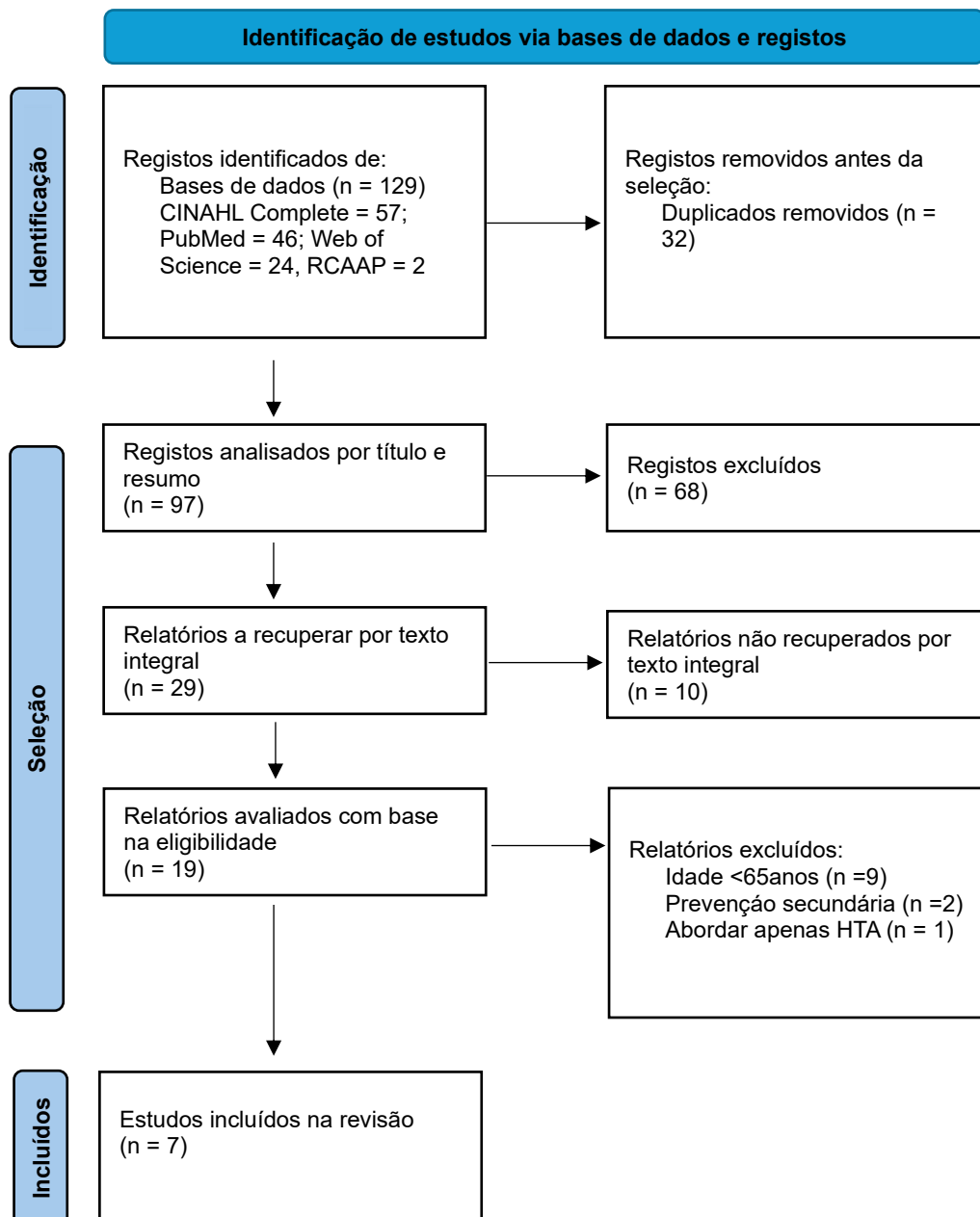
Resultados: Foram identificados 129 artigos nas bases de dados: CINAHL, Medline, PubMed, Cochrane, Scopus e B-ON, dos quais se removeram 32 por duplicação. Dos 57 artigos restantes, excluíram-se, pelo título, pelo resumo e, por falta de texto completo, 68 artigos. Assim, para leitura integral, foram elegidos 19 artigos, dos quais foram excluídos 12 artigos por falta de conteúdo pertinente, identificando-se, como amostra final, 7 artigos. A análise dos artigos permitiu-nos compreender que o baixo conhecimento relacionado aos fatores de risco ligados às DCC e à alta prevalência de hipertensão, obesidade e sedentarismo, coloca a população em alto risco de desenvolver DCC. O conhecimento sobre os fatores de risco de DCC comuns na população, os seus comportamentos de risco e perceções relacionadas com a saúde cardíaca são necessários para entender as suas necessidades reais. Obter essas informações é importante para os programas de conscientização focados na saúde e envolver a população em comportamentos saudáveis (Andrabi et al, 2024). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel fundamental no aumento do conhecimento dos fatores de risco das DCC, na aquisição e manutenção de comportamentos de estilo de vida saudáveis. Recomenda-se que enfermeiros de saúde pública sensibilizem a população sobre fatores de risco para DCV e comportamentos de estilo de vida saudável no âmbito do seu serviço ambulatorio e clínico, identifiquem as dificuldades que as pessoas experimentam na adaptação a comportamentos de promoção da saúde e discutam possíveis soluções (Cuvadard & Yazici, 2023). Um melhor conhecimento sobre fatores de risco cerebrovascular, pode estimular as pessoas a adotarem comportamentos preventivos

ativos, levando assim à diminuição da incidência de problemas futuros cerebrovasculares (Eshah, 2013).

Conclusão: As DCC representam um desafio significativo para a saúde pública, pelo que a implementação de estratégias abrangentes, focadas na prevenção e no controle dos fatores de risco, é crucial para reduzir a carga dessas doenças. A articulação entre os sistemas de saúde, a sociedade civil e os indivíduos é fundamental para garantir o avanço nesse campo.

A promoção da LS é essencial para a prevenção de DCC na comunidade sénior. Intervenções que combinam educação, suporte profissional e tecnologia são mais eficazes para aumentar o conhecimento e estimular comportamentos saudáveis. No entanto, é necessário ultrapassar barreiras estruturais e culturais para garantir a inclusão e a participação ativa das pessoas idosas nestas iniciativas. No futuro, novos estudos devem explorar estratégias personalizadas e sustentáveis para ampliar o impacto dessas ações na saúde da população idosa.

Palavras-chave: comunidade sénior; literacia em saúde; envelhecimento saudável; doenças cérebro cardiovasculares.



## **Apêndice XI**

Planos de sessão para a construção do e-book

### Plano de sessão I

TEMA DA SESSÃO						
Prevenção da Doença Isquémica Cardíaca						
DATA	21 novembro 2024			LOCAL	Escola Conde Ferreira	
HORA	14h			DURAÇÃO	1h	
DESTINATÁRIOS	População alvo – embaixadores do projeto – “Literacia em saúde capacitação da comunidade sénior para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares: intervenção de enfermagem comunitária”					
PRELETORES	Enfª Ana Azevedo – Mestranda do curso XVII de mestrado em enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa. Colaboração de: Enfª Patrícia Martins					
OBJETIVOS	GERAL	Sensibilizar a população alvo para a importância da prevenção da doença isquémica cardíaca (DCI)				
	ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transmitir conhecimentos fundamentais sobre a prevenção da DIC; ensinar sobre os sinais e sintomas da DIC.</li> </ul>				
FASES	OBJETIVO	CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS PEDAGÓGICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentar o tema e os objetivos da sessão	Abertura da sessão Receção dos/as participantes Apresentação dos preletores, do tema e objetivos da sessão	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposição das cadeiras em U</li> <li>Breve apresentação verbal dos formadores e formandos</li> </ul>	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	5'
	Energizar a equipa Promover a motivação	<i>Icebreaker</i> – Dinâmica de equipa	Ativo	Jogo pedagógico – “Teia” (gostos pessoais)	Rolo de trapilho	15'
DESENVOLVIMENTO	Conhecer a prevalência e o conceito do EAM Identificar e saber o que fazer perante os sinais e sintomas do EAM	Promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde Sinais e sintomas do EAM Atuação perante os sinais e sintomas	Expositivo	Apresentação da temática	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	30'
CONCLUSÃO	Esclarecer dúvidas Consolidar conhecimentos Promover o bem-estar	Técnica de relaxamento Atividade lúdica	Participativo e interativo	Espaço para colocação de questões/sugestões Síntese/conclusão da sessão Movimento para relaxar. Música alusiva ao tema e ligada às emoções.	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	10'
AVALIAÇÃO	Aplicação de inquérito de avaliação de satisfação da sessão					5'

Total: 60 min

## Plano de sessão II

TEMA DA SESSÃO							Prevenção do Acidente Vascular Cerebral						
DATA		26 novembro 2024					LOCAL		Escola Conde Ferreira				
HORA		14h					DURAÇÃO		1h				
DESTINATÁRIOS		População alvo – embaixadores do projeto – “Literacia em saúde capacitação da comunidade sénior para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares: intervenção de enfermagem comunitária”											
PRELETORES		Enfª Ana Azevedo – Mestranda do curso XVII de mestrado em enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa. Colaboração de: Enfª Patrícia Martins											
OBJETIVOS		GERAL		Sensibilizar a população alvo para a importância da prevenção do Acidente Vascular Cerebral (AVC)									
		ESPECÍFICOS		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir conhecimentos fundamentais sobre a prevenção do AVC</li> <li>• Ensinar sobre os sinais e sintomas do AVC</li> </ul>									
FASES		OBJETIVO	CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS PEDAGÓGICOS	TEMPO						
INTRODUÇÃO	Apresentar o tema e os objetivos da sessão		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura da sessão</li> <li>• Receção dos/as participantes</li> <li>• Apresentação dos preletores</li> <li>• Apresentação do tema e objetivos da sessão</li> </ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposição das cadeiras em U</li> <li>• Breve apresentação verbal dos formadores e formandos</li> </ul>	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	5'						
	Energizar a equipa Promover a motivação		<i>Icebreaker</i> – Dinâmica de equipa	Ativo	Jogo pedagógico – “Problema aos saltos”	Balões	15'						
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a prevalência e o conceito de AVC</li> <li>• Identificar e saber o que fazer perante os sinais e sintomas do AVC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde</li> <li>• Epidemiologia e fisiopatologia do AVC</li> <li>• Sinais e sintomas do AVC</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Atuação perante os sinais e sintomas</li> </ul>	Expositivo	Apresentação da temática	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	30'							
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer dúvidas</li> <li>• Consolidar conhecimentos</li> <li>• Promover o bem-estar</li> </ul>	Técnica de relaxamento Atividade lúdica	Participativo e interativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço para colocação de questões/sugestões</li> <li>• Síntese/conclusão da sessão</li> <li>• Agradecimentos</li> <li>• Movimento para relaxar.</li> </ul>	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	10'							
AVALIAÇÃO		Aplicação de inquérito de avaliação de satisfação da sessão					5'						

Total: 60 min

### Plano de sessão III

TEMA DA SESSÃO						
DATA	5 de dezembro 2024			LOCAL		Escola Conde Ferreira
HORA	14h			DURAÇÃO		1h
DESTINATÁRIOS	População alvo – embaixadores do projeto – “Literacia em saúde capacitação da comunidade sénior para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares: intervenção de enfermagem comunitária”					
PRELETORES	Enfª Ana Azevedo – Mestranda do curso XVII de mestrado em enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa. Colaboração de: Enfª Patrícia Martins					
OBJETIVOS	GERAL Sensibilizar a população alvo para a importância da prevenção da IC					
	ESPECÍFICOS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir conhecimentos fundamentais sobre a prevenção da IC</li> <li>• Ensinar sobre os sinais e sintomas da IC</li> </ul>					
FASES	OBJETIVO	CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS PEDAGÓGICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentar o tema e os objetivos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura da sessão</li> <li>• Receção dos/as participantes</li> <li>• Apresentação dos preletores</li> <li>• Apresentação do tema e objetivos da sessão</li> </ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposição das cadeiras em U</li> <li>• Breve apresentação verbal dos formadores e formandos</li> </ul>	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	5'
	Energizar a equipa Promover a motivação	Icebreaker – Dinâmica de equipa	Ativo	Jogo pedagógico – “Elogio”	Balões	15'
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a prevalência e o conceito de IC</li> <li>• Identificar os sinais e sintomas da IC</li> <li>• Saber o que fazer perante os sinais e sintomas da IC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde</li> <li>• Epidemiologia e Fisiopatologia da IC</li> <li>• Sinais/sintomas da IC</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Atuação perante os sinais e sintomas</li> </ul>	Expositivo	Apresentação da temática	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	30'
CONCLUSÃO	Esclarecer dúvidas Consolidar conhecimentos Promover o bem-estar	Técnica de relaxamento Atividade lúdica	Participativo e interativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço para colocação de questões/sugestões</li> <li>• Síntese/conclusão da sessão</li> <li>• Agradecimentos</li> <li>• Movimento para relaxar.</li> </ul>	Computador portátil, Microsoft PowerPoint® e projetor	10'
AVALIAÇÃO	Aplicação de inquérito de avaliação de satisfação da sessão				5'	

Total: 60 min

## **Apêndice XII**

Diapositivos de suporte às sessões de educação para a saúde



## Prevenção da Doença Isquémica Cardíaca




Mestranda Ana Azevedo  
 Sob orientação: En<sup>h</sup> Patricia Martins  
 21 de novembro de 2024

Sessão de Educação para a Saúde

1

## Conteúdos



- Apresentação
- Objetivos
- Promoção de saúde na comunidade
- Estado de saúde da população
- Estado de saúde da população do Arco Ribeirinho
- Doenças isquémicas cardíacas: Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)
  - Perspetiva histórica / Epidemiologia / Fisiopatologia
  - Consequências da isquémia miocárdica
  - Sinais e sintomas
- Exemplos / exercícios práticos
- Referências bibliográficas

2

## Objetivos da sessão

- Saber em que consiste a prevenção primária
- Conhecer o conceito de promoção de saúde na comunidade
- Conhecer de forma geral o estado de saúde da população
- Conhecer a prevalência das Doenças Isquémicas do Coração (DIC)
- Aprender o conceito de EAM
- Identificar e conhecer os sinais e sintomas do EAM
- Saber o que fazer perante os sinais e sintomas do EAM

3

## Apresentação/Dinâmica ativa



4

## O que é a Prevenção primária ?



5



6



7



8



9



10

### Doenças isquémicas cardíacas (DCI): Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Perspetiva histórica**

- Em 1647 William Harvey identificou a "doença das artérias coronárias"
- Em 1989 Eugene Braunwald classificou o EAM

11

### Doenças isquémicas cardíacas (DCI): Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Epidemiologia**

- a DCI lideram as causas de morte e de incapacidade a nível mundial
- Maior incidência nos países menos desenvolvidos
- Em 2016 a DCI - 7,3 milhões mortes em Portugal
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta até 2045 como maior causa de morte na Europa
- A DCI foi responsável por 95,4 milhões de anos de vida saudável perdidos em 2013 em Portugal

12

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Fisiopatologia**

Resulta de um desequilíbrio entre o aporte e o consumo de oxigênio pelo miocárdio e pode levar a disfunção e lesão celular.

A causa mais frequente é a redução do fluxo sanguíneo coronário por doença coronária obstrutiva aterosclerótica.

Pode ser agravada pelo desenvolvimento de trombas nas veias e/ou diminuição do calibre ou por insuficiente face a um aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio (Fujachado GI, V. 2021, p.349)



13

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Consequências da isquemia miocárdica**

- Lesão miocárdica e necrose celular (morte das células)
- A extensão da lesão depende da massa miocárdica atingida pela isquemia, magnitude e duração



14

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Sinais e sintomas**

Dor, pressão ou aperto no peito

Irradiação da dor – braço esquerdo, pescoço, mandíbula, braços ou dorso



15

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Síntomas acompanhantes**

- Transpiração intensa, náuseas e vômitos
- Sensação de falta de ar e perda de consciência
- Cerca de 30% das pessoas (geralmente mulheres, idosos e diabéticos) apenas apresentam estes sintomas



16

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Diagnóstico**


- Eletrocardiograma (ECG)
- Análises sanguíneas (troponinas cardíacas)



<https://www.youtube.com/watch?v=T6Ea0THKJYg>

17

## Via verde Coronária - 112



O 112 é a via preferencial através da qual os cidadãos devem pedir ajuda, pois reduz o intervalo de tempo até ao início da avaliação, diagnóstica, terapêutica e do transporte para unidade hospitalar.

As vítimas de EAM são encaminhadas, tendo acesso a um tratamento mais rápido e eficaz nas unidades de cuidados intensivos coronários ou salas específicas.

O encaminhamento dos doentes pela Via Verde é feito com base em critérios clínicos. O tratamento é mais eficaz quando realizado num curto intervalo de tempo após o início dos sintomas.

18

### Ligar para o 112



Quem atende?

O que abre?

Quando desliga?

QUANDO DEVE LIGAR?



**SNS 24**  
808 24 24 24



**INEM**  
112

19

### Ligar para o 112



- Quem – idade / género
- O Quê e Como – como está a pessoa, o que se passou, qual o contexto
- Onde – morada, pontos de referência

Só desligamos depois de saberem onde estamos

Vamos treinar...

20

### Relaxamento



<https://www.youtube.com/watch?v=VUGP5341Pg>

21

Muito obrigada pela vossa presença e colaboração!!



22

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Sessão de Educação para a Saúde

Mestranda Ana Azevedo  
 Sob orientação: Enfª Patricia Martins  
 26 de novembro de 2024

1

## Conteúdos

- Apresentação
- Objetivos
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
  - Epidemiologia
  - Fisiopatologia
  - Fatores de risco
  - Fatores protetores
  - Manifestações clínicas / sinais e sintomas
- Exemplos / exercícios práticos.
- Referências bibliográficas

2

## Objetivos da sessão

- Conhecer a prevalência do Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Aprender o conceito de AVC e os vários tipos de AVC
- Identificar e conhecer os sinais e sintomas do AVC
- Identificar os fatores de risco do AVC
- Identificar os fatores protetores do AVC
- Saber o que fazer perante os sinais e sintomas do AVC

3

## Dinâmica ativa

4

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

### Fatores de Risco e Prevenção

O tempo é o maior poder contra o AVC

<https://www.youtube.com/watch?v=43yclD9P4>

5

## Estado de Saúde da População

Doença	% da carga de doença e incapacidade (DALYs) em 2019	% da carga de doença e incapacidade (DALYs) em 2019
Doença cardíaca	16,8	16,8
Doença oncológica	15,2	15,2
Doença respiratória	12,5	12,5
AVC	11,7	11,7
Doença infecciosa	11,2	11,2
Doença mental	10,8	10,8
Doença de pele	10,7	10,7
Doença de ouvido, nariz e garganta	10,6	10,6
Doença de sistema circulatório	10,5	10,5
Doença de sistema respiratório	10,4	10,4
Doença de sistema digestivo	10,3	10,3
Doença de sistema urinário	10,2	10,2
Doença de sistema muscular e esquelético	10,1	10,1
Doença de sistema nervoso	10,0	10,0
Doença de sistema endócrino	9,9	9,9
Doença de sistema reprodutivo	9,8	9,8
Doença de sistema imunitário	9,7	9,7
Doença de sistema de defesa	9,6	9,6
Doença de sistema de defesa	9,5	9,5
Doença de sistema de defesa	9,4	9,4
Doença de sistema de defesa	9,3	9,3
Doença de sistema de defesa	9,2	9,2
Doença de sistema de defesa	9,1	9,1
Doença de sistema de defesa	9,0	9,0

Fig. 3 - Ordenação das principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade (DALYs) variáveis percentuais por causa de saúde que 100.000 habitantes de DALYs, ambos os sexos, em Portugal, 2019 (2019)

6



### O Cérebro e as suas funções

**Lobo Frontal:** regula planeamento voluntário do corpo, para funções atencional, motora e a linguagem.

**Lobo Parietal:** integra as informações sensoriais e perceptivas como dor, pressão, temperatura e tato.

**Lobo Temporal:** processa as informações auditiva e visual. Memória e linguagem.

**Lobo Occipital:** processa e interpreta as informações visuais.

**Tronco encefálico:** regula a respiração, as funções cardíacas e a pressão arterial, além das áreas de consciência e alerta.

**Cerebelo:** controla o ritmo de equilíbrio e postura, coordenação motora, aprendizagem motora.

13

### AVC Isquémico

- É o tipo mais comum de AVC e acontece quando um dos vasos do cérebro fica obstruído por um coágulo, impedindo a passagem do sangue. A região afetada não recebe oxigênio e, por isso, não consegue funcionar normalmente.

14

### AIT – Acidente isquémico transitório

- O entupimento da artéria cerebral é momentâneo e os sintomas podem durar alguns minutos ou horas, normalmente reverte nas primeiras 24h.
- Mesmo nos casos transitórios, é fundamental recorrer ao hospital, uma vez que pode ser o primeiro sinal de um AVC.
- Uma em cada cinco pessoas que apresenta um AIT irá sofrer um AVC extenso nos próximos três meses.

15

### AVC – Hemorrágico

- Ocorre quando existe **ratura de um vaso sanguíneo no cérebro**, causando uma hemorragia no local que leva ao acúmulo de sangue e, consequentemente, ao aumento da pressão na região, impedindo que o sangue consiga circular por essa parte do cérebro.

16

### AVC – Fatores de RISCO

- **Idade** - 60%-75% ocorrem em pessoas com mais de 65 anos
- **Sexo** - mais incidente no homem (por falta de vigilância da hipertensão e doença cardíaca)
- **Raça** - os afro-americanos têm maior probabilidade de ter um AVC

17

### AVC – Fatores de RISCO

- **Hipertensão** - especialmente quando associada a aterosclerose (acumulação de gordura nos vasos)
- **Doença cardíaca** - ou por aterosclerose ou por ser uma fonte de êmbolos
- **Diabetes** - associada a alterações micro e macro vasculares

18

## AVC – Fatores de RISCO

- Tabagismo
- Contraceptivos orais (especialmente se for fumadora)
- Alcoolismo
- Antecedentes familiares
- Obesidade
- Sedentarismo
- Colesterol elevado



19

## AVC – fatores de RISCO

- Baixas condições socioeconômicas
- A poluição ambiental
- Alterações climáticas
- Excesso de stress



20

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- Dificuldade em **F**alar
- Doseio da **F**ace
- Falta de **F**orça num braço
- **F**alta de visão súbita
- **F**orte dor de cabeça

Sinais e sintomas – 5F's

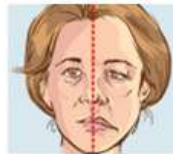
Ligar imediatamente para o 112



21

## Face

- Pode ficar assimétrica de uma forma súbita com uma das pálpebras estarem descidas. Estes sinais poderão ser melhor percebidos se a pessoa afetada tentar sorrir.



22

## Força

- É comum um braço ou uma perna perderem subitamente a força ou ocorrer uma súbita falta de equilíbrio.



23

## Fala

- Pode parecer estranha ou incompreensível e o discurso não fazer sentido. Com frequência, a pessoa parece não compreender o que lhe é dito.



24

## Falta de visão súbita

- De um ou de ambos os olhos, é um sintoma frequente, bem como a visão dupla.



25

## Forte dor de cabeça

- Uma dor de cabeça súbita e muito intensa, diferente do padrão habitual e sem causa aparente.



26

## AVC- Fatores protetores

- Alimentação saudável
- Evitar a vida sedentária
- Prática de exercício físico
- Não fumar
- Vigilância da saúde regular



27

## Via verde AVC - 112

- O 112 é a via preferencial através do qual os cidadãos devem pedir ajuda, pois reduz o intervalo de tempo até ao início da avaliação diagnóstica, terapêutica e do transporte para unidade hospitalar.

- A chegada atempada à unidade hospitalar permitirá a realização de tratamentos que apenas são eficazes nas primeiras horas após o início do AVC, diminuindo em cerca de 30 a 50% a probabilidade de morte ou de incapacidade grave.



28

## Via verde AVC - 112

- Entre os cerca de 25.000 doentes internados anualmente por AVC isquémico ou hemorrágico, cerca de 50% são tratados em unidades especializadas de AVC.

- Em 2019, de 25.105 doentes admitidos por AVC nos hospitais públicos foram internados 12.996: 9.841 por AVC isquémico, dos quais 2.467 foram tratados com medicamentos trombolíticos, e 2.037 foram submetidos a tratamento específico.



29

## Síntese / avaliação da sessão

- O que é um AVC?
- Quais os tipos de AVC?
- Qual o tipo mais prevalente?
- Quais são os 5 F's ?
- Quais são os fatores de risco do AVC?
- Identificar os fatores protetores do AVC?
- O que fazer perante os sinais e sintomas do AVC?



30

### Fado dos 5 F´s (por Vitória Sousa)

<b>A FACE</b> fica mudada A boca desalinhada O sorriso meio torto A aparência alterada	<b>A FORÇA</b> parece fugir Do braço, da perna ou dos dois Também posso ficar torto E ter uma queda depois	<b>FORTE DOR DE CABEÇA</b> Vem sem avisar Tão forte que até parece Que a cabeça vai rebentar
<b>A FALA</b> toitada Palavras parecem saltar Saem coisas sem sentido Não me consigo expressar	<b>FALTA A VISÃO</b> Como um nevoeiro repentino Pode mesmo o mundo escurecer Parece que perdi o tino	E se alguma Destas coisas ocorrer Ao 112 vou ligar Sem tempo a perder!
E se alguma Destas coisas ocorrer Ao 112 vou ligar Sem tempo a perder!	E se alguma Destas coisas ocorrer Ao 112 vou ligar Sem tempo a perder!	

31

### Cuidados a ter na época Natalícia

- Manter a medicação habitual
- Redobrar os cuidados com as quedas
- Evitar os excessos (alimentação e bebidas alcoólicas)
- Ingestão de água
- Colocar máscara em ambientes fechados
- Arejar os espaços com muitas pessoas



32

Muito obrigada pela vossa presença e colaboração!!



33

## Insuficiência Cardíaca (IC)



Mestranda Ana Azevedo  
 Sob orientação: En<sup>h</sup> Patrícia Martins  
 5 de dezembro de 2024

Sessão de Educação para a Saúde

1

## Conteúdos


- Apresentação
- Objetivos
- Insuficiência Cardíaca (IC)
  - Etiologia
  - Sinais e sintomas
  - Fatores de risco
  - Fatores protetores
  - Manifestações clínicas / sinais e sintomas
- Exemplos / exercícios práticos
- Referências bibliográficas



2

## Objetivos da sessão

- Conhecer a prevalência da Insuficiência Cardíaca (IC)
- Aprender o conceito de IC
- Identificar e conhecer os sinais e sintomas da IC
- Identificar os fatores de risco da IC
- Identificar os fatores protetores da IC
- Saber o que fazer perante os sinais e sintomas IC



3

## Dinâmica ativa




4

## Estado de Saúde da População

Grande Causa	% Mortalidade (2019-2020)	% Incapacidade (2019-2020)
Doenças cardiovasculares	18,9	18,9
Doenças respiratórias	10,1	10,1
Doenças oncológicas	10,1	10,1
Doenças mentais	8,8	8,8
Doenças infecciosas	8,8	8,8
Doenças do sistema circulatório	8,8	8,8
Doenças do sistema digestivo	8,8	8,8
Doenças do sistema respiratório	8,8	8,8
Doenças do sistema urinário	8,8	8,8
Doenças do sistema nervoso	8,8	8,8
Doenças do sistema endócrino	8,8	8,8
Doenças do sistema reprodutivo	8,8	8,8
Doenças do sistema muscular	8,8	8,8
Doenças do sistema ósteo-articular	8,8	8,8
Doenças do sistema auditivo	8,8	8,8
Doenças do sistema visual	8,8	8,8
Doenças do sistema imunitário	8,8	8,8
Doenças do sistema circulatório	8,8	8,8
Doenças do sistema respiratório	8,8	8,8
Doenças do sistema digestivo	8,8	8,8
Doenças do sistema urinário	8,8	8,8
Doenças do sistema nervoso	8,8	8,8
Doenças do sistema endócrino	8,8	8,8
Doenças do sistema reprodutivo	8,8	8,8
Doenças do sistema muscular	8,8	8,8
Doenças do sistema ósteo-articular	8,8	8,8
Doenças do sistema auditivo	8,8	8,8
Doenças do sistema visual	8,8	8,8
Doenças do sistema imunitário	8,8	8,8



Fig. 3 - Ordenação das principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade (DALYs): variação percentual, por causa, de taxa (por 100.000 habitantes) de DALYs, ambos os sexos, em Portugal, 2019-2020

5

## Estado de Saúde da População do Arco Ribeirinho



Fig. 4 - Mortalidade Proporcional por grandes Causas de doenças de morte (2019-2020), para todas as idades e ambos os sexos, no Arco Ribeirinho

6



7


### Insuficiência Cardíaca (IC)

#### Etiologia

A IC é uma doença grave e crónica, que ocorre quando o coração é incapaz de:

- Bombear o sangue para o corpo na quantidade necessária
- relaxar e receber novamente o sangue de forma normal

Isto significa que o sangue pode não conseguir fornecer nutrientes e oxigénio suficientes ao organismo, para que este funcione normalmente.




8

### Insuficiência Cardíaca (IC)

#### Etiologia

- Afeta cerca de 400 mil portugueses, um número que tem tendência a aumentar.
- Estima-se que o nº de pessoas com a doença (prevalência) venha a aumentar entre 50% a 70% até 2030.



9

### Insuficiência Cardíaca (IC)

#### Etiologia


- Afeta cerca de 4,3% da população geral, mais de 10% da população com mais de 70 anos e mais de 16% acima dos 80 anos. As projeções apontam para cerca de 400 mil portugueses com este diagnóstico em 2030, com um grande crescimento nos próximos anos (AADIC, 2023).



10

### IC – Sinais e sintomas


- cansaço extremo
- dificuldade em respirar, que limita a atividade física ou obriga a dormir com uma almofada extra
- aumento dos batimentos cardíacos
- inchaço (edema) nas pernas ou no abdómen
- aumento da necessidade de urinar à noite
- tonturas
- desmaio
- aumento de peso



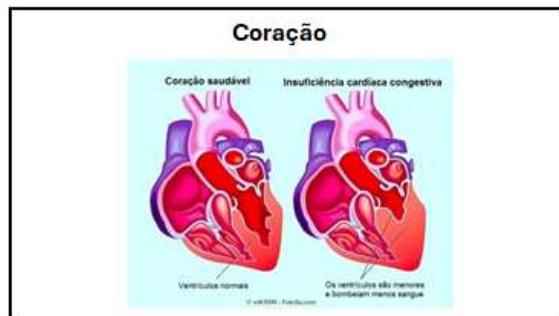
11

### Insuficiência Cardíaca

- Os sintomas podem confundir-se com outras doenças, sendo necessário fazer alguns testes para confirmar o diagnóstico.
- Pode aparecer em qualquer idade, mas é uma doença associada ao envelhecimento da população, sendo a principal causa de internamento hospitalar em pessoas com mais de 65 anos.



12



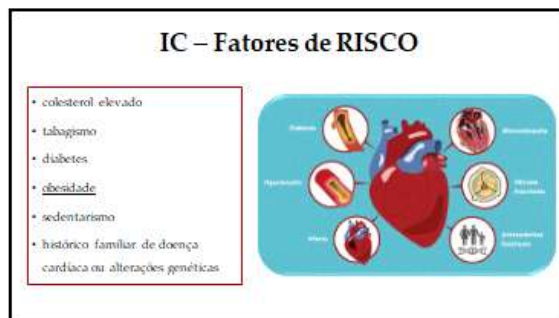
13



14



15



16



17



18

## Síntese global

- Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Quais são os sinais e sintomas?
- Quais são os fatores de risco?
- Quais são os fatores protetores?
- Como atuar perante os sintomas?



19

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Sinais e sintomas**

Dor, pressão ou aperto no peito

Irradiação da dor – braço esquerdo, pescoço, mandíbula, braços ou dorso




20

## Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

**Sintomas acompanhantes**

- Transpiração intensa, náuseas e vômitos
- Sensação de falta de ar e perda de consciência
- Cerca de 30% das pessoas (geralmente mulheres, idosos e diabéticos) apenas apresentam estes sintomas

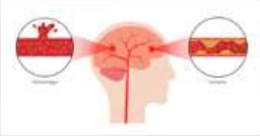


21

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**Etiologia**


- O AVC é um déficit neurológico, de início súbito, que se prolonga por 24h.
- 85% dos AVC são isquémicos (quando há diminuição ou interrupção do fluxo de sangue e oxigénio ao cérebro)



O AVC pode afetar homens e mulheres em qualquer idade, em média a cada hora que passa 3 portugueses sofrem um AVC, segundo a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral- SPAVC

22

## O Cérebro e as suas funções




- Lobo Frontal**: regula os movimentos voluntários do corpo, pela função atencional, motora e a linguagem
- Lobo Parietal**: interpreta as informações sensoriais e perceptivas como dor, pressão, temperatura e tato
- Lobo Temporal**: processa as informações auditivas e visuais. Memória e linguagem
- Lobo Occipital**: processa e interpreta as informações visuais
- Cerebelo**: fornece o plano de equilíbrio e postura, coordenação corporal, aprendizagem motora
- Tronco encefálico**: regula a respiração, as funções cardíacas e a pressão arterial, além das vias de controle e alerta

23

## AVC Isquémico

- É o tipo mais comum de AVC e acontece quando um dos vasos do cérebro fica obstruído por um coágulo, impedindo a passagem do sangue. A região afetada não recebe oxigénio e, por isso, não consegue funcionar normalmente.



24

## AVC – Hemorrágico

• Ocorre quando existe **ruptura de um vaso sanguíneo no cérebro**, causando uma hemorragia no local que leva ao acúmulo de sangue e, consequentemente, ao aumento da pressão na região, impedindo que o sangue consiga circular para essa parte do cérebro.



25

## AIT – Acidente isquêmico transitório

• O entupimento da artéria cerebral é momentâneo e os sintomas podem durar alguns minutos ou horas, normalmente reverte nas primeiras 24h.

• Mesmo nos casos transitórios, é fundamental recorrer ao hospital, a cada vez que pode ser o primeiro sinal de um AVC.

• Uma em cada cinco pessoas que apresenta um AIT irá sofrer um AVC extenso nos próximos três meses.



26

## AVC – Fatores de RISCO

• **Idade** - 60%-75% ocorrem em pessoas com mais de 65 anos

• **Sexo** - mais incidente no homem (por falta de vigilância da hipertensão e doença cardíaca)

• **Raça** - os afro-americanos têm maior probabilidade de ter um AVC



27

## AVC – Fatores de RISCO

• **Hipertensão** - especialmente quando associada a aterosclerose (acumulação de gordura nos vasos)

• **Doença cardíaca** - ou por aterosclerose ou por ser uma fonte de êmbolos

• **Diabetes** - associada a alterações micro e macro vasculares



28

## AVC – fatores de RISCO

• Baixas condições socioeconômicas

• A poluição ambiental

• Alterações climáticas

• Excesso de stress



29

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

• Dificuldade em **F**alar

• Deseio da **F**ace

• Falta de **F**orça num braço

• **F**alta de visão súbita

• **F**orte dor de cabeça

Sinais e sintomas – 5F's

Ligar imediatamente para o 112

30

## Ligar para o 112

Quem atente?

O que dizer?

Quando desligar?



31

## Fatores protetores

- Alimentação saudável
- Evitar a vida sedentária
- Prática de exercício físico
- Não fumar
- Vigilância da saúde regular



32

## Muito obrigada pela vossa presença e colaboração!!



33

### **Apêndice XIII**

Questionário de avaliação das sessões

**No âmbito das sessões de educação para a saúde desenvolvidas no projeto “Capacitar para prevenir com (cor)ação”, preconiza-se o presente questionário que pretende avaliar as três sessões realizadas nos dias 21 e 26 de novembro e 5 de dezembro de 2024 (*Prevenção do AVC; Prevenção do EAM e Prevenção da IC*).**

**O questionário apresentado é de natureza confidencial, pelo que é garantido o anonimato.**

**É constituído por 9 questões de resposta múltipla e 2 questões abertas facultativas.**

**Assinale a resposta que corresponde ao item que considera adequado para cada questão, segundo a escala de *Likert*:**

**1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – indiferente,  
4 – concordo, 5 – concordo totalmente**

**1. Considera que as sessões foram esclarecedoras?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**2. Considera que os conteúdos abordados foram relevantes?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**3. Considera ter ficado esclarecido(a) relativamente às temáticas apresentadas?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**4. Considera que o tempo das sessões foi adequado?**

- discordo totalmente
- discordo

- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**5. Considera que a oradora utilizou uma linguagem clara?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**6. Considera que as sessões permitiram adquirir novos conhecimentos?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**7. Considera que as sessões corresponderam às suas expetativas?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**8. Considera que os conhecimentos adquiridos são úteis para o seu dia-a-dia e para a os ganhos em saúde?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**9. O formador estimulou a participação de todos os elementos do grupo nas sessões/atividades?**

- discordo totalmente
- discordo
- indiferente
- concordo
- concordo totalmente

**10. Como considera a relação do profissional de saúde com os participantes/formandos?**

- Muito bom
- Bom
- Razoável

- Fraco
- Muito fraco

**11. Considera ter sido pertinente a sua participação neste projeto e voltaria a participar em projetos futuros?**

- sim
- não

**12. Recomendaria estas atividades/projetos a amigo(s)/ colega(s)?**

- sim
- não

**13. Indique o que mais gostou da experiência de ter participado neste projeto:**

---

---

---

---

**14. Sugestões:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Obrigada pela sua colaboração!**

## **Apêndice XIV**

Questionário de avaliação de conhecimentos

## **Questionário de Avaliação de Conhecimentos sobre prevenção de doenças cérebro cardiovasculares**

**Este questionário insere-se no projeto Literacia em Saúde – “Capacitar para prevenir com (cor)ação”, e a sua colaboração é essencial pelo que solicitamos que responda às questões colocadas.**

**Os dados são confidenciais e anónimos, pelo que pedimos que não assine.**

Por favor, assinale com o círculo a / a(s) resposta(s) que considera **CORRETA(S)**

**1- Qual o tempo médio recomendado de atividade física aeróbica para pessoas com mais de 65 anos?**

- a. 1 dia por semana
- b. Quando apetecer
- c. 5 dias por semana
- d. 10 minutos por dia
- e. Não sei

**2- A prática regular de exercício físico:**

- a. Não influencia a minha saúde
- b. Previne doenças do cérebro e do coração
- c. Aumenta o risco de ter um problema no coração
- d. Aumenta o risco de quedas
- e. Não sei

**3- Ficar em casa o dia todo, várias vezes por semana:**

- a. Ajuda a ter mais saúde
- b. Previne doença do coração ou do cérebro
- c. Não melhora a saúde
- d. Melhora o raciocínio e a memória
- e. Não sei

**4- Viajar ou passear ao ar livre:**

- a. Não influencia a saúde
- b. Faz com que se apanhe mais doenças
- c. Melhora a saúde do coração e do cérebro
- d. Não sei

**5- O consumo excessivo de sal provoca no meu organismo:**

- a. Não faz alterações
- b. Viver mais anos com qualidade
- c. Aumenta a tensão arterial
- d. Pode provocar um AVC
- e. Faz diminuir o peso do corpo
- f. Aumenta o risco de osteoporose
- g. Não sei

**6- Qual a quantidade máxima recomendada de ingestão de sal por dia?**

- a. Uma chávena de chá
- b. 5 gramas
- c. 10 gramas
- d. A quantidade necessária para que fique a gosto
- e. Não sei

**7- Para se ter um coração e um cérebro saudáveis:**

- a. Nunca se pode ingerir gorduras nem sal
- b. Só se pode comer legumes e carnes brancas
- c. Pode-se comer um pouco de tudo o que está na roda dos alimentos
- d. Não sei

**8- Qual a dose de legumes e fruta recomendados por dia?**

- a. 800gramas
- b. 400 gramas
- c. 100 gramas
- d. Não sei

**9- O tabagismo tem impacto no meu organismo:**

- a. Não influencia a saúde
- b. Pode provocar um AVC ou um enfarte
- c. Só prejudica os pulmões
- d. Não sei

**10- Perante uma situação de ansiedade intensa (relacionado com uma preocupação ou situação negativa inesperada):**

- a. Não prejudica a saúde
- b. Avaliar a tensão arterial
- c. Ligar para o 112
- d. Aumenta o risco de ter um problema no coração ou no cérebro
- e. Não sei

**11- Quais os sintomas de um AVC?**

- a. Visão com nitidez, aumento da sensibilidade do corpo e dor no peito
- b. Visão turva, dificuldade em falar e fraqueza de um lado do corpo
- c. Desvio do lábio, dor na perna esquerda e sensação de desmaio
- d. Dificuldade em engolir, dor de cabeça intensa, desvio do lábio
- e. Não sei

**12- Quais os sintomas da insuficiência cardíaca?**

- a. Cansaço, tonturas, desmaio, coração acelerado, inchaço nas pernas ou no abdómen
- b. Desmaio, muita sede, aumento do apetite
- c. Dor no braço esquerdo, tonturas e muita sede
- d. Dor de cabeça, pontada no coração e sonolência
- e. Não sei

**13- Perante um sintoma de dor no peito, dor nos membros superiores, falta de ar, tonturas e/ou suores, que fazer?**

- a. Deitar e repousar
- b. Tomar um analgésico
- c. Beber um copo de água com açúcar
- d. Ligar para o 112
- e. Não sei

**14- Perante sintomas de falta de força num braço, boca ao lado e/ou alterações na fala, que fazer?**

- a. Repousar
- b. Avaliar a tensão arterial
- c. Ligar para o 112
- d. Ligar para o SNS 24
- e. Não sei

**15- Perante um sintoma de alteração ou perda de visão, dificuldade em falar, tonturas, dores de cabeça intensas e persistentes, dificuldade em engolir, fraqueza de um lado do corpo, desvio do lábio, alterações na sensibilidade, náuseas e/ou vômitos:**

- a. Esperar que os sintomas passem
- b. Não adianta ser rápido a pedir ajuda
- c. Ligo para o 112
- d. Não sei

**16- Indique 3 sinais e sintomas do AVC:**

---

---

**17- Indique 3 sinais e sintomas do EAM:**

---

---

**18- Indique 3 sinais e sintomas da Insuficiência Cardíaca:**

---

---

**19- Indique 3 fatores protetores das três doenças acima mencionadas:**

---

---

**Muito obrigada pela sua participação!**

Barreiro, 12 de novembro de 2024.

Ana Pinto de Azevedo

## **Apêndice XV**

Guião para a peça de teatro

## GUIÃO PARA PEÇA DE TEATRO: PREVENÇÃO DE DOENÇAS CÉREBRO CARDIOVASCULARES

**Título: “Capacitar para prevenir”**

### **Personagens:**

1. **Narrador (A)** (Guia e explicador da peça)
2. **Carlos (J)** (Personagem que vivencia o episódio de início de AVC)
3. **Matilde (M)** (Esposa de Carlos, atenta e prestativa)
4. **João (J)** (Personagem que sofre um Enfarte Agudo do Miocárdio - EAM)
5. **Amélia (D)** (Personagem que teve sintomas e lhe foi diagnosticado IC pelo médico assistente)
6. **Isabel (V), Jacinta (MJ), Teresa (I) e Maria (F)** (Personagens que são alunas da aula de inglês e moradoras do edifício A)

### **Cenário:**

O palco é dividido em duas áreas principais. Primeiro, o espaço da sala de aula de inglês na UTIB, mesa e telefone. Segundo, pátio do condomínio onde decorre a reunião anual de condóminos. O narrador fica no centro, em destaque.

### **ATO 1: ABERTURA**

#### **Narrador:**

Bem-vindos, senhoras e senhores. Hoje, vamos falar de algo que pode salvar vidas. Sabem identificar os sinais de um AVC? Ou o que fazer durante um enfarte do miocárdio? Não? Então prestem atenção. É possível salvar vidas com conhecimento e ação.

#### **Narrador:**

Aqui está o Carlos e sua esposa Matilde, a Amélia, a Jacinta, a Teresa, a Isabel e a Maria. Um dia comum das aulas da UTIB, estão no intervalo da aula de inglês... mas prestem atenção ao que está prestes a acontecer. Conversam alegremente enquanto bebem um chá de limão e gengibre.

### **ATO 2: INÍCIO DO AVC**

**(Carlos está sentado na cadeira, a ouvir o testemunho da colega Amélia. Carlos começa a esfregar a testa e a mexer no braço direito, confuso.)**

#### **Amélia:**

**Meus caros, vou contar-vos o que me aconteceu: há duas semanas comecei a ficar com as pernas muito inchadas, cansava-me muito aos pequenos esforços, alguma falta de ar, tonturas e sentia o meu coração a bater mais depressa. Achei melhor ser observada pelo**

meu médico assistente. Fiz exames e análises ao sangue. Fiquei surpreendida quando o médico me disse que eu tinha Insuficiência Cardíaca...

**Matilde:** Ainda bem que não desvalorizou os sintomas que estava a ter! Mais vale jogarmos pelo seguro e ir com frequência ao nosso médico fazer a avaliação de rotina! Obrigada, Amélia, por partilhar connosco!

**Carlos:**

Matilde... (voz arrastada) Acho que... algo está errado.

**Matilde:**

(olha para ele preocupada) Carlos? Estás bem?

(Carlos tenta falar, mas a sua voz está distorcida e uma parte do rosto começa a ficar caída. Ele tenta levantar-se, mas o lado direito do corpo não responde.)

**Matilde:**

(assustada) Carlos!! O teu rosto... está estranho. Espera... (olha para ele, respira fundo e lembra algo) Vou fazer o teste rápido.

(Ela aproxima-se, pega a mão de Carlos.)

**Matilde:**

Levanta os dois braços! Aperta as mãos! Mostra os dentes!

(Carlos levanta apenas um braço; o outro não se move.)

**Matilde:**

Repete comigo: “Hoje é um bom dia.”

**Carlos:**

(voz arrastada) Hhhoj é u-un bom di...

**Matilde:**

(para si mesma) Vamos já pedir ajuda! Temos de ligar para o 112 já e agora!

**(Jacinta agarra no telefone e liga, descrevendo calmamente os sintomas e informa que está na UTIB)**

**Narrador:**

Muito bem! Matilde reconheceu os sinais do AVC: fraqueza num lado do corpo, dificuldade para falar e o rosto assimétrico. Agiu rápido e ligou para o 112. Agora, o Carlos tem maior probabilidade de recuperar.

### ATO 3: ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (EAM)

(Cenário: pátio do condomínio onde decorre a reunião anual de condóminos... estão a discutir uma situação incómoda de infiltração que afeta todas as habitações. O

João está sentado, com um ar preocupado e, de repente, coloca a mão no peito, com expressão de dor intensa.)

**João:**

(sussurrando para si mesmo) Ai... doí-me o peito. Que dor é esta? (respiração ofegante)  
Está a irradiar para o braço...

(Ele tenta levantar-se, mas volta a sentar, com o suor a escorrer pela face.)

**João:**

Preciso de ajuda...

(O narrador entra e aproxima-se do João, como se fosse um pensamento.)

**Narrador:**

João está a sentir uma dor forte no peito que irradia para o braço. Isto é típico de um Enfarte Agudo do Miocárdio. Ele está com suores frios e dificuldade em respirar. Precisamos de ligar para o 112 imediatamente.

(A Jacinta pega no telefone e liga, descrevendo os sintomas.)

**João:**

(para o telefone) Dor no peito... braço esquerdo... não consigo respirar bem.

#### ATO 4: CONCLUSÃO E PREVENÇÃO

**Narrador:**

O Carlos e o João tiveram sorte porque as pessoas que estavam ao pé dele souberam agir a tempo. Mas prevenir é sempre melhor. Como?

**Matilde:**

(prática) Tenha uma alimentação saudável, evite sal em excesso e pratique exercício físico regularmente.

**Carlos:**

(sereno) Controle a tensão arterial e saiba identificar os sinais de alerta.  
(com voz firme) E nunca hesite em ligar para o 112. Um minuto pode salvar a vida de alguém – ou a sua própria vida.

**Narrador:**

Agora, vocês estão prontos para agir. Cuidem do coração e partilhem o que aprenderam aqui. Porque o conhecimento salva-vidas.

(Todos juntos):

**Corações fortes, vidas salvas!**

**FIM!**

## **Apêndice XVI**


Plano da sessão de apresentação do projeto: “Capacitar para prevenir com (cor)ação”

## Plano de sessão

TEMA DA SESSÃO						
Apresentação do projeto: Capacitar para prevenir com (cor)ação						
DATA	17 dezembro 2024			LOCAL	Biblioteca Municipal do Barreiro	
HORA	14h30			DURAÇÃO	1h30m	
DESTINATÁRIOS	População alvo – embaixadores do projeto – “Literacia em saúde capacitação da comunidade sénior para a prevenção de doenças cérebro cardiovasculares: intervenção de enfermagem comunitária”					
DINAMIZADORES	Enfª Ana Azevedo – Mestranda do curso XVII de mestrado em enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa. Colaboração de: Enfª Patrícia Martins. Grupo de embaixadores do projeto.					
OBJETIVOS	GERAL	Divulgação do projeto: capacitar para prevenir com (cor)ação				
	ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar junto dos parceiros e da comunidade o projeto “Capacitar para prevenir com (cor)ação</li> <li>• Apresentação das principais doenças cérebro cardiovasculares (EAM, AVC e IC), sinais e sintomas e fatores de risco e protetores</li> <li>• Apresentação do material educativo em formato de e-book</li> <li>• Empoderar as seniores como Embaixadores na capacitação da prevenção de doenças cérebro cardiovasculares no âmbito do Programa de literacia da USPAS</li> </ul> Viver + com saber – Literacia em saúde				
FASES	OBJETIVO	CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS PEDAGÓGICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura da sessão</li> <li>• Apresentação da oradora</li> <li>• Breve descrição do projeto</li> </ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição conteúdos com recurso a apresentação em PowerPoint ®</li> </ul>	Computador portátil e projetor	5’
	Introdução do tema	Apresentação dos principais resultados da <i>scoping review</i> . Apresentação das três DCC mais prevalentes. Ensinar sobre os sinais e sintomas, fatores de risco e fatores protetores.	Expositivo	Exposição conteúdos com recurso a apresentação em PowerPoint ®	Computador portátil e projetor	2’
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcerias do projeto e a sua importância;</li> <li>• Necessidade do grupo-alvo;</li> <li>• Objetivos e atividades desenvolvidas</li> <li>• Apresentação do e-book.</li> </ul>	Expositivo  Ativo	Exposição conteúdos com recurso a apresentação em PowerPoint ®	Computador portátil e projetor	5’
CONCLUSÃO	Apresentação do grupo de seniores como Embaixadoras do tema doenças cérebro cardiovasculares	Apresentação do grupo  Síntese final	Expositivo  Ativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualização de vídeos: Promocional do projeto</li> <li>• Encenação da peça de teatro sobre o tema</li> <li>• Visualização dos vídeos dos testemunhos reais.</li> </ul>	Computador portátil e projetor	20’

## **Apêndice XVII**

Diapositivos de suporte à apresentação do projeto: “Capacitar para prevenir com (cor)ação”



## Projeto de intervenção de enfermagem comunitária – “Capacitar para prevenir com (cor)ação”

17 DE DEZEMBRO 2024  
BARRERO


Mestranda: Ana Azevedo  
 Sob orientação clínica: ERP Patrícia Martins  
 Orientação pedagógica: Doutora Elisa Garcia

1

### Sumário

- Apresentação
- Objetivos
  - Doenças cérebro cardiovasculares (EAM, IC e AVC)
  - Etiologia
  - Sinais e sintomas
  - Fatores de risco
  - Fatores protetores
- Exemplos / testemunhos reais
- Encenação peça de teatro
- Referências bibliográficas

2



### OBJETIVOS

**Geral:** Divulgação do projeto: Capacitar para prevenir com (cor)ação

**Específicos:**

- Divulgar junto dos parceiros e da comunidade o projeto “Capacitar para prevenir com (cor)ação”
- Apresentação das principais doenças cérebro cardiovasculares (EAM, IC e AVC), sinais e sintomas e fatores de risco e fatores protetores
- Apresentação do material educativo em formato de e-book
- Empoderar os seniores como Embaixadores na capacitação da prevenção de doenças cérebro cardiovasculares no âmbito do Programa de literacia da USPAS Viver + com saber – Literacia em saúde

3



4

### Diagnóstico de situação

5

### Brainstorm

Componente identificada	Suporte/Objetivo	Feedback
Fatores protetores	Atividade de rede	"Intervenção realizada" (A) "testemunhos reais" (B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z)
	Comunidade	"Iniciativa e divulgação de intervenção" (B,C,D,E)
Fatores de risco	Doenças	"Testemunhos, relatos, sintomas, diagnóstico, prevenção, fatores de risco e fatores protetores" (B,C,D)
	Comunidade	"Intervenção realizada no ICS" (B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z)
Fatores de risco	Atividade de rede	"Intervenção realizada" (B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z)
	Comunidade	"Intervenção realizada no ICS" (B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z)
Fatores de risco	Atividade de rede	"Intervenção realizada" (B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z)
	Comunidade	"Intervenção realizada no ICS" (B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z)

6




## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**Etiologia**

15% dos AVC são hemorrágicos, (quando um vaso cerebral se rompe e provoca hemorragia)

O AVC é a 1ª causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal, afetando o cérebro, podendo provocar uma deficiência súbita, por entupimento (AVC isquémico) ou rotura (AVC hemorrágico) de uma artéria cerebral (DCS, 2021).



13

## AVC Isquémico

É o tipo mais comum de AVC e acontece quando um dos vasos do cérebro fica obstruído por um coágulo, impedindo a passagem do sangue. A região afetada não recebe oxigénio e, por isso, não consegue funcionar normalmente



14

## AIT – Acidente isquémico transitório

O entupimento da artéria cerebral é momentâneo e os sintomas podem durar alguns minutos ou horas, normalmente reverte nas primeiras 24h.

Mesmo nos casos transitórios, é fundamental recorrer ao hospital, uma vez que pode ser o primeiro sinal de um AVC.

Uma em cada cinco pessoas que apresenta um AIT irá sofrer um AVC extenso nos próximos três meses.



15

## AVC – Hemorrágico

Ocorre quando existe rotura de um vaso sanguíneo no cérebro, causando uma hemorragia no local que leva ao acúmulo de sangue e, consequentemente, ao aumento da pressão na região, impedindo que o sangue consiga circular para essa parte do cérebro.



16

## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**Sinais e sintomas – 5F's**

Dificuldade em FALAR

- Desvio da FACE
- Falta de FORÇA num braço
- Falta de visão súbita
- Forte dor de cabeça

Ligar imediatamente para o 112




17

## Via verde AVC - 112

O 112 é a via preferencial através da qual os cidadãos devem pedir ajuda, pois reduz o intervalo de tempo até ao início da avaliação diagnóstica, terapêutica e do transporte para unidade hospitalar.

A chegada atempada à unidade hospitalar permitirá a realização de tratamentos que apenas são eficazes nas primeiras horas após o início do AVC, diminuindo em cerca de 30 a 50% a probabilidade de morte ou de incapacidade grave.



18

### Fatores de RISCO das doenças cérebro cardiovasculares

**Idade** - 60% 75% ocorrem em pessoas com mais de 65 anos

**Sexo** - mais incidente no homem (por falta de vigilância da hipertensão e doença cardíaca)

**Raça** - os afro-americanos têm maior probabilidade de ter um AVC



19

### Fatores de RISCO

**Hipertensão** - especialmente quando associada a aterosclerose (acumulação de gordura nos vasos)

**Doença cardíaca** - ou por aterosclerose ou por ser uma fonte de êmbolos

**Diabetes** - associada a alterações micro e macro vasculares



20

### Fatores de RISCO

- Tabagismo
- Alcoolismo
- Antecedentes familiares
- Obesidade
- Sedentarismo
- Colesterol elevado
- Baixas condições socioeconômicas
- A poluição ambiental
- Alterações climáticas
- Excesso de stress



21

### Fatores protetores

- Alimentação saudável
- Evitar a vida sedentária
- Prática de exercício físico
- Não fumar
- Vigilância regular da saúde



22

### Testemunhos



23

### Peça de teatro

“Capacitar para prevenir”



24

## Oh Rosa reduz o sal! (Por Ana Vitória Sousa)

Se bloqueiam as artérias  
Que dão sangue ao coração  
Param as suas batidas  
Sentimos um apertão

Se bloqueiam as artérias  
Que dão sangue ao coração  
Param as suas batidas  
Sentimos um apertão

Que dão sangue ao coração  
Param as suas batidas  
Sentimos um apertão

Dor no peito tipo apertão  
Mesmo calma e repousada  
Dor no braço, pescoço ou costas  
E batida acelerada.

Se bloqueiam as artérias  
Que dão sangue ao coração  
Param as suas batidas  
Sentimos um apertão

Falta de ar, transpiração  
Mesmo com frio presente  
Nauseada ou vomitando,  
Tal é a dor que se sente!

Se bloqueiam as artérias  
Que fazem o coração bater  
Ligamos ao 112  
Sem um segundo a perder!

25

## Referências Bibliográficas

Associação de Apoio aos Doentes – Associação Portuguesa de Diabetes. Disponível em: <https://www.aad.pt/>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Fundação Portuguesa de Apoio à Voz. Saúde. Disponível em: <https://www.fpv.pt/>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

Associação de Apoio aos Doentes. Plano Nacional de Saúde 2011-2020 Saúde. Disponível em: <http://www.aad.pt/Portals/0/Plano%20Nacional%20Saude%202011-2020.pdf>

26

## Projeto de intervenção de enfermagem comunitária – “Capacitar para prevenir com (cor)ação”

17 DE DEZEMBRO 2024  
BARRIDO

Mestranda: Ana Azevedo  
Sob orientação clínica: EnFª Patrícia Martins  
Orientação pedagógica: Doutora Elisa Garcia

27

## Muito obrigada pela vossa presença e colaboração!!

28

## Vídeos de Ana Martins

<https://www.youtube.com/watch?v=54k3r3l4F0s>

<https://www.youtube.com/watch?v=SRZ65n7M4nk>

29

### **Apêndice XVIII**

Autorização e cedência dos direitos de autor da música “Oh Rosa Reduz o Sal” escrita por Ana Vitória Sousa

> No dia 19/11/2024, às 11:27, Ana Azevedo <anaazevedo3@hotmail.com> escreveu:

>

> Bom dia estimada Vitória,

>

> Espero-te bem.

>

> No âmbito do "estágio final e relatório" do XVII curso de mestrado em enfermagem comunitária e de saúde pública da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a realizar-se na USPAS da ULS Arco Ribeirinho, sob orientação clínica da enfermeira especialista e mestre Patrícia Martins, e orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Elisa Garcia, pretendo implementar um projeto com a comunidade sénior do Barreiro, para a sua capacitação na prevenção de doenças cérebro cardiovasculares.

> Neste sentido, venho por este meio, solicitar que partilhes a música que elaboraste no estágio vigilância e decisão clínica na mesma instituição, e pedir autorização para a utilizar numa sessão de educação para a saúde e para colocar no e-book que estou a construir com os embaixadores do projeto acima mencionado.

>

> Grata pela atenção merecida.

>

> Com os melhores cumprimentos,

>

> Ana Azevedo



Vitória Sousa <vitoria\_music@hotmail.com>

Para: Você

[← Responder](#) [↶ Responder a todos](#) [↷ Encaminhar](#)

Qua, 20/



Bom dia Ana!

Espero que o estágio esteja a correr bem assim como a elaboração do projeto para esta reta final.

Em anexo envio a letra da musica para que possas utilizar no teu trabalho.

Se precisares de uma base instrumental diz que também posso gravar com a guitarra ou consegues encontrar "Karaoke's" na internet. A melodia é a do Fado do Estudante.

Tudo a correr bem!

## **Apêndice XIX**

Reunião com parceiros para divulgação do e-book e autorização do logotipo da Câmara Municipal do Barreiro

Exma. Dr.ª Paula Galrito,

Espero que esta mensagem a encontre bem.

Atualmente, estamos a desenvolver um projeto na aula de saúde da UTIB com alguns alunos, que consiste na elaboração de um eBook sobre a prevenção de doenças cerebro-cardiovasculares, no âmbito de uma tese de mestrado.

Gostaríamos de solicitar uma reunião para apresentar este projeto e auscultar a sua opinião sobre a pertinência do tema. Além disso, gostaríamos de discutir a possibilidade de obter o seu apoio na divulgação e impressão de alguns exemplares. Se considerar pertinente, gostaríamos também de explorar a inclusão do logotipo da Câmara Municipal do Barreiro no eBook.

Agradeço a sua atenção e fico a aguardar a sua disponibilidade para agendarmos reunião.

Com estima,

Patrícia Martins

Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária

+351 212 349 340 | [usdos@cm-barreiro.pt](mailto:usdos@cm-barreiro.pt)



## **Apêndice XX**

E-book: “Capacitar para prevenir com (cor)ação”

# “Capacitar para prevenir com (cor)ação”



# Ficha técnica

<i>Título</i>	“Capacitar para prevenir com (cor)ação” (inserido no Programa viver + com saber - Literacia em Saúde)
<i>Autor</i>	Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem de Lisboa
<i>Co-autores</i>	Ana Azevedo, Patrícia Martins, Elisa Garcia
<i>Com a colaboração de</i>	USPAS, ULSAR Dra. Lina Guarda, coordenadora da USPAS
<i>Com a participação de</i>	Dorinda Rodrigues, José Marnoto, Virgínia Branco, Inácia Ourives, Mariana Neves, Cármen Carvalho, M <sup>a</sup> Fernanda Pina, M <sup>a</sup> José Reis e Manuela Alcario, Ana Vitória Sousa, Ana Martins, Luís Filipe Guimarães e Paulo Neves
<i>Parceiros</i>	Município do Barreiro, Câmara Municipal do Barreiro
<i>ISBN</i>	...
	Este e-book foi realizado no âmbito do 17 <sup>o</sup> Mestrado em Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

	<p>Na sua elaboração foram respeitados os princípios éticos e deontológicos, sendo garantido os devidos consentimentos informados e autorização do direito de cedência de imagem e som. Reservados todos os direitos. É proibida a reprodução ou duplicação deste e-book, ou de partes do mesmo sob qualquer forma ou meio sem a permissão escrita do Editor.</p>
<p><i>CO -AUTORES</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ana Azevedo</u> - Enfermeira e mestranda do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Universidade Católica Portuguesa</li> <li>• <u>Patrícia Martins</u> - Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública Dr. Arnaldo Sampaio, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho</li> <li>• <u>Elisa Garcia</u> - Professora Doutora na Escola de Enfermagem de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa</li> </ul>
<p><i>Agradecimentos</i></p>	<p>Um especial agradecimento ao grupo de seniores do Barreiro, que constituem os embaixadores deste projeto, e que demonstraram tamanha dedicação e empenho! Demonstro a minha profunda gratidão a todos os que possibilitaram a realização deste e-book, o que contribuiu para o sucesso do projeto!</p>

*"A verdadeira riqueza não está nas coisas, mas no coração. Caminhemos juntos na construção de um mundo mais fraterno."*

(Papa Francisco)

# Introdução

---

Este livro foi feito com muito carinho e dedicação e tem o objetivo de resumir tudo o que aprendemos nas sessões de educação para a saúde do projeto: Capacitar para prevenir com (cor)ação.

As doenças cérebro cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM), a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral (AVC), representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, especialmente entre a população idosa. Com o envelhecimento, o risco dessas condições aumenta devido a fatores como hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo e alterações naturais dos vasos sanguíneos.

No entanto, muitas dessas doenças podem ser prevenidas ou controladas através de intervenções simples e eficazes. Este e-book tem como objetivo fornecer informações claras e práticas para ajudar os idosos a cuidarem da sua saúde cérebro cardiovascular, promovendo mais qualidade de vida e uma maior longevidade.

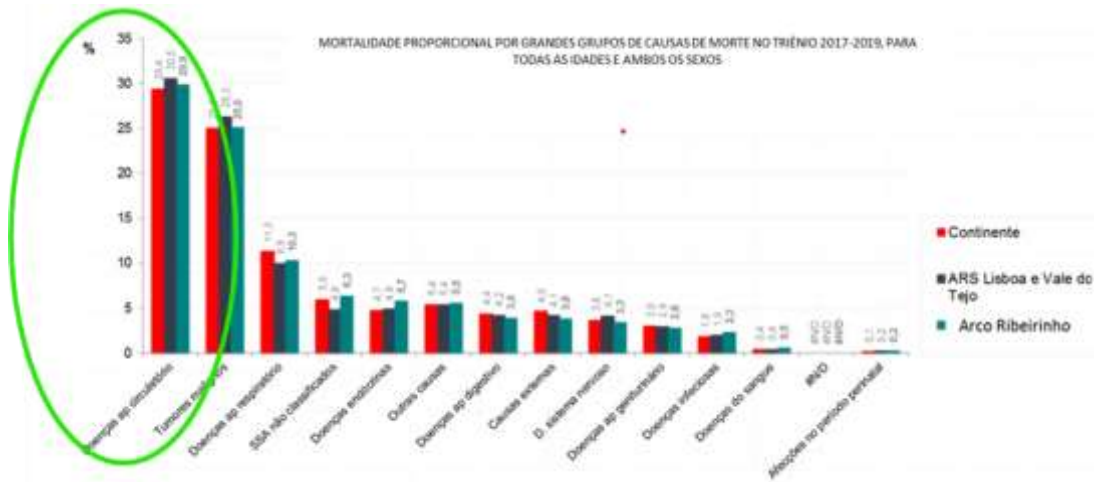
Gravámos alguns testemunhos reais, dois episódios em que simulámos três situações de emergência e uma música alusiva ao tema, para ser mais fácil de identificar essas situações.

Vamos ajudar a identificar uma pessoa com início de Enfarte, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Cardíaca e ensinar a prevenir as principais doenças cérebro cardiovasculares.

Acreditamos que este documento digital possa ser uma ferramenta que o ajude a identificar um possível episódio cérebro cardiovascular e o que fazer nessas situações.

---

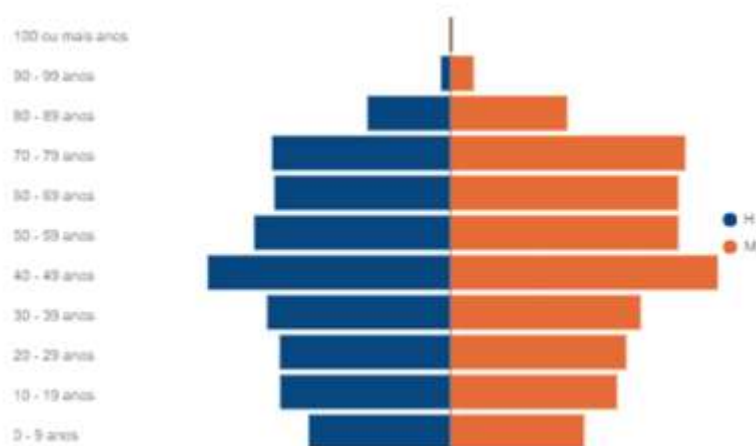
## 1. Breve caracterização do estado de saúde da população do Arco Ribeirinho



**Figura 1. Mortalidade Proporcional por grandes Grupos de causas de morte no triénio 2017-2019, para todas as idades e ambos os sexos, no Arco Ribeirinho**

(Fonte: Perfil de Saúde do Arco Ribeirinho, 2023)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças cérebro cardiovasculares são responsáveis por cerca de 17,9 milhões de mortes anualmente, representando 32% de todas as mortes globais (OMS, 2021).



**Figura 2. Pirâmide etária da população do concelho do Barreiro, em 2021**

(Fonte: Guarda, L. 2024)

Nos dias de hoje e pela primeira vez na história, a maioria das pessoas vive até aos 60 anos e mais. O envelhecimento da população, requer uma resposta abrangente da saúde pública (OMS, 2015).

O envelhecimento é um processo que ocorre durante todo o ciclo de vida, pelo que se torna essencial atuar na manutenção da saúde e na preservação do bem-estar (DGS, 2023).

A participação social dos mais idosos implica a integração e a participação ativa nas comunidades onde se inserem. A população mais idosa representa um valor muito elevado para a sociedade, pela experiência adquirida, pelas capacidades desenvolvidas até à idade mais avançada e ainda pela importância nas tomadas de decisão (DGS, 2023).

## **2. Mitos e verdades das doenças cérebro cardiovasculares**

- a. O AVC só acontece a pessoas com mais de 65 anos.
- b. O colesterol elevado é um dos principais fatores de risco para o enfarte.
- c. O AVC pode ser prevenido.
- d. Fumar aumenta o risco de ter um enfarte.
- e. Se os sintomas do AVC desaparecem, não há com que se preocupar.
- f. Existe apenas um tipo de AVC.
- g. Quem tem historial de AVC na família, tem maior risco.
- h. A ansiedade e o stress podem desencadear um enfarte.
- i. Não há sequelas após um AVC “leve”
- j. Dor no peito é o único sintoma do enfarte.
- k. Apenas as pessoas com hipertensão têm risco de ter AVC.

Respostas/chave: (a. F; b. V; c. V; d. V; e. F; f. F; g. V; h. V; i. F; j. F; k. F.)

### 3. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

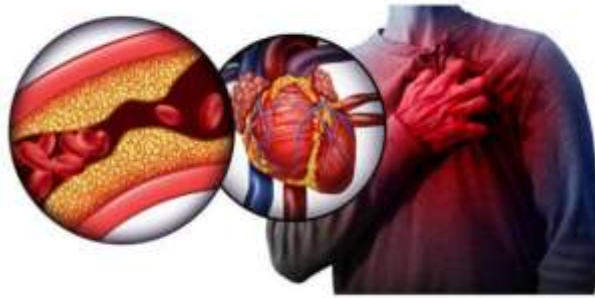


Figura 3 (fonte: tpsearchtool.com)

- **O que é:**

- resulta de um desequilíbrio entre o aporte e o consumo de oxigénio pelo miocárdio e pode levar a disfunção e lesão celular.
- a causa mais frequente é a redução do fluxo sanguíneo por doença obstrutiva;
- pode ser agravada pelo desenvolvimento de trombos nas veias e/ou diminuição do calibre ou por insuficiente face a um aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio

- **Sinais e sintomas**

- dor, pressão ou aperto no peito
- Irradiação da dor – **braço esquerdo, pescoço, mandíbula**, braços ou dorso
- transpiração intensa, náuseas e vômitos
- sensação de falta de ar e perda de consciência.



- Para ver o vídeo [carregue aqui](#)

## 4. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

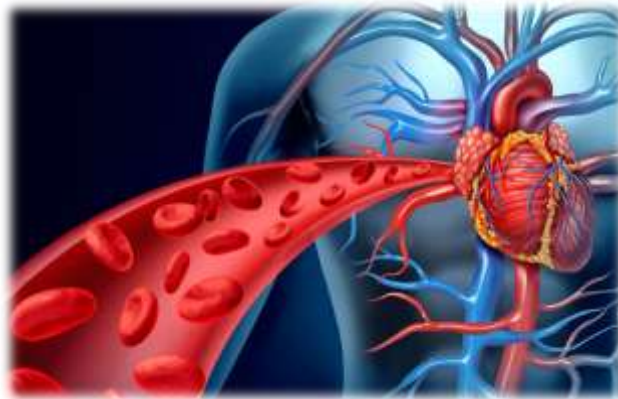


Figura 4

- **O que é** - é uma **doença grave e crônica**, que ocorre quando o coração é incapaz de:
  - bombear o sangue para o corpo na quantidade necessária;
  - relaxar e receber novamente o sangue de forma normal;
  - **afeta cerca de 400 mil portugueses**, um número que tem tendência a aumentar.
  
- **Sinais e sintomas:**
  - **cansaço extremo**
  - **dificuldade em respirar**, que limita a atividade física ou obriga a dormir com uma almofada extra
  - **aumento dos batimentos cardíacos**
  - **inchaço** (edema) nas pernas ou no abdómen

- aumento da necessidade de urinar à noite
- **tonturas**
- **desmaio**
- aumento de peso.



Figura 5

## 5. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL



Figura 6

- **O que é:**
  - o AVC é um déficit neurológico, de início súbito, que se prolonga por 24h.
  - 85% dos AVC são isquémicos (quando há diminuição ou interrupção do fluxo de sangue e oxigênio ao cérebro);
  - é o tipo mais comum de AVC e acontece quando um dos vasos do cérebro fica obstruído por um coágulo, impedindo a passagem do sangue. A região afetada não recebe oxigênio e, por isso, não consegue funcionar normalmente;

- o AVC pode afetar homens e mulheres em qualquer idade, em média a cada hora que passa 3 portugueses sofrem um AVC.

- **Sinais e sintomas - 5 F's**

- dificuldade em **FALAR**;
- desvio da **FACE**;
- falta de **FORÇA** num braço;
- **FALTA** de visão súbita;
- **FORTE** dor de cabeça.



Figura 7

- Para ver o vídeo [carregue aqui](#)

## 6. Episódios de situações de doença aguda - encenado pelos embaixadores do projeto

O baixo conhecimento relacionado aos fatores de risco ligados às doenças cérebro cardiovasculares e à alta prevalência de hipertensão, obesidade e sedentarismo, coloca a população em alto risco de desenvolver estas doenças (Andrabi et al, 2024).



- Carregue aqui: [Vídeo sobre sinais e sintomas do Enfarte Agudo do Miocárdio - YouTube](#)

“Intervalo da aula de inglês”

- Carregue aqui: [Vídeo sobre sinais e sintomas do Acidente Vascular Cerebral \(AVC\)](#)

## 7. COMO E QUANDO LIGAR PARA O 112



Figura 8

**Em caso de doença súbita ligue  
112**

A sua chamada é atendida nas Centrais de Emergência, pela PSP ou GNR.

Em casos de situações de EMERGÊNCIA, a chamada é transferida para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

A chamada é gratuita e funciona 24h por dia em todo o país.



Figura 9



Figura 10

## DEVE INFORMAR...

- Quem: indicar a idade e género da pessoa;
- A situação: descrever a situação e as principais queixas e sinais que observa;
- Onde está: indicar a morada ou principais pontos de referência;

**Só deve desligar o telefone depois de lhe darem essa indicação**

## 8. Como prevenir as doenças cérebro cardiovasculares

8.1. Adotar um estilo de vida saudável é essencial para prevenir doenças cérebro cardiovasculares. Aqui estão algumas recomendações:

**Fatores protetores** - Comportamentos e escolhas saudáveis que ajudam a reduzir o risco destas doenças.



Figura 11 (Fonte: <https://www.infoescola.com/>)

- **Controlar o stress e a ansiedade:**

- praticar técnicas de relaxamento como meditação e respiração profunda;
- priorizar momentos de lazer e socialização com amigos e familiares.



Figura 12

- **Vigilância regular da saúde**

Manter consultas regulares com profissionais de saúde é fundamental para prevenir e tratar doenças:

- realizar exames periódicos;
- seguir as orientações médicas quanto ao uso de medicamentos, se necessário;

- **Alimentação equilibrada:**

- consumir frutas, vegetais, grãos integrais, carnes magras e peixes;
- evitar alimentos ultra processados e ricos em sal, açúcar e gorduras saturadas;
- hidratação adequada, ingerindo cerca de 2 litros de água por dia, salvo contraindicações médicas;
- restringir o consumo de bebidas alcoólicas.



Figura 14

- **Prática regular de exercício físico:**

- realizar atividades como caminhadas, yoga, natação ou alongamentos, por pelo menos 30 minutos, cinco vezes por semana.
- consultar um profissional de saúde antes de iniciar qualquer programa de exercícios.

- estar atento a sinais de alerta, como dores no peito, tonturas e falta de ar.



Figura 13



Figura 15

- Importância do apoio social

Ter uma rede de apoio é crucial para o bem-estar emocional e físico:

- participar em grupos comunitários ou atividades sociais;
- incentivar relações interpessoais positivas para combater a solidão e o isolamento.



Figura 11

- Sono de qualidade:

- dormir de 7 a 8 horas por noite é essencial para a recuperação do organismo;
- estabelecer uma rotina de sono regular e um ambiente tranquilo para dormir.



Figura 16

## 8.2. Música alusiva ao tema

### Oh Rosa reduz o sal! (Por Ana Vitória Sousa)



Se bloqueiam as artérias  
Que dão sangue ao coração  
Param as suas batidas  
Sentimos um apertão

Dor no peito tipo aperto  
Mesmo calma e repousada  
Dor no braço, pescoço ou costas  
E batida acelerada.

Se bloqueiam as artérias  
Que dão sangue ao coração  
Param as suas batidas  
Sentimos um apertão

Falta de ar, transpiração  
Mesmo com frio presente  
Nauseada ou vomitando,  
Tal é a dor que se sente!

Se bloqueiam as artérias  
Que fazem o coração bater  
Ligamos ao 112  
Sem um segundo a perder!

- Carregue aqui para ver ouvir a música ([link música](#))

## 8.3. Contributo do grupo de seniores do Barreiro



“Para ter um bom coração, Deve comer, beber e passear, Sempre com moderação,  
Para a vida prolongar”. De Maria Antão

---

“Um bom coração é a coisa mais bonita que podes ter. Cuidar bem dele é o maior amor que vais conhecer. Se estiveres com atenção ele vai-te ensinar que há um tempo para insistir e um tempo para esperar. Há um tempo para cuidar dele. Somos mais bonitos por fora quando temos um bom coração por dentro...” De Mariana Neves

---

“Todos temos o dever de tomar conta de nós. Exercícios a fazer e o coração a agradecer!” De Isabel Pimpão

---

“Caminhada para ajudar o nosso coração e a hemorragia que pode acontecer se não for logo atendida”. De Ilda Guedes

---

“Vamos cuidar de nós e da nossa alimentação se queremos um bom funcionamento do nosso coração.” De Leonilde Piedade

---

“Coração amigo não deixes de bater... no dia que o fizeres sei que vou morrer”. De Guiomar Martim

---

“Se vens a minha casa com Deus no coração, entra, senta-te à mesa e come do meu pão.” De Rosa Augusto

---

“Se tiveres uma preocupação, se tiveres uma compressão, se tiveres com alta tensão, é porque tens coração. Mais atenção.” De José Antão

---

“Que maravilha é o coração, é o que nos faz viver, mas é preciso atenção. Há que o proteger!” De M<sup>a</sup> de Lurdes Costa

---

---

“A ansiedade faz parte da minha condição, e esta ansiedade que sinto aumenta a minha tensão, destruindo aos poucos o meu coração.” De Ester Rosário

---

- [Recomendações - sinais e sintomas das doenças cérebro cardiovasculares - ligar 112](#) por Dorinda Rodrigues
  - [Viver com saúde e sabedoria. Por Fernanda Pina](#) por Fernanda Pina
  - [Recomendações para prevenir doenças cérebro cardiovasculares](#) por Maria José Reis
- 



# Conclusão

---

A literacia em doenças cérebro cardiovasculares é essencial a todos os cidadãos, em particular aos seniores, que são os que têm maior risco de sofrer uma situação aguda de EAM, AVC ou IC. Saber identificar os sinais e sintomas destas doenças pode salvar vidas e agilizar a ajuda médica especializada, reduzindo as sequelas provocadas pela doença aguda.

Os embaixadores assumiram assim o papel de líderes de opinião enquanto “agentes de mudança”, considerados por um determinado grupo social como pessoas em quem se pode confiar, credíveis, inovadores e a quem os outros solicitam conselhos (Svenson, Gary et al, 2002).

A prevenção de doenças cérebro cardiovasculares na população idosa requer um conjunto de medidas que envolvem hábitos saudáveis, acompanhamento médico regular e apoio social. Pequenas mudanças no dia a dia podem trazer grandes benefícios para a saúde e para a qualidade de vida.

Lembre-se de que nunca é tarde para começar a cuidar do coração e do cérebro. Adotar medidas preventivas é um ato de amor-próprio e um investimento num futuro mais saudável e feliz.

---

**Em caso de emergência, LIGUE 112!**

---

# Bibliografia

- American Heart Association. (2000). Part 1: Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC. *Circulation*, 102(suppl\_1). [https://doi.org/10.1161/circ.102.suppl\\_1.1-1](https://doi.org/10.1161/circ.102.suppl_1.1-1)
- Bettencourt, N. et al (2020). *Documento de Consenso sobre Estratificação de Risco Cardiovascular e estudo da doença coronária em Portugal*. Espanha. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.10.009>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). In: Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números -2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares; 2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Obtido de: <https://pns.dgs.pt/>
- Figuras 8 a 16 - OpenAI. (2025). Paisagem gerada por AI [Imagem gerada por inteligência artificial]. ChatGPT DALL.E.
- Guarda, L. et al (2024). Perfil de Saúde Arco Ribeirinho.
- Machado Gil, V. (2021). *Cardiologia*. Lousã. Lidel. ISBN: 978-989-752-552-0
- Martins, P. (2020). *Viver + com saber: literacia em saúde. Literacia Em Saúde, Um Desafio Emergente: Contributos Para a Mudança de Comportamento Coletânea de Comunicações*
- Olaseengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handle, A., K o le, A., Monsie rs, K. G., Raffa, V., Smth, M., Soar, J., Saarsdottir, H., & Perkins, G. D. (2021). E ropean Res scitation Concil Gidelines 2021: Basic Life Spport. *Res scitation*, 161, 98114. <https://doi.org/10.1016/j.res.scitation.2021.02.009>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (7th ed). Mosby Elsevier.
- World Health Organization (2023). *Guia dos programas nacionais de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas*. ISBN: 978-92-75-72792-8
- World Health Organization. (2015c). Draft 0: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva.



## **ANEXOS**

## **Anexo I**

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Enfermagem Avançada:  
Uma Voz para o Humanismo”

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Ana Pinto de Azevedo**, estudante n.º 192022086 esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



anaazevedo3@hotmail.com

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Distrito de Saúde de Lisboa e Tagus  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada



Palma de Cima • 1499-022 Lisboa • Portugal

**PROGRAMA**

**9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Moderadora:** Maria João Correia

Ana Paresses "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica do sistema à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."  
Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."  
Joana Cereja "Recém-nascido com ataxias intestinais e família, como intervir para humanizar."

**10:00 – Sessão de Abertura**

**10:30 – Intervalo**

**11:00 – Conferência:** "A influência do nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yuri Galvão

**11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Moderadora:** Ana Rita Rodrigues

Isabel Fica "A incerteza e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."  
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."  
Lúcia Pacheco Coelho "O acompanhamento na visita aleatória no exame do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

**12:30 – Almoço**

**14:00 – Conferência:** "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" – Profª Doutora Cláudia Casquilho Primo

**14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**Moderadora:** Liliana Martins Coimbra

Isana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."  
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."  
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade servir para agir."

**15:45 – Apresentação de Posters**

**– ENCERRAMENTO**

**16:30 – MOMENTO MUSICAL**



Palma de Cima • 1499-022 Lisboa • Portugal

## **Anexo II**

1º Encontro Saúde Arrábida – Alterações Climáticas

**CERTIFICADO**

**1º ENCONTRO**  
SAÚDE, ARRÁBIDA E  
ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS

**29 MAIO**  
2024

**cinema charlot**  
SETÚBAL

Os desafios globais e os caminhos locais para o desenvolvimento sustentável

Certifica-se que, \_\_\_\_\_ foi participante no

**1º Encontro Saúde Arrábida - Alterações Climáticas**, com o tema

“DESAFIOS GLOBAIS E OS CAMINHOS LOCAIS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL”, que decorreu no dia 29 de maio de 2024, no Cinema Charlot - Setúbal.

Setúbal, 29 de maio de 2024

O Presidente do 1º Encontro Saúde Arrábida - Alterações Climáticas

*João Manuel de V. Alves Dias*  
João Dias  
Coordenador da Unidade de Saúde Pública da ULSA

**#SomosULSA**  
Setúbal, Palmela, Sesimbra

### **Anexo III**

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - “Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social”

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Ana Pinto de Azevedo - estudante n.º 192022086, esteve presente no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 24 de novembro de 2023, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP  
  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada



**PROGRAMA**

**9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**Moderador:** Vanessa Cardoso Silva

**Susana Simão dos Santos**

"Prevenção de infeção em Estruturas Residenciais - Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."

**Catarina Belo**

"Tecnologias da informação e o bem das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."

**Breno Alves**

"Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção fúngica crónica: intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

**10:30 – SESSÃO DE ABERTURA**

**11:00 – INTERVALO**

**11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Moderador:** Vasco Soares da Veiga

**Constança de Almeida Carvalho**

"Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Superação Clínica dos Pacientes."

**Sérgio Morgado**

"As Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"

**Rafael Nunes**

"A Doação de Órgão e Tecido na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

**12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL**

**Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto**, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

**13:15 – Almoço**

**14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Moderador:** Joana Cerejo

**Ana Marta Pinto**

"O Abandono das Crianças no Hospital."

**Maria Alcântara**

"Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Situação Escolar"

**Rafaela Silva**

"Alterações Clínicas e o seu Impacto no Desenvolvimento Infantil."

**15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL "Nursology.net" – Profª Doutora Peggy L. Chino**

**Moderador:** David de Sousa Louza

**16:15 – Entrega dos Prémios**

**17:00 – MOMENTO MUSICAL**



#### **Anexo IV**

Post – “Vínculo humano-animal como facilitador do conforto da pessoa idosa “

# FORMULÁRIO POST



Unidade Curricular  
TEORIAS DE ENFERMAGEM

## **1: TÍTULO DO «POST»**

Vínculo humano-animal como facilitador do conforto da pessoa idosa.

## **2: CONTEÚDO DO «POST»**

A ciência da enfermagem tem sido definida de diversas maneiras com base em teóricos que consideram o conceito de relacionamento como fundamental para a perspetiva da saúde humana. O vínculo humano-animal é um fator importante na saúde e na satisfação com a vida, é individualizado e requer uma visão holística. A enfermagem valoriza relacionamentos que sejam carinhosos, naturais e terapêuticos.

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Falar de *saúde da pessoa idosa* é, sobretudo, falar da capacidade de adaptação, da capacidade de ir gerindo as mudanças na sua vida, superando situações problema, crises e incapacidades e de manter autonomia, esta baseada numa evolução favorável do seu estado funcional de forma a manter ou conseguir o conforto físico, psicoespiritual, social e ambiental de que necessita para se sentir saudável (Sousa, 2014).

Ao longo da minha experiência profissional, nomeadamente em unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foram vários os casos em que o a visita da pessoa idosa levou consigo o seu animal de estimação, ao que pude constatar um aumento significativo do grau de satisfação/bem-estar e conforto da pessoa idosa e melhoria da reabilitação funcional. Um dos utentes

foi o Sr. V.S., de 66 anos que deu entrada na unidade de saúde com o diagnóstico principal de reabilitação funcional e motora após Acidente Vascular Cerebral (AVC) com perda de memória. A equipa multidisciplinar decidiu autorizar a esposa do Sr. V.S. a levar o seu cão, tendo o utente reconhecido o animal, o que levou à melhoria significativa do seu estado de saúde.

O conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um resultado desejado para a prestação de cuidados (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2017). Atualmente, as pessoas estão cada vez mais despertas acerca da utilização de animais de companhia para melhorar a sua saúde e o seu bem-estar físico e mental. Por exemplo, as pessoas que viajam de avião exigem cada vez mais a presença dos seus animais de estimação quando o fazem, havendo já bastantes companhias aéreas que facilitam nesse sentido. *Florence Nightingale* (1859) testemunhou os efeitos terapêuticos dos animais nas pessoas, afirmando que um pequeno animal de estimação é muitas vezes um excelente companheiro para os doentes, especialmente em situações crónicas. Os animais são frequentemente utilizados como mediadores de stresse. Numa unidade de saúde foram colocados aquários com peixes, o que produziu um efeito calmante em pessoas com doença de Alzheimer e melhorou o seu padrão de alimentação (Edwards & Beck, 2002). Os animais de companhia podem proporcionar à pessoa idosa uma sensação de segurança, proteção, integração social, sentido de cuidar e sensação de conforto. O estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto. É entendido como um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional (Sousa, 2014).

Os cães também podem ser treinados para detetar células neoplásicas em pessoas; alertar para episódios de hipoglicémia / hiperglicémia; possibilitam uma interação positiva em famílias que lidam com doenças mentais graves e produzem uma diminuição dos sentimentos de solidão. A *American Heart Association* emitiu uma recomendação baseada em evidências, para que pessoas com alto risco de desenvolver doenças cardíacas, considerem interagir ou mesmo adotar um cão.

O sentido do cuidar confortador ultrapassa o ato, é uma atitude própria que atende à singularidade, às suas necessidades e ao respeito pelo Outro, permitindo “caminhar com” num percurso feito em conjunto, o que pressupõe que os enfermeiros ultrapassem as suas próprias tradições culturais e percebam a perspetiva dos doentes (Leininger, 1991; Hesbeen, 2006). Para o idoso, sentir-se desconfortado pode estar relacionado com as vivências da sua situação (tristeza gerada pelas memórias/lembranças da situação de vida, medos/receios, dificuldade de adaptação à mudança) ou por experimentar um agravamento do seu estado de conforto/desconforto (dor/outras queixas) (Sousa,

2014). Compete ao enfermeiro estar desperto para a questão do apego relacionado com o vínculo humano-animal e facilitar, sempre que possível, a aproximação da pessoa idosa com o seu animal de companhia.

Reconhecendo o direito a ser tratado com humanidade o enfermeiro compromete-se a dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e a contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. A humanização passa assim pela relação interpessoal tanto quanto por um ambiente cuidado e potenciador de desenvolvimento e saúde (Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 89º).

Segundo a NANDA, o Síndrome do Idoso Frágil é um estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.

O poder da relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente tem impacto no âmbito da recuperação, cura e promoção da saúde. As enfermeiras estabelecem uma relação terapêutica e um clima propício à recuperação, à cura e à promoção da saúde: 1) suscitando a esperança nos doentes, na equipa e acreditando nisso elas mesmas; 2) encontrando uma forma de compreensão acerca da situação (por exemplo a doença, a dor, e o medo de outras emoções causadoras de stress) e explicando-a claramente ao doente; e 3) ajudando o doente a exteriorizar-se expressando as suas emoções ou incentivando-o a procurar apoio social, emocional e espiritual (Benner, 2001).

Ao pensar no vínculo humano-animal como facilitador do conforto da pessoa idosa, emerge a necessidade de abordar a teoria do conforto de *Katharina Kolcaba* como enquadramento teórico. Esta teoria de Enfermagem é considerada de Médio Alcance, aplicando-se de forma direta na Prática Clínica de Enfermagem, nas vertentes individual e holística, mediante o uso dos conceitos nas suas dimensões: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Para além dos fatores internos e externos importa dar enfoque a estratégias confortadoras, e neste caso o contributo das intervenções do enfermeiro como meio de respeitar o vínculo humano-animal como potenciador do conforto da pessoa idosa. *Kolcaba* ajuda a clarificar os diagnósticos de Enfermagem que identificamos na NANDA, tais como “desconforto” e “síndrome do idoso frágil”, sendo fundamental adotar intervenções que promovam o conforto.

### **3: FOTOS, ILUSTRAÇÕES E OUTROS DOCUMENTOS**



Figura 1:

### **4: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BENNER, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora. 294 p.

Cheryl A. Krause-Parello, RN; PHD; FAAN (2018). Human-Animal Connections and Nursing Science: What Is the Relationship? - Nursing Science Quarterly – journals.sagepub.com/home/nsq

Diagnósticos de Enfermagem – NANDA – Definições e Classificações 2021-2023, 12ª edição

Direção-Geral de Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017 – 2025. Obtido em <http://www.dgs.pt>

Nightingale, F. (1860) – Notes on Nursing. What it is, and what it is not. Reimpressão da 1ª edição americana publicada por D. Appleton and Company. New York: Dover Publications, Inc, 1969.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; Gonçalves, Rogério. (2005) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 456 p.

Pinto, S., Fumincelli, L. Mazzo, A., Caldeira, S. & Martins, J. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. DOI: 10.1016/j.pbj.2016.11.003

SOUSA, Patrícia Pontífice (2014). O Conforto da Pessoa Idosa: Projeto de Vivência e Cuidado Co-criado. Lisboa. Universidade Católica Editora. 168 p.

VIEIRA, M. (2008). Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência. 2ª ed. Lisboa. Universidade Católica Editora Unipessoal LDA. 158 p.

Figura 1 - <http://ecovet.com.br/2018/entenda-os-beneficios-da-relacao-entre-idosos-e-animais-de-companhia/>

### **5: IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Ana Pinto de Azevedo, nº 192022086, Mestrado em Enfermagem Comunitária: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

**Anexo V**

Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem

# Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Pinto de Azevedo**, estudante n.º 192022086 do 17º Mestrado em Enfermagem, participou no **Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem**, nos dias **17 e 18 de outubro de 2024**, que teve lugar no *campus* da Palma de Cima, organizado pelas Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) e Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 18 de outubro de 2024.  
P/ Os Diretores das Escolas de Enfermagem (Lisboa E Porto) UCP

  
CATOLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada

#ENSIDE@Católica  
2024

# Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



## PROGRAMA CIENTÍFICO

17 / 10 / 2024

14h00 | Sessão de Abertura

14h30 | Conferência "Ensinar enfermagem em Portugal"

Profª Doutora Margarida Vieira (UCP-Porto) e Profª Doutora Lucilla Nunes (IP Setúbal)

Moderador: Profª Doutora Amélia Simões Figueiredo (UCP-Lisboa)

15h30 | Comunicações Livres – Salas Simultâneas

18/10/2024

9h00 | Conferência "Strategies for sustaining and enhancing nursing knowledge into education"

Dr. Heather Herdman (University of Wisconsin – Green Bay, EUA)

Moderadora: Profª Doutora Sílvia Caldeira (UCP-Lisboa)

09h45 | Mesa Redonda "Políticas educativas em enfermagem"

Profª Doutora Lillian Ferrer Lagunas (Pontificia Universidad Católica de Chile)

Profª Doutora Conceição Bento

Profª Doutora Margarida Mano (Vice-Reitora UCP)

Moderadora: Profª Doutora Patrícia Pontífice Sousa (UCP-Lisboa)

11h30 | Apresentação de Posters

14h00 | "A enfermagem em Portugal em 2030"

Prof. Doutor Abel Paiva (Escola Superior de Enfermagem de Porto)

#ENSIDE@Católica  
2024

**Anexo VI**

17º Conferência Internacional de Saúde Pública



## 17th European Public Health Conference

Sailing the waves of European public health: exploring a sea of innovation  
12 – 15 November 2024

Lisbon, Portugal

# Certificate of Attendance

This is to certify that

**Ana Pinto de Azevedo,**

has attended the 17th European Public Health Conference: Sailing the waves of European public health: exploring a sea of innovation in Lisbon, Portugal, between 13 – 15 November 2024.

Ricardo Mexia  
Chair of the 17th European Public Health Conference 2024

The 17th European Public Health Conference has been approved by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®) and 15 European CME credits (ECMEC®) have been awarded for this attendance.

## **Anexo VII**

Participação como voluntária nas Jornadas Mundiais da Juventude de 1 a 6 de agosto de  
2023



# CERTIFICATE

## of attendance

The World Youth Day Foundation certifies that

**Ana Pinto de Azevedo**

participated as a **Health Volunteer for the World Youth Day** during the week of August 1-6th of 2023 in Lisbon, Portugal.

**Margarida Gil**

Médica Responsável  
Equipa Saúde JMJ 2023

