



***Empowerment* aos Idosos com Hipertensão Arterial**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na área
de Enfermagem Comunitária**

**Tércio Emanuel de Jesus
Nóbrega**

2019, outubro



***Empowerment* aos Idosos
com Hipertensão Arterial**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na área
de Enfermagem Comunitária**

**Tércio Emanuel de Jesus
Nóbrega**

Orientador

**Professora Doutora Maria do Carmo
Figueiredo**

2019, outubro

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão,
perca com classe e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve e
a vida é muito bela para ser insignificante.”*

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Após todo este caminho percorrido e no término deste percurso, deixo os meus sinceros e profundos agradecimentos a quem acreditou neste meu desafio pessoal e profissional, na minha força, na perseverança do dia-a-dia tão necessária, e a quem esteve em sintonia comigo na resiliência mantida para ultrapassar cada obstáculo de forma capaz.

À Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo, por toda a disponibilidade, saber e aconselhamento, sempre oportuno e enriquecedor, dispensado ao longo de todo este percurso. Agradeço igualmente ao Professor Doutor José Amendoeira, pela sua generosidade na partilha do saber, pela capacidade de comunicação e relação, bem como por toda a energia com que me contagiou desde o primeiro dia para ser mais e melhor neste meu percurso.

À Sr.^a Enf.^a Catarina Afonso pela constante disponibilidade, profundidade da sua reflexão e partilha e pelo modo acolhedor como sempre cooperou nas várias etapas. Agradeço de igual modo a toda a equipa da UCCAS pela forma empática com que me acolheram e integraram nas várias atividades, fazendo-me sentir parte da equipa.

À Câmara Municipal de Leiria, na pessoa da Dr. Cristina Pires, pela forma ativa como cooperou na implementação do projeto e na cedência da sala para as sessões de educação para a saúde.

Aos idosos, bem como, a toda a comunidade do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro, pela forma calorosa como acolheram o projeto implementado e participaram ativamente em todas as atividades desenvolvidas.

Por fim, quero deixar expresso o mais sincero e profundo agradecimento à minha família e amigos, pela compreensão, pelo tempo que não tive para lhes dedicar e pelo apoio e coragem que me deram em todo este percurso, que muito me orgulho de ter realizado.

A todos o meu mais profundo agradecimento!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

AMB – Associação de Moradores do Bairro Sá Carneiro

APAVC – Associação Portuguesa de AVC

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Br. SC – Bairro Social Dr. Francisco Sá Carneiro

cm – Centímetros

CML – Câmara Municipal de Leiria

CSP – Cuidados de Saúde Primários

Dec. – Decreto

DCV – Doença Cardiovascular

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Ed. – Edição

EpS. – Educação para a Saúde

Et al. – Entre Outros

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESECS – Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

f. – Folha

g. – Gramas

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

Kg/m² – Quilograma por Metro ao Quadrado

Nº - Número

NETA – Núcleo de Empréstimo Tecnológico de Apoio

NHC – Nova Habitação Cooperativa

OARS – Older Americans Resources and Services Program

OE – Ordem do Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

PA – Pressão Arterial

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PrS. – Promoção da Saúde

QAFMI – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos

RCEEEECSP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

TA – Tensão Arterial

WHO – World Health Organization

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCAS – Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crónica, sendo o principal fator de risco de doença cardiovascular causando elevada mortalidade a nível mundial. Os enfermeiros através do *empowerment* podem capacitar os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis. Desenvolveu-se uma *Scoping Review*, com a questão: *quais as intervenções de enfermagem no empowerment aos idosos com hipertensão arterial?* Nas evidências obtidas identificou-se a importância do *empowerment* nas intervenções de enfermagem aos idosos com hipertensão arterial. Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde, foi elaborado o Diagnóstico de Enfermagem segundo o Modelo Conceptual de Betty Neuman, que levou à intervenção comunitária *“Hiper(A)tensão ao seu Coração”* que teve como objetivos o aumento de conhecimentos face à hipertensão arterial e a adoção de comportamentos saudáveis, nos idosos com 65 ou mais anos de um bairro social. Os resultados apontam para um aumento de conhecimentos médio de 22%, demonstrando o impacto positivo do projeto.

Palavras-chave: Enfermagem, *Empowerment*; Idosos e Hipertensão Arterial

ABSTRAT

Arterial hypertension is a chronic disease, being the leading risk factor for cardiovascular disease causing high mortality worldwide. Nurses through empowerment can empower individuals to adopt healthy behaviors. A Scoping Review was developed with the question: what are the nursing interventions in empowering of the aged with hypertension? The evidence obtained identified the importance of empowerment in nursing interventions for the aged with hypertension. Based on the Health Planning Methodology, the Nursing Diagnosis was elaborated according to Betty Neuman's Conceptual Model, which led to the community intervention "Hyper(A)tension to your Heart" which had as objectives the increase of knowledge regarding arterial hypertension and the adoption of healthy behaviors, in the aged with 65 or more years of a social neighborhood. The results point to an average knowledge increase of 22%, demonstrating the positive impact of the project.

Keywords: Nursing; Empowerment; Aged; Hypertension

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	15
1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO	17
2 – CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA	19
2.1- HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	19
2.2 – <i>EMPOWERMENT</i>	28
2.3 – MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	30
3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	34
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	34
3.1.1 – Diagnósticos de Enfermagem Comunitária	36
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	37
3.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	38
3.3.1 – <i>Scoping Review</i>	40
3.4 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	43
3.4.1 – Projeto de Intervenção Comunitária: “<i>Hiper(A)tensão ao seu Coração</i>”	43
3.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO	44
3.6 – AVALIAÇÃO	48
4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO	55
5 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	56
6 – CONCLUSÃO	60
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	
ANEXO I – Projeto de estágio.....	69
ANEXO II – Guiões de entrevista e respetiva análise de conteúdo.....	106
ANEXO III – Resposta para a utilização do questionário e respetivo instrumento	123
ANEXO IV – Consentimento informado para o questionário e para as entrevistas	146
ANEXO V – Resposta do ACES Pinhal Litoral	150
ANEXO VI – Resposta da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém	152
ANEXO VII – Diagnósticos de Enfermagem Comunitária segundo Betty Neuman e apreciação do grupo populacional	154
ANEXO VIII – Hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon e por boletim de votos	164
ANEXO IX – <i>Scoping Review</i>	170
ANEXO X – Cartaz e convite	224

ANEXO XI – Questionário de Avaliação de Atitudes e Conhecimentos	226
ANEXO XII – Cartazes do <i>Peddy-Paper</i> e Rastreio da HTA	232
ANEXO XIII – Avaliação da sessão pelos formandos e pelo formador	234
ANEXO XIV – Plano das sessões realizadas	238
ANEXO XV – Fichas de avaliação de conhecimentos	243
ANEXO XVI – Apresentação em <i>power-point</i> das sessões realizadas	248
ANEXO XVII – Planificação do <i>Peddy-Paper</i>	269
ANEXO XVIII – Cartão informativo e folheto sobre a HTA	273
ANEXO XIX – Resultados individuais das fichas de avaliação	276
ANEXO XX – Dados do Rastreio da HTA	281
ANEXO XXI – Resultados da Avaliação Diagnóstica de Atitudes e Conhecimentos	283
ANEXO XXII – Póster do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária	292
ANEXO XXIII – Certificado da comunicação oral da <i>Scoping Review</i>	294
ANEXO XXIV – Apresentação realizada no Seminário Intercalar	296
ANEXO XXV – Apresentação realizada no Seminário Final	300

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 - Classificação da HTA.....	20
Quadro 2 - Avaliação dos indicadores de atividade.....	48
Quadro 3 - Avaliação dos indicadores de processo	49

ÍNDICE DE TABELAS

	f.
Tabela 1 - Valores globais alcançados nas sessões	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
Gráfico 1 - Distribuição por género dos participantes.....	51
Gráfico 2 - Existência de hipertensos	51
Gráfico 3 - Conhecimento do diagnóstico de HTA	52
Gráfico 4 - Controle da HTA	52
Gráfico 5 - Existência de diabéticos.....	52
Gráfico 6 - Controle da diabetes	53
Gráfico 7 - Valores de IMC e perímetro abdominal	53

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 - Mapa do concelho de Leiria.....	17
Figura 2 - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	31
Figura 3 - Logótipo do projeto de intervenção	43

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio (UCCAS), do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, com a duração de 18 semanas, no período de 04 de março a 12 de julho de 2019.

Conforme preconizado para este estágio, a intervenção na comunidade foi a base para todo o percurso realizado, tendo como finalidade a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

Ao longo deste relatório procura-se ir ao encontro dos seguintes objetivos: analisar situações de saúde/doença na comunidade; desenvolver estratégias de intervenção baseadas na melhor evidência com recurso à metodologia científica, através da revisão sistemática de literatura; fundamentar as competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas; avaliar e criticar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Em relação aos objetivos pessoais para este relatório, procura-se que este documento traduza o trabalho desenvolvido e que a futura reflexão sobre o mesmo permita reforçar e colocar em prática as competências adquiridas no âmbito da enfermagem comunitária, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção, de forma a promover uma maior visibilidade da profissão de enfermagem e da sua importância para a obtenção de ganhos em saúde.

A literatura evidencia que a Hipertensão Arterial (HTA) afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo um problema de saúde pública de escala mundial, responsável por elevado número de morbilidade e mortalidade (WHO, 2013). A intervenção do enfermeiro no que se refere à consciencialização da HTA, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde (DGS, 2016). Tais premissas colocam o EEEECSP como agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, comunicação, consciencialização, negociação, relação de ajuda, promoção da adesão e educação para a saúde.

A temática abordada surgiu após a realização do diagnóstico de situação realizado no estágio anterior no Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro (Br. SC), que permitiu estabelecer vários diagnósticos de enfermagem comunitária, tendo como guia orientador o modelo conceptual de Betty Neuman, uma vez que se constitui num modelo dinâmico, flexível e global, e garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

O diagnóstico de situação evidenciou que 94,0% (31) apresentavam problemas cardíacos; 90,9% (30) HTA e 87,9% (29) Problemas Circulatorios dos Membros. Quando questionados se essas patologias afetavam a sua vida diária, 72,7% (24) referem que sim quanto à HTA; 51,5% (17) em relação aos Problemas Circulatorios nos Membros e 48,5% (16) em relação aos Problemas Cardíacos. A partir destes dados e com base na priorização das necessidades, decidiu-se intervir no diagnóstico de enfermagem comunitária: Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por Hipertensão Arterial. Para isso foi desenvolvido um projeto de intervenção, dirigido aos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC, designado por “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*” com o intuito de promover o aumento de conhecimentos face à HTA e a adoção de comportamentos saudáveis.

As intervenções delineadas neste projeto procuraram basear-se na melhor evidência científica, desenvolvendo-se por isso uma prática baseada na evidência através de uma *Scoping Review*, partindo da questão “Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial?”

As atividades executadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde e concorreram para a aquisição das competências específicas do EEECSF.

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (RCEEECSF), este deve centrar a sua prática na comunidade, identificar as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), desenvolver programas e projetos de intervenção para a capacitação das comunidades. Assegura ainda o estabelecimento da articulação com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários conducentes a cuidados de saúde eficazes (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros [OE]).

O relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro é apresentada a caracterização da UCCAS. O segundo capítulo diz respeito à concetualização teórica da temática e o Modelo Teórico adotado que permitiu caracterizar a comunidade, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária a realizar. O terceiro capítulo compreende a metodologia adotada, o planeamento em saúde, onde surge a descrição das várias etapas. Consta ainda neste capítulo a *Scoping Review* efetuada que procurou obter a melhor evidência científica da temática em análise e por fim é apresentado o projeto de intervenção comunitária implementado e a avaliação do mesmo.

Tendo em conta a particularidade do local de estágio e da riqueza que proporcionou em termos práticos, o quarto capítulo descreve sucintamente outras atividades que foram realizadas na UCCAS paralelamente à implementação do projeto de intervenção. No quinto e sexto capítulo, respetivamente, expõe-se a análise crítica e reflexiva de todo o trabalho desenvolvido e a conclusão.

1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO

Este estágio decorreu na UCCAS, que se encontra situada no edifício sede do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral pertencente à Administração Regional do Centro, tendo como área de abrangência o município de Leiria, com uma área de 565 km² distribuída por 18 freguesias (UCC, 2018).



Figura 1 - Mapa do concelho de Leiria

Fonte: CML (2017)

A UCCAS viu o seu plano de ação aprovado em outubro de 2010, tendo iniciado a sua atividade nesta data. Funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20H, aos feriados e fins-de-semana das 9h-13h apenas para atividades da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

A unidade é coordenada por uma enfermeira, Especialista em Enfermagem de Reabilitação. É constituída por uma equipa multidisciplinar: 14 Enfermeiros, dois Médicos, um Psicólogo, uma Fisioterapeuta, uma Técnica de Serviço Social e uma Técnica Administrativa.

Considerando que esta UCC tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho de Leiria, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar, que atua em parceria com as várias unidades funcionais do agrupamento e com várias entidades parceiras do concelho desenvolve atualmente diversos Programas/ Projetos no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, nomeadamente:

- Apoio e promoção da parentalidade positiva e consciente;
- Apoio à criança e ao jovem em risco; Intervenção precoce;

- Curso preparação para o parto e parentalidade;
- Aulas de recuperação pós-parto;
- Saúde Escolar;
- Intervenção comunitária em saúde mental e psiquiátrica;
- Rede Social; Núcleo de empréstimo tecnológico de apoio (NETA); Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Envelhecer com Saúde;
- Promoção e controlo da DPOC.

O Anexo I apresenta o projeto de estágio, onde a contextualização do campo de estágio se encontra de forma mais pormenorizada.

2 – CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

No presente capítulo serão abordados os aspetos teóricos relativos à temática, baseados em revisão da literatura. Pretende-se que sejam um contributo para a compreensão do trabalho.

2.1- HIPERTENSÃO ARTERIAL

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de co morbilidades e manutenção da capacidade funcional (DGS, 2017).

Definição e Classificação:

A HTA também conhecida como Pressão Arterial (PA) alta, é uma condição em que a pressão nas artérias está persistentemente elevada (WHO, 2013). É o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação (DGS, 2013a).

A HTA é uma doença silenciosa, que não provoca quaisquer sintomas, à exceção de valores tensionais elevados, que só se detetam através da medição da tensão arterial (TA). Em alguns casos pode manifestar-se através de sinais como cefaleias, tonturas, dispneia, dor pré cordial, palpitações, epistaxes, ou um mal-estar vago e difuso, comuns a outras patologias (OMS, 2013).

Quadro 1 - Classificação da HTA

Classificação da TA	TA sistólica (mmHg)		TA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal Alta	130 - 139	e/ou	85 - 89
HTA Grau 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
HTA Grau 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
HTA Grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
HTA sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: DGS (2013)

Desta forma, a HTA define-se, pela medição em consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg. Devemos notar que esta classificação apenas é aplicável a adultos com 18 ou mais anos de idade, não sujeitos a terapia anti-hipertensiva e que não têm associado outro processo patológico agudo (DGS, 2013a).

Epidemiologia:

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH, 2014) a HTA é a doença cardiovascular (DCV) mais comum e o fator de risco mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, da doença coronária e da insuficiência cardíaca. É desta forma um importante problema de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade a nível mundial. No último quarto de século, o número estimado de mortes atribuíveis à HTA cresceu de forma considerável em todo o mundo (Forouzanfar, *et al.*, 2017).

Globalmente, as DCV provocam aproximadamente 17 milhões de mortes por ano. Destas, 9,4 milhões resultam de complicações da HTA, afetando cerca de 40% dos adultos com mais de 25 anos de idade e sendo responsável por, pelo menos, 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) (OMS, 2013).

A HTA afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2013), sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras e 92 milhões de dias de vida perdidos. Também, a nível mundial, aproximadamente metade dos AVC e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014).

Em Portugal, as doenças cerebrovasculares ainda lideram as causas de morte (Providencia, Gonçalves & Ferreira 2013). A HTA não só tem um impacto significativo na saúde e qualidade de vida dos indivíduos como também representa custos elevadíssimos para o Sistema

Nacional de Saúde. Em particular, na área das DCV destacam-se o consumo de anti hipertensores (INSA, 2016).

O Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), analisou a TA dos portugueses e concluiu que 2,4 milhões têm HTA. Mais de um terço dos portugueses sofre de HTA, uma doença que afeta mais os homens (atingindo quase 40%), do que as mulheres (atingindo 32%). A prevalência da HTA é mais elevada (62,6%) na população com “nenhuma escolaridade ou com o primeiro ciclo”, enquanto na população com “ensino superior” 15,5% sofrem de HTA. Relativamente à ocupação profissional, cerca de 65% dos reformados, domésticos ou estudantes têm hipertensão, enquanto a taxa de hipertensos desempregados ronda os 30% e a dos empregados se fixa nos 24,7%. Quanto à faixa etária mais de 70% da população acima dos 65 anos tem HTA e, entre os 25 e os 34 anos cerca de 6% são hipertensos.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2010), embora a HTA seja uma doença controlável, ainda existem cerca de 40% de hipertensos na população portuguesa, cerca de 2/3 dos hipertensos não sabem que o são e, dos que estão tratados e medicados, só 11% estão realmente controlados.

Causas:

Pode-se definir fator de risco como elemento mensurável da cadeia de causas de uma doença e um indicador seguro, significativo e independente do risco futuro. Neste enquadramento destacam-se habitualmente duas formas de agrupamento de fatores de risco, com base na possibilidade da pessoa os modificar. São eles os fatores “modificáveis” e os “não modificáveis” (Simões, Gama & Contente, 2000).

Cerca de 90 a 95% dos casos de HTA não têm uma origem clara, ou seja, desconhece-se a sua causa o motivo inicial que desencadeia a falha global do conjunto de mecanismos reguladores e que determina a subida crónica dos valores da PA, por isso considera-se HTA primária ou essencial (Mancia & Grassi, 2008).

Polónia, Ramalinho, Martins e Saavedra (2006), reiteram este facto dizendo que não há uma causa conhecida para a HTA, embora em algumas situações, seja possível encontrar uma doença associada, que é a verdadeira causa da HTA. Esta está frequentemente associada a outras patologias, por exemplo, diabetes *mellitus*, dislipidémia, e outros fatores de risco, tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc. Segundo Branca (2007), os hábitos alimentares constituem outro determinante major para aparecimento da HTA e com grande influência a nível de morbilidade e mortalidade no panorama nacional.

De acordo com o estudo “Cuidados Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos “os determinantes de saúde mais relevantes são: (...) o consumo do tabaco e do álcool, os hábitos alimentares, o sedentarismo e a obesidade” (Biscaia *et al.*, 2006, p.26). Segundo a

WHO (2002c) os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa.

Manifestações:

É consensual que os sintomas representam a razão mais frequente pela qual as pessoas procuram os cuidados de saúde, pois constituem a sua principal preocupação bem como dos prestadores de cuidados. Caso os sintomas não sejam efetivamente controlados ou geridos podem ter consequências devastadoras na pessoa, na família e no próprio sistema de saúde, como é o caso da HTA.

Segundo DGS (2016), quando origina manifestações, a mais comum são as cefaleias. Também podem ocorrer náuseas, sobretudo ao adotar a posição vertical, alterações do equilíbrio, por vezes acompanhadas de vômitos. Noutros casos, a pessoa demonstra uma particular sensação de cansaço e debilidade muscular, ocasionalmente aliada a alguma dificuldade respiratória.

De acordo com a OMS (2013) a HTA é um “assassino” invisível e silencioso, uma vez que, inicialmente, raramente causa sintomatologia, mas traz graves repercussões. Sabe-se que o risco do aumento da PA é contínuo; por cada aumento de 2mmHg na PAS há um risco acrescido de 7% de mortalidade por cardiopatia isquémica e 10% de mortalidade por AVC. No entanto, esta patologia pode ser prevenida levando a menos custos e melhor qualidade de vida para a população.

Assim, a deteção atempada da HTA, com introdução de medidas farmacológicas e não farmacológicas em especial quando está aumentado o risco cardiovascular, deve ser uma prioridade dos CSP (OMS, 2013).

Complicações:

Por ser inicialmente assintomática, na maioria das vezes a pessoa portadora de HTA não consulta o médico, não avalia a PA e não adota hábitos de vida saudáveis, tornando-se desta forma vulnerável a complicações que possam surgir, trazendo consequências muitas vezes permanentes e incapacitantes para a sua saúde.

A HTA aumenta a força exercida nas paredes arteriais, originando danos nos vasos sanguíneos e aumentando a vulnerabilidade de criar placas, levando ao aparecimento de arteriosclerose e enfraquecimento das paredes dos vasos sanguíneos. É igualmente a causa mais comum de trombose, de insuficiência cardíaca e doença coronária. Calcula-se que a HTA aumenta o risco de AVC sete vezes, e duplica ou triplica a possibilidade de doença coronária, de

insuficiência cardíaca ou de arteriopatia periférica. Sendo a par da diabetes a maior causa de doença renal terminal, impondo a necessidade de hemodiálise (Polónia *et. al*, 2006; OMS, 2013).

Segundo Carvalho (2011), as complicações da HTA incluem a doença vascular periférica, a insuficiência renal, a hemorragia da retina e o défice visual (cegueira), podendo afetar duas vezes mais a pessoa com diabetes *mellitus* do que a população em geral. Devido à circulação inadequada associada à condição hipertensiva, homens e mulheres podem também apresentar problemas a nível sexual (Garko, Ogunsina, & Danbauchi, 2005).

Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade de várias das medidas preventivas e de controlo disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HTA continuará, por décadas, a representar um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ónus para a pessoa hipertensa e para a sociedade (Santos, 2011).

Deve-se desta forma, para além de se continuar a investir no diagnóstico de HTA, e no melhor controlo da PA, realizar uma abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade, levando os indivíduos a assumir a responsabilidade pela sua saúde, numa parceria com os profissionais de saúde.

Tratamento:

O Plano Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV) tem como um dos objetivos intermédios “aumentar a proporção de hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados” (DGS, 2006, p.13) e uma das estratégias de intervenção é “melhorar o diagnóstico e tratamento de hipertensão arterial” (DGS, 2006, p.15).

O tratamento da HTA, a curto prazo, tem como objetivo o controlo dos valores tensionais, de forma a evitar a progressão da doença e respetivas repercussões, a médio prazo, e a redução da morbilidade e mortalidade por causa cardiovascular, a longo prazo (DGS, 2006). A concretização destes objetivos é conseguida pela redução dos valores elevados da TA e pelo tratamento dos fatores de risco modificáveis e de doenças associadas, através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Tratamento Não Farmacológico:

Existem medidas não farmacológicas a adotar para uma melhor gestão do regime terapêutico, nomeadamente:

a) Consumo de Sal

Em Portugal assiste-se a um consumo de sal excessivo. Considera-se que num adulto, a quantidade de sal ingerida por dia deverá ser inferior a 5g, mas na realidade o consumo médio estimado é de 10,7g (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014). Aconselha-se a eliminação ou redução de sal quer na confeção dos alimentos, quer à mesa como condimento adicional, bem como na não ingestão de alimentos ricos em sal.

As especiarias são condimentos usados desde sempre na história das civilizações. São as partes aromáticas das plantas (sementes, frutos, raízes, flores ou cascas) que servem essencialmente para melhorar a conservação dos alimentos, dar-lhes um sabor e aromas podendo conferir-lhes algumas propriedades medicinais e podem ser usadas como substitutos do sal (DGS, 2005).

b) Alterações Dietéticas:

O regime alimentar para a pessoa com HTA não é distinto da população em geral, sendo que nesta situação de doença específica recomenda-se a ingestão de alimentos com baixo teor de gordura (nomeadamente saturada), dieta rica em frutas, hortaliças, fibras e minerais (Reis, 2014).

De acordo com a WHO (2003), existe pressão social para os excessos alimentares, e os portadores de HTA referem dificuldade em integrar algumas alterações no plano alimentar na sua rotina diária. Uma alimentação equilibrada com verduras, frutas, legumes, cereais, tubérculos, leguminosas, carnes magras, leite e derivados desnatados e óleos vegetais está associada à redução do risco de desenvolvimento de HTA.

O consumo excessivo de calorias é outra imprudência alimentar cometida por pessoas que sofrem de HTA. Não respeitar as recomendações para uma alimentação completa, variada e equilibrada, podem condicionar o aumento de peso, o que pode elevar a PA em repouso.

c) Redução do Peso Corporal

O peso corporal tem uma relação direta com a HTA. Para a pessoa com HTA aconselha-se um Índice de Massa Corporal (IMC) na ordem dos 25 e um perímetro abdominal menor que 102cm no homem e 88cm na mulher. Estima-se que uma redução de 5kg no peso corporal esteja associada a uma diminuição de 4,4mmHg na PAS média e 3,6mmHg na PAD média (Reis, 2014).

d) Consumo de Álcool

O consumo em excesso de álcool está associado à HTA. Para a pessoa hipertensa é recomendado a ingestão de 20 a 30g/dia (equivalente a dois copos de vinho de mesa) no caso dos homens e 10 a 20g/dia (equivalente a um copo de vinho de mesa) no caso das mulheres (Reis, 2014). Um estudo realizado por Rittmueller *et. al.* (2015) em que se analisaram como os comportamentos de autocuidado relativos à doença cardiovascular diferem consoante o consumo de álcool, descreve que o consumo de álcool é inversamente proporcional à adesão de comportamento de autocuidado na pessoa com HTA como a redução de sal, cessação tabágica, controle de peso.

e) Atividade Física Regular

Segundo Seabra (2017), atividade física é entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta num aumento do dispêndio energético relativamente à taxa metabólica de repouso, quando realizada diariamente a uma intensidade moderada a vigorosa e associada a uma diminuição do tempo dedicado a atividades sedentárias, é atribuída uma enorme importância na promoção de um estilo de vida saudável. Segundo a WHO (2002c), de forma regular esta constitui um relevante elemento de proteção para a saúde, contribuindo para a redução da obesidade, nas doenças endócrinas, osteoarticulares, cardiovasculares e psicológicas. O risco de se ter uma DCV aumenta então 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a atividade física.

A prática de atividade física regular, cinco a sete vezes por semana, com duração de pelo menos 30 minutos, pode reduzir a PA em aproximadamente 10 a 15mmHg. Devem ser opções de atividade física a marcha, corrida, natação, dança excluindo exercícios que impliquem esforços como levantar pesos, pois podem por vezes aumentar excessivamente a PA (Reis, 2014).

Muitos são os benefícios do exercício para a saúde, entre os quais podemos destacar a diminuição da frequência cardíaca como resposta fisiológica positiva e ajuda a prevenir e/ou reduzir a HTA, que afeta 1/5 da população adulta mundial (DGS, 2006).

f) Hábitos Tabágicos

Fumar potencia os efeitos nefastos nas paredes das artérias acelerando a arteriosclerose. Admite-se que deixar de fumar é provavelmente a medida isolada que mais benefício traz à pessoa (Reis, 2014). No entanto, esta alteração de comportamento pode necessitar de ser

acompanhada por uma equipa multidisciplinar e com coadjuvantes de fármacos que reduzam a dependência da nicotina.

Apesar de se conhecer que a cultura influencia o estilo de vida das pessoas, a prática da promoção de saúde e da prevenção da doença, a adesão ao regime terapêutico torna-se hoje emergente face à incidência e prevalência da HTA, pelo que urge delinear estratégias integradas e efetivas de combate a este problema.

Tratamento Farmacológico:

Na escolha da terapêutica farmacológica anti hipertensora deve ter-se em conta a implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas; a idade; lesões coexistentes nos órgãos; fatores de risco cardiovasculares concomitantes; doenças e condições clínicas associadas; indicações, contraindicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos; condicionalismos da adesão à terapêutica e fatores económicos associados (DGS, 2013).

É importante para as pessoas com HTA, antes de adotarem medidas farmacológicas sejam informadas quais os tipos de medidas não farmacológicas que permitem melhorar a sua PA, como a alteração dos hábitos de vida (Gonçalves & Vilerta, 2004).

Intervenção do Enfermeiro:

Os enfermeiros podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais-valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam. (WHO, 1997).

O enfermeiro deve promover o projeto de saúde da pessoa portadora de HTA, influenciando-a para as melhores opções, tornando-a pró-ativa no seu projeto de saúde, numa atitude promotora da tomada de decisão informada. Ao cuidar a pessoa com HTA, o enfermeiro desenvolve a sua tomada de decisão através da conceção de um processo de cuidados tendo por foco de atenção o sistema cardiovascular (Neves, 2004).

O processo de enfermagem constitui-se assim, como elemento fundamental que orienta a prática dos cuidados de enfermagem ao utente/família, de forma a assisti-lo no desempenho de atividades que contribuam para promover, proteger e recuperar a saúde, estabelecendo a relação terapêutica. O EEECS é um agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com

HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e educação para a saúde.

A Educação para a Saúde (EpS) é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas 2014).

Segundo Costa *et al.* (2014) o conhecimento sobre a doença e o tratamento são variáveis que podem influenciar o controlo da HTA e que estão intimamente relacionadas à adesão ao regime terapêutico. Estudos recentes evidenciam isso mesmo, mas reforçam ainda que o utente com HTA não deve ser apenas mero recetor de informações, devendo ser despertado para o autocuidado e mudanças no seu estilo de vida, tornando-se agentes e coprodutores do processo educativo (Moura & Nogueira, 2013).

O enfermeiro assume um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, assim como no controlo e acompanhamento do utente hipertenso. Por meio do conhecimento científico e do seu papel como educador, tem a possibilidade de instrumentalizar o portador da doença para o tratamento, melhorando sua qualidade de vida (Moura & Nogueira, 2013). Torna-se então imprescindível que o enfermeiro conheça atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas desenvolvidas no quotidiano do utente para que possa incentivá-lo a uma participação ativa na adesão ao regime terapêutico (Costa *et al.*, 2014).

Para Costa *et al.* (2014) as estratégias educacionais devem englobar o utente de forma holística, tornando a família parte do processo terapêutico. É preciso considerar que para intervir nos fatores de risco modificáveis é de suma importância que a equipa multidisciplinar saiba como se relacionar com o utente e com sua família, pois só através de vínculos de confiança é que será possível a aceitação de algumas mudanças nos hábitos diários. Segundo (Ownby, 2006), é frequente verificar que as pessoas, especialmente as idosas, que vivem sozinhas alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência, pelo que o suporte social assume aqui um papel preponderante.

Por outro lado, as competências e estratégias, de comunicação não devem ser utilizadas à margem das características individuais, culturais e ambientais dos sujeitos. Em particular, é necessário perceber qual o nível de literacia em saúde do sujeito, a acuidade visual e/ou auditiva, o estilo cognitivo, a afetação do discurso, os aspetos linguísticos e culturais, para que a informação sobre a saúde/doença, sobre o tratamento, sobre a terapêutica seja abarcada de forma plena (Serrão, 2014).

A adoção de estratégias educativas que influenciem o comportamento das pessoas com HTA é imprescindível para que haja mudanças nos hábitos e estilo de vida e para que se exerça maior controlo sobre os fatores de risco. Os antecedentes pessoais e familiares da pessoa com HTA, assim como fatores sociais, ambientais e psicológicos constroem o pilar para o desenvolvimento de habilidades que permitam à mesma ter uma visão crítica sobre sua saúde,

influenciando seu comportamento e contribuindo para a adesão ao tratamento (Teixeira, Silva, Lamas & Matos 2006).

O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e utente hipertenso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Assim o conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia, com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

Segundo Costa *et al.* (2014) não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para o utente, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que o utente sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de educação para a saúde. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença do utente proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre seu comportamento e na adesão ao tratamento.

No que se refere à HTA a maior consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o EEECSPP como agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e educação para a saúde. Torna-se por isso perentório, que as intervenções do enfermeiro sejam estruturadas numa lógica de parceria com o indivíduo. De modo a intervir-se consistentemente é imperativo a utilização de referenciais teóricos de modo a suportar a nossa prática.

2.2 – EMPOWERMENT

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a PrS é conceptualizada como um processo, que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária (OMS, 1986). Neste sentido a PrS deve ser efetuada “pelo e com o povo”, e não “sobre e para o povo”. A PrS prevê o início e conservação de comportamentos não só salutareos, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Dias, 2006).

Segundo a WHO (1997), é através do *empowerment* que os indivíduos e as comunidades assumem o controlo e responsabilização pela sua saúde. Sendo a educação e a informação essenciais para se conseguir um *empowerment* efetivo de modo a que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente.

De acordo com Hanson (2004), o *empowerment* pode ser visto como um resultado (estar capacitado), uma intervenção (capacitar) ou um processo (tornar capacitado), através do qual se pretende:

“(…) Capacitar pessoas, grupos e comunidades no emprego de estratégias e recursos para alcançar objetivos individuais e coletivos de forma ativa; adquirir conhecimentos e habilidades que ajudem indivíduos, grupos e comunidades na compreensão crítica das relações sociais e políticas e do próprio meio; adquirir competências através de experiência e intervenção, aplicadas a situações diversas.” (Souza, Peixoto & Martins 2008, p.267)

Tal como refere Ouschan, Sweeney e Johnson (2000), o processo de *empowerment* visa ajudar a pessoa a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar ativamente na saúde individual. Os autores analisaram as dimensões do *empowerment* em diferentes contextos.

Segundo Pereira (2017), *empowerment* pode ser definido, como um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre a sua saúde, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida. É, portanto, um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos.

O *empowerment* é assim uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS, assumindo-se não apenas como um fim, mas como um meio. É necessário desta forma, que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

As intervenções de enfermagem podem ser compreendidas como uma ação ininterrupta ao longo do processo de mudança e antecedidas pelo seu entendimento, estas devem proporcionar conhecimento e *empowerment*, no sentido da PrS para incentivar respostas salutares às mudanças (Machado, Gerónimo & Godinho, 2015). A falta de *empowerment* pode gerar ansiedade que só é substituída pela devida segurança a partir do momento em que a pessoa consiga fazer uma eficaz gestão da doença e organização da dinâmica nos cuidados (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

A OMS (2013) afirma que o *empowerment* pode ser analisado como um conceito dinâmico inter-relacionando os vários níveis (individual, grupal e comunitário). Deste modo, é fundamental para fomentar nas comunidades a capacidade de serem elas próprias os atores dos processos de promoção da sua própria saúde e da resolução dos seus próprios problemas através da mobilização dos seus recursos (Smith, 2003).

O EEECSPT tem de ser um ator ativo neste cenário, ao assumir para si o papel de promotor de saúde. Apesar de não existir um modelo universal de *empowerment*, “fazer com” em vez de “fazer para” foi apresentado como chave para um maior envolvimento capacitante das populações (Gubernatis & Franco, 2008).

Neste sentido, o conceito de *empowerment* comunitário definido por Laverack (2008), faz todo o sentido, por estar diretamente relacionado com o de promoção de saúde e por ser dirigido

especificamente para o contexto da comunidade. O autor define *empowerment* comunitário quer como um processo, quer como um resultado.

Sendo um processo, o *empowerment* comunitário, opta pelo paradigma sistémico, onde o define como um processo interativo e contínuo em que o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema. Como resultado, dependerá do ambiente e de todos os sistemas em interação, indivíduo, grupo ou comunidade, na perspetiva sempre da melhoria da saúde e do bem-estar coletivo, sendo certo, que este só acontece ultrapassada a barreira individual, considerado como um processo dinâmico e infinito, que implica mudanças constantes no empoderamento pessoal (poder interior) e transformações nas relações de poder superior entre sistemas sociais (Laverack, 2008).

Enquanto promotor de saúde o enfermeiro poderá maximizar o *empowerment* de uma comunidade quando consegue que o sistema cliente passe da ação individual para a coletiva (Laverack, 2008).

2.3 – MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

Pela natureza dos cuidados que o EEECSPP presta, este atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995).

Este modelo baseia-se na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995 citada por Pereira, 2017) ou seja, equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

O modelo teórico de Betty Neuman, criado em 1970, conhecido também como a Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde compreende quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem.

O conceito de pessoa é apresentado enquanto cliente/sistema de cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. De acordo com este referencial teórico a pessoa é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo).

Essas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação do equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Braga & Silva, 2011; Melanie & Evely, 2009). Ao proteger o núcleo, constituído pelos fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos, as linhas de resistência representam condições internas, como última barreira face aos agentes agressores. A sua ineficácia pode resultar na morte da pessoa, quando eficazes ajudam a estabilizar e retornar a um estado normal de bem-estar (Martins, 2014; Cross, 1993). A seguir temos a linha normal de defesa, que é concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um indivíduo em particular ou um sistema. Este estado normal de bem-estar, refere-se às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representando o equilíbrio ou adaptação aos *stressores* (Martins, 2014; Cross, 1993). Já a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é *stressante*, e como um “filtro” quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento pretendendo conservar o estado de bem-estar e o núcleo da pessoa (Wandekoken & Siqueira, 2013; Martins, 2014).

Quando estas linhas são quebradas por um agente *stressor*, ocorre uma reação na linha normal, afetando o estado de bem-estar normal da pessoa, o que leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio do estado de doença. Estas, ao serem dinâmicas e por poderem mudar rapidamente são uma forma de intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014).

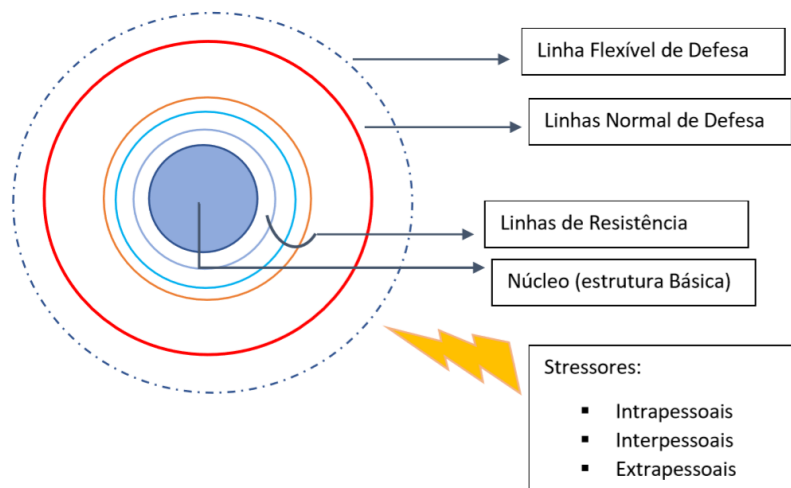


Figura 2 - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Fonte: Esquema adaptado do Modelo de Neuman (1995)

À medida que aumenta a distância entre esta e a linha normal de defesa, ou seja, quanto maior a expansividade dessa linha, maior é o grau de proteção ao sistema (Wandekoken & Siqueira, 2013; Oliveira, 2006).

Enquanto modelo holístico pela visão multidimensional da pessoa, considera a existência de um equilíbrio dinâmico entre esta e o meio ambiente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. Neuman utilizou a definição de *stress* como sendo a resposta não específica do corpo a qualquer pedido, sendo que o *stress* aumenta com a necessidade de reajustamento.

O *stress* surge assim, como causador de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que os fatores de *stress* rompem as linhas de defesa.

Definiu ainda *stressores*, como estímulos produtores de tensão que resultam em *stress* que podem ser positivos ou negativos (Neuman, 2011). Estes *stressores*, são de origem ambiental e podem-se dividir em fatores intrapessoais (relacionados com as forças da própria pessoa, por ex.: aspeto físico, atitudes ou nível de desenvolvimento pessoal); fatores interpessoais (relativos às forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas, por ex.: relações entre familiares ou enfermeiro utente); e fatores extrapessoais (relacionados com as forças exteriores ao sistema que influenciam a pessoa, por ex.: a habitação ou o desemprego) (Neuman, 1995; Cross, 1993).

O modelo analisado tem presente um campo energético aberto (fluxo contínuo de entrada e processo, saída e feedback) em que a pessoa está sujeita a *stressores*, como tal, as linhas de defesa deverão ser reforçadas para o equilíbrio do continuum saúde-doença. É precisamente neste ponto que a atuação de enfermagem tem a sua importância, pela ajuda no reforço das diversas linhas de defesa através de intervenções, entendidas como ações de promoção da saúde do cuidador dentro do sistema de saúde, nos diversos níveis de cuidados, destacando-se, de acordo com Martins (2014) e Amaral (2009):

- **Prevenção primária:** atuação para evitar que o *stressor* afete a linha flexível de defesa, visando a identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações;
- **Prevenção secundária:** a intervenção ocorre devido ao nível anterior não conseguir proteger a linha normal de defesa, iniciando-se o tratamento de sintomas após a reação a fatores de *stress* para reduzir os seus efeitos nocivos;
- **Prevenção terciária:** a atuação de enfermagem tem como objetivo ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos. Esta ocorre depois da linha de defesa normal ter sido atingida, porém, após a intervenção no nível secundário, foi adquirido alguma reconstituição.

As intervenções de enfermagem em qualquer um dos níveis mencionados, visam auxiliar o sistema a adaptar-se ou a ajustar-se e a reter, restaurar ou manter um grau de estabilidade entre as variáveis do sistema do cliente e os *stressores* ambientais (Neuman, 2011). Prevenir os *stressores* através da intervenção é a chave para o bem-estar do cliente devendo esta começar, assim que um fator de risco ou *stressor* é identificado ou tem sua existência comprometida, antes que ocorra uma resposta negativa do cliente (Rixillo, 2011).

A saúde está relacionada com a energia disponível do sistema para responder a constantes alterações. Equivale à estabilidade ideal do sistema, sendo este equilíbrio traduzido como o melhor estado de saúde, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de unir o cliente, ambiente e saúde, mantendo a solidez destes componentes. A doença será o oposto do bem-

estar e representa a instabilidade e a diminuição de energia entre partes ou subpartes do sistema (Amaral, 2009; Melanie & Evely, 2009)

O diagnóstico de enfermagem resulta da avaliação dos *stressores* e inclui, por um lado, a limitação do *stressor* e, por outro, o fortalecimento das linhas de defesa, assim, e após o grau de reação estar estabilizado, a Enfermagem planeia intervenções de forma a fortalecer as linhas de resistência através de níveis de prevenção primária, secundária ou terciária (Tomey & Alligood, 2004). Segundo Pereira (2017), no sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*. Pode ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança.

3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

De acordo com Fortin (2009), a metodologia consiste em tornar claro, como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que ditará as atividades que irão conduzir à realização da investigação.

A metodologia adotada na prossecução deste trabalho é a metodologia do planeamento em saúde. Segundo Nunes (2016), é uma metodologia que orienta e determina a ação tendo em conta um conjunto de fatores condicionantes (sociais, económicos e outros) em contínua transformação, orientando o percurso que se pretende alcançar entre um ponto de partida inicial e aquilo que se espera alcançar no final desse trajeto.

O planeamento em saúde deve obedecer a um conjunto de etapas segundo uma ordem predeterminada, possibilitando escolher as melhores soluções entre as distintas alternativas possíveis. As etapas que devem ser cumpridas para a condução deste percurso, onde se incluem o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a formulação e fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução do plano e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Nunes, 2016), que se descrevem, de seguida, neste relatório.

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Vencida a inquietude inicial existe a necessidade de efetuar o diagnóstico da situação, sendo este o nosso ponto de partida (Nunes, 2016). O EEEECSP, como referido no RCEEEECSP, deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018). O Diagnóstico de Situação integra a primeira fase do Planeamento em Saúde. A qualidade e o rigor atingidos na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta apreciação da comunidade permite-nos conhecer o seu estado de saúde caracterizando o ponto de partida através da identificação dos principais problemas de saúde, podendo fazer-se uso de variadas técnicas para a elaboração desta etapa (Nunes, 2016).

Tendo em conta que foi possível manter o campo de estágio anterior (realizado na UCCAS), utilizou-se o diagnóstico de situação anteriormente efetuado. Esta decisão foi discutida com a Enf.^a Cooperante, com a coordenadora da UCCAS e com a professora orientadora. Pretendeu-se desta forma realizar um projeto com base nos problemas de saúde identificados, no sentido de integrar programas e projetos de intervenção que promovam a capacitação comunitária

com o intuito de atingir competências específicas enquanto futuro EEECS e constituir deste modo um contributo para o local de estágio e comunidade abrangida.

A população alvo foram 65 idosos com 65 ou mais anos residentes em habitação de carácter social no Br. SC. Tendo em conta o período de tempo determinado para este estágio e para a elaboração do projeto, e na impossibilidade de se estudar toda a população, selecionou-se um subconjunto da respetiva população alvo a fim de concretizar o estudo proposto. Desta forma, utilizou-se para seleccionar a amostra a técnica de amostragem probabilística sistemática para 33 indivíduos.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas direccionadas e personalizadas a quatro informantes-chave (Responsável da CML pelo Projeto “*Viver Melhor no Saka*”; Presidente da Associação de Moradores do Br. SC (AMB); Enf.^a da UCC Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Representante da Nova Habitação Coletiva [NHC]). As entrevistas foram realizadas entre os dias 04 a 17 de janeiro de 2019, após consentimento informado, num ambiente favorável, foram audiogravadas e tiveram uma duração média de 50 min. Para todas as entrevistas foram elaborados guiões, sendo posteriormente analisadas segundo análise de conteúdo de Bardin. Em Anexo II encontram-se os vários guiões de entrevista e a respetiva análise de conteúdo.

Utilizou-se como instrumento de recolha de dados o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos [QAFMI], versão portuguesa do OARS (*Older Americans Resources and Services Program*), validado em 2008 para a população portuguesa, pelo Prof. Doutor Rogério Rodrigues, após autorização para a sua utilização no estudo. Em Anexo III encontram-se a autorização para a utilização do questionário, bem como o respetivo documento. Este é um instrumento multidimensional com qualidades reconhecidas na área da saúde, desenvolvido especificamente para idosos, cujas características lhe permitem desempenhar um papel no estudo desta população, auxiliando na identificação de problemas e orientando intervenções. A aplicação dos questionários decorreu entre os dias 23 a 27 de janeiro de 2019 e o seu preenchimento teve a duração média de 50 min.

Qualquer procedimento levado a cabo junto de seres humanos acarreta sempre questões éticas. Estas colocam problemas decorrentes das exigências morais, pelo respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pelo seu direito de viver livremente (Fortin, 1999). Assim para assegurar os princípios ético-morais deste estudo e para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados, as pessoas foram informadas sobre o objetivo do trabalho e assinaram o Consentimento Livre e Informado que foi posteriormente anexado aos questionários. Este Consentimento também foi elaborado para as entrevistas aos informantes-chave com pedido de autorização para se gravar a mesmas. Em Anexo IV encontram-se os respetivos consentimentos referidos. Realizou-se igualmente um pedido de autorização à Direção do ACES Pinhal Litoral (Anexo V) e um pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, de forma a obtermos permissão para realização do estudo, tendo ambos sido deferidos (Anexo VI).

Todos os participantes do estudo foram informados relativamente à justificação da pertinência do estudo, seus objetivos, o início e término previsto para a realização do mesmo.

Assim, a participação no estudo foi de caráter voluntário, onde se preservou a confidencialidade e anonimato de todos que aceitaram participar.

Os dados apresentados resultam do diagnóstico de situação efetuado no estágio anterior, pelo que serão apenas apresentados os resultados que servem de referência para a implementação do projeto de intervenção.

Desta forma relativamente aos dados sociodemográficos, a amostra consistia em 33 indivíduos, dos quais 27,3% (9) do género masculino e 72,7% (24) do feminino, com idades entre os 66 e os 93 anos, sendo a média de idades de 74,33 anos. Quanto aos dados que serviram de base para a realização do projeto de intervenção, de referir que relativamente à população estudada, 94,0% (31) possuem Problemas Cardíacos; 90,9% (30) Hipertensão; 87,9% (29) Problemas Circulatorios dos Membros. Outro dado importante é a influência dessas patologias na vida dos indivíduos. A Hipertensão é a que mais influencia com 72,7% (24) dos indivíduos, seguido de Problemas Circulatorios nos Membros com 51,5% (17) e dos Problemas Cardíacos, com 48,5% (16) dos indivíduos.

A realização de atividades para concretizar esta etapa permitiu adquirir experiência numa das competências incluídas no RCEEEECSP (2018): UC. 1.1 - *“Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”*.

3.1.1 – Diagnósticos de Enfermagem Comunitária

O diagnóstico de enfermagem na comunidade vai permitir expor o problema, clarificar quem recebe os cuidados e identificar os fatores que contribuíram para o problema. O desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem constitui por isso um importante passo para a fase do planeamento (Stanhope & Lancaster, 2011).

De realçar que a formulação do diagnóstico de enfermagem comunitária foi elaborado com base no modelo concetual de Betty Neuman em conjunto com os restantes colegas de estágio, uma vez que o grupo populacional e o fenómeno de interesse foi o mesmo para todos os elementos do grupo.

Assim emergiram os seguintes diagnósticos da análise de conteúdo aos informantes-chave e dos questionários aplicados:

- Instabilidade na linha flexível de defesa dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por fragilidade económica;
- Instabilidade na linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por sentimento de solidão, desinteresse, isolamento e vulnerabilidade social e falta de apoio familiar;
- Rutura na linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por baixa escolaridade;

- Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por: alteração na saúde mental (ansiedade, baixa autoestima, padrão de sono alterado, desinteresse, alcoolismo), alteração na saúde física (hipertensão, problemas cardíacos, circulatórios e diabetes);
- Instabilidade da linha flexível de defesa, evidenciado por sedentarismo; Proteção inadequada da linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por envolvimento comunitário diminuto e atividades recreativas deficientes;
- Instabilidade da linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por falta de apoio das organizações comunitárias.

Os fatores que levam à definição dos mesmos e a apreciação do grupo populacional, segundo os vários contextos, encontram-se em Anexo VII.

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Para Nunes (2016), após tomar conhecimento da situação existente deve proceder-se de forma justificada e fundamentada a uma hierarquização dos conteúdos trazidos pelo diagnóstico de situação. Nesta etapa do planeamento em saúde, são selecionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim a validação e hierarquização das necessidades reais de saúde foi realizada com base no Método de Hanlon. Segundo a DGS (2016), este método constitui-se como um método complexo, mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de problemas de saúde baseados em dados numéricos.

Segundo Nunes (2016), a perceção que a comunidade tem de determinado problema é de suma importância, na hierarquização das prioridades, e a sua aceitação e reconhecimento sentido pela comunidade, poderá envolver a mesma e ditar o sucesso do planeamento delineado. Neste sentido, perante a matriz dos problemas identificados e hierarquizados, os participantes foram incentivados a analisá-los expressando a sua perceção acerca dos mesmos, face à sua vivência quotidiana. Assim foram constituídos boletins de voto com todas as necessidades identificadas, sendo que todos os participantes foram convidados a votar. Em Anexo VIII, encontram-se a hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon e por boletim de votos.

A sessão de validação e hierarquização das necessidades revelou-se um momento de extrema importância, e mostrou que as necessidades sentidas pela população iam ao encontro das necessidades reais. Tendo em conta os problemas que foram identificados e os diagnósticos de enfermagem comunitária elaborados, considerei pertinente que a minha intervenção se centrasse na área do bem-estar físico, nomeadamente na HTA, dado que apresentou uma elevada expressão em termos reais e sentidos.

No decorrer das atividades relativas ao estágio, dadas as limitações temporais do período em que este decorreu, foi definido intervir apenas num diagnóstico considerado prioritário, assim a

intervenção centrou-se no diagnóstico: Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por HTA.

Considera-se que a realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência: UC.1.2: “*Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade*” (RCEEEECSP, 2018).

Tendo sido realizado o diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste contexto, definiu-se como objetivos gerais: promover o aumento de conhecimentos face à HTA e a adoção de comportamentos saudáveis, nos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC, através de um projeto de intervenção de enfermagem comunitária, de março 2019 a dezembro de 2019.

Como objetivos específicos foram definidos no decorrer da intervenção comunitária:

- Instruir para a problemática da HTA;
- Capacitar para identificação de fatores de risco que levam ao descontrole da TA;
- Incentivar à adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Instruir para a importância da atividade física e da adesão ao tratamento da HTA;
- Alertar para as complicações inerentes à HTA;
- Aumentar a vigilância da TA;
- Treinar para intervir em situações de emergência mais comuns relacionadas com a HTA.

Após a definição dos objetivos urge estabelecer as metas a alcançar. Para Imperatori e Giraldes (1993) meta é um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores. Esses indicadores podem ser indicadores de resultado ou impacto (medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema) ou indicadores de atividade ou execução (medem a atividade desenvolvida pelos serviços). Segundo os mesmos autores a satisfação do utente pode estar integrada nos indicadores de resultado.

Mais à frente neste relatório, no subtítulo da avaliação, estão descritos os respetivos indicadores e metas definidos, bem como os resultados alcançados.

3.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Esta fase diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Nunes (2016) as estratégias devem ser suficientemente detalhadas para que possam ser completamente compreendidas e tornam-se importantes para a consecução dos objetivos delineados, nomeadamente na utilização dos recursos.

Para definir estratégias na intervenção comunitária foi tida em conta as características da população-alvo, bem como o modelo de enfermagem escolhido como base para a intervenção. A WHO (2003) refere que para melhorar a nível das doenças cardiovasculares, os enfermeiros devem incluir estratégias de EpS, designadamente relativas ao conhecimento sobre a doença, tratamento e modo como este poderá ajudar e importância de aderir ao regime terapêutico.

No âmbito do presente projeto, e tendo em conta tais premissas, optou-se pela utilização de EpS, tendo como objetivo que a pessoa possa adquirir conhecimentos sobre a HTA, para uma tomada de decisão em seu próprio benefício.

A EpS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes (WHO, 2016). A EpS está estreitamente ligada com o ato de cuidar e é fundamental para a melhoria do nível de saúde dos indivíduos e comunidades. Este acesso à informação é não só uma estratégia de promoção de saúde, mas um imperativo moral do exercício profissional.

A estratégia foi operacionalizada através de quatro sessões de educação para a saúde a um grupo aberto de idosos com 65 ou mais anos, que mais à frente serão explicadas detalhadamente. Foi igualmente elaborada uma atividade de grupo (*Peddy-Paper*) pela oportunidade de fomentar a prática da atividade física e estimular os participantes a encontrarem estratégias coletivas e pela possibilidade de partilha e identificação.

A pertinência da realização de um rastreio da HTA surgiu pela necessidade de diagnóstico e vigilância de saúde comprometida, pela solicitação por parte de alguns moradores do Br. SC e pela necessidade manifestada pela equipa de saúde da UCCAS.

Para Potter e Perry (2004, p.156) "um ensino eficiente depende, em parte, da eficácia das capacidades de comunicação do enfermeiro", sendo por isso uma ferramenta fundamental para qualquer uma das intervenções descritas. Como tal, foram usados predominantemente dois canais de comunicação: o visual e o auditivo. Procurou-se sempre utilizar linguagem clara, simples, concisa e apropriada ao tempo e às circunstâncias. De igual modo procurou-se favorecer a comunicação através da escuta ativa, de modo a promover o envolvimento da pessoa. Utilizou-se como métodos a discussão em grupo, analogias, a preleção, perguntas e respostas, demonstração e prática.

Laverack (2008) menciona que as ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde e demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada. Estas relações interdependentes podem dar origem a um maior nível de *empowerment* do grupo. Neste sentido, foram criadas parcerias com a CML; Associação de moradores do Br. SC; NHC Social; Centro de Fisioterapia Jullyane Silva e Associação Portuguesa de AVC (APAVC). De forma a dar continuidade a esta relação interdisciplinar, foi realizada a apresentação do projeto aos elementos da UCCAS e aos parceiros. Esta apresentação permitiu um conhecimento e participação dos diferentes atores no desenvolvimento do projeto, fomentando o envolvimento dos intervenientes nas atividades.

A convergência de ideais e objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria é primordial, pois permite que haja uma linha comum orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos. Contudo de referir que o recurso prática baseada na evidência científica, através da *Scoping Review*, foi uma estratégia fundamental para a definição das atividades a realizar, favorecendo implementação do projeto de intervenção comunitária.

Com o estabelecimento de objetivos e a seleção das estratégias que considerei mais adequadas, desenvolvi outras das competências do enfermeiro especialista UC. 1.3- “*Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.*” (RCEEEECSP, 2018)

3.3.1 – *Scoping Review*

Para fundamentar as intervenções a realizar no projeto, procedeu-se à procura da melhor evidência científica (prática baseada na evidência) com recurso à *Scoping Review*. No sentido de orientar e de preparar as formações futuras de forma científica e com a metodologia adequada e eficaz para o projeto de intervenção, procurou-se a mais recente evidência científica, para uma Prática de Enfermagem Baseada na Evidência.

A autonomia da profissão de enfermagem e o aumento de conhecimentos evolui de acordo com o avanço da investigação em enfermagem. O conhecimento, fruto da investigação em enfermagem, permite o desenvolvimento da prática baseada na evidência e ainda melhorar a qualidade da prestação de cuidados, contribuindo para ganhos em saúde (OE, 2006).

A prática baseada na evidência pressupõe a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência existente para fundamentar as decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett, 2000). Segundo Amendoeira (2018) citando Arksey e O'Malley (2005), as *Scoping Reviews* podem ser usadas para mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites concetuais de um tópico.

A *Scoping Review* suporta-se num protocolo que contém os objetivos, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões dos estudos incluídos (Amendoeira, 2018).

O protocolo desenvolvido para esta *Scoping Review* encontra-se no Anexo IX, e teve como base as orientações do *Joanna Briggs Institute*, de forma a garantir a qualidade metodológica. A concetualização teórica permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre a temática e teve como base o mapa concetual, que se encontra como anexo no respetivo protocolo (*Appendix I*), e permitiu conduzir à formulação da questão de pesquisa de acordo com a metodologia PCC: Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial?

De acordo com a metodologia PCC a População: Idosos com hipertensão arterial; os Conceitos: enfermagem, *empowerment*; idosos; hipertensão arterial; e o Contexto: procura-se colher informação sobre atitudes comportamentos dos participantes face à sua saúde. Os estudos a incluir foram do tipo quantitativo, qualitativo e misto.

A pesquisa foi realizada com os descritores *MeSH* interligados pelo booleano *AND* e *OR* conjugando a seguinte estratégia de pesquisa: *Nurs* AND Empowerment AND Aged OR Hypertension*. Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados nas bases de dados ProQuest e PubMed e na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Medclatina. Os limitadores usados em cada base de dados, assim como os resultados do cruzamento dos descritores constam na *Search Strategy* do protocolo (*Appendix II*).

O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o *PRISMA 2009 Flow Diagram* (*Appendix III do protocolo*), procedendo-se deste modo à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo *Joanna Briggs Institute*, garantindo a qualidade metodológica dos mesmos. Assim foram identificados um total de 420 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 12 artigos duplicados. Dos 408 artigos, 391 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 17 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 13. Foram por isso selecionados quatro artigos, todos eles com abordagem quantitativa:

- Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea;
- Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea;
- Predictors of Sedentary Behavior in Elderly Koreans With Hypertension;
- Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension;

Todos os artigos foram analisados segundo o *Data extraction instrument*, que é constituído por nove questões, que permitiram identificar os estudos (*Appendix IV do protocolo*).

Deste modo, os contributos da evidência científica encontrada reforçam a importância do *empowerment* como intervenção de enfermagem na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis relativamente à abordagem convencional (Shin, Kim & Choi, 2016). Mostrando que abordagem do *empowerment* deve ser incluído no plano de enfermagem sendo para ajudar pacientes com doenças para atingir seus objetivos (Chang & Lee, 2015). As intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* que consistiam em sessões de educação para a saúde em grupo, com duração de 60 a 90 minutos, consistindo na modificação dos estilos de vida, abordando temáticas como atividade física, educação sobre receitas de baixo teor de sódio, cessação do tabagismo e o beber saudável (Shin *et al.*, 2016). Ainda segundo os mesmos autores as sessões de EpS promovem o *empowerment* nos idosos com hipertensão, e quando acompanhadas telefonemas individualizados incentivando a realização de metas; reuniões mensais de acompanhamento de manutenção, com esclarecimento sobre dúvidas acerca dos fatores de risco e formas de prevenção da hipertensão arterial, tornam-se mais eficazes.

Segundo Chang e Lee (2015) a influência, autoestima, autoeficácia, competência e capacidade de controle devem ser considerados, e trabalhados de forma a potenciar o *empowerment* nos idosos com hipertensão. Desta forma utilizando estes componentes, pode-se capacitar pacientes a melhorar sua saúde, especialmente no que se refere a comportamentos de autocuidado. As intervenções de enfermagem no *empowerment* aos idosos com HTA, devem considerar os níveis educacional, de apoio familiar e de autoeficácia dos pacientes a fim de melhorar a seu autocuidado. Deve-se encorajar os pacientes a ter mais confiança nas capacidades de autocuidado para que possam gerir de forma eficaz a sua TA (Chang & Lee, 2015; Lee & Park, 2017). Assim as intervenções de enfermagem devem envolver a família, os ensinamentos sobre a problemática e sobre a gestão da saúde, bem como a capacitação para controle dos fatores que poderão estar na origem do descontrole da hipertensão arterial. Deve-se planificar intervenções de enfermagem, que potenciem a interação social, de forma a melhorar o estado psicológico dos pacientes, o que pode levar a uma melhor gestão da medicação, aumento do autocuidado e conseqüente melhoria no controlo da HTA (Chang & Lee, 2015).

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que esta experiência, o que irá contribuir para a adesão ao tratamento. A gravidade percebida da doença e maior sentido de saúde percebido, estão associados a um melhor autocuidado e *empowerment* mais eficaz e eficiente (Chang & Lee, 2015; Chang & Sok 2015). As intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* nos idosos com hipertensão devem incluir a partilha em grupo de experiências moderadas por enfermeiros, mostrando a importância de acompanhamento e de incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutares do idoso hipertenso (Shin *et al.*, 2016; Lee & Park (2017)).

Lee e Park (2017), consideram que a maneira mais eficaz de melhorar a autoeficácia nos pacientes com hipertensão é através do incentivo dos enfermeiros, para que os pacientes possam tomar os medicamentos regularmente, controlar sua dieta e exercitar-se de forma independente, desta forma, fica patente que as intervenções de enfermagem devem ter em conta estas temáticas. Outra intervenção de enfermagem sugerida pelo estudo é a partilha em grupo de experiências moderadas por enfermeiros, onde idosos com hipertensão podem partilhar suas experiências de domínio relacionado à autoregulação da TA.

As principais conclusões dos artigos selecionados, que serviram de sustentação às intervenções implementadas neste projeto, encontram-se de uma forma mais pormenorizada no *Data Synthesis* e no *Data Extraction Instrument* do protocolo.

Em suma, a análise dos artigos selecionados, permitiu encontrar evidências que respondem à questão formulada contribuindo, desta forma, à implementação de um projeto de intervenção comunitária. De referir que o resumo desta *Scoping Review* foi publicado no *European Journal of Public Health*, revista internacional com fator de impacto 2.782.

3.4 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Estando as etapas anteriores do planeamento em saúde cumpridas e feita a análise da melhor evidência científica, segue-se a criação de programas ou projetos que respondam às necessidades a colmatar.

Imperatori e Giraldes (1993), refere-se a esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos.

É importante distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Já o projeto é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

3.4.1 – Projeto de Intervenção Comunitária: “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*”

Tendo por base os dados obtidos do diagnóstico de situação da priorização das necessidades, aliando a uma afinidade pessoal e, sendo este um problema de Saúde Pública nacional e mundial, em reunião com a Enfª Cooperante, definiu-se prioritário intervir nas áreas das doenças cardiovasculares, especificamente em relação à HTA. Desta forma foi trabalhado o diagnóstico de enfermagem comunitária: Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por HTA.

Neste contexto, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*”, teve como população os idosos com 65 ou mais anos que residem no Br. SC e intervém especificamente no *empowerment* aos idosos com HTA.

Este projeto está enquadrado no programa “*Envelhecer com Saúde*” da UCCAS, e terá continuidade para além deste ensino clínico. O nome do projeto concilia os significados das palavras “*Hipertensão*”, “*Atenção*” e “*Coração*”. Foi criado um logótipo para dar maior visibilidade e identidade a este projeto.



Figura 3 - Logótipo do projeto de intervenção

Com o nome escolhido, pretende-se chamar a si a importância da vigilância da tensão arterial e a sua influência na saúde em geral e no funcionamento do coração em particular. Assim através do *empowerment* levar os indivíduos a tomar consciência, alertando para os fatores de risco que levam ao descontrole da HTA e suas complicações, capacitando desta forma os indivíduos, no sentido de adquirirem hábitos de vida mais saudáveis.

Quer-se desta forma privilegiar o paradigma salutogénico da saúde, reforçando a importância da relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente. Levando as pessoas a reforçar o seu sentido de coerência, isto é, de adquirirem competências para avaliarem e compreenderem a sua situação, de se direcionarem para a saúde e responderem a situações stressantes (Antonovsky, 1987 citado por Carrondo, 2006).

Esta atividade permitiu a aquisição da competência UC. 1.4- *“Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.”* (RCEEEECSP, 2018).

3.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO

A fase da preparação da execução corresponde à etapa do planeamento em saúde que maior interligação possui com as fases anteriores e com as que se lhe seguem, refletindo o processo contínuo que caracteriza o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993)

Esta etapa iniciou-se com a elaboração do plano operacional das atividades a implementar, constante no Projeto de Estágio (Anexo I), que compreende os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação. Após validação das estratégias de intervenção pela Enf^a Cooperante, iniciou-se a divulgação do projeto, de forma ilustrativa por meio de cartaz afixado em locais estratégicos do Br. SC e convites entregues à população do bairro (Anexo X).

Seguidamente, foi elaborado um questionário sobre atitudes e conhecimentos face à HTA (Anexo XI), que foi aplicado na primeira sessão. A elaboração deste instrumento prendeu-se com a necessidade de conhecer melhor a população-alvo, relativamente a esta temática.

De modo a fundamentar as intervenções a realizar com o projeto, foi essencial a procura da melhor evidência científica (prática baseada na evidência) no que diz respeito à temática em análise, com recurso à *Scoping Review*, já anteriormente explanada. O contributo dos achados da *Scoping Review*, foram uma mais valia para a preparação das sessões de formação. Estas foram preparadas em suporte *power-point*, com recurso a linguagem simples, imagens e vídeos ilustrativos das temáticas abordadas. Para todas as sessões foi elaborado o respetivo plano de sessão.

Na busca de enriquecer e dinamizar o projeto de intervenção, através das parcerias estabelecidas com a Clínica de Fisioterapia Jullyane Silva e com a APAVC, procedeu-se respetivamente, à preparação de mais duas atividades: o *Peddy-Paper* e os Rastreios de HTA. A

divulgação das mesmas foi realizada através de cartazes (Anexo XII), afixados em locais estratégicos do Br. SC e pela colaboração da CML na sua página de *Facebook* e *site* institucional.

Em relação à preparação da avaliação, nomeadamente para apurar se haveria melhoria dos conhecimentos dos idosos após participação nas sessões, foram construídas fichas de avaliação de conhecimentos com 10 questões simples, de resposta verdadeiro/falso que foram entregues antes e após cada sessão. Foi ainda produzida grelha de avaliação da satisfação da sessão pelos formandos de modo a obter a perceção dos mesmos acerca da pertinência dos conteúdos, objetivos, satisfação, desempenho do formador, entre outros. Para além desta avaliação por parte dos idosos, também é importante a avaliação do formador de modo a realizar uma avaliação global das sessões. Assim em Anexo XIII encontram-se a avaliação da sessão pelos formandos e pelo formador.

Por ser um grupo aberto, não foi criada ficha de assiduidade, contudo estabeleceu-se como meta a atingir, uma taxa de assiduidade mínima de 15 idosos por sessão. A contabilização dos mesmos foi realizada pelas fichas de avaliação de conhecimentos e de avaliação de satisfação das respetivas sessões.

Na fase de execução são colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram na sede do “*Projeto Viver Melhor no Saka*”, que é igualmente sede da Associação de Moradores do Br. SC, em horário laboral, das 10 às 11 horas, de forma a proporcionar uma maior adesão do grupo populacional em estudo. Foram desta forma realizadas quatro sessões, com uma hora de duração, que mais abaixo serão explanadas.

A primeira sessão intitulada “*Hiper(A)tensão ao seu Coração – a HTA*”, realizou-se no dia 29 de abril de 2019, e iniciou-se pelo preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos referente à temática e pelo preenchimento do questionário de avaliação de atitudes e conhecimentos, anteriormente referido. Estiveram presentes nesta sessão 26 pessoas, dos quais 17 idosos com 65 ou mais anos; cinco habitantes do Br. SC (que não realizaram as respetivas avaliações de conhecimentos), por não terem 65 ou mais anos de idade; a responsável pelo “*Projeto Viver Melhor no Saka*” e uma estudante da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria (ESECS) a realizar estágio de Serviço Social; o presidente da AMB e a Enfª Cooperante.

A sessão decorreu com a participação proativa dos formandos, tendo tido uma avaliação muito positiva, contudo não houve pontualidade e alguns chegaram durante a sessão o que dificultou o preenchimento dos questionários diagnósticos e o cumprimento da hora de término da sessão.

Quanto à segunda sessão intitulada “*Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e Prática de Atividade Física*”, foi realizada no dia 06 de maio de 2019. Foi igualmente aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos antes e depois da sessão. Estiveram presentes nesta sessão 31 pessoas, dos quais 20 idosos com 65 ou mais anos; quatro habitantes do Br. SC (que não realizaram as respetivas avaliações de conhecimentos), por não terem 65 ou mais anos de idade; a responsável pelo “*Projeto Viver Melhor no Saka*” e uma estudante a realizar estágio de Serviço

Social da ESECS; o presidente da AMB; a Enf^a Cooperante e duas estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), a realizar estágio na UCCAS e a orientadora deste ensino clínico.

A sessão decorreu com a participação ativa dos formandos e com a pontualidade dos mesmos. Foi utilizado o método expositivo e também o método ativo, onde houve a oportunidade de todos os presentes praticarem atividade física, havendo uma grande aceitação e satisfação dos mesmos.

Relativamente à terceira sessão intitulada “*Hiper(A)tensão à Medicação*”, foi realizada no dia 13 de maio de 2019. Foi igualmente aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos antes e depois da sessão. Estiveram presentes nesta sessão 32 pessoas, dos quais 25 idosos com 65 ou mais anos; três habitantes do Br. SC (que não realizaram as respetivas avaliações de conhecimentos), por não terem 65 ou mais anos de idade; a responsável pelo “*Projeto Viver Melhor no Saka*” e uma estudante a realizar estágio de Serviço Social da ESECS; o presidente da AMB e a Enf^a Cooperante.

A sessão decorreu com a participação ativa dos formandos, contudo não houve pontualidade e alguns chegaram durante a sessão o que dificultou o preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos e o cumprimento da hora de término da sessão. Foi utilizado o método expositivo e também o método ativo, onde houve a oportunidade de esclarecimento de inúmeras dúvidas respeitantes à toma da medicação e às complicações mais comuns da HTA.

Quanto à quarta sessão intitulada “*Hiper(A)tensão em Situações de Emergência*”, foi realizada no dia 20 de maio de 2019. Foi igualmente aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos antes e depois da sessão. Estiveram presentes nesta sessão 32 pessoas, dos quais 17 idosos com 65 ou mais anos; seis habitantes do Br. SC (que não realizaram as respetivas avaliações de conhecimentos), por não terem 65 ou mais anos de idade; a responsável pelo “*Projeto Viver Melhor no Saka*” e uma estudante a realizar estágio de Serviço Social da ESECS; o presidente da AMB e a Enf^a Cooperante.

A sessão decorreu bem, com a participação ativa dos formandos, com a pontualidade dos mesmos, contudo iniciou-se com 20 min de atraso devido a problemas técnicos com a fechadura da porta da sede. Problema que foi resolvido com prontidão, atrasando apenas o término previsto da sessão. Foi utilizado o método expositivo e também o método ativo, onde houve a oportunidade de realizar exercícios práticos de atuação em situações específicas de emergência mais comuns na HTA.

Em Anexo XIV, encontram-se os planos das sessões realizadas (onde constam, os objetivos, conteúdos abordados, métodos e técnicas pedagógicas utilizadas, bem como a respetiva forma de avaliação), em Anexo XV as fichas de avaliação de conhecimentos das sessões e em Anexo XVI as apresentações em *power-point* das sessões realizadas.

Foram ainda realizadas mais duas atividades de grupo. No dia 21 de maio de 2019 realizou-se o *Peddy-Paper*, intitulado “*Hiper Peddy-Paper*”, atividade aberta a toda a população do Br. SC e cujas atividades tiveram como palco o próprio bairro. Foram constituídos quatro postos por todo o bairro, onde os participantes, dois a dois, realizaram atividades, tanto de cariz físico,

como respondendo a questões que tinham sido abordadas nas sessões. Em Anexo XVII encontra-se a respetiva planificação do *Peddy-Paper*. Estiveram presentes nesta atividade ao ar livre, 30 pessoas, dos quais 17 idosos com 65 ou mais anos; três habitantes do Br. SC, o professor de educação física e fisioterapeuta da Clínica de Fisioterapia Jullyane Silva (parceiros neste projeto), a responsável pelo “*Projeto Viver Melhor no Saka*”, a fotógrafa da CML e duas estudantes a realizar estágio de Serviço Social da ESECS; o presidente da AMB e a Enf^a Cooperante e duas estudantes do 4^o ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSLei, a realizar estágio na UCCAS. Houve uma grande satisfação e participação de todos, bem como sugestões para que se fizessem mais atividades do género.

A última atividade realizada deste projeto foi o Rastreio da HTA, intitulado “*Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde*”, realizado no dia 27 de maio de 2019, que teve a parceira importante da APAVC. O rastreio decorreu nas instalações da NHC Social, que se encontram exatamente no centro do Br. SC. A escolha do local foi propositada, sendo um local mais centralizado os acessos seriam mais facilitadores para uma maior participação da população. Esta atividade decorreu das 9h às 12h30 e foi aberta a toda a população. Foram elaborados cartões informativos dos parâmetros a avaliar no rastreio, cartões esses que foram entregues às pessoas no final do rastreio, com uma explicação detalhada das atitudes e comportamentos a realizar para melhorar a sua saúde. Foi igualmente distribuído um folheto informativo sobre a HTA, que foi elaborado especificamente para a atividade. Em Anexo XVIII encontram-se o cartão informativo e o folheto sobre a HTA, distribuído na atividade.

O rastreio contou com a presença de 32 habitantes do bairro e os resultados do mesmo encontram-se no subcapítulo da avaliação.

Das breves conversas pós atividades, os formandos transmitiram uma enorme satisfação e manifestaram a necessidade de terem mais formação e atividades do género, demonstrando disponibilidade para novas iniciativas. Analisando-se estas intervenções de enfermagem, segundo o modelo sistémico de Betty Neuman, pode-se afirmar que foi uma mais-valia para este grupo, pois foi notória a melhoria dos conhecimentos destes, como vai ser possível demonstrar no ponto da avaliação.

As atividades realizadas nestas duas últimas etapas do planeamento em saúde contribuíram para a aprendizagem de outras competências do EEECS, a designar: UC. 2.1- “*Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.*”; UC. 2.2- “*Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.*”; UC.2.3- “*Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.*” (RCEEECS, 2018)

3.6 – AVALIAÇÃO

Enquanto última etapa do planeamento, a avaliação consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planejar de forma mais eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Nunes (2016), é pela avaliação que se sabe se o plano foi eficaz, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos, sendo a maior parte dos elementos utilizados na mesma, indicadores (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados dos indicadores que foram definidos, assim como as atividades realizadas, de modo a proceder a uma avaliação. À medida que o projeto “Hiper(A)tensão ao seu Coração” foi implementado, foram usados alguns instrumentos de recolha de dados que possibilitaram a realização de uma avaliação.

Assim, é apresentado um quadro que sintetiza as atividades realizadas e os indicadores de atividade e de resultado respetivos, bem como, a avaliação da consecução de todas as metas definidas.

De destacar pela análise dos quadros 2 e 3 que todas as metas inicialmente definidas para as diferentes atividades foram atingidas, e em alguns casos até mesmo superadas de forma acentuada.

Quadro 2 - Avaliação dos indicadores de atividade

Indicadores de Atividade	Meta	Avaliação
Taxa de realização das atividades: $\frac{N^{\circ} \text{ de atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atividades programadas}} \times 100$	Realizar 100% das sessões	6/6 x 100 = 100%
Taxa de assiduidade dos participantes nas atividades: $\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas presentes nas atividades}}{N^{\circ} \text{ de pessoas convocadas para as atividades}} \times 100$	Obter 70% de assiduidade	Sessão 1: 17/15 x 100 = 113% Sessão 2: 20/15 x 100 = 133% Sessão 3: 25/15 x 100 = 167% Sessão 4: 17/15 x 100 = 113% Peddy-Paper: 17/15 x 100 = 113% Rastreio HTA: 22/15 x 100 = 147%
Taxa de folhetos distribuídos no Rastreio: $\frac{N^{\circ} \text{ de folhetos distribuídos no Rastreio}}{N^{\circ} \text{ de pessoas presentes no Rastreio}} \times 100$	Distribuir 100% dos folhetos	32/32 x 100 = 100%

<p>Taxa de avaliação das atividades, segundo os participantes (1 - nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões}}{N^{\circ} \text{ total de participantes a avaliar}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas</p>	<p>Sessão 1: 17/17 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2: 20/20 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 3: 25/25 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 17/17 x 100 = 100%</p> <p>Peddy-Paper: 17/17 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de avaliação do desempenho do formador, segundo os participantes (1 - nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador}}{N^{\circ} \text{ total de participantes a avaliar}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom</p>	<p>Sessão 1: 17/17 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2: 20/20 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 3: 25/25 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 17/17 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador (1 - nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ objetivos atingidos avaliados em 4 e 5}}{N^{\circ} \text{ total de objetivos atingidos a atingir}} \times 100$</p>	<p>Obter 100% dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo formador</p>	<p>Sessão 1: 6/6 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2: 9/9 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 3: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 6/6 x 100 = 100%</p>

Quadro 3 - Avaliação dos indicadores de resultado

Indicadores de Resultado	Meta	Avaliação
<p>Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% de respostas corretas nas sessões</p>	<p>Sessão 1: 152/170 x 100 = 89%</p> <p>Sessão 2: 180/200 x 100 = 90%</p> <p>Sessão 3: 237/250 x 100 = 95%</p> <p>Sessão 4: 146/170 x 100 = 86%</p>
<p>Taxa de melhoria das classificações: $\% \text{ da média da classificação final} - \% \text{ da média da classificação inicial}$</p>	<p>Obter 10% de melhoria nas classificações</p>	<p>Sessão 1: 89%-78% = 11%</p>

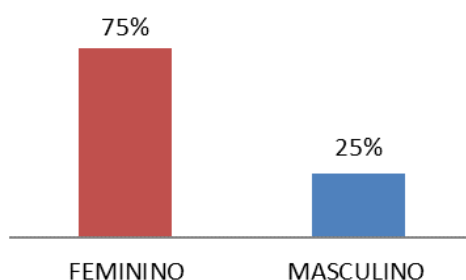
		<p>Sessão 2: 90%-58% = 32%</p> <p>Sessão 3: 95%-81% = 14%</p> <p>Sessão 4: 86%-56% = 30%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da HTA: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a HTA}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a HTA}} \times 100$</p>	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a HTA como problema de saúde pública mundial	14/17 x 100 = 82%
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a ingestão de sal máxima: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a quantidade de sal máxima}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a quantidade de sal máxima}} \times 100$</p>	Que 80% dos participantes saibam a quantidade máxima recomendada de ingestão de sal por dia	19/20 x 100 = 95%
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a importância da atividade física}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a importância da atividade física}} \times 100$</p>	Que 80% dos participantes saibam da importância da atividade física no controle da TA	20/20 x 100 = 100%
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o tratamento da HTA: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre o tratamento da HTA}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre o tratamento da HTA}} \times 100$</p>	Que 80% dos participantes conheçam os tipos de tratamento da HTA	22/25 x 100 = 88%
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre as complicações mais associadas à HTA: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre as complicações da HTA}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre as complicações da HTA}} \times 100$</p>	Que 80% dos participantes conheçam as complicações mais comuns associadas à HTA	23/25 x 100 = 92%
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o nº de emergência médica: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre o nº de emergência médica}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre o nº de emergência médica}} \times 100$</p>	Que 100% dos participantes conheçam o número de emergência médica	17/17 x 100 = 100%

Os resultados individuais das fichas de avaliação de conhecimentos dos formandos, aplicados em cada sessão (no início e final da mesma), encontram-se em Anexo XIX. Na Tabela 1 encontram-se os valores globais alcançados em cada sessão, sendo este um indicador de processo anteriormente referido. Constata-se que a média da percentagem de melhoria foi 22%, superior aos 10% definidos no indicador.

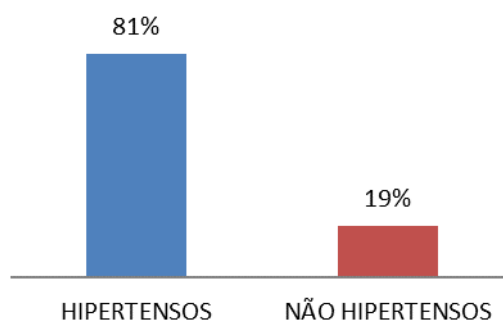
Tabela 1 - Valores globais alcançados nas sessões

Sessões	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	78%	89%	11%
2	58%	90%	32%
3	81%	95%	14%
4	56%	86%	30%
Média obtida	68%	90%	22%

Relativamente à atividade “**Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde**” estiveram presentes 32 habitantes, sendo 75% (24) do género feminino e 25% (8) do masculino (Gráfico 1).

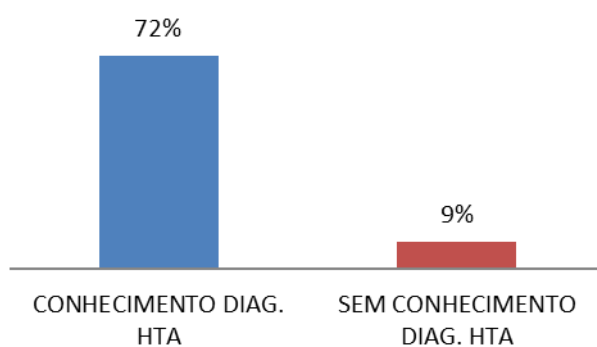
Gráfico 1 - Distribuição por género dos participantes

Dos 32 habitantes do Br. SC que realizaram o rastreio haviam 81% (26) hipertensos e 19% (6) não hipertensos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Existência de hipertensos

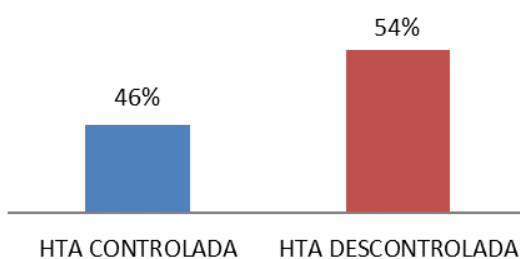
De referir que 72% (23) conheciam diagnóstico de HTA e 9% (3) desconheciam o diagnóstico HTA, e foram reencaminhados para acompanhamento clínico (Gráfico 3);

Gráfico 3 - Conhecimento do diagnóstico de HTA



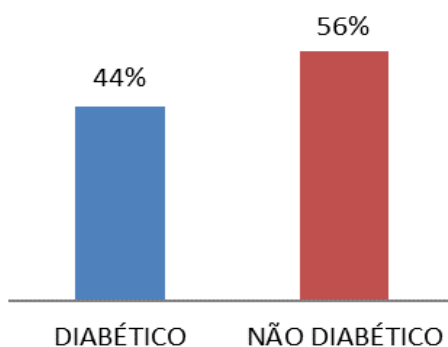
Quanto ao controlo da HTA, dos 26 hipertensos, 54% (14) com HTA descontrolada, e 46% (12) com HTA controlada (Gráfico 4);

Gráfico 4 - Controle da HTA

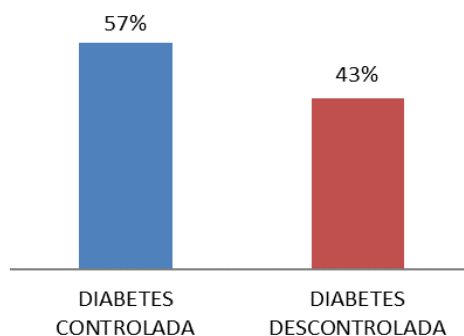


Relativamente à diabetes, haviam 44% (14) diabéticos e 56% (18) não diabéticos (Gráfico 5). Todos 100% (14) conheciam o diagnóstico de diabetes.

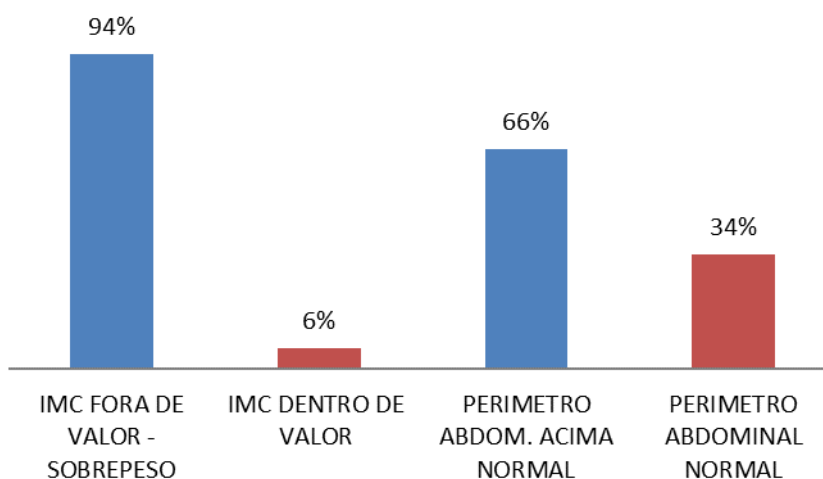
Gráfico 5 - Existência de diabéticos



Dos 14 diabéticos existentes, 57% (8) tinham diabetes controlada e 43% (6) com diabetes descontrolada (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Controle da diabetes

De referir ainda que 94% (30) apresentavam IMC acima do normal (evidenciando sobrepeso) e apenas 6% (2) dentro dos valores normais, bem como 66% (21) com perímetro abdominal acima do normal para o género, sendo que apenas 34% (11) dentro da normalidade (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Valores de IMC e perímetro abdominal

Em Anexo XX encontra-se a base de dados constituída para o rastreio, e os respetivos valores apresentados.

A realização do rastreio foi muito bem aceite pela comunidade do Br. SC e permitiu obter ganhos para a saúde com os ensinamentos realizados e distribuição do folheto elaborado, bem como, o encaminhamento para seguimento da situação clínica pela UCCAS em situações de anormalidade.

Além de promover o aumento de conhecimentos face à HTA, um dos objetivos gerais deste projeto *“Hiper(A)tensão ao seu Coração”*, era igualmente promover a adoção de comportamentos saudáveis. Sendo este último objetivo de difícil realização no curto espaço de tempo, pois a mudança de atitudes e comportamentos faz-se a longo prazo, seria de todo impossível avaliar a consecução deste objetivo no decorrer deste ensino clínico. Contudo em reunião com a Enfª Cooperante e com a equipa da UCCAS, decidiu-se manter o objetivo que será

avaliado a longo prazo pelos enfermeiros da UCCAS, uma vez que enquadrado no “*Programa Envelhecer com Saúde*”, este projeto irá ter continuidade, de forma a poder-se avaliar o impacto na adoção de comportamentos saudáveis.

Em relação aos resultados da avaliação diagnóstica de atitudes e conhecimentos face à HTA, encontram-se em Anexo XXI. Contudo de referir que existia na população em causa um défice acentuado de conhecimentos e atitudes erradas face à sua saúde, que compromete a TA.

Desta forma, julga-se ter adquirido a competência: UC. 1.5- “*Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.*” (RCEEEECSP, 2018).

4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO

Para além do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foram realizadas outras atividades propostas pela Enf^a Cooperante a fim de serem desenvolvidas outras competências do EEEECSP, assim como perceber o funcionamento da UCCAS de forma mais abrangente. Deste modo, descrevo sucintamente as atividades em que participei:

- Participação no VII Congresso Luso-Espanhol de Estudantes Enfermagem, realizado na EESS, nos dias 04 e 05 de abril 2019, onde foi realizada a apresentação pública do *poster* com a divulgação resultado do Diagnóstico de Situação realizado no Br. SC; (Anexo XXII);
- Participação no programa de apoio e promoção da parentalidade positiva e consciente, onde pude observar a dinâmica do mesmo e participar, juntamente com a Enf^a Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em sessões de EpS aos pais de crianças até aos 3 meses de idade, a frequentar o Curso;
- Observação das aulas do curso de preparação para o parto e parentalidade, onde pude observar a dinâmica das sessões e os exercícios práticos realizados com as grávidas, pela Enf^a Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia;
- Participação no Programa Envelhecer com Saúde, onde pude colaborar na sessão de EpS, juntamente com a Enf^a EECSP e a Enf^a Especialista em Reabilitação, a um grupo de idosos da comunidade da Ervedeira, sobre os benefícios da atividade física;
- Participação na visita domiciliária com Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), onde pude realizar alguns tratamentos de feridas aos utentes sinalizados da equipa;
- Participação no I Congresso Internacional de Literacia para a Saúde, realizado na EESS, nos dias 16 e 17 de maio de 2019, onde foi realizada a apresentação da comunicação oral da *Scoping Review* desenvolvida para este projeto (Anexo XXIII).

O conjunto destas atividades contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram a aquisição das competências: UC. 3.1- *“Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.”* e UC. 4.1- *“Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde –doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica (RCEEEECSP, 2018).*

5 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

O trabalho presente expõe toda a jornada de desenvolvimento de atividades constituindo uma retrospectiva com um caráter reflexivo e crítico, das atividades desenvolvidas neste estágio e o seu contributo na aquisição e desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem.

Atualmente as exigências de rigor quer técnico-científico quer financeiro, exigem uma prática sustentada em critérios rigorosos e evidência científica comprovada. O rigor metodológico e científico fundamenta as intervenções desenvolvidas e contribui para a visibilidade e reconhecimento da enfermagem aos mais diferentes níveis, quer junto dos cidadãos, quer ao nível político e governamental, como uma profissão de excelência e determinante para os ganhos em saúde das pessoas e comunidades.

Com o início do estágio na UCCAS existia a necessidade de planear uma intervenção comunitária. Imperatori e Giraldes (1993, p. 23) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”. Seguindo estas premissas e em colaboração com a Enf^a Cooperante deu-se início ao projeto “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*”. Este projeto respondia ao Diagnóstico de Situação da população em causa, anteriormente realizado no Estágio I, e ao Diagnóstico de Enfermagem Comunitária elaborado segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman, descrito como: Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por HTA.

Com a implementação do projeto de Intervenção pretendeu-se a obtenção de ganhos em saúde para o grupo populacional, permitindo desta forma a aquisição de competências como EEECSF. Estas competências foram referidas ao longo do relatório, e foram alcançadas na sua totalidade, atingindo-se assim um dos objetivos principais deste ensino clínico.

O Planeamento em Saúde e a forma como as etapas estão definidas, demonstrou ser um método eficaz na gestão de todo o projeto, de modo a dar resposta ao objetivo proposto. O planeamento de projetos eficazes e eficientes deve ser baseado na identificação das necessidades da população. A apreciação das necessidades pode ser conseguida, quer através da apreciação da população, quer da apreciação das necessidades da população (Stanhope & Lancaster, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que foi adotado como referencial teórico de Enfermagem, revelou também ser um modelo de grande utilidade na intervenção comunitária. Este defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, perspetivando-a como um ser

multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress* (Neuman, 1995). A interpretação e análise de toda a apreciação do sistema cliente permitiu a definição do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária e deu suporte ao delineamento da intervenção.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica característico da sua disciplina e a transmissão do conhecimento para o cotidiano da vida das pessoas. Nesta linha de pensamento, o recurso à *Scoping Review* permitiu a escolha de intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica.

Deste modo, os achados da evidência científica mostraram-se fundamentais na consecução do projeto implementado. Com a realização da *Scoping Review* utilizada como estratégia de intervenção, foi reforçada a importância do *empowerment* na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis relativamente a abordagens convencionais (Shin *et al.*, 2016; Chang & Lee, 2015). A importância das sessões de EpS como intervenção de enfermagem na promoção do *empowerment* aos idosos com HTA, abordando temáticas como modificação dos estilos de vida, atividade física, excesso de sal e consumos alcoólicos e tabágicos (Shin *et al.*, 2016).

Pode-se assim igualmente inferir, que as intervenções de enfermagem aos idosos com hipertensão arterial através do *empowerment* devem considerar os níveis educacional e apoio familiar, de forma a aumentar o autocuidado e autoeficácia, capacitando as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis, nas áreas da alimentação, gestão da medicação e atividade física (Chang & Lee, 2015; Lee & Park, 2017).

De assinalar ainda que o conhecimento das doenças e suas consequências, bem como a partilha em grupo de experiências moderadas por enfermeiros, e o incentivo por parte do mesmo para a adoção de comportamentos salutareos do idoso hipertenso, promovem o *empowerment* nos idosos com HTA (Shin *et al.*, 2016; Lee & Park, 2017; Chang & Lee, 2015; Chang & Sok 2015).

Durante as sessões de formação foi sempre dado a oportunidade aos idosos de interagirem com o formador, de forma a promover um ambiente gerador de aprendizagem e de relações interpessoais sadias. Sempre que possível, foram criados momentos para esclarecimento de dúvidas e discussão conducentes à reflexão, articulação e consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, facilitando a sua transferência para o contexto específico de trabalho.

A reflexão da prática deve ser uma constante no trabalho desenvolvido pelo EEECS, em proveito do seu desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com Dorigon e Romanowski (2008) a reflexão surge relacionada à forma como se lida com os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções. Ainda para os mesmos autores para evitar que a prática se torne isolada, deve-se cultivar atividades que conectem o conhecimento e a reflexão na ação.

Segundo Cruz (2010), o conhecimento na ação é o componente que está diretamente relacionado com o saber-fazer, é espontâneo, implícito e que surge na ação, ou seja, um conhecimento tácito. Desta forma, a reflexão revela-se a partir de situações inesperadas produzidas pela ação e nem sempre o conhecimento na ação é o suficiente. Ainda para o mesmo

autor existem três tipos distintos de reflexão: a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão na ação.

Segundo Waldow (2009), reflexão sobre a ação compreende em pensarmos retrospectivamente sobre o que fizemos, e o que é que na ação pode ter contribuído para um resultado inesperado. Em relação à reflexão sobre a ação teve-se o cuidado de fazer sempre após as sessões de formação. A reflexão na ação consiste em refletirmos no meio da ação, sem interrompê-la, podendo deste modo ter a possibilidade de interferir na situação em desenvolvimento. Durante a realização das mesmas sessões várias vezes se efetuou uma reflexão na ação, indo ao encontro de dúvidas e de inquietações reveladas por estes. Relativamente à reflexão sobre a reflexão-na-ação assenta no ato de pensar sobre a reflexão na ação passada, consolidando a compreensão de determinada situação possibilitando a adoção de uma nova estratégia. Relativamente a este último tipo de reflexão, salienta-se a importância de que quando se reflete sobre o que refletimos em determinado momento é um passo mais além em todo o processo, na medida em que permite a integração entre o fazer e o saber. A elaboração deste documento insere-se também nesta última reflexão na medida em que se reflete à *posteriori* sobre a reflexão feita na ação.

Ao ter efetuado o diagnóstico da situação, ter definido as prioridades, selecionado as melhores estratégias, preparado, executado e avaliado a intervenção permitiu-se afirmar que se promoveu ao aumento de conhecimentos sobre a HTA, que era um dos objetivos do projeto definido. A avaliação deste processo realizou-se através das fichas de conhecimento, das próprias sessões e do feedback dos idosos. De acordo com Freitas (2016) para se assegurar que os formandos atinjam os objetivos propostos, as ações de formação devem ser avaliadas. De referir que um dos objetivos gerais deste projeto (promover a adoção de comportamentos saudáveis), encontra-se em desenvolvimento, para posterior avaliação por parte da equipa da UCCAS, visto este ser um objetivo cujo impacto só pode ser avaliado a longo prazo.

Das limitações e constrangimentos inerentes a projetos de intervenção que se caracterizam por uma participação ativa dos seus intervenientes, o fator tempo foi o mais relevante, pelo que exigiu uma sistematização cuidada de todas as ações e articulação com os diferentes parceiros, não sendo contudo, as dificuldades para a consecução dos objetivos definidos relevantes face aos aspetos facilitadores encontrados. Desde logo salienta-se a orientação da Enf^a Cooperante que pela experiência profissional e académica, proporcionou momentos de reflexão que foram enriquecedores e motivadores para a realização do estágio.

Salienta-se também o meu empenho pessoal como estudante, que consciente dos conhecimentos e competências a adquirir e da responsabilidade futura, mobilizei todo o esforço e dedicação para atingir os objetivos e metas definidas.

Pode-se ainda destacar que a troca de experiências e saberes, assim como os momentos de discussão ocorridos na escola durante as apresentações, tanto no seminário intercalar (Anexo XXIV), como no seminário final (Anexo XXV), contribuíram igualmente para o desenvolvimento de todo o processo reflexivo deste estágio.

Em suma, o conjunto de atividades desenvolvidas ao longo deste estágio contribuíram antes de mais para a compreensão e aquisição das competências do EEECS, assim como o impacto que podem ter na vida das pessoas/comunidade, na promoção da saúde e bem-estar.

6 – CONCLUSÃO

No presente relatório foi descrito todo o percurso realizado em contexto de estágio na UCCAS e que teve como grande objetivo a aquisição das competências específicas do EEECS. O relatório apresenta ainda a reflexão crítica e reflexiva das intervenções implementadas.

A temática que serviu de base à construção do projeto de intervenção comunitário foi relativa ao *empowerment* aos idosos com HTA. Uma temática extremamente atual, pois o aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, sobretudo as doenças cardiovasculares (DGS (2017)). Sendo a HTA o principal fator de risco, é igualmente um importante problema de saúde pública de nível mundial, causando elevado número morbilidade e mortalidade (WHO, 2013). A intervenção do enfermeiro no que se refere à consciencialização da HTA, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde (DGS, 2016).

Pelo trabalho realizado foi possível promover o *empowerment*, numa perspetiva salutogénica da saúde, na comunidade afeta a este projeto. A proximidade que o EEECS tem com a comunidade e pelos problemas de saúde que identifica, encontra-se num papel privilegiado para o apoio e acompanhamento da saúde das populações, ou seja, é imperioso que o enfermeiro coloque em prática as suas competências específicas em prol da melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção que respondam às necessidades identificadas. Tudo isso foi implementado neste estágio com pesquisa, empenho, dedicação, e um sentido imenso de orgulho por ver a implementação de um projeto por mim delineado.

As atividades realizadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde, permitindo o desenvolvimento e aquisição das competências específicas de enfermagem comunitária. O recurso à prática baseada na evidência científica através da *Scoping Review*, constituiu uma estratégia à concretização do projeto delineado tendo sido realizadas intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica e será de futuro uma ferramenta a continuar a usar para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada na evidência e com maiores ganhos em saúde.

De referir que este percurso só foi possível pelo excelente apoio da Enf^a Cooperante e da Professora Orientadora que nos momentos de maior dificuldade deram o reforço positivo necessário à prossecução do caminho traçado. Também a disponibilidade por parte de toda a

equipa da UCCAS, bem como, de toda a comunidade do Br. SC e dos parceiros envolvidos, foram essenciais para o sucesso do projeto.

O projeto fica sob a responsabilidade da UCCAS, que conforme referido anteriormente, irá dar continuidade ao mesmo, incluindo-o no programa vigente na UCCAS (*“Envelhecer com Saúde”*), de forma a continuar o trabalho realizado e avaliar o impacto a longo prazo das intervenções implementadas, desta forma empoderando os idosos para agirem sobre a sua saúde de forma mais capaz.

O campo de estágio revelou-se uma grande vantagem pelo enriquecimento de experiências que possibilitou, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por tudo o que já foi exposto ao longo deste documento, considero que os objetivos do estágio foram alcançados e adquiridas as competências específicas do EEECS.

Relativamente aos objetivos pessoais traçados na introdução deste documento, julgo que o mesmo reflete o trabalho desenvolvido em contexto de estágio e que a aquisição das competências específicas no âmbito da enfermagem comunitária criaram capacidade de continuar a desenvolver na minha prática diária, podendo assim contribuir para a promoção da visibilidade que as mesmas produzem na melhoria do estado de saúde da comunidade com quem trabalho e ainda concorrer para a minha satisfação pessoal enquanto profissional de saúde.

Por fim, a redação deste relatório permitiu o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítica e reflexiva, essencial na avaliação do projeto de intervenção comunitário desenvolvido.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ae Kyung Chang & Sohyune R. Sok. (2015). Predictors of Sedentary Behavior in Elderly Koreans With Hypertension. *The Journal of Nursing Research*, 23 (4), 262-270.
- Almeida, L. (2011). *Relatório de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Amaral, M. (2009). *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-Nascidos Prematuros Internados, a Visão das Enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Amendoeira, J (2018). *Revisão Sistemática da Literatura - A Scoping Review*. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R. & Ferrinho, P. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*, 2 (4), 128-131.
- Braga, G. & Silva, J. (2011). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Branca, F. (2007). *The second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*. Recuperado de http://www.euro.who.int/document/RC57/epres_nut.pdf WHO
- Câmara Municipal de Leiria (2017). *Projeto de Intervenção no Bairro Social Sá Carneiro*. Leiria: Câmara Municipal.
- Câmara Municipal de Leiria (2018). Recuperado de https://www.cm-leiria.pt/frontoffice/pages/617?news_id=3385
- Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Recuperado de https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=SALUTOG%C3%89NICO+CORRONDO&btnG=
- Carvalho, D. (2011). Diabetes e Hipertensão. *Revista Fatores de Risco*, 22, 50- 54.
- Chang AK & Lee EJ. (2015). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *A International Journal of Nursing Practice*, 21 (5), 584-591.
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38 (4), 473-481.

- Cross, J. (1993). *Teorias de Enfermagem – os fundamentos para a prática profissional*, 227-240. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruz, M. (2010). *Uma proposta metodológica para a realização do estágio supervisionado em um curso de formação inicial de professores de matemática: limites e possibilidades*. Tese de doutoramento, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: IHMT/UNL.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Saúde em Portugal - Princípios de uma Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2013) *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal: Idade maior em números - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Dong-Soo Shin, Chun-Ja Kim & Yong-jun Choi. (2016). Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *The Australian Journal of Rural Health*, 24 (3), 213-219.
- Dorigon. T. & Romanowski, j. (2012) A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*, 5, 8-22.
- Eun Ju Lee & Euna Park. (2015). Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*, 53 (6), 607-621.
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvino, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.

- Forouzanfar, M.H., et al., Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*, 2017, 317 (2), 165-182.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freese, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Freitas, J. (2016). *Capacitação dos Ajudantes de Ação Direta de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes*. Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal. Recuperado de https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/7577/1/msc_idpfreitas.pdf
- Garko, B., Ogunsina, M. & Danbauchi, S. (2005). Sexual dysfunction in hypertensive patients: implications for therapy. *Annals of African Medicine*, 4 (2), 46-51.
- George, J. B. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem- Os Fundamentos para a Prática Profissional* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gonçalves, A. & Vilerta, R. (2004). *Qualidade de vida e atividade física: explorando a teoria e a prática*. Barueri: Manole.
- Gubernatis, H. & Franco, J. (2008). *Conclusões/Recomendações in: SILVA, José Vieira da, et alii, Empowerment. Capacitar para Participar, Ensaios CAIS*, Coleção: Tempos Sociais Nº 10, Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.
- Hanson, S. (2004) - *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2ª Ed.), Lusociência: Loures.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª Ed.), Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa. Recuperado de <http://censos.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Portugal em Números 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubbou=214351093&PUBLICACOESmodo=2;
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Machado, A. Jerónimo C. & Godinho, C. (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. *Revista UIIPS – Revista da ESSS*, 5 (2), 24-39. Recuperado de www.ipsantarem.pt/arquivo/category/unidades/...uiips/revista-da-uiips.

- Mancia, G & Grassi, G. (2008). *The New European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) Guidelines*. Recuperado de <http://www.medscape.nurse.com>
- Martins, N. (2014). *Pessoas Idosas e Incontinência Urinária: Trajetória da Proposição de um Modelo de Sistematização da Assistência Especializada em Enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/handle/ufjf/774>
- Melanie, M. & Evely, W. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2ª Ed.), Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde (2009) *Doenças Cardiovasculares*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Ministério da Saúde (2014) *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª Ed.) USA: Library of Congress.
- Neuman B & Fawcett J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.), Upper Saddle River (US): Pearson.
- Neves, M. A. (2004). *Intervenções de Enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras* – Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- NHC Social (2017) – *Cooperativa de Solidariedade Social*. Recuperado de <http://www.nhcsocial.pt/>
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas ferramentas de Auxílio* (1ª Ed.), Lisboa: Chiado Editora.
- Oliveira, S. (2006). *Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliários entre os idosos do município de São Paulo*. Tese de Mestrado em Enfermagem: Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-115355/pt-br.php>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá*. pp. 17-21. Recuperado de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>
- OMS. (2013). *Health literacy. The solid facts*. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- Ouschan, R; Sweeney, J & Johnson, L – Dimensions of patient “empowerment”: implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, 18 (1-2), 99-114.
- Ownby, R.L. (2006). Medication adherence and cognition. *Geriatrics*. 61 (2), 30-35.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currículos de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L. & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de

- Hipertensão, *Rev. Port. Cardiol.* 2006, 25 (6), 649-660. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão.
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F. & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade, The PHTSA study. *Journal of Hypertension*, 32 (6), 1211-1221.
- Providencia, R., L. Gonçalves, & M.J. Ferreira. (2013). Cerebrovascular mortality in Portugal: are we overemphasizing hypertension and neglecting atrial fibrillation?. *Rev Port Cardiol*, 32 (11), 905-913.
- Regulamento nº 428/2018. *Diário da República*, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Reis, R. (2014). Medidas comportamentais para controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC 8. *Revista Fatores de Risco*, 32, 9-13.
- Ribeiro, D. C. (2013). Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais. Recuperado de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>
- Rittmueller, S., Frey, M, Williams, E., Sun, H., Bryson, C. & Bradley, K. (2015). Association Between Alcohol Use and Cardiovascular Self-Care Behaviors Among Male Hypertensive Veterans Affairs Outpatients: A Cross-Sectional Study. *Routledge*, 36 (1), 6-12.
- Rixillo, M. (2011). *Modelo de Sistemas de Betty Neuman*. Recuperado de <http://pt.slideshare.net/rixillo/modelo-de-sistemas-de-neuman>.
- Rocha, M., Vieira, M. & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6), 801-808.
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros - Os Enfermeiros como Beneficiários dos Cuidados: stress ocupacional dos enfermeiros numa equipa de tratamento. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. Portugal. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4721>*
- Sackett, L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Chuechill Livingstone. Londres.
- Santos, O. (2011). *Literacia em saúde - interações com motivação e mudança comportamental no controlo do peso corporal*. Faculdade de Medicina do Porto. Consultado em 03 de março de 2019. Recuperado de http://onocop.pt/conteudos/documentos/Oswaldo_Santos_Literacia_em_obesidade.pdf.
- Seabra, A. (2017). A Atividade Física em crianças e adolescentes. Um comportamento decisivo para um estilo de vida saudável. *Revista Fatores de Risco*, 44, 9-20.
- Serrão, C. (2014). *Manual de Boas Práticas. Projeto Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade*. Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico do Porto. Recuperado de <http://www.esse.ipp.pt/projetos/docs/mbp.pdf>
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10886>

- Simões, A.J., Gama, M.E. & Contente, C.B. (2000). Prevalência de fatores de risco cardiovascular numa população rural com idade entre os 25 e os 44 anos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19 (6), 656-667.
- Smith, S.A. & Liehr, P. (2003). *Middle Range Theory of Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, 4-91. Recuperado de http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.
- Sousa, M. R; Peixoto, M. J. & Martins T. (2008). Satisfação do diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, 8, 59-67.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Ed.), Loures: Lusodidata.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tavares, A. 1992. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª Ed.), Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.
- Teixeira, E.; Silva, J.; Lamas, A. & Matos, R. (2006). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e os cuidados com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10 (3), 378-384.
- Tomey, A & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- UCC Dr. Arnaldo Sampaio (2014/2016). *Plano de Ação da UCC Dr. Arnaldo Sampaio*. Leiria
- Waldow, V.R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 140-145.
- Wandekoken, K. & Siqueira, M. (2013). Aplicação do modelo de Neuman e diagnósticos de Nanda ao cuidado do usuário de crack. *Ciencia y enfermeria* 19 (2) pp. 125-139.
- World Health Organization (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>
- World Health Organization (2002a). *Cuidados inovadores para condições crónicas Componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. Geneva.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapy: evidence for action*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs>
- World Health Organization (2013). *A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis*. Recuperado de http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf
- World Health Organization (2016). *Health education*. Recuperado de http://www.who.int/topics/health_education/en/

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
7º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROJETO DE ESTÁGIO

Autor:

Tércio Nóbrega

Santarém, março 2019

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
7º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

PROJETO DE ESTÁGIO -

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO”



Autor:

Tércio Nóbrega nº170400169

Orientadora:

Prof.ª Doutora Maria do Carmo Figueiredo

Enf.ª Cooperante:

Enf.ª Catarina Afonso

Santarém, março 2019

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Br. SC – Bairro Social Dr. Francisco Sá Carneiro

cm - Centímetros

CML – Câmara Municipal de Leiria

CSP – Cuidados de Saúde Primários

Dec. – Decreto

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Ed. – Edição

EpS. – Educação para a Saúde

Et al. – Entre Outros

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

f. - Folha

g. - Gramas

HTA – Hipertensão Arterial

IGAPHE - Instituto De Gestão e Alienação Do Património Habitacional Do Estado

IMC – Índice de Massa Corporal

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

Kg/m² – Quilograma por Metro ao Quadrado

Nº - Número

NHC - Nova Habitação Cooperativa

OE – Ordem do Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNDCCV - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PrS. – Promoção da Saúde

QAFMI - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos

RSI - Rendimento Social de Inserção

WHO - World Health Organization

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCAS – Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	8
1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO	11
2 – BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO	13
3 - PROJETO “VIVER MELHOR NO SAKA”	15
4 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
5 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	24
6 - PLANO DE ATIVIDADES.....	25
6.1 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	31
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 - Classificação da HTA.....	19

“Para conseguirmos realizar grandes feitos temos, não só de acreditar, mas também de planear, não só de sonhar, mas também de agir.”

Anatole France

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), integrado na unidade curricular – Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária, foi proposto a realização do presente projeto de estágio. Segundo Guerra (2002), um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder.

Este estágio decorrerá no período de 04 de março de 2019 a 12 de julho de 2019 na Unidade de Cuidados na Comunidade, do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio (UCCAS), com recurso ao Modelo de Betty Neuman, o qual aborda os sistemas dinâmicos e abertos ao cuidar do cliente, e da metodologia do planeamento em saúde, pretende-se realizar um estágio de intervenção comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) refere que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolve uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando ganhos efetivos em saúde. Pretende-se desta forma, mobilizar e integrar os conhecimentos de enfermagem na compreensão da comunidade fazendo uso de uma perspetiva sistémica, incorporando todos os sistemas integrantes da comunidade.

Neste contexto os objetivos do estágio são:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Este projeto de estágio surge de um diagnóstico de situação que foi estabelecido no Estágio I, onde se procedeu à caracterização da comunidade do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro (Br. SC), através da análise do diagnóstico social no Br. SC estabelecido pela Câmara Municipal de Leiria (CML), e de entrevistas a informantes-chave. O diagnóstico social da CML está enquadrado

no Projeto “Viver Melhor no Saka”, projeto esse, do qual a UCCAS é parceira. O mesmo será apresentado mais à frente. O diagnóstico é então, o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as nossas atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a caracterização do Br. SC e das entrevistas aos informantes-chave, optou-se por estudar a população idosa com 65 ou mais anos, residente em habitações de cariz social, de forma a estabelecer um diagnóstico de enfermagem comunitária a este grupo específico. Para isso, utilizou-se a análise de conteúdo das entrevistas aos informantes-chave e o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), validado em 2008 para a população portuguesa, pelo Prof. Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues, que avalia cinco dimensões principais (Recursos Sociais; Recursos Económicos; Saúde Física; Saúde Mental e Atividades de Vida Diárias), bem como a utilização de 23 serviços.

Desta forma, foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem comunitária, no qual destaque, aquele que serve de base para a realização deste projeto de intervenção. O modelo sistémico de Betty Neuman (1995) compreende os *stressores*, a reação aos *stressores* e à unidade total, interagindo ativamente com o ambiente, que a rodeia. Deste modo, estabeleceu-se o diagnóstico de enfermagem comunitária: rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por Hipertensão Arterial (HTA).

Do diagnóstico de Enfermagem Comunitária constatou-se que: 94,0% (31) apresentavam problemas cardíacos; 90,9% (30) HTA e 87,9% (29) Problemas Circulatórios dos Membros. Quando questionados se essas patologias afetavam a sua vida diária, 72,7% (24) referem que sim quanto à HTA; 51,5% (17) em relação aos Problemas Circulatórios nos Membros e 48,5% (16) em relação aos Problemas Cardíacos.

Após a definição dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se a uma hierarquização dos problemas e, conseqüentemente determinação de prioridades. Nesta etapa do planeamento em saúde, foram selecionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993). A definição dos critérios e sua ponderação foram cruciais nesta etapa, pois foi a partir destes que se obteve, no final, a lista ordenada de problemas (Tavares, 1990).

A hierarquização das necessidades de saúde e definição das prioridades foi realizada com base no Método de Hanlon. Segundo a DGS (2016), este método constitui-se como um método complexo, mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de Problemas de Saúde baseados em dados numéricos.

Com base no Método de Hanlon, foram apresentadas as necessidades reais da população em estudo, hierarquizados por prioridades. Estas indicam como uma das necessidades de

intervenção mais prioritárias o bem-estar físico comprometido, onde se insere a problemática da HTA.

Perante a matriz dos problemas identificados e hierarquizados, os participantes foram convidados a votar, para se perceber se as necessidades reais apresentadas iam ao encontro das necessidades sentidas pelos mesmos. Com base na técnica do multi-voto, foram constituídos boletins de voto com todas as necessidades identificadas. Os resultados apresentados indicam que o bem-estar físico comprometido, onde se insere a problemática da HTA, é igualmente uma necessidade sentida prioritária sentida pela população em estudo.

Tendo por base os dados obtidos do diagnóstico e da sua priorização, aliando a uma afinidade pessoal e, sendo este um problema de Saúde Pública nacional e mundial, é prioritário intervir nas áreas das doenças cardiovasculares, especificamente em relação à HTA

Neste contexto, ao longo deste estágio de intervenção comunitária, irei desenvolver um projeto que tem como nome: *“HiperAtensão ao seu Coração”*, projeto este que me permitirá intervir na problemática da HTA, na população estudada.

De referir que, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assim como o Código deontológico que regulamentam a atividade profissional dos enfermeiros, foram as bases para a elaboração do presente projeto de intervenção.

Como parte integrante deste Projeto destaca-se o enquadramento geral do plano e são propostos objetivos, estratégias, recursos/parcerias e indicadores de avaliação com um horizonte temporal de 6 meses.

Para a realização deste documento foram utilizadas as normas de elaboração e apresentação dos trabalhos escritos da ESSH, do Instituto Politécnico de Santarém.

1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Dec. Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro) propôs uma reorganização dos centros de saúde que consistiu na criação de agrupamentos de centros de saúde, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Os problemas de saúde comunitários e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população. O sentido da mudança é enquadrado pelo Dec. Lei nº 157/99, de 10 de maio, que preconiza uma organização descentralizada. Neste sentido, esta reestruturação cria, entre outras, as UCC. Estas têm por missão a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, bem como a promoção da saúde. Estas Unidades são coordenadas por enfermeiros e neste âmbito, os enfermeiros apresentam-se como um recurso qualificado, com competências científicas, técnicas e humanas, sendo estas competências indispensáveis à sua implementação.

Os enfermeiros, que desenvolvem a sua atividade nestas unidades, têm a responsabilidade na identificação dos problemas de saúde, vigilância e determinação do perfil epidemiológico de âmbito geodemográfico, dinamização e coordenação de programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. Participam ainda, em projetos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade (Comissão de Proteção de Crianças e Jovem em Risco, Programa de Intervenção Precoce em Crianças, Programa Nacional de Apoio ao Idoso) e com a rede social no âmbito da intervenção a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade ou sujeitos a fatores de exclusão social, económica, cultural, violência, negligência.

O edifício sede do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio situa-se no centro da freguesia de Marrazes e é constituído por dois pisos onde estão integradas: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Saúde Familiar, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Inserida no Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, a UCCAS articula com as Unidades Funcionais do Agrupamento e as Instituições Parceiras da Comunidade. Tem como área de abrangência o município de Leiria, com uma área de 565 km² distribuída por 18 freguesias (UCC, 2018).

A UCCAS viu o seu plano de ação aprovado em outubro de 2010, tendo iniciado a sua atividade nesta data. Esta unidade funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, aos feriados e fins-de-semana das 9h-13h apenas para atividades da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). É constituída por uma equipa multidisciplinar: 14 Enfermeiros (uma Enfermeira Coordenadora da UCC, Especialista em Enfermagem de Reabilitação; duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e Mestres em Saúde Comunitária; dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; uma Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; uma Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica; dois Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna; uma Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma Especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Reabilitação; um Mestre em Saúde Pública e dois Enfermeiros generalistas), dois Médicos, um Psicólogo, um Fisioterapeuta, uma Técnica de Serviço Social e uma Técnica Administrativa.

Tendo esta UCC como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho de Leiria, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar, que atua em parceria com várias entidades do concelho, esta unidade desenvolve atualmente diversos Programas/ Projetos no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, nomeadamente:

- Apoio e promoção da parentalidade positiva e consciente;
- Apoio à criança e ao jovem em risco;
- Intervenção precoce;
- Curso preparação para o parto e parentalidade;
- Aulas de recuperação pós-parto;
- Saúde Escolar;
- Intervenção comunitária em saúde mental e psiquiátrica;
- Rede Social;
- Núcleo de empréstimo tecnológico de apoio (NETA);
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Envelhecer com Saúde;
- Promoção e controlo da DPOC.

2 – BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO

O bairro Dr. Francisco Sá Carneiro (Br. SC) surgiu em 1984 na freguesia de Marrazes, concelho de Leiria, sob a responsabilidade do Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado (IGAPHE), com a tipologia de bairro social, para dar resposta a uma situação, que se arrastava há mais de dez anos, de alojamento em condições muito precárias e promíscuas, de cerca de 600 pessoas vindas das ex-colónias portuguesas, após a revolução de abril de 1974 e que estavam, provisoriamente, alojadas nas instalações de um antigo quartel (Regimento de Artilharia 4). Desde 2009 que a gestão do bairro ficou ao cargo da Nova Habitação Cooperativa (NHC).

O Br.SC é composto por 26 edifícios, com oito frações cada, o que dá um total de 208 fogos. Dos 26 blocos, três são propriedade integral da NHC, um é completamente propriedade de privados e nos restantes a NHC divide a titularidade dos fogos com proprietários individuais (52 ao todo) e com o a CML, num total de nove fogos.

Construídos em 1984, os 26 edifícios são compostos por quatro pisos (r/chão, 1º, 2º e 3º andar), em betão armado e alvenaria de tijolo, cobertos a chapa de fibrocimento. As tipologias variam entre T2 e T3 (blocos 1 a 15); T2 (blocos 17, 18 e 19); e T3 e T4 (blocos 16, 20 a 26);

Em finais de 2010 iniciou-se o processo de reabilitação integrada do Br.SC em Marrazes/Leiria, cuja empreitada foi adjudicada pela NHC, compreendendo a reabilitação do bairro social, essencialmente, a nível de exteriores.

Segundo dados da CML (2017), no Br. SC existem 151 fogos de arrendamento de cariz social (143 fogos pertencentes à NHC, 8 à CML) e 52 a particulares. Em termos genéricos existe um total de 434 habitantes, sendo 59,1% (n=256) do género feminino e 40,4% (n=175) do género masculino. A maioria dos habitantes do bairro é adulta, cerca de 83,2% (n=361), seguindo-se 8% de adolescentes (n=35) e 7,4% de crianças (n=32). Dentro da categoria dos adultos é de registar que 19,8% (n=86) são pensionistas, com mais de 65 anos de idade. Verifica-se ainda que a maioria dos habitantes 34,3% (n=131) possui o terceiro ciclo de escolaridade, seguidos 29,1% o 1º ciclo com (n= 117).

Em relação à situação face ao emprego verifica-se, que a maioria são ativos, ou seja, trabalham embora o número de pensionistas seja muito semelhante. Outro dado que se destaca

diz respeito ao número de desempregados e beneficiários de rendimento social de inserção (RSI) (25%), de um total de 331 habitantes em relação aos quais foi possível obter esta informação.

Verifica-se ainda que existe um número muito significativo de fogos ocupados por apenas um morador (40,5%) ou dois moradores (34,3%).

3 - PROJETO “VIVER MELHOR NO SAKA”

Conscientes de que para além da recuperação do edificado há necessidade de intervir a nível de exteriores (espaços envolventes), mas também a nível social e comunitário, entendeu o Município de Leiria realizar uma candidatura no âmbito do Plano Estratégico de Desenvolvimento Urbano (PEDU), para reabilitação da envolvente daquela área geográfica (arranjos exteriores) e promoção da inclusão social ativa ao qual, no seguimento da intervenção social já realizada naquele território, no passado, decidiu chamar – *Projeto Viver Melhor no Saka* (nome que os jovens inventaram para designar o bairro onde vivem).

Este projeto é a reativação do “*Projeto Viver-Melhor*” que foi implementado entre 2001 e 2006, e foi financiado pelo Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social-POEFDS e entre 2007 e 2009 funcionou através de parcerias, nomeadamente Município de Leiria, Junta de Freguesia, Segurança Social, Saúde, Educação, IPSS e NHC.

A CML pretende agora reativar o projeto “*Viver-Melhor*”, atualizando-o face às alterações decorrentes dos anos passados, considerando os resultados positivos que obteve nos anos anteriores e as expetativas dos moradores para o desenvolvimento de várias atividades no referido bairro. Desta forma surge o Projeto “*Viver Melhor no Saka*”, que tem como objetivos:

- Promover a inclusão social;
- Combater a pobreza e discriminação;
- Desenvolver medidas ativas de inclusão e participação cívica do maior número possível de moradores e comunidade envolvente (CML, 2018).

4 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a PrS é conceptualizada como um processo, que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido é decisivo, que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições, que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (OMS, 1986).

Ao longo das últimas décadas temos presenciado uma transformação demográfica sem precedentes na história, sendo que à semelhança de outros países na Europa e no Mundo, Portugal tem tido uma profunda alteração na sua estrutura etária e densidade populacional. O envelhecimento demográfico apresenta-se como um processo irreversível nos próximos anos a nível mundial e nos países desenvolvidos (Silva, 2012).

A esperança de vida ao nascer da população mundial aumentou 19 anos desde 1950. Atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, mas em 2050 esta relação será de um para cinco. O número de centenários (de 100 anos ou mais) aumentará 15 vezes, atingindo os 2,2 milhões em 2050, contra 145 000 pessoas em 1999 (Veras, 2004 citado por Silva, 2012).

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassa os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas acima dos 75 anos (INE, 2012). Nas últimas décadas, presenciamos uma diminuição da natalidade (INE, 2014), por outro lado, o crescimento populacional das idades mais avançadas é decorrente das conquistas tecnológicas, e da melhoria das condições de vida, que foram produzindo ao longo dos tempos meios, que tornaram possível diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais do passado, aumentando assim a esperança de vida e o envelhecimento populacional. Também o fenómeno das migrações influencia o envelhecimento demográfico, por exemplo, a emigração dos jovens em idade ativa e fértil.

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, e exige uma reformulação da estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado, novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tiveram um papel preponderante no aumento da longevidade. Após os 65 anos de vida, os idosos têm cerca de 9,6 anos de vida saudáveis, no entanto, a esperança de vida, nesta idade, é de 19,9 anos de vida (INE, 2014). sendo os últimos 10 anos de vida, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade.

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional (DGS, 2017).

A HTA é um importante problema de saúde pública dado ser o principal fator de risco para a doença cardiovascular e uma das principais causas de mortalidade a nível mundial. No último quarto de século, o número estimado de mortes atribuíveis à HTA cresceu de forma considerável em todo o mundo (Forouzanfar, *et al.*, 2017).

Segundo a WHO (2013), a HTA é o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública pelas consequências, que acarreta ao nível da morbilidade, mortalidade e custos associados. Estas doenças são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, cerca de um terço do total (WHO, 2013).

A HTA afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2013), sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras e 92 milhões de dias de vida perdidos. Também, a nível mundial, aproximadamente metade dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014).

Em Portugal, as doenças cerebrovasculares ainda lideram as causas de morte (Providencia, *et al.*, 2013). A HTA não só tem um impacto significativo na saúde e qualidade de vida dos indivíduos como também representa custos elevadíssimos para o Sistema Nacional de Saúde. Em particular, na área das doenças cardiovasculares destacam-se o consumo de anti hipertensores (INSA, 2016).

Segundo a DGS (2014, p.10) “em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte, incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos”. Pela importância deste problema de saúde, e de modo a ter-se um conhecimento certo da realidade nacional, a DGS (2017), através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV), promoveu uma análise dos registos informáticos dos CSP, referentes ao ano 2013. Os critérios de inclusão foram todos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos, que no referido ano tinha sido avaliada e registada a pressão arterial pelo médico de família, pelo menos duas vezes (DGS, 2016).

Neste estudo verificou-se uma prevalência de 26,9% de pessoas com HTA na população analisada, sendo que 35,6% revelaram ter controlo da HTA. Dos 26,9%, 23,9% eram do sexo masculino e 29,5% do sexo feminino. Dos 35,6% das pessoas com controlo da HTA, 33,1% eram do sexo masculino e 37,4% do sexo feminino. Desde 2010, 2016 foi o ano em que se registou maior venda de medicamentos anti hipertensores no Sistema Nacional de Saúde em Portugal Continental, atingido o valor de 28 156 584 número de embalagens vendidas (DGS, 2016).

O Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), analisou a tensão arterial dos portugueses e concluiu que 2,4 milhões têm HTA. Mais de um terço dos portugueses sofre de HTA, uma doença que afeta mais os homens (atingindo quase 40%), do que as mulheres (atingindo 32%). No estudo, além da medição da tensão arterial, foi considerada a toma de medicamentos para a HTA nas duas semanas anteriores à entrevista.

A prevalência da HTA é mais elevada (62,6%) na população com “nenhuma escolaridade ou com o primeiro ciclo”, enquanto na população com “ensino superior” 15,5% sofrem de HTA. Relativamente à ocupação profissional, cerca de 65% dos reformados, domésticos ou estudantes têm hipertensão, enquanto a taxa de hipertensos desempregados ronda os 30% e a dos empregados se fixa nos 24,7%.

De acordo com os dados do INSEF, mais de 70% da população acima dos 65 anos tem HTA e, entre os 25 e os 34 anos cerca de 6% são hipertensos.

A HTA é assim um grave problema de saúde a nível nacional e mundial. Designa-se de HTA, a todas as situações em que os valores de tensão arterial (TA) sistólica são superiores ou

iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mmHg (DGS, 2014).

O diagnóstico de HTA, que se encontra definido na Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 020/2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013, é definido, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg, em avaliação de consultório (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação da HTA

Classificação da TA	TA sistólica (mmHg)		TA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal Alta	130 - 139	e/ou	85 - 89
HTA Grau 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
HTA Grau 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
HTA Grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
HTA sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: DGS (2013)

Na maior parte dos casos, não há uma causa conhecida para a HTA, embora em algumas situações, seja possível encontrar uma doença associada, que é a verdadeira causa da HTA. Esta está frequentemente associada a outras patologias, por exemplo, diabetes *mellitus*, dislipidémia, e outros fatores de risco, tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc. Segundo Polónia *et al.* (2006), a HTA é o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, bem como da doença coronária e insuficiência cardíaca. É uma das doenças crónicas com maior repercussão nos órgãos vitais. Para além de se continuar a investir no diagnóstico de HTA, e no melhor controlo da TA, é essencial fazer a abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade.

A HTA não tem cura, contudo, e como doença crónica, na maioria dos casos é controlável. Esta patologia pode, no entanto, ser prevenida levando a menos custos e melhor qualidade de vida para a população; “por isto mesmo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras instituições, tem lançado alertas e promovido, múltiplas iniciativas no sentido de sensibilizar a opinião pública e as diferentes entidades envolvidas neste domínio” (DGS, 2016, p.49).

A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e, a deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doenças

cardiovasculares (Ribeiro, 2013). Assim, o controlo da HTA tem como base a intervenção farmacológica, a adoção de cuidados dietéticos e a prática de atividade física; sendo que a escolha inicial deve incidir sobre a alteração de comportamentos de risco (Ferreira *et. al.*, 2016).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) as medidas de estilo de vida recomendadas e que mostraram ser eficazes na redução da pressão arterial são:

- Restrição de sal com uma redução para cerca de 5 gramas g/dia;
- Moderação do consumo de álcool - o consumo diário não deve exceder as 20-30g para os homens e as 10-20g para as mulheres;
- Elevado consumo de legumes e frutas (300-400 g/dia);
- Consumo de produtos láteos com baixo teor de gordura, fibras alimentares solúveis dietéticas, grãos integrais, proteínas de fontes vegetais, frutos frescos, a dieta mediterrânica e o consumo de peixe pelo menos duas vezes por semana;
- Redução de peso nas pessoas obesas e com excesso de peso ou a manutenção de um peso corporal saudável, índice de massa corporal (IMC) <25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 centímetros (cm) para homens e inferior a 88 cm para mulheres;
- Exercício físico regular, prática de pelo menos 30 minutos de exercício aeróbico dinâmico de intensidade moderada (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) em cinco a sete dias por semana;
- Interrupção do hábito de fumar, com o objetivo de minimizar o risco cardiovascular.

Na escolha da terapêutica farmacológica anti hipertensora deve ter-se em conta a implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas; a idade; lesões coexistentes nos órgãos; fatores de risco cardiovasculares concomitantes; doenças e condições clínicas associadas; indicações, contraindicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos; condicionalismos da adesão à terapêutica e fatores económicos associados (DGS, 2013).

Apesar de, grande parte da população ter minimizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco, esta continua a não se submeter a exames periódicos de saúde, os quais são necessários, principalmente quando existe história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce, visto saber-se que metade da população hipertensa permanece por diagnosticar, e que dos hipertensos diagnosticados, menos de metade faz o tratamento corretamente (DGS, 2016).

Segundo a OMS (1986), os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família e da

própria pessoa, proporcionando conhecimento e *'empowerment'*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças.

O *empowerment* pode ser definido, como um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre a sua saúde, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida (Wallerstein, 2006; citado por Pereira, 2017). Segundo Pereira (2017), é um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. De acordo com Carvalho (2004b; citado por Pereira 2017), é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida.

O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017).

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas têm-se traduzido em novas necessidades de saúde, pelo que tem sido reconhecido o papel determinante dos CSP, com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Neste sentido, é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

No que se refere à HTA a consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública como agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e educação para a saúde.

Quer-se desta forma privilegiar o paradigma salutogénico da saúde, reforçando a importância da relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente. Levando as pessoas a reforçar o seu sentido de coerência, isto é, de adquirirem competências para avaliarem e compreenderem a sua situação, de se direcionarem para a saúde e responderem a situações stressantes (Antonovsky, 1987 citado por Carrondo, 2006).

Pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária presta, este atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em

complementaridade com os outros profissionais. Torna-se por isso perentório que as intervenções do enfermeiro sejam estruturadas numa lógica de parceria com o indivíduo, família e comunidade. De forma a intervir-se consistentemente é imperativo a utilização de referenciais teóricos de modo a suportar a nossa prática. Neste sentido decidiu-se utilizar o referencial teórico de Betty Neuman.

Este modelo baseia-se na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995 citada por Pereira, 2017) ou seja, equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

Esta interação constante, resultado de ser um sistema aberto, faz com que o processo seja influenciado por fatores de *stress* que causam desequilíbrio. As intervenções de enfermagem dirigem-se precisamente a esse desequilíbrio, mediante a potencialização dos recursos para a readaptação, e ao próprio equilíbrio em si, para manter a sua homeostasia por um período de tempo mais prolongado (Almeida, 2011). Entende-se como *stress* ou fatores de *stress*, os estímulos de ação que promovem o desequilíbrio positivo ou negativo, na medida em que é gerado caos ou maturação e dependendo da sua intensidade, podem induzir uma reação de alarme, ou até de rutura do seu ponto de equilíbrio (Freese, 2004).

Segundo o modelo, para identificar ou minimizar o impacto dos *stressores*, torna-se necessário delinear intervenções ao nível da prevenção: primária (as que ocorrem antes do contato com o *stressor*, visando a identificação de fatores de risco para prevenir possíveis reações), secundária (relativas ao diagnóstico e tratamento de sintomas, após a reação a fatores de *stress*, com o objetivo da reconstituição) e terciária (direcionadas para ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos) (Martins, 2014; Amaral, 2009).

Subjacente ao modelo de Neuman, estão quatro conceitos meta paradigmáticos, a enfermagem, a pessoa, a saúde/doença e o ambiente. A enfermagem ao atender a pessoa na sua globalidade, encarando o “cliente como um todo, em que se valorizam todas as suas variáveis e as respostas ao *stress*” (Rosa, 2013, p. 24), é vista como uma “profissão única” (Tomey & Alligood, 2004, p. 340). Ao procurar o equilíbrio do sistema, as intervenções de enfermagem passam por

um diagnóstico, formulação de objetivos, análise de resultados e respetiva avaliação, atendendo aos diversos níveis de prevenção (Amaral, 2009).

A pessoa é encarada como um cliente/sistema, composto de variáveis fisiológicas (estrutura física, biológica e química do corpo), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) que em conjunto constituem a essência do ser. Cabe ao enfermeiro estar atento à reação do cliente e motivar para lidar com os fatores de 'stress' (Rosa, 2013; Braga & Silva, 2011; Melanie & Evely, 2009).

A saúde é o resultado de um *continuum* entre o bem-estar e a doença, e não uma dicotomia, estando em permanente transformação e sendo um conceito relativo por incluir o cliente com as suas diferenças pessoais e de vida. A saúde está relacionada com a energia disponível para a estabilidade ideal do sistema, sendo este equilíbrio traduzido como o melhor estado de saúde e mantido pela capacidade de adaptação do indivíduo. A doença e a morte são resultado de uma instabilidade e diminuição de energia entre as partes ou subpartes do sistema, causado pelos *stressores* (Rosa, 2013; Amaral, 2009; Melanie & Evely, 2009).

O ambiente, está relacionado com os fatores de origem interna ou externa, que envolvem o cliente ou sistema, que afetam ou são afetados por este de forma contínua, e cuja variação depende de necessidades e motivações pessoais (George, *et al*, 2000).

5 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

O projeto individual de intervenção comunitária a desenvolver ao longo deste estágio denomina-se por *“Hiper(A)tensão ao seu Coração”*. Concilia os significados das palavras *“Hipertensão”* (substantivo feminino, que significa tensão das artérias superior à normal; pressão ou tensão alta); *“Atenção”* (substantivo feminino, do latim *attentio*, -onis, que simboliza cuidado, consideração, zelo, esforço, aplicação; ato ou efeito de considerar algo ou alguém; e *“Coração”* (substantivo masculino, do latim vulgar *coratio*, -onis, órgão musculoso, centro do sistema de circulação do sangue) (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2018).

Com o nome escolhido, pretende-se chamar a si a importância da vigilância da tensão arterial e a sua influência na saúde em geral e no funcionamento do coração em particular. Assim através do *Empowerment* levar os indivíduos a tomar consciência, alertando para os fatores de risco que levam ao descontrole da HTA e suas complicações, capacitando desta forma os indivíduos, no sentido de adquirirem hábitos de vida mais saudáveis.

No plano a seguir apresentado estão especificados os objetivos e as atividades para operacionalizar o projeto *“Hiper(A)tensão ao seu Coração”*.

6 - PLANO DE ATIVIDADES

Área de intervenção individual: *Empowerment* aos idosos com Hipertensão Arterial

População-alvo: Idosos com 65 ou mais anos que residem no Br. SC

Objetivos gerais:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecida	Conhecer a UCCAS e a Equipa Multidisciplinar	Reunião de apresentação na UCCAS com a Enf.ª Cooperante e com a Professora Maria do Carmo Figueiredo; Apresentação da Equipa Multidisciplinar; Visita às instalações da UCCAS; Consulta do Plano de Ação da UCCAS.	UCCAS	Enf.ª Cooperante; Prof.ª Maria do Carmo Figueiredo; Tércio Nóbrega; Dina Pascoal; Equipa Multidisciplinar da UCCAS.	06 março 2019 a 13 de março de 2019	Nº de propostas produzidas na reunião; Nº de intervenções individuais propostas para cada aluno; Nº de projetos onde serão integrados os alunos.
	Identificar a área de intervenção atuação para implementação do plano	Reunião para discussão do projeto a executar com base no diagnóstico de enfermagem comunitária, realizado no	UCCAS	Enf.ª Cooperante; Prof.ª Maria do	13 de março 2019	Nº de propostas para desenvolver o projeto individual;

		estágio I, com a Enf. ^a Cooperante e a Professora Orientadora		Carmo Figueiredo; Tércio Nóbrega; Dina Pascoal		Nº de intervenções estabelecidas para o projeto.
G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	Desenvolver o projeto de intervenção Comunitária face ao diagnóstico de enfermagem	Elaboração do plano de atividades e cronograma; Validação do planeamento da intervenção com Enf. ^a Cooperante, Professora e parceiros envolvidos e aferição da operacionalização do mesmo; Participação em reuniões com a coordenadora da UCCAS e Enf. ^a Cooperante, no sentido de estabelecer parcerias para a construção e implementação do projeto.	UCCAS Br.SC	Tércio Nóbrega; Enf. ^{as} Coordenadora da UCC e Cooperante; Parceiros do Projeto "Viver Melhor no Saka".	13 março 2019 a 03 de abril de 2019	Nº de reuniões efetuadas Nº de propostas produzidas para a intervenção com os idosos; Nº de parcerias efetuadas Porcentagem de idosos disponíveis para participar no projeto de intervenção; Nº de intervenções estabelecidas para o projeto; Resultados da validação do planeamento da intervenção; Documento com proposta de atividades com o grupo de idosos e parceiros.
	Planear intervenções para a capacitação dos idosos	Elaboração do plano de formação a implementar Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enfermeira Coordenadora da				Porcentagem de idosos disponíveis para o projeto Nº de propostas produzidas com Professora e Enfermeira Coordenadora

		UCCAS				da UCCAS Documento produzido com o planeamento das intervenções.
G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania	Divulgar o projeto de intervenção à comunidade	<p>Apresentação e discussão do projeto de intervenção à Enfª Coordenadora da UCCAS e Enfª Cooperante, professora e parceiros;</p> <p>Divulgação em órgãos de informação locais das atividades a serem desenvolvidas;</p> <p>Criação de pósteres informativos e colocação em zonas de referência do Br. SC;</p> <p>Elaboração e distribuição de panfletos informativos na comunidade;</p> <p>Convocação dos idosos para as sessões do projeto <i>"Hiper(A)tensão ao seu Coração"</i>;</p> <p>Motivar a população em estudo para a participação no projeto <i>"Hiper(A)tensão ao seu Coração"</i>.</p>	UCCAS Br. SC	<p>Tércio Nóbrega;</p> <p>Enfª Coordenadora da UCCAS e Enfª Cooperante;</p> <p>Parceiros do Projeto <i>"Viver Melhor no Saka"</i>;</p> <p>Outras parcerias.</p>	13 março 2019 a 30 abril 2019	<p>Nº de propostas resultantes das reuniões;</p> <p>Nº de panfletos e pósteres de divulgação do projeto;</p> <p>Nº de idosos abrangidos pela divulgação da informação</p>

<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>	<p>Realizar a <i>Scoping Review</i> de acordo com problemática definida</p>	<p>Elaboração de pergunta de investigação, objetivos e restante protocolo da <i>Scoping Review</i> para ir ao encontro da melhor evidência científica;</p> <p>Obtenção de evidências científicas que conduzam a uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, de acordo com a área de intervenção definida;</p> <p>Comunicação oral no I Congresso Internacional de Literacia para a Saúde</p>	<p>UCCAS</p> <p>Br. SC</p> <p>ESSS</p>	<p>Tércio Nóbrega</p>	<p>13 março 2019 a 15 abril</p> <p>16 e 17 de maio 2019</p>	<p><i>Protocolo da Scoping Review</i> produzida de acordo com problemática definida;</p> <p>Nº de artigos finais para analisar em resposta à questão de investigação.</p> <p>Documento produzido para a comunicação oral</p>
<p>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais</p>	<p>Implementar o projeto de intervenção com os idosos</p>	<p>Planeamento de cada sessão, considerando os objetivos, conteúdos, as estratégias e avaliação;</p> <p>Sessão nº 1 de Educação para a Saúde (EpS): “<i>Hiper(A)tensão ao seu Coração: A HTA</i>”;</p> <p>Sessão nº 2 de EpS: “<i>Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física</i>”;</p> <p>Prática de Atividade Física em Grupo;</p> <p>Sessão nº 3 de EpS: “<i>Hiper(A)tensão à Medicação</i>”;</p>	<p>UCCAS</p> <p>Br. SC</p> <p>Outros contextos</p>	<p>Tércio Nóbrega;</p> <p>Equipa UCCAS;</p> <p>Comunidade do Br. SC;</p> <p>Parceiros do “<i>Projeto Viver Melhor no Saka</i>”;</p> <p>Outros parceiros.</p>	<p>22 abril 2019 a 07 junho 2019</p>	<p>Nº de contatos telefónicos semanais com os idosos;</p> <p>Taxa de adesão dos participantes em cada sessão;</p> <p>Taxa de participantes que avaliem as sessões;</p> <p>Nº de partilhas de experiências na mudança de comportamento relativamente aos temas abordados em sessões.</p>

<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>		<p>Monitorização do Estado de Saúde da População/Rastreios: <i>“Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde”;</i></p> <p>Sessão nº 4 de EpS: <i>“Hiper(A)tensão em Situações de Emergência”.</i></p>				
<p>G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção</p>	<p>Processo reflexivo ao longo do projeto;</p> <p>Elaboração de ficha de avaliação das sessões;</p> <p>Elaboração de ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores/educadores.</p>	<p>UCCAS</p> <p>Br. SC</p> <p>Outros contextos</p>	<p>Tércio Nóbrega</p>	<p>22 abril 2019 a 07 junho 2019</p>	<p>Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto;</p> <p>Avaliação de processo na fase intermedia e final da intervenção comunitária;</p> <p>Taxa de participantes que avaliem as sessões.</p>
<p>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>	<p>Integrar alguns projetos do plano de ação da UCCAS mediante necessidade de intervenção comunitária</p>	<p>Participação nos programas e projetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio e promoção da parentalidade positiva e consciente; • Curso preparação para o parto e parentalidade; • Saúde Escolar; • Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); • Envelhecer com Saúde; • Promoção e controlo da DPOC. 	<p>UCCAS</p> <p>Outros contextos</p>	<p>Enfermeira Cooperante;</p> <p>Tércio Nóbrega.</p>	<p>No decorrer do estágio</p>	<p>Feedback da Comunidade e dos profissionais de saúde da UCC.</p>
	<p>Divulgar informação do Diagnóstico de Situação</p>	<p>Elaboração de <i>poster</i> científico;</p>	<p>UCCAS</p>	<p>Tércio Nóbrega</p>	<p>19 março a 24 de março</p>	<p>Póster científico exposto no VII Congresso Luso-</p>

		Apresentação pública do <i>poster</i> no VII Congresso Luso-Espanhol de Estudantes Enfermagem	ESSS	Dina Pascoal Vanessa Martins	04 e 05 de abril de 2019	Espanhol de Estudantes Enfermagem
	Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária	Participação em Seminário Intercalar; Análises dos resultados das intervenções; Realização do relatório de estágio; Participação em seminário final Discussão dos resultados.	UCCAS	Tércio Nóbrega	No decorrer do estágio	Documento produzido como Relatório final de Estágio.

Identificados os principais problemas a resolver sobre esta temática e traçadas as linhas orientadoras para a sua execução, está lançado o desafio para que através da coordenação de esforços de todos os serviços e entidades envolvidas, se consigam rentabilizar os recursos existentes e operacionalizar eficazmente este plano de ação.

6.1 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano		2019																						
Atividades	Mês	março				abril					maio				junho				julho					
	Semanas/ Dias	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06	13	20	27	03	10	17	24	01	08				
		08	15	22	29	05	12	19	26	03	10	17	24	31	07	14	21	28	05	12				
Introdução ao Estágio ESSI																								
Reunião com Enfermeira Cooperante																								
Reunião com Professora Orientadora do Estágio																								
Divulgação do Projeto "HiperAtensão ao seu Coração"																								
Estabelecer Parcerias																								
Reunião com Parceiros																								
Reunião com Equipa de Enfermagem da UCCAS																								
Pesquisa Bibliográfica																								
Planeamento das Intervenções																								
Apresentação das Intervenções Planeadas																								
Implementação das Intervenções Planeadas																								
Seminários na ESSI																								
Scoping Review																								
		FÉRIAS DA PÁSCOA																	ENTREGA DO RELATÓRIO		PREPARAÇÃO PARA A DISCUSSÃO DO RELATÓRIO		DISCUSSÃO DO RELATÓRIO	

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto é o resultado de um percurso, que se pretende ser produtivo e que colabore para uma maior consciência da importância da aquisição de conhecimentos, resultando numa melhoria da saúde das populações, através da promoção da saúde.

Tendo consciência do interesse do projeto para a comunidade em causa, e para alcançar os objetivos inicialmente propostos, para quem se propõe ser especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, compreendo que conseguir que um grupo ainda significativo de pessoas se motive para a mudança e que a mesma seja efetiva, acarreta dificuldades que tentarei superar, envolvendo também algumas entidades locais.

Devo ainda ressaltar que o projeto poderá estar sujeito a alterações programáticas e ajustes, devido ao número de pessoas e entidades envolvidas com as subseqüentes dificuldades na conciliação de horários e devidas às limitações de tempo. Mas seguramente tudo será feito para que os objetivos sejam atingidos, promovendo aprendizagens e competências no controle da HTA e prevenir complicações associadas à HTA.

Espero conseguir concorrer de maneira construtiva para a capacitação da população idosa, da comunidade, e, a nível mais abrangente, da sociedade em geral. Sem querer criar expectativas exageradas e irrealistas, gostaria de pensar que este pode ser o início de um caminho a percorrer por toda a comunidade da UCCAS no sentido de se ter uma sociedade em que se viva mais e melhor, e que os resultados assim o venham a demonstrar.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. (2011). *Relatório de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Amaral, M. (2009). *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-Nascidos Prematuros Internados, a Visão das Enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Braga, G. & Silva, J. (2011). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Câmara Municipal de Leiria (2017). *Projeto de Intervenção no Bairro Social Sá Carneiro*. Leiria: Câmara Municipal.
- Câmara Municipal de Leiria (2018). Recuperado de https://www.cm-leiria.pt/frontoffice/pages/617?news_id=3385
- Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Recuperado de https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=SALUTOG%3%89NICO+CORRONDO&btnG=
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2018). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Recuperado de: <https://dicionario.priberam.org/>
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2013) *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt>.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). Portugal: *Idade maior em números - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvinho, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Forouzanfar, M.H., et al., Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*, 2017. 317(2), 165-182. 2.
- Freese, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª Ed.), Loures: Lusociência.
- George, J. B. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem- Os Fundamentos para a Prática Profissional* (4ª Ed.), Porto Alegre: Artmed Editora.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª Ed.), Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa. Recuperado de <http://censos.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Portugal em Números 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubbou=214351093&PUBLICACOESmodo=2;
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)
- Martins, N. (2014). *Pessoas Idosas e Incontinência Urinária: Trajetória da Proposição de um Modelo de Sistematização da Assistência Especializada em Enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Brasil: Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Melanie, M. & Evelyn, W. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.

- Ministério da Saúde (2014) *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Ministério da Saúde (2009) *Doenças Cardiovasculares*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª Ed.), USA: Library of Congress
- NHC Social (2017) – *Cooperativa de Solidariedade Social*. Recuperado de <http://www.nhcsocial.pt/>
- OMS. (1986) *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá. 17-21.* Recuperado de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L. & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, *Rev. Port. Cardiol.* 2006; 25 (6), 649-660. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão.
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F. & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade, The PHTSA study. *Journal of Hypertension* 32 (6), 1211-1221. Recuperado de https://www.sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf.
- Providencia, R., L. Goncalves & M.J. Ferreira, [Cerebrovascular mortality in Portugal: are we overemphasizing hypertension and neglecting atrial fibrillation?]. *Rev Port Cardiol*, 2013. 32(11), 905-13.
- Regulamento nº 428/2018. *Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Ribeiro, D. C. (2013). *Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais*. Recuperado de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros - Os Enfermeiros como Beneficiários dos Cuidados*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, 4-91. Recuperado de [em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf](http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf).

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tavares, A. 1992. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª Ed.), Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

Tomey, A & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

UCC Dr. Arnaldo Sampaio (2014/2016). *Plano de Ação da UCC Dr. Arnaldo Sampaio*. Leiria.

World Health Organization (2013). *A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis*. Recuperado de http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

ANEXO II – Guiões de entrevista e respetiva análise de conteúdo

GUIÃO DE ENTREVISTA AO PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO

Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

QUESTÕES	INDICADORES
1. Há quanto tempo existe a Associação de Moradores?	
2. Quais os objetivos da Associação de Moradores?	
3. Qual a tipologia das habitações	Nº blocos Nº de apartamentos em cada bloco Tipo de apartamentos: T1, T2, T3, T4
4. Quais as condições de habitabilidade dos apartamentos do Bairro?	Sistema de aquecimento Água canalizada Saneamento básico Recolha dos lixos Tipo de acessibilidades: rampas e elevadores
5. Qual a estrutura demográfica do Bairro?	Crianças - 0-14 anos Jovens - 15-24 anos Adultos - 25-64 anos Idosos - mais de 65 anos Quantificação do número de famílias e de pessoas que habitam nesta área urbana
6. Quais as principais características desta comunidade?	Tipo de população: etnias, imigrantes...) Relações sociais Integração no meio
7. Quais os principais recursos da comunidade?	Saúde Educação Lazer Desporto Instituições de solidariedade social Outros.
8. O Bairro dispõe de infraestruturas de apoio?	Parques infantis Zonas de jogos Zonas de convívio Salas comuns de reuniões/ eventos

	Outros
9. Existem projetos a serem desenvolvidos no Bairro?	<p>Projetos desenvolvidos pela associação</p> <p>Projetos desenvolvidos por parceiros</p> <p>Projetos desenvolvidos por outros da comunidade</p>
10. Existem programas/projetos implementados no Bairro?	<p>Projetos culturais</p> <p>Projetos sociais</p> <p>Projetos educacionais</p> <p>Projetos de saúde</p>
11. Quais as mais-valias do projeto "Viver Melhor no Saka - Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro"?	<p>Promover o exercício da cidadania</p> <p>Melhorar a imagem do Bairro junto da comunidade exterior</p> <p>Melhorar a imagem do Bairro dos seus membros entre si</p> <p>Criação de um Gabinete no próprio Bairro, com o objetivo de fomentar uma maior aproximação à população residente.</p> <p>Promoção do convívio multicultural, interétnico e intergeracional</p>
12. Quais as principais necessidades/problemas existentes no Bairro?	<p>Saúde</p> <p>Educacionais</p> <p>Sociais</p> <p>Culturais</p> <p>Infraestruturas</p> <p>Rede de Transportes</p> <p>Poder de compra</p>
13. Quais as principais necessidades/problemas de saúde dos habitantes do Bairro?	<p>Necessidade Promoção da saúde junto dos jovens</p> <p>Necessidade Promoção da saúde junto das pessoas em geral</p> <p>Necessidade Promoção da saúde junto dos cuidadores</p> <p>Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós</p> <p>Necessidade de um grupo de voluntariado</p> <p>Problemas de escassez de emprego</p> <p>Problemas de Saúde mental</p> <p>Problemas de Violência</p> <p>Problemas de Idosos dependentes</p> <p>Problemas de Consumos nocivos</p> <p>Problemas de Abandono Escolar Precoce e absentismo</p> <p>Problemas de maus tratos</p> <p>Outros</p>

14. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	
--	--

**GUIÃO DE ENTREVISTA À RESPONSÁVEL DA CÂMARA MUNICIPAL
DE LEIRIA PELO PROJETO “VIVER MELHOR NO SAKA”
Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente do
Bairro Social Dr. Francisco Sá Carneiro**

QUESTÕES	INDICADORES
1. Fale-nos sobre o projeto “Viver Melhor no Saka”	Como surgiu Quando surgiu Objetivos Parcerias Áreas de intervenção
2. Quais os principais recursos da comunidade?	Saúde Educação Lazer Desporto Instituições de solidariedade social Outros.
3. Quais as principais características desta comunidade?	Tipo de população: etnias, imigrantes...) Relações sociais Integração no meio
4. O Bairro dispõe de infraestruturas de apoio?	Parques infantis Zonas de jogos Zonas de convívio Salas comuns de reuniões/ eventos Outros
5. Existem outros projetos a serem desenvolvidos no Bairro?	Projetos desenvolvidos pela associação Projetos desenvolvidos por parceiros Projetos desenvolvidos por outros da comunidade Projetos culturais Projetos sociais Projetos educacionais Projetos de saúde
6. Quais as principais necessidades/problemas existentes no Bairro?	Saúde Educação Sociais Culturais Infraestruturas Rede de Transportes

	Poder de compra
7. Quais as principais necessidades/problemas de saúde dos habitantes do Bairro?	<p>Necessidade Promoção da saúde junto dos jovens</p> <p>Necessidade Promoção da saúde junto das pessoas em geral</p> <p>Necessidade Promoção da saúde junto dos cuidadores</p> <p>Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós</p> <p>Necessidade de um grupo de voluntariado</p> <p>Problemas de escassez de emprego</p> <p>Problemas de Saúde mental</p> <p>Problemas de Violência</p> <p>Problemas de Idosos dependentes</p> <p>Problemas de Consumos nocivos</p> <p>Problemas de Abandono Escolar Precoce e absentismo</p> <p>Problemas de maus tratos</p> <p>Outros</p>
8. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	

**GUIÃO DE ENTREVISTA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE
COMUNITÁRIA DA UCC DR. ARNALDO SAMPAIO**

**Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente do
Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro**

QUESTÕES	INDICADORES
1. Quais os recursos da comunidade de Marrazes?	Saúde Educação Lazer Desporto Instituições de solidariedade social Outros.
2. Quais as necessidades da comunidade da comunidade de Marrazes?	
3. Quais as principais características da comunidade do Bairro?	Tipo de população: etnias, imigrantes...) Relações sociais Integração no meio
4. Quais os principais recursos da comunidade do Bairro?	Saúde Educação Lazer Desporto Instituições de solidariedade social Outros.
5. Como surgiu a parceria com a Câmara Municipal no projeto "Viver Melhor no Saka"?	
6. Existem programas/projetos implementados no Bairro?	Projetos culturais Projetos sociais Projetos educacionais Projetos de saúde
7. Quais as mais-valias do projeto "Viver melhor - Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro"?	Promover o exercício da cidadania Melhorar a imagem do bairro junto da comunidade exterior Melhorar a imagem do bairro dos seus membros entre si Criação de um Gabinete no próprio bairro, com o objetivo de fomentar uma maior aproximação à população residente. Promoção do convívio multicultural, interétnico e intergeracional
8. Quais os objetivos da UCC com a sua participação no projeto?	

<p>9. Quais as principais necessidades/problemas de saúde dos habitantes do Bairro?</p>	<p>Necessidade Promoção da saúde junto dos jovens Necessidade Promoção da saúde junto das pessoas em geral Necessidade Promoção da saúde junto dos cuidadores Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós Necessidade de um grupo de voluntariado Problemas de escassez de emprego Problemas de Saúde mental Problemas de Violência Problemas de Idosos dependentes Problemas de Consumos nocivos Problemas de Abandono Escolar Precoce e absentismo Problemas de maus tratos Outros</p>
<p>10. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?</p>	

**GUIÃO DE ENTREVISTA À RESPONSÁVEL DA NHC-COOPERARIVA
DE SOLIDARIEDADE (SOCIAL)**

**Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente
do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro**

QUESTÕES	INDICADORES
1. Há quanto tempo existe a cooperativa de solidariedade social NHC?	
2. Quais os objetivos desta cooperativa no Bairro?	
3. Qual a tipologia das habitações do Bairro?	Nº blocos Nº de apartamentos em cada bloco Tipo de apartamentos: T1, T2, T3, T4
4. Quais as condições de habitabilidade dos apartamentos do Bairro?	Sistema de aquecimento Água canalizada Saneamento básico Recolha dos lixos Tipo de acessibilidades: rampas e elevadores
5. Qual a estrutura demográfica do Bairro?	Crianças - 0-14 anos Jovens - 15-24 anos Adultos - 25-64 anos Idosos - mais de 65 anos Quantificação do número de famílias e de pessoas que habitam nesta área urbana
6. Quais as principais características desta comunidade?	Tipo de população: etnias, imigrantes...) Relações sociais Integração no meio

<p>7. Quais os principais recursos da comunidade?</p>	<p>Saúde</p> <p>Educação</p> <p>Lazer</p> <p>Desporto</p> <p>Instituições de solidariedade social</p> <p>Outros.</p>
<p>8. O Bairro dispõe de infraestruturas de apoio?</p>	<p>Parques infantis</p> <p>Zonas de jogos</p> <p>Zonas de convívio</p> <p>Salas comuns de reuniões/ eventos</p> <p>Outros</p>
<p>9. Existem projetos a serem desenvolvidos no Bairro?</p>	<p>Projetos desenvolvidos pela associação</p> <p>Projetos desenvolvidos por parceiros</p> <p>Projetos desenvolvidos por outros da comunidade</p>
<p>10. Existem programas/projetos implementados no Bairro?</p>	<p>Projetos culturais</p> <p>Projetos sociais</p> <p>Projetos educacionais</p> <p>Projetos de saúde</p>
<p>11. Quais as mais-valias do projeto "Viver Melhor no Saka - Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro"?</p>	<p>Promover o exercício da cidadania</p> <p>Melhorar a imagem do Bairro junto da comunidade exterior</p> <p>Melhorar a imagem do Bairro dos seus membros entre si</p> <p>Criação de um Gabinete no próprio Bairro, com o objetivo de fomentar uma maior aproximação à população residente.</p> <p>Promoção do convívio multicultural, interétnico e intergeracional</p>
<p>12. Quais as principais necessidades/problemas existentes no Bairro?</p>	<p>Saúde</p> <p>Educacionais</p> <p>Sociais</p> <p>Culturais</p> <p>Infraestruturas</p> <p>Rede de Transportes</p>

	Poder de compra
13. Quais as principais necessidades/problemas de saúde dos habitantes do Bairro?	<p>Necessidade Promoção da saúde junto dos jovens</p> <p>Necessidade Promoção da saúde junto das pessoas em geral</p> <p>Necessidade Promoção da saúde junto dos cuidadores</p> <p>Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós</p> <p>Necessidade de um grupo de voluntariado</p> <p>Problemas de escassez de emprego</p> <p>Problemas de Saúde mental</p> <p>Problemas de Violência</p> <p>Problemas de Idosos dependentes</p> <p>Problemas de Consumos nocivos</p> <p>Problemas de Abandono Escolar Precoce e absentismo</p> <p>Problemas de maus tratos</p> <p>Outros</p>
14. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	

ANÁLISE DE CONTEÚDO

No sentido de manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes sempre que estes foram referidos, foram utilizadas nomenclaturas simbólicas: E1, E2, E3 e E4, denominação do primeiro, segundo, terceiro e quarto entrevistados respetivamente. As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para posteriormente referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo. No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1 resultou num total de duas páginas A4, a segunda E2 num total de três páginas A4, a E3 e E4 num total de quatro páginas cada. Todas as páginas dos entrevistados foram dactilografadas.

Para a análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeito pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Definida a constituição do *corpus* das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do *corpus* das entrevistas, começando por identificar as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Optou-se, então, por construir através de um tema, um sistema de categorias que se representa sob a forma de uma grelha de análise e que se caracteriza por compreender várias subcategorias. No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo, sendo esta considerada a unidade de significação a frase, unidade de sentido que exprime um pensamento completo. Quanto à construção das categorias foi feita à posteriori.

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Políticas públicas	Caraterização do Projeto “Viver Melhor no Saka”	Stakeolders	<ul style="list-style-type: none">▪ “Para a prossecução destes objetivos convidou-se um conjunto de entidades da União de Freguesias: União de Freguesias de Marrazes e Barosa; ACES Pinhal Litoral – Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio (UCC); Agrupamento de Escolas de Marrazes (AEM); NHC (Social) Cooperativa de Solidariedade; Associação de Solidariedade Social de Marrazes (AMITEI/Protocolo com ISS, IP - Rede Local Intervenção Social)” E1: ln15▪ “Solicitaram a nossa parceria (UCCAS) para a realização do projeto” E3: ln6

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Em parceria com as câmaras, estas indicam quais as famílias mais carenciadas” E4: In20
		Respostas multissetoriais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Promoção da inclusão social ativa” E1: In3 ▪ “Ações promotoras da igualdade de oportunidades; atividades de promoção quer da formação, quer da escolaridade, redução do absentismo, melhoria das relações família-escola e melhores condições de empregabilidade; aquisição e melhoria de competências ao longo da vida; ações de desenvolvimento comunitário e fomento da prática desportiva; ações de animação sociocultural.” E1: In10 ▪ “No futuro desenvolver as classes de mobilidade, à semelhança do que já acontece em algumas IPSS, onde um fisioterapeuta, ou professor de educação física desenvolvem atividades específicas.” E1: In35 ▪ “Intervenção centrada na família” E4: In48 ▪ “Era bom retomar este projeto (Intervenção centrada na família), era uma mais-valia para a população, viam os seus problemas, por vezes, ultrapassados.” E4: In53 ▪ “Este projeto ia permitir uma atualização/articulação da informação a tempo aos diversos parceiros (câmara, centro de saúde, segurança social, CPCJ, RCI, etc...)” E4: In55
		Finalidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Promoção da inclusão social; Combate á pobreza e discriminação; Desenvolvimento de medidas ativas de inclusão e participação cívica do maior número possível de moradores e comunidade envolvente.” E1: In6 ▪ “O nosso objetivo último é a promoção da saúde da população do Bairro”. E3: In102 ▪ “Conhecer as pessoas, ajudá-las a resolver os problemas”. E4: In30
	Recursos	Habitacionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “São 28 blocos e existem apartamentos de T2 a T4” E2: In17 ▪ “Muitos moradores, principalmente os particulares, queixam-se do frio.” E2: In19 ▪ “Existem rampas de acesso em alguns blocos, mas (...) são poucas para as necessidades das pessoas. E2: In26 ▪ “No Bairro existem: 145 fogos pertencentes à NHC; 9 fogos da Camara municipal de Leiria; 57 fogos de proprietários particulares”. E4: In26 ▪ “Vai de T2 a T4” E4: In76 ▪ “A NHC tem um protocolo com o LNEC (Laboratório Nacional de Engenharia Civil), os quais medem as condições de habitabilidade das casas (...) temperatura, ruído e humidade”. E4: In78 ▪ “Em termos de temperatura ouve uma melhoria na ordem dos 7 graus (...) melhoria no que confere ao ruído”. E4: In81

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Foram substituídas janelas (vidro duplo), colocados estores novos, melhoria das redes de água e esgotos, colocação de gás natural, mudança do telhado e revestidos externamente os blocos com capoto”. E4: ln83 ▪ “Em termos de aquecimento cada qual tem os seus aquecedores, não permitimos colocação de salamandras.” E4: ln91
		Lazer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “o bairro tem um parque infantil novo; uma zona para jogar futebol; (...) zonas de convívio e uma sala que pertence à associação de moradores”. E1: ln31 ▪ “O bairro pertence à NHC Social” E2: ln22 ▪ “Temos as infraestruturas (...) do bairro, zona de lazer, tem parque desportivo, tem parque de jogos.” E3: ln91 ▪ “Tem parque infantil e campo de jogos”. E3: ln94 ▪ “A câmara municipal de Leiria fez intervenção nos espaços públicos (jardins, passeios, estradas, etc...)”. E4: ln86
		Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Referiu a proximidade do centro de saúde (...) farmácia; a existência de uma sede desportiva com atividades” E1: ln21 ▪ ” Temos o centro de saúde aqui ao lado” E2: ln43 ▪ “A nível dos recursos de saúde, (...) temos o centro de saúde, tem as várias unidades (...) Unidade de saúde Pública, a Unidade de Cuidados da Comunidade, a Unidade de Saúde Familiar, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados” E3: ln47 ▪ “Depois temos (...) a farmácia...” E3: ln56
		Educação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Referiu a proximidade (...) da escola”; E1: ln21 ▪ “Depois a educação, temos o Agrupamento de Escolas dos Marrazes, tem aqui a escola básica centrada aqui nos Marrazes”. E3: ln51
		Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Referiu a proximidade da (...) junta de freguesia; (...) a existência de uma sede desportiva com atividades; AMITEI e Campos do Lis que gerem a cantina social; E1: ln22 ▪ “No que diz respeito ao desporto gostava de um Bairro social onde tivesse atividades para todas as crianças”. E2: ln44 ▪ “Aqui no bairro não temos (...) sítio onde a população se possa reunir”. E2: ln48 ▪ “Existe um campo de futebol no bairro, mas não tem balneários, tem luz porque eu pedi para colocar”. E2: ln51 ▪ “Temos também um parque infantil para as crianças, mas a população não preserva o parque, jogam a bola lá dentro, saltam os gradeamentos, estragam tudo e os pais não querem saber de nada”. E2: ln52 ▪ “(...) AMITEI, que é uma instituição de solidariedade social que tem as respostas de centro de dia, apoio domiciliário e lar.” E3: ln53 ▪ “Depois temos também a (...) Junta de Freguesia.” E3: ln56

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Existe uma associação desportiva (...) dá algum apoio na comunidade (...) apoio aos jovens... E3: Ln62 ▪ “De salientar que o bairro tem também como recurso a associação dos moradores, que também promove algumas ações para a comunidade, para o bairro”. E3: ln86 ▪ “como grandes parceiros, a câmara municipal que também promove ações”. E3: ln88 ▪ “E depois a empresa que gere o bairro, que também tem alguma proximidade e daquilo que me parece, daquilo que me tenho vindo a aperceber, também dá algum apoio à comunidade.” E3: ln89 ▪ “A NHC vem ao bairro todas as quintas feiras e sempre que necessário, para o trabalho social, trabalho de acompanhamento, vamos resolvendo os problemas, ajudando os moradores a resolver os seus problemas”. E4: ln43 ▪ “Já existem muitas pessoas cá de Portugal (sem ser retornados) que não tem capacidade para pagar uma renda normal, então recorrem aqui ao bairro social”. E2: ln40
		Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Referiu a proximidade da (...) PSP”. E1: ln22 ▪ “Depois temos também a polícia”. E3: ln56
Problemas de saúde sentidos pelos informantes chave	Condições de vida da população	Comportamentos aditivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Consumo de álcool em idosas;” E1: ln42 ▪ “Consumos em jovens, que parece estarem a aumentar” E1: ln42 ▪ “Temos também problemas com dependência de drogas nos jovens, embora menos que há alguns anos atrás”. E2: ln81 ▪ “As necessidades identificadas pela câmara no âmbito da saúde foi questões de dependências, substâncias ilícitas” E3: ln8 ▪ “(...), aquilo que me parece, (...) tenho percebido (...) que tenho encontrado, (...) a nível das dependências, das substâncias, (...) é (...) um dos problemas.” E3: ln22 ▪ “Toxicodependência. Embora em diminuição ainda é um grave problema neste bairro”. E4: ln107 ▪ “Estes casos de toxicodependência estão a fugir um pouco das mãos da NHC porque muitos dos jovens que consomem e traficam são fora do bairro”. E4: ln109 ▪ “Alcoolismo é um problema que nos preocupa também. Este alcoolismo está muito presente nas mulheres de alguma idade”. E4: ln113
		Idosos dependentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Dificuldade na realização dos domicílios pela diferença da área geográfica de intervenção dos centros de saúde;” E1: ln38 ▪ “Não existem elevadores nos prédios, a população idosa tem dificuldade em subir ao 3º andar;” E1: ln40 ▪ “pessoas idosas mais dependentes”; E1: ln43

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Pessoas com mobilidade reduzida (os blocos não têm elevador). Já existem alguns blocos (3) com rampas de acesso exteriores. A NHC tenta guardar fogos no rés-chão para estas pessoas com dificuldade na mobilização” E4: ln104
		Isolamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós”; E1: ln43 ▪ “Existem muitos idosos isolados, a morar sozinhos, alguns nem saem de casa. Era preciso existir apoio social para a alimentação”. E2: ln79 ▪ “Isolamento dos idosos, alguns problemas de saúde dos idosos essencialmente”. E3: ln9 ▪ “Existem muitos idosos que vivem sozinhos, pessoas que viviam com os filhos e os mesmos foram saindo do bairro”. E4: ln95 ▪ “Preocupa-nos o isolamento dos idosos (vivem sozinhos e muitos sem apoio familiar) E4: ln117 ▪ “Existem muitos idosos, e muitos nem saem de casa”. E2: ln34
		Higiene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Problemas de higiene pessoal”; E1: ln44 ▪ “Comportamentos de acumulação (acumulação de objetos em casa)” E1: ln44 ▪ “Problemas de higiene (...) habitacional”; E1: ln44 ▪ “Existem casas onde as pessoas têm cães, pássaros, (...) poucas condições de higiene”. E2: ln69 ▪ “Existem casas onde as pessoas têm cães, pássaros, (...) poucas condições de higiene, que é mau para a saúde”. E2: ln83 ▪ “Algumas pessoas com problemas de acumulação, a NHC tenta resolver/melhorar o problema, mas gradualmente tudo volta ao mesmo.” E4: ln103
	Rede de inter-relações	Integração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Sentimentos de pertença”; E1: ln27 ▪ “No bairro existem ‘2 frações’ com as relações que se instituíram na altura do alojamento temporário”. E1: ln27 ▪ “sei que existem cerca de 50 a 60 crianças, isto pelas festas que realizamos aqui na associação para as crianças.” E2: ln32 ▪ “Existem projetos a serem desenvolvidos pela associação: Festa do SAKA, Festa de desporto (é realizada no campo de futebol do bairro), festa da Criança, alguns passeios para as crianças”. E2: ln56 ▪ “Para os idosos não temos atividades”. E2: ln57 ▪ “Aquilo que me é dado a perceber (...) é uma comunidade que tem idosos, também tem os jovens... que têm um relacionamento próximo entre eles. Todos se conhecem, a comunidade toda se conhece. Pode (...) haver alguns problemas entre eles associados ao facto de todos se conhecerem, de todos

			saberem muito bem quem são as pessoas, mas isso é próprio das relações...” E3: ln70
		Multiculturalidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “(...) a maioria dos habitantes veio das ex-colónias de África; existem alguns ucranianos e ciganos”. E1: ln25 ▪ “A maior parte da população é angolana, moçambicanos e retornados das ex-colónias”. E2: ln36 ▪ “Já existe etnia cigana no bairro, (...) tentam fazer força para meter cá mais gente. Sempre que vaga um apartamento eles vão para a NCH fazer força (...) Isso pode ser um problema para o bairro, na minha opinião”. E2: ln37 ▪ “(...) há pessoas de etnia cigana no bairro, e (...) algumas pessoas imigrantes de outros países que vieram”. E3: ln80 ▪ “A população é muito variada”; E4: ln99 ▪ “A base ainda é população africana (retornados da Angola (...) da descolonização). Muita desta população já nasceu cá”. E4: ln99 ▪ “Existem 3 famílias de etnia cigana, romenos e Venezuelanos”; E4: ln100

ANEXO III – Resposta para a utilização do questionário e respetivo instrumento



Draft

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

Data da entrevista _____ / _____ / _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a

- Masculino
 Feminino

4. Que estudos completou?

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

2. Número de filhos e filhas vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (não perguntar)

5. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 à 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____ (tolerância de um dia)
 2. Que dia da semana é hoje?
 3. Como se chama esta localidade?
 4. Qual é o seu número de telefone?
 4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)
 5. Quantos anos tem? _____
 6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____
 7. Como se chama o actual Presidente da República?
 8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
 9. Qual o seu apelido ou nome de família?
 10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ...
(20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2)

_____ Número de respostas erradas _____

_____ Número de respostas certas _____

SE O IDOSO TIVER ERRADO EM MAIS DE 3 PERGUNTAS, APLICAR ESTE QUESTIONÁRIO A UMA OUTRA PESSOA QUE O ACOMPANHE (INFORMANTE).



RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a
- NS/NR

7. Quem vive consigo na sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Vive sozinho/a
- Cônjuge
- Filhos/as
- Netos/as
- Pais ou sogros
- Irmãos ou cunhados
- Outros familiares
- Amigos
- Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si *(sem ser familiar)*
- Outros. Especificar _____

8. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

Nº _____ (99 se NS/NR)

9. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? *(se não tem telefone mantém-se a pergunta)*

Nº _____ (99 se NS/NR)

10. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram para fazer algo juntos?

Nº _____ (99 se NS/NR)

11. Tem alguém em quem possa confiar?

- Sim
- Não
- NS/NR

12. Sente-se sozinho/a?

- Muitas vezes/ sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca/ nunca
- NS/NR

13. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?

- Sim
- Não
- NS/NR

14. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? *(refere-se a ajuda social, não económica)*

- Sim
- Não *(----> P 15)*
- NS/NR

14a. Há sempre alguém que possa cuidar de si?

- Sempre que necessário *(tanto tempo quanto necessário)*
- Por pouco tempo *(de poucas semanas a seis meses)*
- Às vezes *(levar ao médico, preparar uma refeição, etc...)*
- NS/NR

14b. Quem são essas pessoas?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Cônjuge
- Irmão/ã
- Filhos/as
- Netos/as
- Outro parente
- Amigo
- Outros. Especificar _____



RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

15. A sua actividade actual é:

- Trabalha a tempo completo
- Trabalha a tempo parcial
- Reformado por idade
- Reformado por invalidez
- Desempregado à procura de trabalho
- Desempregado sem procurar trabalho
- Outros. Especificar _____

- Subsídio por assistência a terceira pessoa €
- Suplemento de pensão a grandes inválidos €
- Pensão social €
- Pensão de viuvez..... €
- Complemento social €
- Pensão de reforma social €
- Outras pensões provenientes de fundos profissionais €
- Pensão de alimentos (em caso de separados ou divorciados) €
- Pensão por filhos deficientes €
- Ajuda financeira regular por parte de membros da família (inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados) ... €
- Outros. Especificar €

16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?

- Nunca esteve empregado/a
- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrem
- NS/NR

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?

- Sim
- Não (----> P 18)
- Não aplicável (----> P 18)
- NS/NR

17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?

- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrem
- NS/NR

18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?

(assinalar as várias respostas dadas e as quantias)

- Do emprego ou negócio €
- Rendimentos de capital (investimentos, contas poupança, fundos de pensões) e rendas de património €
- Pensão de invalidez €
- Pensão de sobrevivência €
- Pensão de velhice €
- Pensão unificada €
- Complemento de pensão por cônjuge a cargo €
- Subsídio de acompanhante €

19. Quantas pessoas vivem desses

rendimentos? (número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos)

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?

- Sim
- Não (----> P 20b)
- NS/NR

20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?

_____ €

20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?

- Renda _____ €
- Empréstimo ou hipoteca _____ €
- Não, vive em casa cedida gratuitamente
- NS/NR



Draft

20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?

- Paga o total da renda, empréstimo ou hipoteca
- Recebe uma participação
- A casa não é sua mas não paga renda
- NS/NR

20d. Considera o local onde vive digno para si?

- Sim
- Não
- NS/NR

21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

- Sim
- Não
- NS/NR

22. Os seus rendimentos são o suficiente?

- Não
- Sim, mas apenas chegam para os seus gastos
- Cobrem sem problemas os gastos
- NS/NR

23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?

- Sim
- Não
- NS/NR

24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?

- Paga (-----> P 25)
- Recebe ajuda
- NS/NR

24a. De quem?

- Família ou amigos
- Toma as refeições numa instituição governamental ou de beneficência
Quantas? ____
- Trazem-lhe as refeições a casa já preparadas
Quantas? ____

25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?

- Sim
- Não
- NS/NR

26. Tem algum cartão de saúde?

- Sim. Qual? _____
- Não
- NS/NR

27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

- Muito bem
- Razoavelmente
- Com dificuldade
- NS/NR

29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?

- Sim
- Não
- NS/NR

30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?

- Sim
- Não
- NS/NR



SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?

- Sempre/quase sempre
- Algumas vezes
- Nunca/quase nunca
- NS/NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?

- Interessante
- Monótona
- Aborrecida
- NS/NR

33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?

- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

34. Por favor, responda 'sim' ou 'não' às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar tente responder 'sim' ou 'não' conforme lhe parecer mais correcto (assinalar 'sim' ou 'não' para cada uma).

1. Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?..... Sim Não
2. A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?..... Sim Não
3. Por vezes sentiu vontade de fugir de casa?..... Sim Não
4. Parece-lhe que ninguém o/a compreende?..... Sim Não
5. Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?..... Sim Não
6. O seu sono é irregular e inquieto?..... Sim Não
7. É feliz a maior parte do tempo?..... Sim Não
8. Pensa que se trama alguma coisa contra si?..... Sim Não
9. Por vezes sente que não serve para nada?..... Sim Não
10. Nos últimos anos sentiu-se bem a maior parte do tempo?..... Sim Não
11. Sente-se muitas vezes fraco/a?..... Sim Não
12. Tem dores de cabeça?..... Sim Não
13. Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha?..... Sim Não
14. Sente palpitações e falta de ar?..... Sim Não
15. Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes?... Sim Não

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?

- Óptimo
- Bom
- Razoável
- Mau
- NS/NR

36. Comparando com há cinco anos, como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR



SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a pelo médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? (*excluir os psiquiatras*)

____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

- Sim
- Não
- NS/NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

- Para a artrite
- Para a dor (distintos dos anteriores)
- Para a hipertensão arterial (tensão alta)
- Diuréticos
- Para a insuficiência cardíaca ou arritmias
- Nitroglicerina para a angina de peito
- Anticoagulantes
- Para melhorar a circulação
- Injecções de insulina para diabetes
- Comprimidos para a diabetes
- Para úlcera (sistema digestivo)
- Crise epiléptica
- Para a tiróide
- Corticosteróides
- Antibióticos
- Tranquilizantes ou medicamentos para os nervos
- Medicamentos para dormir (uma vez por semana ou mais)
- Medicamentos hormonais (incluindo a pílula)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês?

**44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?***(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)*

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Artrite ou reumatismo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Asma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Enfisema ou bronquite crónica | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Tuberculose | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Hipertensão | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas circulatórios dos membros | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Úlceras (sistema digestivo) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença do fígado | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças dos rins..... | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Outras doenças do sistema urinário | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Cancro ou leucemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequências de A.V.C. | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Esclerose múltipla | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequência da poliomelite | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença da tiróide ou outras glândulas | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas da fala | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |

45. Tem alguma incapacidade física...

- Não
- Paralisia total
- Paralisia parcial
- Falta de membro/função
- Fractura óssea
- NS/NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está cego
- NS/NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está surdo
- NS/NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- Sim. Especificar _____
- Não
- NS/NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESES**49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?**

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____



Draft

50. Precisa de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?

- Sim (----> P 50a)
- Não (----> P 51)
- NS/NR

50a. Especificar quais?

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?

- Sim
- Não
- NS/NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?

- Sim
- Não
- NS/NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?

- Nada
- Um pouco
- Muito
- NS/NR

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos de fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda para as fazer, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone...

- Sem ajuda (*incluindo procurar números e marcar*)
- Com alguma ajuda (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
- É incapaz de utilizar o telefone
- NS/NR

57. Pode ir até locais onde não é possível ir a pé...

- Sem ajuda (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
- É incapaz de viajar (*a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância*)
- NS/NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.? (*assumindo que tem meio de transporte*)

- Sem ajuda (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a acompanhe quando vai às compras*)
- É incapaz de fazer qualquer tipo de compra
- NS/NR

59. É capaz de preparar as suas refeições...

- Sem ajuda (*planeia e prepara-as ele/a mesmo*)
- Com alguma ajuda (*pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições*)
- É incapaz de preparar qualquer refeição
- NS/NR



Draft

60. É capaz de fazer as tarefas de casa...

- Sem ajuda (*pode limpar o chão, etc.*)
- Com alguma ajuda (*pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados*)
- É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico
- NS/NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos...

- Sem ajuda (*a dose certa na hora certa*)
- Com alguma ajuda (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
- É incapaz de tomar os seus medicamentos
- NS/NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro...

- Sem ajuda (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
- Com alguma ajuda (*administra o dinheiro do dia-a-dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
- É incapaz de administrar o seu dinheiro
- NS/NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer...

- Sem ajuda (*é capaz de comer sozinho*)
- Com alguma ajuda (*necessita ajuda para cortar a comida, etc.*)
- É incapaz de comer sozinho/a
- NS/NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho/a...

- Sem ajuda (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
- Com alguma ajuda
- É incapaz de vestir-se e despir-se sozinho/a
- NS/NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- É capaz de cuidar da sua aparência
- NS/NR

66. Pode andar...

- Sem ajuda (*excepto de bengala*)
- Com ajuda (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
- É incapaz de andar
- NS/NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama...

- Sem ajuda (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
- Com alguma ajuda (*de uma pessoa ou de um dispositivo*)
- Depende completamente de alguém que o/a levante
- NS/NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda (*necessita de ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
- É incapaz de tomar banho sozinho/a
- NS/NR

69. Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo?

- Não (----> P 70)
- Sim, mas agora não porque tenho sonda/colostomia (----> P70)
- Sim (----> P 69a)
- NS/NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais
- NS/NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear?

- Sim (----> P 70a)
- Não (----> P 71)
- NS/NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta, quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____



Draft

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

- Vai sozinho/a
- Familiar
- Amigo
- Transporte público (*autocarro, taxi, etc.*)
- Outro. Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

___ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por um grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-2c)
- NS/NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas actividades?

___ vezes por semana

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-2c. Acha que necessita de participar neste tipo de actividades?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?

- Sim
- Não (----> P 71-3b)
- NS/NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Organismo oficial

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

- Sim
- Não
- NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- Sim
- Não
- NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-5c)
- NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- Sim
- Não (----> P 71-6c)
- NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não (----> P 71-7d)
- NS/NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

Nº _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- Sim
- Não (----> P 71-8b)
- NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (excluir os recebidos no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-9d)
- NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vesti-lo, ajuda-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

- Menos de ½ hora por dia
- ½ hora a 1½ hora por dia
- Mais de 1½ hora por dia
- NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-9d. Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico? (excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-10e)
- NS/NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Enfermeiro (*não pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- Só ocasionalmente, não todos os dias
- Só para dar-lhe medicação oral
- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1 hora por dia
- Mais de 1 hora por dia
- NS/NR



Draft

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- Menos de um mês
- De 1 a 3 meses
- Mais de 3 meses
- NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

- Sim
- Não (----> P 71-11d)
- NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Fisioterapeuta (*não pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

- Sim
- Não (----> P 71-12c)
- NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se o idoso ainda está a receber supervisão contínua perguntar só a 71-13c. Pessoas que necessitam de supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

- Sim
- Não (----> P 71-13c)
- NS/NR

71-13a. Quem o fez?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa?
(*assinalar não se respondeu sim em 71-12c*)

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (*inclui alojamento em instituições*)

- Sim
- Não (----> P 71-14c)
- NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- Sim
- Está em lista de espera
- Não lha concederam
- NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- Sim
- Não (----> P 71-15d)
- NS/NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

___ horas



Draft

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

- Sim
- Não (----> P 71-16c)
- NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

- Sim
- Não (----> P 71-17c)
- NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Alguém a quem paga por essa tarefa (*por ex. advogado*)
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-17b. Tem alguém que o/a ajude nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

AValiação Sistemática Multidimensional

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- Sim
- Não (----> P 71-19c)
- NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- Familiar
- Amigo
- Alguém de uma instituição social ou Segurança Social

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

72. Este questionário foi realizado ao/à

- Idoso/a
- Informante. Relação _____
- Ambos

ESTA ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



AS QUESTÕES SEGUINTE SÃ O DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA.

73. Duração da entrevista: _____ minutos

74. A informação objectiva foi obtida do/a:

- Idoso/a
- Familiar
- Outro. Especificar _____

75. As perguntas objectivas obtidas do/a idoso/a e/ou informante são...

- De total confiança
- De confiança na maioria dos casos
- De confiança só em alguns casos
- Não são confiáveis

76. As perguntas subjectivas são:

- De total confiança (----> P 77)
- De confiança na maioria dos casos (----> P 77)
- De confiança só em alguns casos (----> P 77)
- Não são confiáveis (----> P 77)
- Não se obtiveram (----> P 76a)

76a. Porque não respondeu o/a idoso/a às questões subjectivas?

- Afasia/disartria
- Surdez
- Demência
- Oligofrenia
- Demasiado doente
- Não colaborou
- Outro. Especificar _____

RECURSOS SOCIAIS

77. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o/a idoso/a se estivesse doente ou incapacitado/a?

- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a indefinidamente
(tanto tempo quanto necessário)
- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a durante pouco tempo
(de poucas semanas a seis meses)
- A ajuda estaria disponível só de vez em quando
(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)
- Nenhuma *(excepto possível ajuda de emergência)*

78. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do/a idoso/a?

- Muito satisfatórias, amplas
- Moderadamente satisfatórias, adequadas
- Não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas



RECURSOS ECONÓMICOS

79. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do/a idoso/a?

- Amplos, folgados
- Satisfatórios
- Algo insuficientes
- Totalmente insuficientes
- Não tem qualquer tipo de rendimentos

80. Na sua opinião, o/a idoso/a tem economias?

- Sim
- Não (*ou são escassas*)

81. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do/a idoso/a?

- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde e permitem-lhe pequenos luxos
- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde, mas não lhe permite pequenos luxos
- Não cobrem a alimentação, ou habitação, ou vestuário, ou cuidados de saúde e nem lhe permite pequenos luxos
- Não cobrem duas ou mais necessidades (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados de saúde*) nem lhe permite pequenos luxos

SAÚDE MENTAL

82. Tem a impressão de que o/a idoso/a demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?

- Sim
- Não
- NS/NR

83. Tem a impressão de que o/a idoso/a é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

- Sim
- Não
- NS/NR

84. Tem a impressão de que o/a idoso/a acha a vida interessante e divertida?

- Sim
- Não
- NS/NR

85. Durante a entrevista o comportamento do/a idoso/a pareceu-lhe ser:

- Mentalmente alerta e estimulado/a
- Agradável e participativo/a
- Depressivo/a e/ou choroso/a
- Distraído/a ou letárgico/a
- Amedrontado/a, inquieto/a ou extremamente tenso/a
- Cheio/a de queixas físicas não realistas
- Desconfiado/a (mais do que razoável)
- Extravagante ou inapropriado/a em pensamento ou acção
- Excessivamente falador/a, muito alegre ou eufórico/a



SAÚDE FÍSICA

86. O/a idoso/a é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:

- Não
- Sim, é obeso/a
- Sim, está mal nutrido/a ou emagrecido
- NS/NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

87. Classifique os recursos sociais actuais da pessoa, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias presentes da pessoa. As perguntas de recursos sociais são as 6-14 e 77-78.

- Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente.
- Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; **ou** as relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
- Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; **ou** as relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
- Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; **ou** as relações sociais são pelo menos ajustadas e satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; **ou** as relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas, mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
- Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não está sequer disponível de vez em quando.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

88. Classifique os recursos económicos actuais da pessoa, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias presentes da pessoa. As perguntas de recursos económicos são as 15-30 e 79-81.

- Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos; o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos; o/a idoso/a não tem economias; ou rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
- Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes; o/a idoso/a não tem economias; ou rendimentos algo insuficientes; o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes; o/a idoso/a não tem economias.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes; o/a idoso/a pode ter ou não ter economias.
- Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O/a idoso/a é indigente, sem rendimentos ou economias.

(Considera-se que os rendimentos são suficientes se cobrem todas as necessidades do/a idoso/a)

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

89. Classifique o funcionamento actual da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento presente da pessoa. As perguntas de saúde mental são as do questionário preliminar e as 31-36 e 82-85.

- Saúde mental muito boa.** Intellectualmente alerta, gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
- Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

90. Classifique o funcionamento físico actual da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento presente da pessoa. As perguntas de saúde física são as 37-55 e 86.

- Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
- Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
- Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
- Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
- Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
- Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

91. Classifique o funcionamento actual das Actividades da Vida Diária da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o desempenho presente da pessoa. As perguntas das Actividades da Vida Diária são as 56-70.

- Capacidade para as AVD muito boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
- Capacidade para as AVD boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
- Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória.** Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
- Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória.** Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; ou requer ajuda regular para a preparação das refeições.
- Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória.** Necessita ajuda diária mas não necessariamente o dia inteiro ou à noite, com muitas AVD.
- Capacidade para as AVD completamente insatisfatória.** Necessita ajuda durante todo o dia e/ou à noite para realizar as AVD.

ANEXO IV – Consentimento informado para o questionário e para as entrevistas

Consentimento Informado

Ex^o Senhor (a)

Dina Pascoal, Tércio Nóbrega, e Vanessa Martins, enfermeiros e estudantes do 7^o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 8^o Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, estão a desenvolver um projeto na UCC Dr. Arnaldo Sampaio em parceria com a Câmara Municipal de Leiria, que tem como objetivo geral: **Realizar o diagnóstico de enfermagem comunitária aos idosos com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro.**

Este estudo envolverá a sua participação através de resposta a um questionário à população idosa com 65 ou mais anos. Este método de colheita de dados é o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), que avalia cinco dimensões da vida: Recursos Sociais; Recursos Económicos; Saúde Física; Saúde Mental e Atividades de Vida Diárias. Este pedido surge no seguimento daqueles que consideramos serem os critérios de inclusão da amostra para o estudo que estamos a desenvolver. Pretende-se levantar informações significativas, que auxiliem a centrar as intervenções comunitárias e promover estratégias de intervenção mais adequadas a este grupo.

Neste sentido apelamos à sua participação, sendo a **decisão de participar absolutamente voluntária, podendo alterar a sua intenção a qualquer momento, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo para a sua pessoa.**

É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e sigilo, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização deste projeto.

Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Ao responder às questões está a consentir a sua participação garantindo que compreendeu tudo o que lhe foi explicado anteriormente.

O questionário terá a duração de aproximadamente 30 minutos.

Certificado de Consentimento

Declaro que fui convidado(a) a participar no projeto da UCC Dr. Arnaldo Sampaio em parceria com a Câmara Municipal de Leiria, que tem como objetivo geral: **Realizar o diagnóstico de enfermagem comunitária aos idosos com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro.**

Fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Participarei através de resposta a um questionário à população idosa com 65 ou mais anos. Este método de colheita de dados é o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), que avalia cinco dimensões da vida: Recursos Sociais; Recursos Económicos; Saúde Física; Saúde Mental e Atividades de Vida Diárias.

Fui informado(a) que os desconfortos da minha parte serão minimizados e a existirem serão relativos à partilha de informações pessoais ou confidenciais.

Estou consciente que não haverá nenhum benefício direto nem incentivo pela minha participação neste estudo.

Declaro ainda que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Fui informado(a) do nome e contactos do investigador.

Para o efeito declaro que aceito/não aceito **(riscar o que não interessa)**

Data: _____

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do enfermeiro: _____

Eu, enfermeiro, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.



CONSENTIMENTO INFORMADO

Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

Entrevistador(es): _____

Entrevistado: Informante-chave: _____

Data: _____

Local: _____

Hora de início: _____ Hora de término: _____

Somos três enfermeiros a frequentar respetivamente o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 8º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém e a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio sob a orientação da Enf.ª Inês Pereira e da Prof.ª Doutora Maria do Carmo Figueiredo.

O tema selecionado prende-se com o projeto “Viver-Melhor” da responsabilidade da Câmara Municipal de Leiria, da qual a UCC Dr. Arnaldo Sampaio é parceira.

O grupo pretende realizar um **Diagnóstico de Enfermagem Comunitária**, a fim de alcançar os seguintes objetivos:

- Colher informação acerca da comunidade residente no Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro e do Projeto “Viver Melhor no Saka”;
- Identificar as necessidades de saúde dos residentes do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro.

Para que tal seja possível, solicitamos a sua colaboração nesta entrevista que será audiogravada, no sentido de nos fornecer alguns dados que consideramos pertinentes para respondermos às nossas questões. Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista ou suspender a gravação, isso será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicitamos que, após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento.

Assinatura Entrevistado: _____

Assinatura Entrevistador(es): _____

ANEXO V – Resposta do ACES Pinhal Litoral



Rui Manuel Passadouro Fonseca <[redacted]>

sexta, 11/01, 14:07



para eu, Pedro, Conselho, Ines, Maria, M, Dina, [redacted]

Boa tarde

Face aos elementos disponibilizados, dou parecer positivo à execução do trabalho, solicitando que sejam fornecidos a este ACES os resultados da investigação.

Reforço a necessidade do parecer da comissão de ética, logo que possível.

Com os melhores cumprimentos

Rui Passadouro da Fonseca

Vogal Médico do Conselho Clínico e de Saúde

ACES Pinhal Litoral

De: Tércio Nóbrega [mailto:[redacted]]

Enviada: 11 de janeiro de 2019 08:40

Para: Rui Manuel Passadouro Fonseca <[redacted]>

Cc: Pedro Manuel Goncalves Sigalho <[redacted]>; Conselho Clínico e de Saúde ACES Pinhal Litoral <[redacted]>;

Ines Catarina Oliveira Pereira <[redacted]>; Maria Helena Pedro Oliveira <[redacted]>; M Carmo Pereira -

ESSaude <[redacted]>; Dina Pascoal <[redacted]>

Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI)

ANEXO VI – Resposta da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER - 012019Saúde

Identificação do Investigador | **Tércio Emanuel de Jesus Nóbrega**

Identificação do Projeto | **Diagnóstico de Enfermagem Comunitária aos Idosos com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro**

PARECER

Considerando que:

Se trata de um projeto de natureza académica, os objetivos estão bem delimitados;

A metodologia encontra-se adequadamente descrita, considerando que se trata da realização de um Diagnóstico de Enfermagem de uma comunidade concreta;

Foram disponibilizados os instrumentos de colheita de dados, em relação aos quais, decorre a necessidade de garantir a anonimização essencialmente no que concerne às variáveis e identificação dos participantes.

Foi disponibilizado o formulário de Consentimento Informado, o qual respeita os pressupostos éticos inerentes ao desenvolvimento e aplicação dos instrumentos de colheita de dados - OARS; QAFMI; SPMSQ, já com autorização para utilização e aplicação em contexto de um ACES, constituindo-se como condição a existência de parecer positivo de uma Comissão de Ética.

Foram disponibilizadas todas as outras peças inerentes ao processo de preparação do parecer a emitir.

Recomenda-se que:

O papel da Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo, seja identificado como orientadora responsável científica do estudo;

Seja reportado como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente as gravações, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

Seja reportado se os participantes e comunidade, uma vez que faz parte de um projeto já existente, vão ser informados dos resultados do estudo.

Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerente ao respeito pela autonomia dos participantes.

Assinatura



Carla Chicau Borrego
(Coordenadora da Comissão Ética)

Santarém, 13 fevereiro de 2019

ANEXO VII – Diagnósticos de Enfermagem Comunitária segundo Betty Neuman e
apreciação do grupo populacional

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

SISTEMA CLIENTE	STRESSORES	FATORES	DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	NÍVEL DE PREVENÇÃO
Grupo Populacional com 65 e mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro	Fragilidade Económica Preocupação quanto à capacidade económica futura (interpessoal) Desvantagem financeira (Extrapessoal)	87.9% Considera não ter rendimentos suficientes para fazer face a situações inesperadas; 69.7% Considera que os rendimentos são suficientes, mas apenas chegam para os gastos; 69.7% Considera não necessitar de ajuda económica para além do que já recebe; 96.9% Refere não ter dinheiro para comprar pequenos extras; 80.6% Considera não ter dinheiro suficiente para garantir o seu futuro.	Instabilidade na linha flexível de defesa dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por <i>stressores</i> inter e extrapessoais: fragilidade económica	Primária
	Estado Social insatisfatório Falta de interesse Isolamento social Solidão (intrapessoal) Vulnerabilidade social Falta de apoio familiar (interpessoal)	“Existem muitos idosos isolados, a morar sozinhos, alguns nem saem de casa.” E2:ln79 “Isolamento dos idosos” E3:Ln9 “Existem muitos idosos que vivem sozinhos (...)”. E4: ln95 “Preocupa-nos o isolamento dos idosos (viver sozinhos e muitos sem apoio familiar) E4: ln117 “Existem muitos idosos, e muitos nem saem de casa”. E2: ln34 33.3% Vive sozinho, sendo que destes 45.8% são mulheres; 45.5% Vive com o cônjuge, sendo que destes 88.9% são do sexo masculino; 75.9% Refere não ter em quem confiar; 51,5% Refere que se sente algumas vezes só e 24,2% refere que se sente muitas vezes só.	Instabilidade na linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por <i>stressores</i> intra e interpessoais: sentimento de solidão, desinteresse, isolamento e vulnerabilidade social e falta de apoio familiar	Primária

		<p>60.6% Dos inquiridos refere não ter feito ou recebido chamadas telefónicas de amigos e/ou familiares na semana anterior</p> <p>75.8% Referem não fazer nem ter visitas;</p> <p>90,6% Considera não verem os familiares e amigos tantas vezes como gostariam;</p> <p>63.6% Referem não ter quem possa ajudar em caso de doença ou incapacidade;</p> <p>75,8% Refere que não passou tempo nenhum na última semana com quem não vive;</p> <p>63,6% Realiza maior parte das tarefas Habituais sozinho.</p>		
	Baixa Escolaridade (Intrapessoal)	<p>78.8% Possui o ensino básico (1º ciclo), sendo que 88.9% são homens;</p> <p>18,2% Refere não saber ler nem escrever ou não ter ensino básico concluído</p>	Rutura na linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por <i>stressores</i> intrapessoais: baixa escolaridade.	Secundária
	Saúde Física e Mental			
	Ansiedade (Intrapessoal)	<p>97% Preocupa-se algumas vezes ou sempre com as coisas em geral;</p> <p>48,5% Refere tomar medicação ansiolítica e antidepressiva nos últimos seis meses;</p> <p>69,7% refere que precisa da mesma;</p> <p>60,6% Afirmam que tem recorrentemente dores de cabeça;</p> <p>60,6% Sentem palpitações e falta de ar;</p>	Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por <i>stressores</i> inter, extra e intrapessoais: alteração na saúde mental (ansiedade, baixa autoestima, padrão de sono alterado, desinteresse, alcoolismo), alteração na saúde física (hipertensão, problemas cardíacos e circulatórios, diabetes)	Terciária
	Baixa autoestima (Intrapessoal)	<p>21,9% Refere como mau o seu estado mental ou emocional e apenas 18,8% considera como bom, sendo que 56,3% considera razoável.</p> <p>90.9% Considera o seu estado mental ou emocional pior do que há cinco anos atrás;</p> <p>51,5% Refere ser infeliz a maior parte do tempo;</p>		

		66,7 % Refere que não se sentem bem a maior parte do tempo; 72,7% Refere que se sentem muitas vezes fracos		
	Desinteresse (Intrapessoal)	58,1% Acha a sua vida monótona e apenas 18,2% afirmam como boa a satisfação com a sua vida; 72,7% Acha que a sua vida desinteressante;		
	Padrão de sono perturbado (Intrapessoal)	78.8% Refere ter um sono irregular e inquieto 57.6% Diz não acordar fresco e descansado de manhã;		
	Hipertensão arterial (Intrapessoal)	90,9% Apresenta Hipertensão arterial, sendo que 72,7% dos idosos referem que a patologia interfere muito nas suas atividades;		
	Problemas Cardíacos (Intrapessoal)	94,0% Apresenta Problemas Cardíacos, sendo que 48,5% dos idosos referem que a patologia interfere muito nas suas atividades;		
	Problemas Circulatórios (Intrapessoal)	87,9% Apresenta Problemas Circulatórios dos membros, sendo que 51,5% dos idosos referem que a patologia interfere muito nas suas atividades;		
	Diabetes (Intrapessoal)	51,5% Apresenta Diabetes, sendo que 30,3% dos idosos referem que a patologia interfere muito nas suas atividades;		
	Artrite ou Reumatismo (Intrapessoal)	72,7% Apresenta Artrite ou Reumatismo, sendo que 48,5% dos idosos referem que a patologia interfere muito nas suas atividades;		
	Sistema de suporte problemático ou ineficaz-alcoolismo (interpessoal)	12,1% Refere problemas de etilismo. "Consumo de álcool em idosas;" E1: In42 "Alcoolismo é um problema que nos preocupa também. Este alcoolismo está muito presente nas mulheres de alguma idade". E4: In113		

	<p>Imprevisibilidade do decurso das doenças (Extrapessoal)</p>	<p>51,5% Refere que vê mal mesmo com óculos ou lentes de contacto; 27,3% Refere que ouve mal; 87.9% Classifica a sua saúde como tendo piorado quando comparada com há cinco anos atrás.</p>		
	<p>Diferenças de desenvolvimento entre outras pessoas significativas- Sedentarismo (Interpessoal)</p>	<p>100% Refere não participar em algum programa de exercício físico e 36,4% acha que necessita de fazer algum exercício. 93,9% Refere não praticar em nenhum tipo de atividade física.</p>	<p>Instabilidade da linha flexível de defesa, evidenciado por <i>stressores</i> interpessoais: sedentarismo</p>	<p>Primária</p>
	<p>Utilização de serviços Atividades recreativas deficientes; Processo comunitário para a dinamização de atividades recreativas ineficaz. (Extrapessoal)</p> <p>Envolvimento comunitário da população diminuto (interpessoal)</p>	<p>97% Refere não ter participado nos últimos 6 meses em nenhuma atividade ou viagem organizada e 62.5% refere não ter necessidade de o fazer; 51.5% Refere ter necessidade de viajar. 100% Dos inquiridos refere não ter participado ou assistido a algum curso de educação para adultos e 60,6% refere não necessitar desta preparação para as suas atividades de vida diária “(…) Ações de animação sociocultural.” E1: ln10 “O bairro tem (...) zonas de convívio e uma sala que pertence à associação de moradores”. E1: ln31 “As necessidades identificadas pela câmara no âmbito da saúde foi questões de dependências (...)” E3: ln8 “Para os idosos não temos atividades”. E2: ln57 “Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós”; E1: ln43 “(…) Ações de desenvolvimento comunitário e fomento da prática desportiva.” E1: ln10 “No futuro desenvolver as classes de mobilidade, à semelhança do que já acontece em algumas IPSS, onde um</p>	<p>Proteção inadequada da linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por <i>stressores</i> inter e extrapessoais: envolvimento comunitário diminuto e atividades recreativas deficientes.</p>	<p>Primária</p>

		<p>fisioterapeuta, ou professor de educação física desenvolvem atividades específicas.” E1: ln35</p> <p>“(…) Combate à pobreza e discriminação (...); E1: ln6</p> <p>72.7% Considera necessária a avaliação do seu estado geral de saúde e social</p> <p>93,9% Referiu não ter nos últimos 6 meses nenhum tipo de informação sobre os tipos de ajuda poderia obter e quem o poderia fazer;</p>		
	<p>Avaliação sistemática multidimensional</p> <p>Vigilância diminuída da saúde e situação social da comunidade.</p> <p>Processo de comunicação dos recursos ineficaz (Extrapessoal)</p>	<p>81.8% Dos idosos refere que nenhum médico ou assistente social o examinou e avaliou o seu estado geral (saúde física e mental e situação social e económica),</p> <p>66.7% Considera necessário que alguém organize ou coordene os tipos de ajuda. “O nosso objetivo último é a promoção da saúde da população do Bairro”. E3: ln102</p>	<p>Instabilidade da linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por <i>stressores</i> extrapessoais: falta de apoio das organizações comunitárias</p>	<p>Primária</p>

APRECIÇÃO DO GRUPO POPULACIONAL

Após definição dos diagnósticos de enfermagem, segue diagrama de adaptação do modelo de sistemas de Betty Neuman

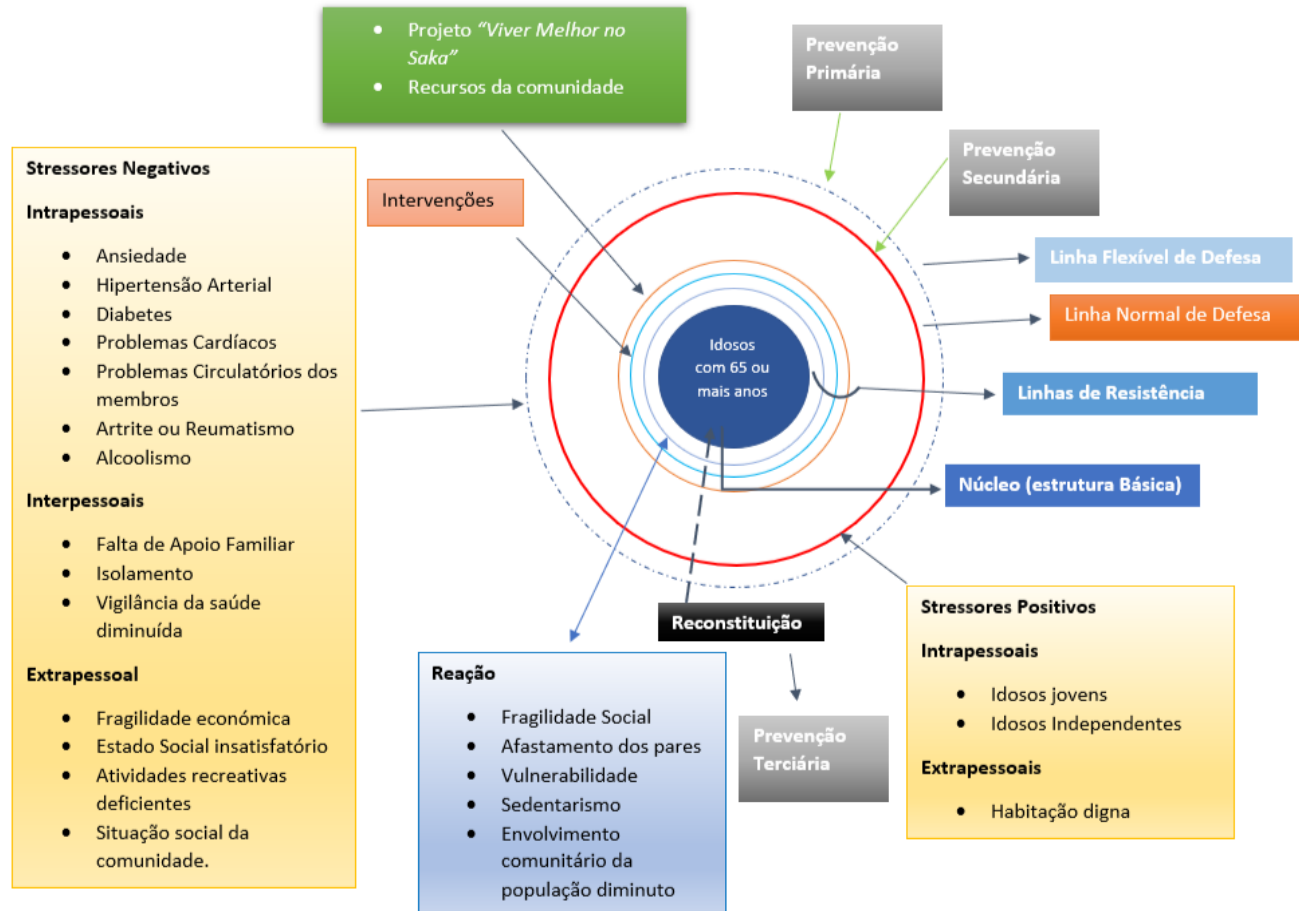


Figura 1 - Diagrama de adaptação do modelo de sistemas de Betty Neuman,

Fonte: Esquema baseado no Modelo de Neuman (Neuman, 1995) e adaptado pelo auto

Quadro 1 - Apreciação do grupo populacional como sistema cliente segundo as variáveis e o contexto intrasistêmico

Contexto Intrasistêmico	
Variáveis	Sistema Cliente
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 69.7% Perceciona a sua saúde física como regular e 15.2% consideram a sua saúde má (12.1% - boa e 3% - muito boa); ➤ 87% Refere que, comparativamente há 5 anos, a sua saúde física está pior; ➤ 66.7% Refere que os seus problemas de saúde interferem um pouco na sua vida (21.2% - muito e 12.1% - nada); ➤ 93.8% Refere que não tem outro problema ou doença física que afeta a sua saúde; ➤ 60.6% Tem palpitações e falta de ar; ➤ 60.6% Tem dores de cabeça; ➤ 72.7% Sentem-se muitas vezes fraco/a; ➤ 78.8% Tem o sono irregular e inquieto; ➤ 51.5% Refere visão como má; ➤ 51.5% Possui uma audição que definem como regular e 27.3% como má; ➤ 87.9% Refere que não tem problemas em beber, porém 12.1% assumem problemas. ➤ 100% Refere não ter nenhuma incapacidade física; ➤ 48.5% Refere que a artrite/reumatismo interfere muito com as suas atividades; ➤ 72.7% A HTA, 48.5% Problemas Cardíacos, 51.5% os Problemas Circulatórios; ➤ 33.3% Utiliza muleta; ➤ 87.9% É capaz de lidar com o dinheiro; ➤ 84.8% É capaz de comprar alimentos, roupa, etc, sem ajuda; ➤ 90.9% É capaz de preparar as suas refeições; ➤ 81.8% É capaz de fazer as suas tarefas de casa; ➤ 97% É capaz de tomar banho/duche e cuidar da sua aparência sem ajuda; ➤ 97% É capaz de levantar e deitar-se na cama, sem ajuda; ➤ 87.5% Não tem problemas em chegar à casa de banho e 12.5% têm problemas; ➤ 39.4% Refere que foi visto/a pelo médico duas vezes nos últimos 6 meses, 18.2% entre 3 a 4 vezes; ➤ 90.9% Refere que não necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebem neste momento; ➤ 72.7% Refere que não houve nenhum dia, nos últimos 6 meses que esteve tão doente, que foram incapazes de realizar as atividades de vida; ➤ 93.9% Não realiza atividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou desporto cansativo.

<p>Psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 51.5% Preocupa-se algumas vezes com as coisas em geral, 45.5% sempre ou quase sempre e 3% nunca ou quase nunca; ➤ 56.3% Considera o seu estado mental razoável, 21.9% mau e 18.8% bom; ➤ 90.9% Refere que, comparativamente há 5 anos, a sua saúde mental está pior e 9.1% igual; ➤ 58.1% Considera a sua vida monótona, 22.6% interessante e 19.4% aborrecida; ➤ 60.6% Descreve a satisfação com a vida como regular e 21.2% como má e 18.2% como boa; ➤ 51.5% Sente-se só algumas vezes, 24.2% muitas vezes/sempre e quase nunca ou nunca; ➤ 51.5% Sente que não é feliz a maior parte do tempo; ➤ 15.2% Sente que ninguém os/as compreendem; ➤ 72.7% Refere que não possuem uma vida cheia de coisas interessantes; ➤ 93.9% Considera digno o local onde vive e 6.06% não considera.
<p>Sociocultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 72.7% Do sexo feminino e 27.3% do sexo masculino; ➤ Estado civil: 39.4% viúvos, 9.1% solteiros, 42.4% casados e 9.1% divorciados; ➤ 78.8% Possui o ensino primário; ➤ 9.1% Não sabe ler nem escrever; ➤ 90.9% Reformados por idade; ➤ 84.8% Refere não precisar de ajuda em tarefas tais como, ir às compras, fazer as tarefas de casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear; ➤ 63.6% Refere não ter alguém que o possa ajudar, caso esteja doente ou incapacitado; ➤ 97% Refere não ter participado nos últimos 6 meses em atividades recreativas e 62.5% Refere não ter necessidade de o fazer; ➤ 100% Refere não ter participado nos últimos 6 meses em nenhum programa de atividade física ou de desporto organizado por alguma instituição e 63.6% refere não precisar desses programas. ➤ 87.9% Considera não ter rendimentos suficientes para fazer face a situações inesperadas; ➤ 69.7% Considera que os rendimentos são suficientes, mas apenas chegam para os gastos; ➤ 69.7% Considera não necessitar de ajuda económica para além do que já recebe; ➤ 96.9% Refere não ter dinheiro para comprar pequenos extras; ➤ 80.6% Considera não ter dinheiro suficiente para garantir o seu futuro. ➤ 84.8% Paga a sua alimentação, 15.2% têm ajuda para a compra de alimentos; ➤ 27.3% Refere precisar de ajuda para a compra de alimentos; ➤ 51.5% Sente-se só algumas vezes, 24.2% muitas vezes/sempre e quase nunca ou nunca; ➤ 75.9% Refere não ter em quem confiar; ➤ 90,6% Considera não ver os familiares e amigos tantas vezes como gostariam;

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupo populacional com idade igual ou superior a 65 anos; ➤ Média de Idade: 74,33 anos; ➤ Média de filhos vivos: 1 (39.4%);
------------------------	---

Quadro 2 - Apreciação do grupo populacional como sistema cliente segundo os subsistemas e o contexto inter e extrasistémico

Contexto	Intersistémico	Extrasistémico
Subsistema		
Saúde e Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difícil acesso aos Serviços de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 93.9% Considera a sua habitação digna.
Educação		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% não participam em algum curso de educação para adultos.
Comunicação e Transportes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 93.9% não necessitam de transporte mais vezes do que dispõe. 	
Recreação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 97% não participam em qualquer atividade recreativa; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 90.6% consideram não verem os amigos e familiares as vezes que gostariam.
Económico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 28% possuem ajuda para a preparação das refeições. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15% têm apoio para a preparação da alimentação (pago); ➤ Remuneração tendencialmente baixa das reformas.
Leis e Política	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% realizam a gestão do seu dinheiro, bem como, de situações legais. 	
Religião	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não se aplica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não se aplica.

ANEXO VIII – Hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon e por boletim de votos

HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PELO MÉTODO DE HANLON

No planeamento em saúde, após o diagnóstico de situação são definidas as prioridades. Para a definição das prioridades optou-se pela escolha do Método de Hanlon adaptado à dimensão da amostra, para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990).

A - Amplitude ou magnitude do problema.

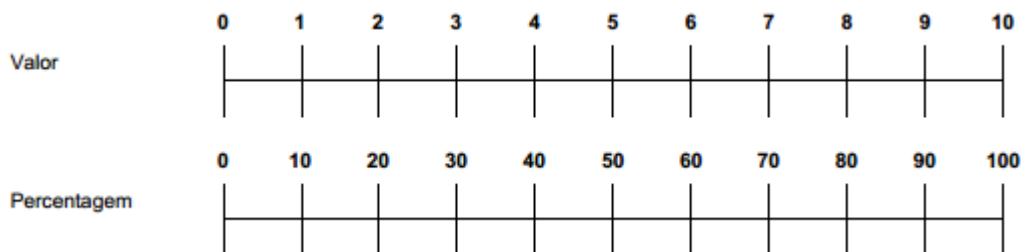
B - Gravidade do problema.

E - Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema).

D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Amplitude ou Magnitude do Problema

A amplitude calcula-se com base no número de pessoas afetadas, sendo atribuído uma ponderação de 0 a 10. Para esta definição de prioridades, usou-se uma adaptação à metodologia proposta, utilizando-se como base o valor máximo do potencial de melhoria identificado, sendo este expresso em percentagem, ao valor de 100% correspondeu o valor 10 de amplitude, tal como expresso na escala que se apresenta de seguida.



Gravidade do Problema

A gravidade do problema “pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, causa de incapacidades, custos ou outros” (Tavares, 1990, p. 91) e cada fator em análise é ponderado na escala (0 -10) sendo 0 nenhuma gravidade, 5 gravidade média e o de maior gravidade pontuado com 10.

Eficácia

A eficácia da solução deve ser ponderada numa escala de 0,5; 1 e 1,5, sendo considerado:

- 0,5 - Difícil solução.
- 1 - Média solução.
- 1,5 - Fácil solução.

Exequibilidade

O critério da exequibilidade possui cinco componentes avaliados por ponderação: Sim = 1 e Não = 0.

Os componentes propostos por Tavares (1990) são:

- Pertinência.
- Exequibilidade económica.
- Aceitabilidade.
- Recursos disponíveis.
- Legalidade.

Se no decorrer da avaliação o fator D = 0 então o problema é eliminado

Com base nos quatro critérios definidos pelo Método de Hanlon, amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto, apresenta-se o respetivo cálculo (DGS, 2016).

Diagnósticos	Magnitude (A)	Gravidade (B)	Eficácia (C)	Exequibilidade (D)	A+(2xB)xC	Prioridade
Fragilidade Económica	8	3	1	1	14	4º
Bem-estar Social Comprometido	8	5	1	1	18	2º
Solidão	7	5	0,5	1	9	8º
Bem-estar Psicológico Comprometido	5	7	0,5	1	10	7º
Padrão de Sono Alterado	7	4	1	1	15	3º
Bem-estar Físico Comprometido	9	10	0,5	1	15	3º
Vigilância Diminuída da Saúde	5	4	1	1	13	5º
Uso de álcool;	8	8	0,5	1	12	6º
Atividade Física Diminuída	9	5	1	1	19	1º
Atividades recreativas deficitárias	9	2	1	1	13	5º
Envolvimento comunitário diminuído	9	2	1	1	13	5º

A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) C \times D$ (Tavares, 1990). A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso através de uma escala pré-determinada. Contudo mais recentemente a DGS (2016) baseada nas conclusões de Hanlon apresenta uma nova fórmula de cálculo das prioridades: $A + (2 \times B) \times C$.

Com base no Método de Hanlon, são apresentadas as necessidades hierarquizados por prioridades:

- 1) Atividade Física Diminuída;
- 2) Bem-estar Social Comprometido;
- 3) Bem-estar Físico Comprometido;
- 4) Padrão de Sono Alterado;
- 5) Fragilidade Económica;
- 6) Vigilância Diminuída da Saúde;
- 7) Envolvimento Comunitário Diminuído;
- 8) Atividades recreativas deficitárias;
- 9) Uso de álcool;
- 10) Bem-estar Psicológico Comprometido;
- 11) Solidão.

HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES POR BOLETIM DE VOTOS

Para se saber se a priorização das necessidades da comunidade vão ao encontro da apresentada, após a discussão sobre os problemas identificados, com base na técnica do multivoto, foram constituídos boletins de voto com todas as necessidades identificadas, nos quais os participantes teriam de atribuir uma prioridade de 1 a 6, sendo que 1 seria a necessidade mais prioritária (correspondendo um valor de 6 pontos) e 6 a menos prioritária (correspondendo um valor de 1 ponto). A intenção de voto foi anónima e confidencial, tendo o seu preenchimento decorrido durante cerca de 15 minutos.

Boletim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Total
Fragilidade Económica			1	1	1	6				4	1	2	1	4		6			4	1	2	5	6	2		3	4	6			1	4	5	1	71
Bem-estar Social Comprometido	6	2	2				1	5			3	5			1	5	2			4	4	6	4		1	5		4				2	3	2	67
Solidão						5	5							5		6						1					5						6	33	
Bem-estar Psicológico Comprometido	3	1		3	2	3		3		3			2	1	4	4	5	1	1			2		3		1			1		2	5	1		51
Padrão de Sono Alterado						4		2			5	3								6	3			5		2				1		6	6		43
Bem-estar Físico Comprometido			5	4	6	2	3	6		5		4	6	6		3	3	5	6	5	5		5	6	2	4		3	5	4	4			3	110
Vigilância Diminuída da Saúde	4	5	3	5			4				6	1		2	6		1	6			1				5		6	5	2	5	5				72
Uso de Alcool							6	4						3					2								1	1							17

Atividade Física Diminuída	5	4	4	6	4	1				2		6	4	5	3	2		4	5	3	6		3	4	6	6	3		6	6	6	3	4		111
Atividades Recreativas Deficitárias	2	6	6	2	5			1		6	4		5		2			3	3	2		4	2	1	4				4	3	3	1	2	5	76
Envolviment o Comunitário Diminuído	1	3			3		2			1	2		3			1	4	2				3	1		3		2	2	3	2				4	42

Totalizaram-se assim 34 votos válidos, encontram-se os resultados alcançados na votação. Desta forma, com base nos resultados obtidos, são apresentadas as necessidades hierarquizadas por prioridades:

- 1) Atividade Física Diminuída;
- 2) Bem-estar Físico Comprometido;
- 3) Atividades recreativas deficitárias;
- 4) Vigilância Diminuída da Saúde;
- 5) Fragilidade Económica;
- 6) Bem-estar Social Comprometido;
- 7) Bem-estar Psicológico Comprometido
- 8) Padrão de Sono Alterado;
- 9) Envolvimento Comunitário Diminuído;
- 10) Solidão;
- 11) Uso de álcool.

ANEXO IX – Scoping Review

Review Title

Empowerment aos idosos com hipertensão arterial

Reviewers

1 Tércio Nóbrega

2 Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

Review question

Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial?

Objective

Identificar as intervenções da Enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial.

Keywords (MeSH Descriptors):

Passam a ser designadas por descritores MeSH as palavras-chave: *Nurs**; *Empowerment*; *Aged*; *Hypertension*, validadas no MeSH Browser 2019, no dia 03/04/2019 às 15h.

Nurs (MeSH)*: The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

Empowerment (MeSH): The exertion of a strong influence or control over others in a variety of settings--administrative, social, academic, etc.

Aged (MeSH): A person 65 through 79 years of age. For a person older than 79 years, AGED, 80 AND OVER is available.

Hypertension (MeSH): Persistently high systemic arterial BLOOD PRESSURE. Based on multiple readings (BLOOD PRESSURE DETERMINATION), hypertension is currently defined as when SYSTOLIC PRESSURE is consistently greater than 140 mm Hg or when DIASTOLIC PRESSURE is consistently 90 mm Hg or more.

Background

Pessoa idosa é definida por Fonseca (2004, p. 33), como sendo “um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro”, ou seja, deve ser olhada simplesmente como uma pessoa, com potencialidades e incapacidades, desejos e frustrações, exatamente como quaisquer outros grupos etários (Silva, 2012).

Por se tratar de um processo gradual não é consensual a idade a partir da qual se consideram as pessoas idosas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu Projeto sobre envelhecimento ativo (WHO, 2002) considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) considera pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). O mesmo critério é adotado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nas suas análises estatísticas.

O aumento da esperança média de vida tem permitido, que as pessoas vivam cada vez mais anos, fazendo com que dentro do grupo daqueles, que constituem a população idosa vão emergindo vários subgrupos. É atualmente consensual, que a categorização da pessoa idosa numa só faixa etária é inadequada, devido à sua diversidade, pelo que atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem três grupos de pessoas mais velhas: os “idosos jovens”, os “idosos velhos” e os “idosos mais velhos”. O termo “idosos jovens”, refere-se geralmente a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os “idosos velhos”, de 75 a 84 anos, e os “idosos mais velhos”, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a doença, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária. (Schneider & Irigaray, 2008)

Ainda que se assuma necessária a definição de uma idade mínima, sobre a qual se consideram as pessoas idosas, é consensual, que a idade cronológica não é, de forma alguma, um marcador preciso para o início das alterações que caracterizam o processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas envelhecem a um ritmo diferente e de forma heterogénea, dependendo de fatores externos e de fatores internos. Há pessoas que aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade; outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos (Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento é o resultado da construção que o indivíduo fez durante toda a vida. A autoeficácia, que é a crença do indivíduo na capacidade de exercer controle sobre a própria vida, está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento e à preparação para a reforma. Saber superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises próprias do processo de envelhecimento (WHO, 2005).

O processo de envelhecimento é assim um processo multidimensional, multidirecional e dinâmico, no qual as mudanças relacionadas com a idade devem ser encaradas como multifacetadas e multifuncionais (Fonseca, 2004). O envelhecimento não é, então, um processo

unilateral, mas antes a soma de vários processos entre si; é um acontecimento biológico com repercussões a nível psicossocial e espiritual (Silva, 2012).

O envelhecimento demográfico, segundo o Regulamento n.º 348/2015, e as:

Alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte.

O envelhecimento demográfico apresenta-se como um processo irreversível nos próximos anos a nível mundial e nos países desenvolvidos (Silva, 2012).

A esperança de vida ao nascer da população mundial aumentou 19 anos desde 1950. Atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, mas em 2050 esta relação será de um para cinco. O número de centenários (de 100 anos ou mais) aumentará 15 vezes, atingindo os 2,2 milhões em 2050, contra 145 000 pessoas em 1999 (Veras, 2004 citado por Silva, 2012).

À semelhança do que acontece nos países que integram a Europa do Norte e do Ocidente, Portugal apresenta alterações na estrutura etária da população, que se traduzem por um aumento do número de idosos – envelhecimento no topo –, por uma diminuição dos jovens – envelhecimento na base, ou por ambas as situações – duplo envelhecimento (INE, 2007). É, assim, fundamental criar condições de saúde, sociais e económicas, para que a pessoa possa permanecer autónoma e independente o maior número de anos possível (WHO, 2011). Conhecer as circunstâncias deste envelhecimento ajuda a compreender e fundamentar a intervenção do enfermeiro junto da população idosa.

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassa os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas acima dos 75 anos (INE, 2012). Em 2015 o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 147 (era de 128 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 147 idosos. As projeções do INE apontam para que este índice possa (no cenário central) mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018).

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional (DGS, 2017).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia [SPC] (2009) a Doença Cardiovascular (DCV) – incluindo nesta designação as doenças cardíacas, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e as doenças vasculares periféricas – mata anualmente cerca de 18 milhões de pessoas em todo o mundo. Tal equivale a uma morte a cada dois segundos. Quando não mata é, também, responsável por incapacidade e redução da qualidade de vida. As suas consequências matam mais pessoas que todas as formas de cancro combinadas (SPC, 2009). Tanto a prevenção como o tratamento destas doenças estão intimamente relacionados com hábitos de vida não saudáveis, nomeadamente, a nível da alimentação, exercício físico, gestão de emoções, consumo de tabaco e álcool (DGS, 2014).

A Hipertensão Arterial (HTA) é um importante problema de saúde pública dado ser o principal fator de risco para a doença cardiovascular e uma das principais causas de mortalidade a nível mundial. No último quarto de século, o número estimado de mortes atribuíveis à HTA cresceu de forma considerável em todo o mundo (Forouzanfar, *et al.*, 2017).

Segundo a WHO (2013), a HTA é o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública pelas consequências, que acarreta ao nível da morbilidade, mortalidade e custos associados. Estas doenças são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, cerca de um terço do total.

A HTA afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2013), sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras e 92 milhões de dias de vida perdidos. Também a nível mundial, aproximadamente, metade dos AVC e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014).

Em Portugal, as doenças cerebrovasculares ainda lideram as causas de morte (Providencia, Goncalves & Ferreira, 2013). A HTA não só tem um impacto significativo na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, como também, representa custos elevadíssimos para o Sistema Nacional de Saúde. Em particular, na área das DCV destacam-se o consumo de anti hipertensores (INSA, 2016).

Segundo a DGS (2014, p.10) “em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte, incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos”. Pela importância deste problema de saúde, e de modo a ter-se um conhecimento certo da realidade nacional, a DGS (2017), através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV), promoveu uma análise dos registos informáticos dos Cuidados Saúde Primários (CSP), referentes

ao ano 2013. Os critérios de inclusão foram todos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos, que no referido ano tinha sido avaliada e registada a pressão arterial pelo médico de família, pelo menos duas vezes (DGS, 2016). Neste estudo verificou-se uma prevalência de 26,9% de pessoas com HTA na população analisada, sendo que 35,6% revelaram ter controlo da HTA. Dos 26,9%, 23,9% eram do sexo masculino e 29,5% do sexo feminino. Dos 35,6% das pessoas com controlo da HTA, 33,1% eram do sexo masculino e 37,4% do sexo feminino. Desde 2010, 2016 foi o ano em que se registou maior venda de medicamentos anti hipertensores no Sistema Nacional de Saúde em Portugal Continental, atingido o valor de 28 156 584 número de embalagens vendidas (DGS, 2016).

O Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] (2016), no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), analisou a tensão arterial (TA) dos portugueses e concluiu que 2,4 milhões têm HTA. Mais de um terço dos portugueses sofre de HTA, uma doença que afeta mais os homens (atingindo quase 40%), do que as mulheres (atingindo 32%). No estudo, além da medição da TA, foi considerada a toma de medicamentos para a HTA nas duas semanas anteriores à entrevista. A prevalência da HTA é mais elevada (62,6%) na população com “nenhuma escolaridade ou com o primeiro ciclo”, enquanto na população com “ensino superior” 15,5% sofrem de HTA. Relativamente à ocupação profissional, cerca de 65% dos reformados, domésticos ou estudantes têm hipertensão, enquanto a taxa de hipertensos desempregados ronda os 30% e a dos empregados se fixa nos 24,7%. De acordo com os dados do INSA (2016), mais de 70% da população acima dos 65 anos tem HTA e, entre os 25 e os 34 anos cerca de 6% são hipertensos.

A HTA é assim um grave problema de saúde a nível nacional e mundial. Designa-se de HTA, todas as situações em que os valores de tensão arterial sistólica (TAS) são superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica (TAD) superiores a 90 mmHg (DGS, 2014).

O diagnóstico de HTA, que se encontra definido na Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 020/2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013, é definido, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da PAS igual ou superior a 140 mmHg e/ou da PAD igual ou superior a 90 mmHg, em avaliação de consultório.

Na maior parte dos casos, não há uma causa conhecida para a HTA, embora em algumas situações, seja possível encontrar uma doença associada, que é a verdadeira causa da HTA. Esta está frequentemente associada a outras patologias, por exemplo, diabetes *mellitus*, dislipidémia, e outros fatores de risco, tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc. Segundo Polónia, Ramalinho, Martins e Saavedra (2006), a HTA é o fator de risco, quantitativamente, mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, bem como da doença coronária e insuficiência cardíaca. É uma das doenças crónicas com maior repercussão nos órgãos vitais. Para além de se continuar a investir no diagnóstico de HTA, e no melhor controlo da TA, é essencial fazer a abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade.

A HTA não tem cura, contudo, e como doença crónica, na maioria dos casos é controlável. Esta patologia pode, no entanto, ser prevenida levando a menos custos e melhor qualidade de vida para a população; “por isto mesmo, a OMS, entre outras instituições, tem lançado alertas e promovido, múltiplas iniciativas no sentido de sensibilizar a opinião pública e as diferentes entidades envolvidas neste domínio” (DGS, 2016, p.49).

A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e, a deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de DCV (Ribeiro, 2013). Assim, o controlo da HTA tem como base a intervenção farmacológica, a adoção de cuidados dietéticos e a prática de atividade física; sendo que a escolha inicial deve incidir sobre a alteração de comportamentos de risco (Ferreira, Graça & Calvino, 2016).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH] (2014) as medidas de estilo de vida recomendadas e, que mostraram ser eficazes na redução da pressão arterial são:

- Restrição de sal com uma redução para menos de 5 g/dia;
- Moderação do consumo de álcool - o consumo diário não deve exceder as 20-30g para os homens e as 10-20g para as mulheres;
- Elevado consumo de legumes e frutas (300-400 g/dia);
- Consumo de produtos láteos com baixo teor de gordura, fibras alimentares solúveis dietéticas, grãos integrais, proteínas de fontes vegetais, frutos frescos, a dieta mediterrânica e o consumo de peixe pelo menos duas vezes por semana;
- Redução de peso nas pessoas obesas e com excesso de peso ou a manutenção de um peso corporal saudável, índice de massa corporal (IMC) <25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 centímetros (cm) para homens e inferior a 88 cm para mulheres;
- Exercício físico regular, prática de pelo menos 30 minutos de exercício aeróbico dinâmico de intensidade moderada (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) em cinco a sete dias por semana;
- Interrupção do hábito de fumar, com o objetivo de minimizar o risco cardiovascular.

Na escolha da terapêutica farmacológica anti hipertensora deve ter-se em conta a implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas; a idade; lesões coexistentes nos órgãos; fatores de risco cardiovasculares concomitantes; doenças e condições clínicas associadas; indicações, contraindicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos; condicionalismos da adesão à terapêutica e fatores económicos associados (DGS, 2013).

Apesar de, grande parte da população ter minimizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco, esta continua a não se submeter a exames periódicos de saúde, os quais são necessários, principalmente quando existe história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce, visto saber-se que metade da população hipertensa permanece por diagnosticar, e que dos hipertensos diagnosticados, menos de metade faz o tratamento corretamente (DGS, 2016).

O progresso tem-se verificado ao longo dos últimos anos relativamente ao controlo, tratamento e taxas de conhecimento da HTA, contudo, a maioria dos hipertensos (57,4%) mantém a HTA não controlada (Polónia *et. al.*, 2014). Tal deve-nos fazer refletir, pois como Perdigão (2009) afirma, algo está a falhar nas estratégias de tratamento da HTA. Apesar de existirem planos de educação para a saúde (EpS) no âmbito da mudança de estilos de vida e existirem agentes farmacológicos disponíveis, o seu controlo na comunidade está longe de ser o ideal. Santos (2011) também aponta que uma das dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e entre os que fazem, poucos têm a TA controlada. Entre 30 e 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano; e 75%, depois de cinco anos.

A adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública. O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde, que se queira moderno e eficaz (Bugalho & Carneiro, 2004). Deste modo, podemos afirmar, que a adesão ao regime terapêutico é a chave para o sucesso na prevenção e gestão de doenças crónicas, nomeadamente a HTA.

Para Whitworth *et al.* (2003) existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma de medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. Existem vários fatores, que exercem influência neste processo: características biológicas e socioculturais; representações da doença e do tratamento; relação com profissional de saúde-pessoa hipertensa; participação familiar; e acesso ao sistema de saúde (Santos, 2011).

Para melhorar a adesão terapêutica devem existir dois tipos de intervenções: as educacionais e as comportamentais. As educacionais são intervenções que visam a promoção do conhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto as comportamentais visam sobretudo incorporar na rotina diária os mecanismos de adaptação ao tratamento pretendendo facilitar a adesão (Bugalho & Carneiro, 2004).

As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. Podem ser de transmissão oral e escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. São obrigatórias a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

As intervenções comportamentais visam auxiliar a pessoa a integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no

tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

Para favorecer a adesão ao regime terapêutico, é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam com as pessoas um diálogo. Para que sejam bem-sucedidos devem usar uma linguagem clara, atender às necessidades de informação e esclarecimento, às capacidades cognitivas, crenças culturais e situação socioeconómica das pessoas. Deste modo, a relação empática é fulcral para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança, que entendemos ser de extrema relevância para a aceitação das orientações relativas ao tratamento (Dias *et al.*, 2011).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, são responsáveis por ajudar as pessoas com HTA a desenvolverem uma consciencialização facilitadora da mudança. Para isso, devem fornecer-lhes estratégias que capacitem as pessoas saudáveis e pessoas já com a doença, de habilidades de autogestão da sua situação de saúde/doença, de forma a prevenir, detetar e/ou controlar a HTA. Para Bastos (2012) as intervenções de enfermagem devem ser concordantes com o estilo de gestão do regime terapêutico identificado no utente, de forma a suprir eventuais necessidades ou reforçar competências adquiridas.

Segundo Santos (2011) a população mais vulnerável à HTA, necessita ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da hipertensão arterial, para aderir às condutas de controlo e tratamento. Tal deve ser feito através da EpS, pela capacidade que esta tem em transformar indivíduos, tornando-os mais autónomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo, com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis.

A Enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Através do processo de Enfermagem, a Enfermagem utiliza metodologia científica para identificar problemas de saúde, recolher dados, formular diagnósticos de Enfermagem, elaborar e realizar planos para a prestação de cuidados de Enfermagem, executá-los corretamente e de forma adequada às necessidades e avaliar as ações realizadas, reformulando se necessário as intervenções. (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira *et al.*, 2009).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a PrS é conceptualizada como um processo, que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido é decisivo, que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas

necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições, que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (OMS, 1986).

Segundo a OMS (1986), os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família e da própria pessoa, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças. Através do *empowerment* os indivíduos e comunidades assumirem o controlo e responsabilização pela sua saúde. Sendo a educação e a informação essenciais para se conseguir um *empowerment* efetivo de modo a que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente (WHO, 1997).

Segundo Pereira (2017), *empowerment* pode ser definido, como um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre a sua saúde, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida. Sendo um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. De acordo com Carvalho (2004b), citado por Pereira (2017), é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida.

O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este assume-se não apenas como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017). É necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

No que se refere à HTA a consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), como agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e EpS.

A educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2014).

Segundo Costa *et al.* (2014) o conhecimento sobre a doença e o tratamento são variáveis que podem influenciar o controlo da HTA e que estão intimamente relacionadas à adesão ao regime terapêutico. Estudos recentes evidenciam isso mesmo, mas reforçam ainda que o utente com HTA

não deve ser apenas mero recetor de informações, devendo ser despertado para o autocuidado e mudanças no seu estilo de vida, tornando-se agentes e coprodutores do processo educativo (Moura & Nogueira, 2013).

O enfermeiro assume um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, assim como no controlo e acompanhamento do utente hipertenso. Por meio do conhecimento científico e do seu papel como educador, tem a possibilidade de instrumentalizar o portador da doença para o tratamento, melhorando sua qualidade de vida (Moura & Nogueira, 2013). Torna-se então imprescindível que o enfermeiro conheça atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas desenvolvidas no quotidiano do utente para que possa incentivá-lo a uma participação ativa na adesão ao regime terapêutico (Costa *et al.*, 2014).

Para Costa *et al.* (2014) as estratégias educacionais devem englobar o utente de forma holística, tornando a família parte do processo terapêutico. É preciso considerar que para intervir nos fatores de risco modificáveis é de suma importância que a equipa multidisciplinar saiba como se relacionar com o utente e com sua família, pois só através de vínculos de confiança é que será possível a aceitação de algumas mudanças nos hábitos diários. Segundo (Ownby, 2006), é frequente verificar que as pessoas, especialmente as idosas, que vivem sozinhas alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência, pelo que o suporte social assume aqui um papel preponderante.

Por outro lado, as competências e estratégias, de comunicação não devem ser utilizadas à margem das características individuais, culturais e ambientais dos sujeitos. Em particular, é necessário perceber qual o nível de literacia em saúde do sujeito, a acuidade visual e/ou auditiva, o estilo cognitivo, a afetação do discurso, os aspetos linguísticos e culturais, para que a informação sobre a saúde/doença, sobre o tratamento, sobre a terapêutica seja abarcada de forma plena (Serrão, 2014).

A adoção de estratégias educativas que influenciem o comportamento das pessoas com HTA é imprescindível para que haja mudanças nos hábitos e estilo de vida e para que se exerça maior controlo sobre os fatores de risco. É necessário, portanto, uma abordagem multiprofissional, tendo em atenção a subjetividade inerente ao contexto da doença. Os antecedentes pessoais e familiares da pessoa com HTA, assim como fatores sociais, ambientais e psicológicos constroem o pilar para o desenvolvimento de habilidades que permitam à mesma ter uma visão crítica sobre sua saúde, influenciando seu comportamento e contribuindo para a adesão ao tratamento (Teixeira *et al.*, 2006).

O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e utente hipertenso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Como Bastos (2012) afirma, só se consciencializa o que se reconhece e só se reconhece o que se identifica como fazendo parte da condição de doença. Deste modo, o conhecimento é um fator mediador entre a atitude e a consciencialização.

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia, com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

Segundo Costa *et al.* (2014) não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para o utente, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que o utente sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de EpS. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença do utente proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre seu comportamento e na adesão ao tratamento.

Inclusion criteria

Types of participants: Idosos com Hipertensão Arterial

Concept: Enfermagem, *Empowerment*; Idosos; Hipertensão Arterial

Context: Procura-se colher informações sobre atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde

Types of studies: Qualitativos, Quantitativos e Mistos

Search strategy

Tendo por base a questão enunciada, de acordo com metodologia PCC, foi elaborado um protocolo de pesquisa onde se definiram critérios de inclusão. A expressão de pesquisa conjuga os booleanos *AND* e *OR* articulando-se: *Nurs* AND Empowerment AND Aged OR Hypertension*. Neste sentido, procedeu-se à pesquisa no dia 03/04/2019 às 17h, de artigos primários e secundários, publicados em texto íntegro, nas bases de dados abaixo indicadas.

Bases de dados incluídas:

- Na plataforma EBSCO Host:
 - CINAHL complete
 - Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
 - MedLine Complete
 - MedicLatina
- PubMed

- ProQuest

Limitadores:

EBSCO:

- **CINAHL complete:**

Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Friso temporal da data de publicação: 01/03/2014 a 31/03/2019; Língua inglesa; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Faixas etárias; idade superior a 65 anos; Texto completo em PDF.

- **MEDLINE complete:**

Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Friso temporal da data de publicação: 01/03/2014 a 31/03/2019; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: idade superior a 65 anos.

- **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive:**

Texto completo; Referências disponíveis; Friso temporal da data de publicação: 01/03/2014 a 31/03/2019; Texto completo em PDF.

- **MedicLatina:**

Texto completo; Referências disponíveis; Friso temporal da data de publicação: 01/03/2014 a 31/03/2019; Texto completo em PDF.

PROQUEST:

Texto completo; Friso temporal de 01/03/2014 a 31/03/2019; Faixa etária: +65anos; Tipos de fonte: dissertações e teses, livros, relatórios, revistas, revistas acadêmicas, revistas especializadas, outras fontes. Tipo de documento: artigo, artigo principal, dissertação, livro, relatório. Idioma: Inglês e Português.

PUBMED:

Tipo de artigo: Clinical Trial e Review; free full text; Clinical; Friso temporal de 01/03/2014 a 31/03/2019; Humans; Língua: Inglês e Português. Idade: +65 anos.

Study Selection

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o Prisma 2009 *Flow Diagram* (presente no *Appendix III*). Assim foram identificados 420 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 12 artigos duplicados. Dos 408 artigos, 391 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 17 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 13: nove deles (do artigo Nº 5 ao Nº 13) por apresentarem população em estudo com menos de 65 anos, dois deles (artigos Nº14 e Nº15) por estudarem conjuntamente a Hipertensão Arterial e a Diabetes e outros dois (artigos

Nº16 e Nº17) por serem repetidamente revisões integrativa e sistemática da literatura. Foram por isso selecionados quatro artigos, todos eles com abordagem quantitativa.

Artigos selecionados:

Nº1 – Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea

Nº2 – Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea

Nº3 – Predictors of Sedentary Behavior in Elderly Koreans With Hypertension

Nº4 – Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension

Artigos excluídos:

Nº5 – A survey on the effect of implementation of a family-centered empowerment model on blood pressure and empowerment dimensions in the elderly people with hypertension

Nº6 – Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso

Nº7 – Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial em cuidados de saúde primários

Nº8 – Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, ethiopia

Nº9 – Determination of nursing activities for prevention of heart attack and stroke in hypertension patients

Nº10 – Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos

Nº11 – Empowerment in the self-management of hypertension: challenges from the perspective of Iranian elderly patients

Nº12 – Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey

Nº13 – Sedentary lifestyle in individuals with hypertension

Nº14 – Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey

Nº15 – Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial

Nº16 – Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira

Nº17 – Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento presente no *Appendix IV: Data extraction instrument*, é constituído por nove questões, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo, identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência, integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida, e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

Segundo o artigo de Shin *et al.* (2016) o programa de *empowerment* de 12 meses para autogestão, na autoeficácia, apoio social, comportamentos de autocuidado, controle da pressão arterial, pode ter efeitos muito profícuos na melhoria da saúde dos idosos do estudo em causa, comparativamente à abordagem convencional. Estes resultados reforçam a importância da abordagem do *empowerment* na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis. Estes achados vão ao encontro de Pereira (2017), que se refere ao *empowerment* como um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre a sua saúde, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida.

Pereira (2017) refere-se ao *empowerment* como sendo uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Assumindo-se não apenas como um fim, mas como um meio. Neste sentido Chang e Lee (2015) afirmam mesmo que a abordagem do *empowerment* deve ser incluído no plano de enfermagem sendo para ajudar utentes com doenças para atingir seus objetivos.

No artigo de Shin *et al.* (2016) é referido, que no programa de *empowerment* para a autogestão a idosos com hipertensão foram utilizadas intervenções de enfermagem, que consistiam em sessões de EpS em grupo de modificação de estilo de vida, consistindo em temáticas como atividade física, educação sobre receitas de baixo teor de sódio, cessação do tabagismo e o beber saudável. Estas temáticas vão ao encontro do que Polónia *et al.* (2006) referem relativamente aos fatores de risco, tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, que influenciam a HTA e, que é essencial fazer a abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade, para controlar a HTA. Santos (2011) refere mesmo, que é necessário ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da HTA, para aderir às condutas de controlo e tratamento. Tal deve ser feito através da EpS. Como tal as intervenções no *empowerment* aos idosos com hipertensão, devem-se focar em sessões de EpS, incidindo nas temáticas acima referidas.

O tipo de abordagem na EpS utilizada por Shin *et al.* (2016), vai ao encontro do que Bugalho e Carneiro (2004) defendem, quando referem, que as intervenções educacionais promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. A EpS pode ser de transmissão oral e escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos.

Bugalho e Carneiro (2004) também referem, que a forma de melhorar a adesão terapêutica é a utilização de intervenções comportamentais, que visam auxiliar a pessoa a integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação. Estas orientações vão ao encontro do que Shin *et al.* (2016) referem no seu estudo, quando recomendam, que o programa de *empowerment* para a autogestão deve ter discussões em grupo sobre o objetivo, configuração e resolução de problemas; telefonemas individualizados incentivando a realização de metas; reuniões mensais de acompanhamento de manutenção, com esclarecimento sobre dúvidas acerca dos fatores de risco e formas de prevenção da hipertensão arterial.

Segundo a WHO (1997) a educação e a informação são essenciais para se conseguir um *empowerment* efetivo de modo a, que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente. É necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017). No artigo de Chang e Lee (2015) fica bem patente, que o *empowerment* é a variável mais forte do autocuidado para idosos com hipertensão, mostrando que através do mesmo, os idosos podem ter maior probabilidade de se envolver e em ganhar domínio sobre as suas próprias vidas. Os mesmos autores referem que a influência, autoestima, autoeficácia, competência e capacidade de controlo devem ser considerados, e trabalhados de forma a potenciar o *empowerment* nos idosos com hipertensão. Desta forma utilizando estes componentes, pode-se capacitar utentes a melhorar a sua saúde, especialmente, no que se refere a comportamentos de autocuidado.

O apoio social e familiar são fatores, que terão influência na adesão a comportamentos saudáveis, e são referenciados por vários autores. Santos (2011) considera que existem vários fatores, que exercem influência neste processo: características biológicas e socioculturais; representações da doença e do tratamento; relação com profissional de saúde-pessoa hipertensa; participação familiar e acesso ao sistema de saúde. Para Costa *et al.* (2014) as estratégias educacionais devem englobar o utente de forma holística, tornando a família parte do processo terapêutico. Segundo Ownby (2006) o suporte social assume um papel preponderante. Para Teixeira *et al.* (2006), os antecedentes pessoais e familiares da pessoa com HTA, assim como fatores sociais, ambientais e psicológicos constroem o pilar para o desenvolvimento de habilidades,

que permitam à mesma ter uma visão crítica sobre a sua saúde, influenciando o seu comportamento e contribuindo para a adesão ao tratamento.

Estes fatores também são referenciados como fatores a ter em conta nas intervenções de enfermagem nos estudos de Chang e Lee (2015) e Lee e Park (2017). No estudo de Chang e Lee (2015), os autores referem, que o apoio social está consistentemente relacionado à adesão aos medicamentos e dieta, e pode ter efeitos benéficos em diminuir o *stress* experimentado devido à doença crónica. A evidência demonstra, que com altos níveis de suporte social conduzem a melhores comportamentos de autocuidado, o que auxilia no controle da hipertensão. Os mesmos autores ainda referem, que Idosos deprimidos controlam sua hipertensão menos eficazmente do que indivíduos não deprimidos, mostrando que a depressão pode afetar negativamente o autocuidado e hipertensão, pelo que o incentivo e apoio social e familiar são fundamentais. No estudo de Lee e Park (2017), os autores referem, que as estratégias para hipertensão devem considerar os níveis educacional, de apoio familiar e de autoeficácia dos utentes a fim de melhorar a seu autocuidado. Segundo os mesmos autores, deve-se encorajar os utentes a ter mais confiança nas capacidades de autocuidado para que possam gerir de forma eficaz a sua tensão arterial.

Segundo Bastos (2012), o conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o, que este experiencia, o que irá contribuir para a adesão ao tratamento. O mesmo autor refere, que só se consciencializa o, que se reconhece e, só se reconhece o, que se identifica como fazendo parte da condição de doença. O mesmo é defendido por Costa *et al.* (2014) quando diz que não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para o utente, mas também para o profissional de saúde. Deste modo, o conhecimento é um fator mediador entre a atitude e a consciencialização. No artigo de Chang e Lee (2015) foi possível verificar que a gravidade percebida da doença estava diretamente associada à sua crença na eficácia de comportamento de autocuidado, como dieta ou medicação, e a crença iria incentivá-los a realizar o autocuidado, mesmo embora seja preciso tempo e esforço. O mesmo é referido no artigo de Chang e Sok (2015), quando afirmam que as pessoas com maior sentido de saúde percebida têm maior probabilidade de evitar o sedentarismo, que se sabe ser um fator de risco para o descontrole da hipertensão arterial.

O papel do enfermeiro é imperativo, para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e utente hipertenso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Segundo Dias *et al.* (2011) para favorecer a adesão ao regime terapêutico, é necessário, que os profissionais de saúde estabeleçam com as pessoas um diálogo. Para que sejam bem-sucedidos, utilizando uma linguagem clara, atender às necessidades de informação e esclarecimento, às capacidades cognitivas, crenças culturais e situação socioeconómica das pessoas. Para Whitworth *et al.* (2003) existe adesão ao tratamento quando o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. Moura e Nogueira (2013) referem que o utente deve ser despertado para o

autocuidado e mudanças no seu estilo de vida, tornando-se agentes e coprodutores do processo educativo, e neste aspeto o enfermeiro tem um papel proponderante.

No artigo de Shin *et al.* (2016) é referida a importância de acompanhamento e de incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutareos do idoso hipertenso. Lee e Park (2017) referem mesmo, que a maneira mais eficaz de melhorar a autoeficácia nos pacientes com hipertensão é através do incentivo dos enfermeiros, para que os utentes possam tomar os medicamentos regularmente, controlar sua dieta e exercitar-se de forma independente. Os mesmos autores referem, que as intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* nos idosos com hipertensão devem incluir a partilha em grupo de experiências moderadas por enfermeiros, onde idosos com hipertensão podem partilhar as suas experiências de domínio relacionado à autorregulação da tensão arterial. Conforme referem Dias *et al.*, (2011) a relação empática entre os enfermeiros e utentes hipertensos é fulcral para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança, que é de extrema relevância para a aceitação das orientações relativas ao tratamento.

Conflicts of interest

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

O autor agradece à Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo, pelo apoio prestado, dedicação e disponibilidade ao longo do desenvolvimento desta *scoping review*.

References

- Ae Kyung Chang e Sohyune R. Sok. (2015). Predictors of Sedentary Behavior in Elderly Koreans With Hypertension. *The Journal of Nursing Research*, 23 (4), 262-270.
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Recuperado de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%2de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>

- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38 (4), 473-481.
- Chang AK & Lee EJ. (2015). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *A International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 584-591.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: *Revisão da Literatura*. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2013) *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). Portugal: *Idade maior em números - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt>.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Dong-Soo Shin, Chun-Ja Kim & Yong-jun Choi. (2016). Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *The Australian Journal of Rural Health*, 24 (3), 213-219.
- Eun Ju Lee & Euna Park. (2015). Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*, 53 (6), 607-621.
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvino, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.

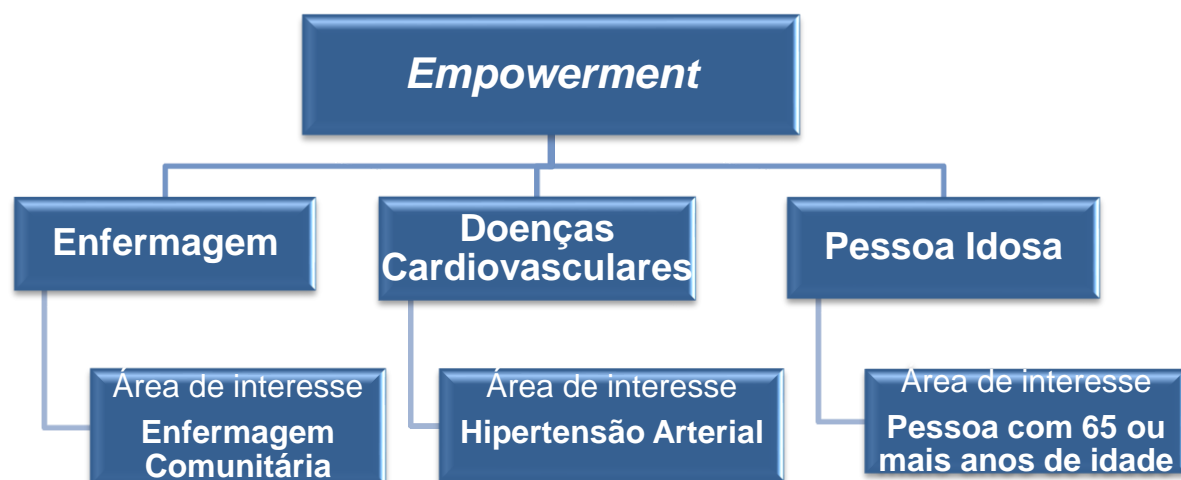
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Forouzanfar, M.H., et al., Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*, 2017. 317(2), 165-182. 2.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa. Recuperado de <https://censos.ine.pt/xportal/>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P (2007). *Estatísticas Demográficas. Portugal*. Recuperado de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Moura, A. & Nogueira, M. (2013). Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management and Primary Health Care*, 4 (1), 36-41.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17-21*. Recuperado de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ownby, R.L. (2006). Medication adherence and cognition. *Geriatrics*, 61 (2), 30-35.
- Perdigão, C. (2009). Prevenção Cardiovascular, estratégias populacionais e estratégias individuais. *Revista Fatores de Risco*, 12, 22-31.
- Pereira, M. C. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20OPereira.pdf
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L. & Saavedra, J. (2006) Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, *Rev. Port. Cardiol.* 2006, 25 (6), 649-660. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão.
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade, The PHTSA study. *Journal*

- of *Hypertension*, 32 (6), 1211-1221. Recuperado de https://www.sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf.
- Providencia, R., L. Goncalves, & M.J. Ferreira, [Cerebrovascular mortality in Portugal: are we overemphasizing hypertension and neglecting atrial fibrillation?]. *Rev Port Cardiol*, 2013, 32 (11), 905-13.
- Regulamento 348/2015. *Diário da República*, N.º 118/19 de junho de 2015 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Ribeiro, D. C. (2013). *Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais*. Recuperado de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>
- Santos, Z. (2011) Hipertensão Arterial – Um Problemas de Saúde Pública [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24 (4), 285-286.
- Serrão, C. (2014). *Manual de Boas Práticas. Projeto Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade*. Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico do Porto. Recuperado de <http://www.es.eipp.pt/projetos/docs/mbp.pdf>
- Schneider, R & Irigaray, T. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593.
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Portugal. Recuperado de: <file:///C:/Users/Tercio/Downloads/Tese%20Doutoramento%20-%20C3%A9lia%20Jord%20C3%A3o.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2009). Carta Europeia do Coração. *Suplemento Jornal Público*. Recuperado de http://www.spc.pt/DL/ContaCoracao/SuplementoJornalPublico_12_02_09.pdf.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, 4-91.
- Teixeira, E.; Silva, J.; Lamas, A. & Matos, R. (2006). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e os cuidados com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10 (3), 378-384.
- Whitworth, J., World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003) World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21 (11), 1983–1992.
- World Health Organization (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *Global Status report on noncommunicable diseases*. Geneva.

World Health Organization (2013). *A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis.* Recuperado de http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

World Health Organization (2015). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health.* Geneva.

Appendix I: Mapa Conceptual



Adaptado de Curso1st Comprehensive Systematic Review Training Program (CRSTP) Portugal Centre for EvidenceBasedPractice–PCEBP. ESENFUC_UICISA

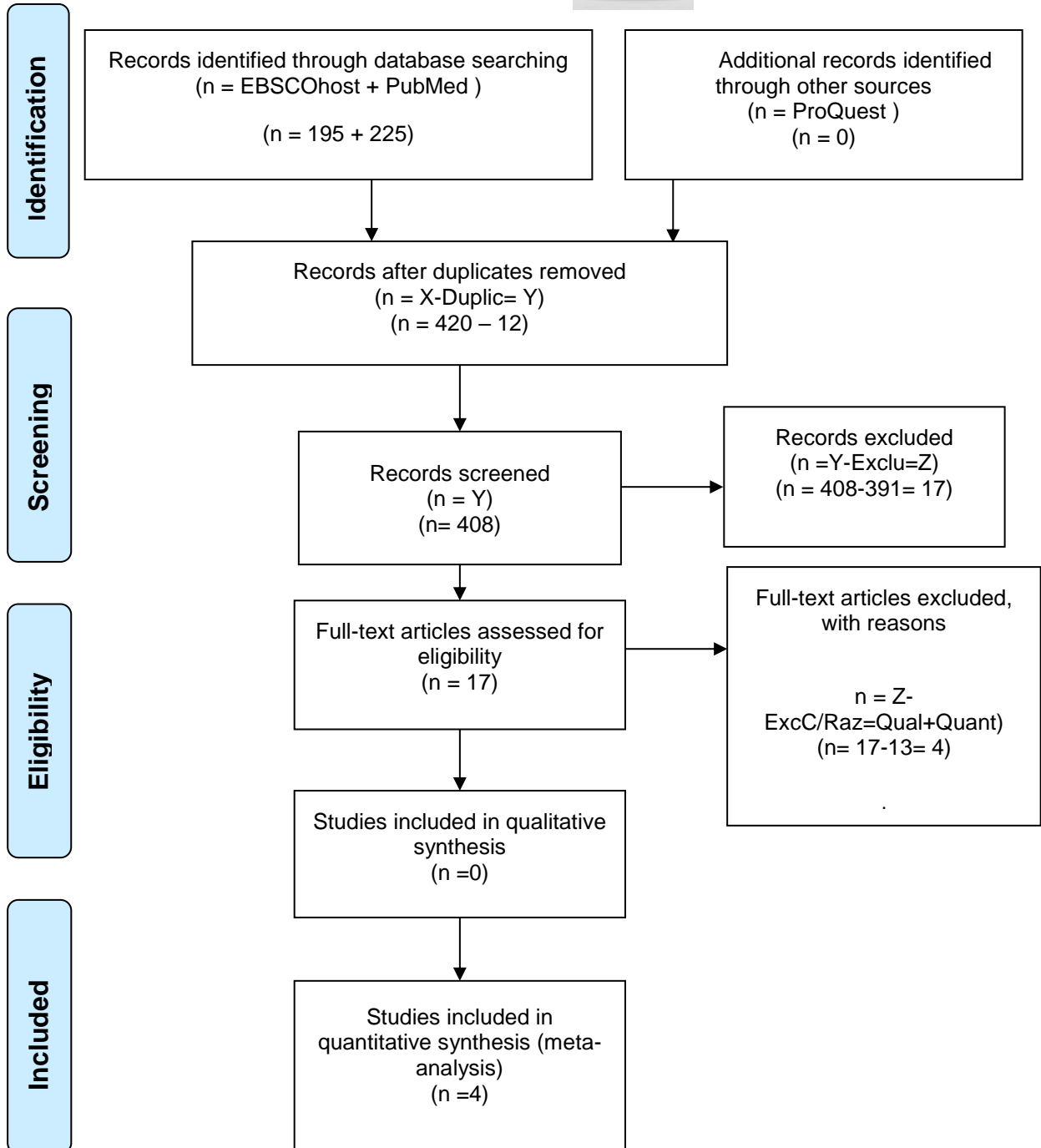
Appendix II: Initial Search Strateg

Bases de dados	Plataforma – EBSCOhost				Proquest	Pubmed
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	MedicLatina		
Descritores						
Nurs* (1)	69	1223	3548	1258	1634	4251
Empowerment (2)	4	98	178	56	34	215
Aged (3)	30	1426	15371	1028	2355	20737
Hypertension (4)	6	196	6294	916	457	8818
1 e 2	3	8	16	12	9	22
1 e 3	14	34	436	35	167	590
1 e 4	1	9	63	27	15	119
2 e 3	1	8	20	0	2	26
2 e 4	0	1	2	2	1	3
3 e 4	0	31	963	84	105	1514
1 e 2 e 3 e 4	0	0	0	0	0	0
1 e 2 e 3 ou 4	4	152	22	17	0	225

Appendix III: Appraisal instruments



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV: Data extraction instrument

Artigo: Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea

<p>Artigo nº1 – Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Tércio Nóbrega</p> <p>Título da Revisão: <i>Empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial</p> <p>Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no <i>empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Idosos com Hipertensão Arterial</p> <p>Conceitos: Enfermagem; <i>Empowerment</i>; Idosos; Hipertensão Arterial</p> <p>Contexto: Procura-se colher informações sobre atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde</p>
<p>➤ <u>Autores:</u></p> <p>Dong-Soo Shin; Chun-Ja Kim e Yong-jun Choi,</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2016</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u></p> <p>Coreia do Sul</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u></p> <p>Examinar os efeitos de um Programa de <i>Empowerment</i> de 12 meses para Autogestão (PEA), na autoeficácia, apoio social, comportamentos de autocuidado, controle da Pressão Arterial (PA) e função renal em idosos rurais com hipertensão na Coreia do Sul.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>O método de estudo utilizado no artigo foi o quantitativo, sendo este um estudo quasi-experimental. Como metodologia, foi utilizado um pré-teste e pós-teste controlado num programa de autogestão de hipertensão de 12 meses com avaliações no início, aos 6 meses e no final de 12 meses, avaliando a autoeficácia, apoio social, comportamentos de autocuidado, controle da pressão arterial e função</p>

renal. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados questionários.

Foi realizado de janeiro de 2010 a abril 2011.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Foram selecionados três locais de cuidados primários de saúde em áreas rurais socioeconomicamente semelhantes, mas geograficamente distantes, para recrutar participantes.

Foram estabelecidos dois grupos, o experimental e de controle. O grupo experimental foi composto por 48 pessoas de um local e o grupo de controle por 41 pessoas de dois outros locais. A divulgação do estudo foi realizada por líderes de aldeias e profissionais de saúde da comunitária em reuniões comunitárias. Aqueles que queriam participar no programa de profissionais de saúde comunitários eram notificados pessoalmente. O estudo foi realizado de janeiro de 2010 a abril 2011.

Os critérios de inclusão foram (i) idade 65 e mais; (ii) tomar medicação para hipertensão para os últimos 6 meses ou mais; e (iii) cognitivamente apto.

O investigador principal explicou o processo de pesquisa e formulários de consentimento que garantiam a confidencialidade e anonimato foram assinados pelos participantes.

Foi então desenvolvido um PEA preliminar de 12 meses, usando uma revisão da literatura com 80 profissionais de saúde da comunidade e 217 idosos rurais. Um grupo de nove especialistas no campo saúde rural reviu o PEA preliminarmente, e três residentes rurais revisaram a viabilidade do PEA preliminar.

O último PEA de 12 meses consistiu em três partes: (i) sessões de grupo de modificação de estilo de vida de 12 semanas, cada uma com duração de 60 a 90 minutos e consistindo de exercícios, educação sobre receitas de baixo teor de sódio, cessação do tabagismo e beber saudável, e discussões em grupo sobre o objetivo configuração e resolução de problemas; (ii) telefonemas individuais por enfermeiras de pesquisa para incentivar a realização de metas; (iii) reuniões mensais de acompanhamento de manutenção. Os participantes completaram todas as aulas. O grupo de controle recebeu gestão convencional, incluindo aeróbica ou yoga e aconselhamento sobre a adesão à medicação.

Dos 89 participantes, permaneceram durante todo o período da pesquisa 77 (41 (85%) na intervenção grupo e 36 (94%) no grupo controle). Os efeitos do PEA foram medidos como autoeficácia, apoio social e comportamentos de autocuidado. Controle de PA e a função renal foi medida como desfechos clínicos. As avaliações foram realizadas no início, 6 meses e 12 meses.

A autoeficácia de hipertensão foi medida por 10 itens, cada um pontuou de 1 a 10 com uma pontuação mais alta indicando maior confiança. Esses itens avaliaram os entrevistados na gestão da hipertensão, incluindo exercício e controle de peso, manutenção de uma dieta com baixo teor de

sódio, parar de fumar, beber saudável e monitorização regular da PA.

O apoio social foi medido pela Escala Social de Suporte. Uma escala Likert de 5 pontos com 25 itens medindo aspectos emocionais, instrumentais, avaliativos e suporte informativos. Valores mais altos significam mais apoio social.

O autocuidado para o controle da PA foi mensurado pela Escala de Autocuidado do Comportamento na Hipertensão. Contém 16 perguntas de 5 pontos do tipo Likert sobre controle de peso, restrições de consumo de sódio e álcool na dieta, exercícios, adesão à medicação, cessação do tabagismo e gestão de *stress*. As pontuações variam de 16 a 80, sendo que pontuações superiores indicam maior autocuidado.

Enfermeiras treinadas verificaram a PA e colheram amostras de sangue para avaliar a função renal. A PA foi medida usando um protocolo de diretrizes padronizado da American Heart Association: foi considerado descontrolado se a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou se a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. A função renal foi estimada a partir do cálculo da fórmula Cockcroft-Gault Formula (CGF), utilizando-se idade, peso corporal e creatinina sérica. O resultado do CGF abaixo de 50 mL min⁻¹ é considerado fator de risco relacionado à medicação.

Em termos éticos o estudo teve a aprovação do Conselho de Revisão da Associação de Profissionais de Saúde da Comunidade.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“A hipertensão é um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte.” (p. 1)

“Controle da hipertensão requer um programa para toda a vida de uma combinação de estilo de vida modificações e um regime de medicação. Ser pró-ativo é a chave para o autogestão da doença ser bem-sucedida.” (p. 1)

“A dieta rural é pobre com ingestão diária de sódio maior do que a recomendada, mas menor ingestão de vegetais e laticínios” (p. 1)

“Em termos de atividade física, idosos rurais percebem suas atividades agrícolas como exercício, então consideram o exercício adicional desnecessário.” (p. 1)

“A abordagem do *empowerment* provou melhorar capacidade dos adultos mais velhos para atingir e manter comportamentos saudáveis comparados com as abordagens de modelos habituais” (p. 1)

“Neste estudo, o *empowerment* é definido como um processo e um resultado pelo qual um indivíduo alcança um senso de controle sobre seu próprio vida (...) aumenta a autoconfiança dos indivíduos através da obtenção de conhecimentos, habilidades, participação ativa e fortes redes de relacionamento social suporte.” (p. 1)

“O *empowerment* pode ajudar as pessoas a fazer escolhas saudáveis, ser proativas e desenvolver relacionamentos positivos com os prestadores de cuidados de saúde.” (p. 2)

“Contudo, para adultos mais velhos, a autogestão pode ser um desafio devido ao declínio cognitivo e físico, socioeconómico fatores, hábitos e crenças ao longo da vida sobre a gestão da sua saúde.” (p. 3)

“A média de idade (desvio padrão) foi de 73,29 (6,21) e dois terços de todos os participantes eram mulheres (...) Exceto pela autoeficácia, não houve diferenças nas variáveis no início do estudo.” (p. 3)

“Os efeitos do PEA na autoeficácia, comportamentos de autocuidado e apoio social são mostrados (...) Houve interações significativas de grupo por tempo para autoeficácia ($F = 62,108$, $P < 0,001$) e comportamentos de autocuidado ($F = 5,752$, $P = 0,019$).” (p. 3)

“Nenhuma interação significativa de grupo por efeito de tempo foi encontrado no suporte social ($F = 0,042$, $P = 0,839$). Ambos os grupos mostraram um aumento nos comportamentos de autocuidado ao longo do tempo ($F = 4,644$, $P = 0,011$), mas a magnitude das mudanças no autocuidado ao longo do tempo foi maior no grupo submetido ao PEA do que no grupo controle (15,29 versus 9,49, $t = 2,465$, $P < 0,001$).” (p. 3)

“Autoeficácia foi aumentada no grupo submetido ao PEA aos 12 meses, enquanto que o grupo controle diminuiu ligeiramente (22,11 versus -0,865, $t = 8,845$, $P < 0,001$).” (p. 3)

“Relativamente aos efeitos do PEA no controle da PA, Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD) e função renal, o grupo do *empowerment* mostrou significativas melhorias em relação ao grupo de controle no que confere ao controle da PA em 12 meses (82,8% versus 56,8%, $P < 0,014$).” (p. 3)

“Houve interações significativas de grupo por tempo para PAS ($F = 5,260$, $P = 0,006$) e função renal ($F = 10,108$, $P < 0,001$), enquanto que nenhuma interação significativa de grupo por efeito de tempo foi encontrado na PAD ($F = 2,088$, $P = 0,127$).” (p. 3)

“O grupo submetido ao PEA mostrou uma significativa redução, relativamente ao grupo de controle para a PAS aos 12 meses da linha de base (-12,66 mmHg versus -1,08 mmHg, $t = -3,391$, $P < 0,001$).” (p. 4)

“Encontramos interações significativas de grupo pelo tempo de autoeficácia, comportamento de autocuidado, PAS e função renal no grupo do PEA.” (p. 5)

O apoio social no grupo submetido ao PEA aumentou de cada período de mensuração para o próximo durante os 12 meses, mas o grupo controle diminuiu entre 6 e 12 meses, depois de ter aumentado entre a linha de base e os 6 meses. Isto sugere que a abordagem de *empowerment* aumentou com sucesso a confiança nos participantes e mudou seus comportamentos de autocuidado.” (p. 5)

“A PA foi melhor controlada no no grupo do *empowerment* relativamente ao no grupo controle. O aumento da autoeficácia no grupo de *empowerment* foi consistente com relatos anteriores de programas de controle de hipertensão e foi mais evidente do que outros indicadores.” (p. 5)

“O aumento da autoeficácia no grupo de *empowerment* foi consistente com relatos anteriores de programas de controle de hipertensão e foi mais evidente do que outros indicadores. Comparado

com menos de 10% de aumento na autoeficácia em estudos anteriores sobre uma intervenção do *empowerment* liderada por enfermeiros e uma abordagem adaptada ao paciente, o PEA apresentou um aumento de 22,2% (...) Neste estudo, os comportamentos de autocuidado aumentaram cerca de 15% após 12 meses, superior a 10% dos idosos urbanos e 13% dos idosos residentes em instituições de longa duração, encontrados noutros estudos, mostrando que o aumento da autoeficácia se deve ao possível aumento do autocuidado.” (p. 5)

“A sociedade rural é conhecida por ser cooperativa, e isso poderia ser melhorado com uma abordagem de *empowerment* (...) a expansão do *empowerment* para o nível comunitário, incentivando a discussão em grupo, fortalecendo as redes sociais e reforçando a recursos podem resultar em benefícios adicionais.” (p. 5)

“Desfechos clínicos (ou seja, taxas de controle da PA, PAS e função) melhorou também.” (p. 6)

“Houve diferenças na redução da PAS e PAD neste estudo: -12,7 e -6,38 mmHg, respetivamente, após 12 meses (...) a diminuição da PAS é significativa, já que era de 141 mmHg no início do estudo e caiu para 129 mmHg aos 12 meses, próximo a PA limiar de tratamento de 130 mmHg de acordo com os critérios de risco cardiometabólico.” (p. 6)

“Houve um achado inesperado na função renal. A função renal do grupo de *empowerment* diminuiu em um seguimento de 6 meses, embora sua autoeficácia e níveis de autocuidado aumentados. Em torno do seguimento de 6 meses, apenas o grupo de *empowerment* pulverizou pesticidas em si, o que pode levar à diminuição da função.” (p. 6)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo permite compreender melhor como um programa de *empowerment* de 12 meses para autogestão, na autoeficácia, apoio social, comportamentos de autocuidado, controle da pressão arterial, pode ter efeitos muito profícuos na melhoria da saúde dos idosos do estudo em causa. Assim existem contributos importantes para a questão formulada, à população e contexto estudados.

O artigo demonstra que podem ser utilizadas intervenções de enfermagem, que têm como abordagem o *empowerment* como um processo e um resultado pelo qual o indivíduo alcança um senso de controle sobre a sua própria vida, aumentando a autoconfiança através da obtenção de conhecimentos, habilidades, participação ativa e fortes redes de relacionamento social de suporte. Essas intervenções de enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial, podem ser sessões de EpS em grupo de modificação de estilo de vida, com 12 semanas de duração, cada uma com duração de 60 a 90 minutos e consistindo em temáticas como atividade física, educação sobre receitas de baixo teor de sódio, cessação do tabagismo e o beber saudável; discussões em

grupo sobre o objetivo, configuração e resolução de problemas; telefonemas individualizados incentivando a realização de metas; reuniões mensais de acompanhamento de manutenção, com esclarecimento sobre dúvidas acerca dos fatores de risco e formas de prevenção da hipertensão arterial.

Todas estas intervenções de enfermagem provaram melhorar a capacidade dos adultos mais velhos para atingir e manter comportamentos saudáveis comparados com as abordagens de modelos tradicionais, aumentando o apoio social, a autoeficácia e o autocuidado, levando desta forma as pessoas a fazerem escolhas saudáveis, a serem proativas e desenvolver relacionamentos positivos aumentando a confiança e mudança dos seus comportamentos de autocuidado. A abordagem do *empowerment* pode ser em si uma intervenção de enfermagem, incentivando a discussão em grupo, fortalecendo as redes sociais e reforçando os recursos individuais e coletivos, trazendo benefícios adicionais na adoção de comportamentos saudáveis.

Artigo: Factors affecting self-care in elderly patients
with hypertension in Korea

<p>Artigo nº2 – Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Tércio Nóbrega</p> <p>Título da Revisão: <i>Empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial</p> <p>Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no <i>empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Idosos com Hipertensão Arterial</p> <p>Conceitos: Enfermagem; <i>Empowerment</i>; Idosos; Hipertensão Arterial</p> <p>Contexto: Procura-se colher informações sobre atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde</p>
<p>➤ <u>Autores:</u></p> <p>Chang AK e Lee EJ</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2015</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u></p> <p>Coreia do Sul</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u></p> <p>Identificar o nível de autocuidado e os preditores que influenciam os comportamentos de autocuidado em idosos com hipertensão.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>O método de estudo utilizado no artigo foi o quantitativo, descritivo, transversal. O estudo testou preditores que são com base em nove variáveis, derivadas dos Preditores de Autocuidado para Pacientes com Doença Crónica (PAPDC). A metodologia utilizada foi análise de regressão múltipla stepwise a sete variáveis (educação, situação económica, estado civil, depressão, <i>empowerment</i>, gravidade percebida e apoio social) utilizadas como variáveis independentes e o autocuidado como variável dependente. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados questionários.</p>

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Foram recrutados entre fevereiro e março de 2012 idosos hipertensos cadastrados em três centros de saúde pública de três bairros em Seul na Coreia do Sul, usando jornais locais e cartazes para o recrutamento do processo.

Um total de 325 pacientes demonstrou interesse no estudo e participou da apresentação introdutória sobre o mesmo. Dos 325 pacientes, 311 concordaram em participar o estudo; um total de 306 sujeitos participaram do estudo (cinco sujeitos não conseguiram concluir a pesquisa). O tamanho da amostra foi calculado usando G*Power 3, um *software* de análise (Heinrich Heine University, Düsseldorf, Alemanha).

Este estudo incluiu um total de 311 participantes da pesquisa. No entanto, cinco participantes que não responderam adequadamente à pesquisa foram excluídos desta pesquisa, e 306 participantes foram finalmente escolhidos. Os participantes tiveram que atender aos seguintes critérios de inclusão: (i) idade ≥ 65 anos; (ii) diagnosticado com hipertensão ou em uso de anti-hipertensivo medicação por mais de 1 ano, ou pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg; (iii) capacidade de comunicar com os pesquisadores e entender e responder ao questionário sem quaisquer disfunções cognitivas; e (iv) fornecer assinou o consentimento informado para participar desta pesquisa.

Os sintomas depressivos foram medidos usando o Centro para Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D), desenvolvido por Radloff. Consiste em 20 itens classificados em uma escala Likert de 4 pontos (0 a 3), maiores pontuações indicam maior nível de sintomas depressivos.

A gravidade percebida foi medida usando um único item instrumento (Como se sente sobre seu estado de saúde?) desenvolvido pelo investigador principal deste estudo. A escala de gravidade percebida teve pontuações de 1 (muito mau) a 5 (excelente); pontuações mais altas indicaram uma saúde positiva percepção.

O *empowerment* foi avaliado pelo questionário de escala de *empowerment*, desenvolvido por Anderson *et al.* A escala Likert de 5 pontos avaliou o senso de controle, a autoeficácia, as habilidades de resolução de problemas, o enfrentamento psicossocial, apoio, motivação e capacidade de tomar decisões relacionado ao comportamento saudável.

O apoio social foi medido usando um instrumento de item único (Quanto de ajuda e apoio recebe de várias pessoas sobre sua doença?), desenvolvido pelo investigador principal deste estudo. No apoio social a escala teve pontuações de 1 (nada) a 5 (muito); pontuações superiores indicaram um apoio social mais positivo.

Um questionário de 16 itens que foi desenvolvido por Lee para para avaliar o comportamento de autocuidado de pacientes hipertensos. A escala foi desenvolvida como uma escala Likert de 5 pontos. Uma maior pontuação indicou mais comportamento de autocuidado.

O estudo foi aprovado por uma revisão institucional da universidade. Depois de explicar o objetivo e método desta pesquisa com anonimato garantido, consentimentos escritos foram obtidos de todos os participantes.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“A hipertensão é a condição crônica mais comum entre os idosos. Globalmente, a hipertensão é o primeiro fator de risco com base em mortes, anos de vida perdidos, anos vividos com deficiências e anos de vida ajustados por incapacidades.” (p. 1)

“Tratamento e gestão de hipertensão são importantes para diminuir as taxas de mortalidade pacientes com hipertensão.” (p. 1)

“A taxa de hipertensão não controlada é maior em populações idosas do que em populações mais jovens, e existe uma razão para isso é a falta de autocuidado, bem como de tratamento, medicação, controle da dieta, cessação do tabagismo e atividade física.” (p. 1)

“O autocuidado pode controlar hipertensão arterial regime (...) assim, identificando preditores de autocuidado em pacientes idosos com hipertensão é muito importante para melhorar a capacidade de autocuidado.” (p. 1)

“A maioria dos pacientes com doenças crônicas requer autocuidado para integrar vários comportamentos de saúde.” (p. 2)

“A importância clínica do autocuidado em pacientes com hipertensão foi identificada em vários estudos. Esses estudos mostraram que a melhoria do autocuidado em pacientes com hipertensão é crítica e necessária para melhorar a qualidade de vida (...) também é importante para a continuação e adaptação do tratamento sem complicações prováveis.” (p. 2)

“Não considerando fatos necessários para iniciar e manter mudanças comportamentais no autocuidado do paciente é a principal razão para falha de programas de gestão de hipertensão.” (p.2)

“Os PAPDC foram identificados pela primeira vez por Connelly. O modelo de autocuidado em doenças crônicas (MADC) foi desenvolvido considerando fatores que afetam o atendimento ambulatorial em doenças e por contornar as limitações de uma abordagem de conformidade (...) estudos relatam que os preditores variam de acordo com o tipo e natureza da doença crônica. No que refere aos pacientes com hipertensão, até o momento, nenhum estudo investigou os preditores do autocuidado em idosos com hipertensão.” (p. 2)

“O MADC desenvolvido por Connelly descreveu as variáveis que influenciam o autocuidado em pacientes com doenças. Esse modelo foi derivado do Modelo da Crença na Saúde (MCS) e ilustrou um total de nove fatores que influenciam o autocuidado geral e terapêutico. No entanto, Connelly testou as variáveis com base no MADC e demonstrou que apenas quatro desses fatores foram preditores significativos de autocuidado. Esses quatro preditores foram estado psicológico, motivação para a saúde, percepção de gravidade / vulnerabilidade e custo do atendimento.” (p. 2)

“A depressão psicológica é um fator de risco independente para hipertensão. Pacientes deprimidos são mais propensos a ser hipertensos do que pacientes não deprimidos.” (p. 2)

“O *empowerment* como variável de motivação para a saúde é um conceito que associa forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos à política social e à mudança social. É um conceito complexo que pode ser definido como uma combinação de fatores de influência, incluindo auto-estima, autoeficácia, competência e capacidade de controle. É um processo pelo qual as pessoas podem ganhar controle sobre suas vidas e pacientes assumir responsabilidades acrescidas pela sua saúde. Capacitar pacientes melhora sua saúde status, especialmente comportamentos de autocuidado, como atividades e exercícios em idosos.” (p. 2)

“A gravidade sentida, mais que a gravidade real da doença, é fator que tem um papel muito importante em influenciar positivamente o aumento do autocuidado na hipertensão pacientes.” (p. 2)

“Vários estudos relatam que o apoio social é um preditor de conformidade e de comportamento positivo de saúde.” (p. 2)

“Portanto, nosso estudo testou preditores que são com base em nove variáveis, derivadas do MADC e estudos anteriores: idade, sexo, educação, situação econômica, estado civil, depressão, *empowerment*, gravidade percebida e apoio social.” (p. 2)

“De um total de 306 participantes foi incluído neste estudo 67,4% dos participantes eram mulheres. Outras características dos participantes foram as seguintes: 60,5% dos participantes foram educados (até o ensino médio ou acima); 66,7% eram casados; e 77,7% dos participantes pertenciam ao status econômico "médio". A média de idade dos participantes foi de 70,86 anos.” (p. 4)

“A pontuação de autocuidado de idosos pacientes com hipertensão foi $53,45 \pm 7,26$ de 80 (...) a pontuação de apoio social foi de $3,60 \pm 0,73$ de 5 (...) a de gravidade percebida foi de $3,22 \pm 0,81$ de 5 (...) a pontuação de *empowerment* foi de $26,85 \pm 4,56$ de 40 e a pontuação de depressão foi de $22,70 \pm 6,25$ de 60.” (p. 4)

“As pontuações de autocuidado dos homens foram maiores que o das mulheres, em particular naqueles que têm um nível de escolaridade superior.” (p. 4)

“A pontuações de autocuidado dos idosos com hipertensão mostraram correlações positivas significativas com apoio social ($r = 0,55$) e *empowerment* ($r = 0,57$). No entanto, exibiu correlações negativas com a gravidade percebida ($r = -0,42$), idade ($r = -0,23$) e depressão ($r = -0,44$)” (p. 5)

“A análise de regressão *stepwise* foi realizada para analisar preditores do autocuidado em idosos com hipertensão. Usando o modelo de Connelly e estudos anteriores, nove variáveis capacitadoras foram investigadas para analisar variáveis preditoras do autocuidado em idosos com hipertensão; no entanto, apenas sete variáveis preditoras foram finalmente usados. Para a análise de regressão *stepwise*, as sete variáveis foram utilizadas como variáveis independentes, enquanto o autocuidado foi utilizado como variável dependente.” (p. 5)

“Apenas quatro das variáveis foram significativas e o modelo explicou 57% de variação na pontuação de autocuidado de idosos com hipertensão. O *empowerment* foi o mais forte preditor ($\beta = 0,33$, $P < 0,001$), seguido pelo apoio social ($\beta = 0,42$, $P < 0,001$), depressão ($\beta = -0,19$, $P < 0,001$) e severidade percebida ($\beta = -0,14$, $P = 0,001$).” (p. 5)

“Os resultados revelaram os quatro preditores (*empowerment*, apoio social, depressão e gravidade percebida) cruciais de autocuidado em pacientes idosos com hipertensão.” (p. 5)

“As descobertas podem contribuir para a elaboração de uma estratégia aprimorada de enfermagem, que leva em conta o preditor de autocuidado.” (p. 6)

“O *empowerment* foi a variável mais forte do autocuidado para idosos com hipertensão (...) mostrando que os idosos podem ter maior probabilidade de se envolver no autocuidado (...) poderia ajudar esses indivíduos e as organizações em ganhar um domínio sobre as suas próprias vidas.” (p. 6)

“Incluindo a abordagem do *empowerment* no plano de enfermagem é crucial para ajudar pacientes com doenças para atingir seus objetivos.” (p. 6)

“Estudos anteriores mostrou que o *empowerment* está indubitavelmente relacionado melhoria do autocuidado (...) nossas descobertas revelaram que o *empowerment*, como a mais forte variável eficaz, deve ser considerada como parte essencial no cuidado da hipertensão, para possibilitar o autocuidado com os pacientes com hipertensão.” (p. 6)

“A segunda variável que influencia o autocuidado para idosos com hipertensão foi suporte social (...) este está consistentemente relacionado à adesão aos medicamentos e dieta, e pode ter efeitos benéficos em diminuir o *stress* experimentado devido à doença crônica.” (p. 6)

“A evidência implica que portadores de hipertensão arterial com altos níveis de suporte social mostrarão melhores comportamentos de autocuidado, o que auxilia no controle da hipertensão (...)

isto pode-nos ajudar a entender a influência do apoio social nos desfechos clínicos e mortalidade.” (p. 6)

“A terceira variável explanada foi depressão. Idosos pacientes que estão deprimidos controlam sua hipertensão menos eficazmente do que indivíduos não deprimidos (...) um estado psicológico como depressão pode influenciar medicação e autocuidado. A depressão pode afetar negativamente o autocuidado e hipertensão.” (p. 6)

“Assim, o controle da depressão é importante para melhorar o autocuidado de pacientes idosos com hipertensão, o que garantirá que resultados adversos à saúde serão prevenidos, reduzidos ou eliminados.” (p. 6)

“A gravidade percebida foi o último preditor de autocuidado pacientes idosos com hipertensão (...) a gravidade da doença pode prever a medicação necessária e o autocuidado diário.” (p. 6)

“Talvez a percepção realista dos pacientes a seriedade e potencial progressão de sua doença está diretamente associado à sua crença na eficácia de comportamento de autocuidado, como dieta ou medicação, e crença iria incentivá-los a realizar o autocuidado, mesmo embora seja preciso tempo e esforço.” (p. 6)

“Mas nosso estudo identificou o modelo com quatro variáveis, que explicou a pontuação de 57% no autocuidado de idosos pacientes com hipertensão.” (p. 6)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 4 – Cross-sectional study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este estudo foi importante na determinação dos preditores de comportamento de autocuidado em idosos com hipertensão. Mostrou que o *empowerment*, apoio social, depressão e percepção da gravidade da doença foram identificados como preditores do modelo, e têm influência no autocuidado.

Maiores níveis autocuidado podem levar a um maior controlo da hipertensão arterial. Desta forma, sabendo os preditores que mais influenciam o autocuidado, pode-se ponteciar comportamentos mais salutareos, que levam a uma melhoria da qualidade de vida e que capacitam o indivíduo para controlar a hipertensão arterial. Não considerar fatos necessários para iniciar e manter mudanças comportamentais no autocuidado do paciente é a principal razão para falha de programas de gestão de hipertensão.

Da análise do artigo o *empowerment* foi a variável mais forte do autocuidado para idosos com hipertensão, mostrando que através do mesmo, os idosos podem ter maior probabilidade de se envolver e em ganhar domínio sobre as suas próprias vidas. O *empowerment* em si mesmo pode ser um processo através do qual o indivíduo adota comportamentos proativos. A sua utilização como processo, pode ser encarada como intervenção de enfermagem, onde componentes como a influência, autoestima, autoeficácia, competência e capacidade de controle devem ser considerados,

e trabalhados de forma a potenciar o *empowerment* nos idosos. Desta forma utilizando estes componentes, pode-se capacitar pacientes a melhorar sua saúde, especialmente no que se refere a comportamentos de autocuidado. A abordagem do *empowerment* no plano de enfermagem é crucial para ajudar pacientes com hipertensão arterial a atingir seus objetivos, pois possibilitando um aumento do autocuidado e maior controlo da hipertensão arterial.

O estudo mostra que segunda variável que mais influencia o autocuidado para idosos com hipertensão foi suporte social. Desta forma intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* nos idosos com hipertensão arterial, devem ter em conta a componente social, estando esta consistentemente relacionada à adesão aos medicamentos e dieta, e pode ter efeitos benéficos em diminuir o *stress* experimentado devido à doença crónica.

A terceira variável explanada que influencia o autocuidado foi depressão. Desta forma, deve-se planificar intervenções de enfermagem, que potenciem a interação social, de forma a melhorar o estado psicológico dos pacientes, o que pode levar a uma melhor gestão da medicação, aumento do autocuidado e consequente melhoria no controlo da hipertensão arterial.

A gravidade percebida da doença foi o último preditor que influencia o autocuidado em pacientes idosos com hipertensão. Assim intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* nos idosos com hipertensão arterial, devem levar os indivíduos a perceberem a problemática da doença, a dimensão da mesma na sua vida em particular e no contexto familiar em geral. Desta forma, através de ações de sensibilização das consequências da não adesão ao tratamento, poderá levar a um aumento do autocuidado nos idosos com hipertensão arterial.

**Artigo: Predictors of Sedentary Behavior in
Elderly Koreans With Hypertension**

<p>Artigo nº3 – Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Tércio Nóbrega</p> <p>Título da Revisão: <i>Empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial</p> <p>Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no <i>empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Idosos com Hipertensão Arterial</p> <p>Conceitos: Enfermagem; <i>Empowerment</i>; Idosos; Hipertensão Arterial</p> <p>Contexto: Procura-se colher informações sobre atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde</p>
<p>➤ <u>Autor/es:</u></p> <p>Ae Kyung Chang e Sohyune R. Sok</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2015</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u></p> <p>Coreia do Sul</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u></p> <p>Analisar o nível de comportamento sedentário e identificar os fatores que predizem o comportamento sedentário em idosos coreanos com hipertensão.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>O método de estudo utilizado no artigo foi o quantitativo, descritivo, transversal. A metodologia utilizada foi a análise de regressão múltipla <i>stepwise</i> a quatro categorias de variáveis (demográficas, relacionadas à doença, comportamentais e psicossociais) utilizadas como variáveis independentes e o comportamento sedentário como variável dependente. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados questionários.</p>
<p>➤ <u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u></p> <p>Num total de 323 idosos hipertensos de três centros de saúde da Coreia expressaram interesse inicial no estudo, que foi anunciado através de cartazes exibidos em centros de saúde públicos.</p>

Como critérios de inclusão: (a) idosos com 65 anos; (b) diagnosticado com hipertensão, tomando medicação anti-hipertensiva por mais de 1 ano ou Pressão Arterial (PA) $\geq 140/90$ mm Hg; (c) capaz para se comunicar com os pesquisadores e entender e responder aos questionários sem disfunção cognitiva; e (d) fornecer consentimento informado assinado para participar. Potenciais participantes foram excluídos se tivessem hipertensão grave (definido como PAS ≥ 180 mm Hg e / ou PAD ≥ 120 mm Hg) em a hora da inscrição. Devido à inclusão de PA como um preditor de comportamento sedentário, pacientes com limitações físicas que dificultam a Atividade Física (AF) ou pacientes com doenças agravadas exercício também foram excluídos.

A lista dos critérios foi facultada para os médicos dos centros de saúde pública e foi pedido para que excluíssem os adultos mais velhos que tinham limitações físicas como cegueira, lesão medular e fraturas ou doenças que pioram com o exercício, como enfarte do miocárdio, trombose venosa profunda e arritmia cardíaca não controlada. Depois de rastrear a lista usando esses critérios, 311 pacientes foram incluídos e 306 participantes completaram o estudo. Esses 306 idosos hipertensos que preencheram questionários de autorrelato sobre comportamento sedentário, atividade física, *empowerment*, saúde percebida, depressão, autoeficácia para atividade física e apoio social à atividade física.

As variáveis foram agrupadas em quatro categorias: demográficas, relacionadas à doença, comportamentais e psicossocial. O comportamento sedentário foi utilizado como dependente variável.

O comportamento sedentário foi medido usando o Questionário Internacional de Atividade Física - Forma Curta (IPAQ-SF) desenvolvido por Craig *et al.* (2003) e traduzido para o coreano por Oh, Yang, Kim e Kang (2007). Com uma única pergunta sobre sentar a partir do IPAQ-SF, o tempo de comportamento sedentário foi avaliado em minutos ao longo da última semana, incluindo o tempo gasto sentado no trabalho, em casa, nas aulas e durante as atividades de lazer, bem como sentado ou deitado tempo gasto em uma mesa, encontrando amigos, lendo livros, movendo-se em um carro, e assistindo TV. A subescala do comportamento sentado do IPAQ-SF demonstrou ser confiável e válido entre adultos homens e mulheres de uma variedade de países.

As características demográficas incluíram idade, sexo, casamento, estado civil, nível educacional, estado econômico percebido e emprego. As características relacionadas à doença incluíram a PAS e PAD, período de diagnóstico de HTA, número de comorbidades e saúde percebida.

A saúde percebida foi medida usando um instrumento único desenvolvido pelo investigador do estudo. A escala de saúde percebida foi pontuada de 1 (mau) a 5 (excelente). Valores mais altos indicam uma maior percepção positiva da sua saúde.

As características comportamentais incluíram o consumo de álcool, tabagismo e atividade física (AF). O consumo de álcool e o comportamento de fumar foram categorizados de forma dicotômica como "sim" ou "não". Foi medido usando a versão coreana do IPAQ-SF. Os participantes foram convidados a recordar a frequência e duração média de intensidade vigorosa, intensidade moderada, e atividades de caminhada na semana anterior. Os dados foram convertidos para minutos de MET por semana (MET-min / semana), atribuindo-se um peso a cada tipo de atividade de acordo com a sua energia requerida.

As características psicossociais incluíam *empowerment*, autoeficácia para AF, apoio social para AF e sintomas depressivos.

O *empowerment* foi avaliado usando o Questionário de *Empowerment* para a Saúde (Park, 2011), que é uma versão modificada do Questionário de forma curta para o *Empowerment* na Diabetes desenvolvida por Anderson, Fitzgerald, Gruppen, Funnell e Oh (2003). Possui uma escala Likert de 5 pontos, avalia variáveis relacionadas a comportamentos incluindo senso de controle, autoeficácia, resolução de problemas, estratégias de *coping*, apoio, motivação e tomada de decisão. O intervalo de pontuação possível foi de 8 a 40, com valores mais altos correlacionados ao maior *empowerment*.

Autoeficácia para a AF foi avaliada pela medida de autoeficácia do exercício desenvolvida por Marcus, Selby, Niaura e Rossi (1992) e traduzidos por Lee e Chang (2001). Essa escala Likert de cinco itens e cinco pontos avaliaram o grau de confiança na capacidade de realizar AF, com maiores valores associados a maior autoeficácia de AF.

Apoio social para a AF foi medido usando o apoio social para medida de comportamento de exercício de Choi (2005). Esta escala Likert de 5 itens e 5 pontos foi projetada para medir a influência da família e dos amigos no comportamento da AF, com maiores valores associados a maiores níveis de apoio social para a AF.

Os sintomas depressivos neste estudo foram medidos utilizando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos desenvolvida por Radloff (1977). O Centro de Escala de Depressão dos Estudos Epidemiológicos consiste em 20 itens avaliado em uma escala Likert de 4 pontos, com valores mais altos indicando níveis aumentados de sintomas depressivos.

Após a aprovação pelo Conselho de Revisão Institucional da Universidade, os dados foram coletados em três centros de saúde pública em Seul na Coreia, entre fevereiro e março de 2012. O pesquisador deu uma explicação detalhada do estudo para cada participante garantido o anonimato dos mesmos e assegurando que todos os dados permaneceriam confidenciais. Foi dada a

oportunidade de abordar ou resolver quaisquer questões pendentes e preocupações e, em seguida, foram convidados a assinar o consentimento informado para participar. Os preditores de comportamento sedentário para os participantes foram analisados usando regressão múltipla de stepwise.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“Os efeitos do sedentarismo na saúde têm recebido muito menos atenção do que os efeitos sobre a saúde de atividade física (AF), particularmente para idosos com hipertensão.” (p. 1)

“Para pacientes hipertensos, comportamento sedentário aumentado tem sido associado com aumentos na pressão arterial (PA) e resultados de saúde mais fracos.” (p. 1)

“Comportamento sedentário não é o mesmo que falta de AF e tem diferentes efeitos na função física, fisiológica e resultados de saúde.” (p. 1)

“Sentado mais de 3,2 horas por dia aumenta em 64% o risco de mortalidade por doença cardiovascular em comparação com quem se senta menos de 1,6 horas por dia (...) níveis excessivos de tempo sedentário têm um impacto forte e negativo sobre a saúde mental e pode aumentar a morte prematura, independente do tempo gasto em AF.” (p. 1)

“Comportamento sedentário e inatividade física são bem conhecidos fatores de risco críticos para o início e exacerbação da hipertensão.” (p. 1)

“Redução do comportamento sedentário no lazer pode diminuir o risco de obesidade e doenças crônicas relacionadas a um grau semelhante ao aumento de PA.” (p. 2)

“O comportamento sedentário é potencialmente um alvo importante para mudar e para melhorar a saúde. Ao identificar os fatores que levam comportamento sedentário e abordando esses fatores por meio de estratégias de saúde pública, enfermeiros e outros profissionais de saúde podem ajudar a prevenir doenças não transmissíveis e melhorar o estado de saúde da população.” (p. 2)

“A teoria do *empowerment* é uma abordagem teórica eficaz para intervenções de comportamento sedentário (...) maior autoeficácia, apoio social e *empowerment* influenciam comportamentos mais saudáveis.” (p. 2)

“A média de idade dos participantes foi de 70 anos. Dois terços (67,0%) dos participantes eram mulheres. A maioria tinha pelo menos o ensino médio (74,8%), viviam com seus cônjuges (76,5%), descreveram seu estado econômico abaixo da classe média (80,1%), e não estavam empregados em período integral (77,8%).” (p.4)

“A média da PAS/PAD foi de 136,51 / 87,84 mm Hg, e tempo médio decorrido desde o diagnóstico com HTA foi de 10 anos. Em média, os participantes tinham comorbidades além de HTA. As comorbidades incluíram diabetes *mellitus*, doença cardiovascular, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva e osteoartrite.” (p. 4)

“O significativo da pontuação de saúde percebida foi de 2,97, indicando saúde percebida abaixo de moderada (...) A maioria dos participantes não fumava (70,3%) ou bebia álcool (62,1%).” (p. 4)

“Entre as características psicossociais, o *empowerment* e os valores de depressão foram 25,95 e 22,70. O valor da autoeficácia para AF e apoio social para os valores de AF foram, 15,24 e 21,19.” (p. 4)

“Dados sobre medidas de comportamento sedentário indicaram que os participantes gastaram em média 3610,49 minutos por semana em comportamento sedentário, representando 8 horas e 35 minutos por dia.” (p. 5)

“A intensidade média e intensidade moderada de AF em MET-min/semana foi de 496,72 e 553,0, representando 8,87 e 19,75 minutos por dia, respectivamente. Atividade de caminhada em MET-min/semana 845,69, representando 36,61 minutos por dia.” (p. 5)

“O tempo sedentário foi mais longo entre os participantes que tinham mais de 75 anos de idade, que tinham um nível educacional abaixo do nível médio escolar, que não moravam com o conjuge, que estavam atualmente empregados e que fumavam.” (p. 5)

“A análise correlacional revelou que um maior número de minutos de comportamento sedentário foi associado a um maior número de comorbidades, maior duração desde o diagnóstico de hipertensão e um maior nível de sintomas depressivos (...) níveis mais baixos de saúde percebida, *empowerment*, e autoeficácia para AF.” (p. 5)

“A análise de regressão múltipla *stepwise*, incluindo todas as variáveis que foram significativamente correlacionadas com o comportamento sedentário, foi realizada. O *empowerment* foi considerado o mais forte preditor de um alto nível de comportamento sedentário.” (p. 6)

“Os idosos com hipertensão na Coreia gastam uma média de 8,6 horas por dia em comportamento sedentário, o que é similar às 8,41 horas por dia encontradas os adultos mais velhos nos Estados Unidos.” (p. 6)

“Pesquisas anteriores associaram sentado mais de 8 horas por dia com um risco 18% maior de morte prematura, independente dos níveis de AF (...) estudo anterior (Jakes *et al.*, 2003), os adultos mais velhos que assistiram TV por 4 horas ou mais por dia tiveram maior PAS e PAD do que aqueles que viram TV por 2 horas ou menos (...) Esse resultado indica que mais horas de comportamento

sedentário leva a menor gasto de energia e peso ganho, o que resulta em maiores níveis de PA.” (p. 6)

“Os níveis de comportamento sedentário diferiram por idade, nível, se os participantes viviam ou não com cônjuge, situação laboral e tabagismo. Os maiores de 75 anos passaram mais tempo em comportamento sedentário do que aqueles que eram mais jovens.” (p. 6)

“Participantes com um nível médio de educação escolar ou menos eram mais sedentários do que aqueles com níveis mais elevados de educação (...) sugere que a educação tem um efeito positivo na redução do comportamento sedentário.” (p. 6)

“Os participantes que viviam sozinhos passavam períodos significativamente mais longos em comportamento sedentário do que os que viviam com seus conjuges.” (p. 6)

“Os participantes empregados eram mais sedentários do que seus pares desempregados (...) estes resultados contrastam com outros autores.” (p. 6)

“Nossos resultados também mostram que os fumadores atuais tinham um efeito sedentário maior do que o dos não fumadores (...) deve-se planejar a saúde, com intervenções de promoção, é desejável melhorar globalmente comportamentos do estilo de vida, incluindo a cessação do tabagismo e diminuição do comportamento sedentário, que segundo outros autores poderão estar relacionados.” (p. 6)

“Este estudo constatou que o comportamento sedentário se relacionou positivamente com o número de comorbidades, o tempo desde o diagnóstico de hipertensão, depressão, percepção negativa em relação à saúde, AF (atividade vigorosa, moderada e caminhada), *empowerment* e autoeficácia de AF.” (p. 6)

“A análise de regressão múltipla mostrou que cinco as variáveis explicaram 42,6% da variância no comportamento sedentário. O *empowerment* foi a variável com maior poder preditivo, seguido pela saúde percebida, o tempo desde o diagnóstico de hipertensão, AF vigorosa e sintomas depressivos (...) uma pessoa empoderada toma conhecimento sua própria capacidade de mudar o comportamento, o que por sua vez, ajuda a preparasse para a mudança e, assim, conduz a um comportamento saudável.” (p. 7)

“A saúde percebida também foi uma das principais variáveis explicativas para comportamento sedentário (...) Portanto, futuros estudos são necessários para determinar se as intervenções para melhorar a saúde percebida pode ser eficaz na redução do tempo sedentário” (p. 7)

“Tempo desde o diagnóstico da hipertensão foi encontrado para ser um importante preditor de comportamento sedentário (...) Pacientes com maior tempo de doença experimentam um

agravamento da doença relacionada sintomas e, portanto, pode enfrentar redução da função física, que pode levar a um aumento do tempo gasto em comportamento sedentário.” (p. 7)

“Nossos resultados mostram a importância de atividade ainda mais tarde na vida e sugerem que maior intensidade atividade deve ser incentivada entre os idosos hipertensos população para reduzir o comportamento sedentário (...) portanto é importante que os idosos façam exercícios que sejam adequados ao seu nível de aptidão física.” (p. 7)

“Os sintomas depressivos foram encontrados para predizer o comportamento sedentário, o que é consistente com relatos anteriores de que pessoas que relatam sintomas depressivos eram menos ativas fisicamente e passavam mais tempo em comportamento sedentário (...) Embora a associação entre depressão e comportamento sedentário exija estudo mais rigoroso, os sintomas depressivos podem limitar contatos com outras pessoas, o que pode levar a atividades reduzidas e resultar em aumento do tempo sedentário.” (p. 7)

“Os achados deste estudo revelam que o *empowerment*, saúde percebida, tempo desde o diagnóstico de hipertensão, AF vigorosa e sintomas depressivos são preditores do comportamento sedentário dos idosos coreanos com hipertensão (...) No entanto, correlatos poderosos bem conhecidos de AF, como autoeficácia para AF e apoio social para AF, não foram encontrados para explicar o comportamento sedentário.” (p. 7)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 4 – Cross-sectional study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo traz alguns contributos importantes para a questão formulada, à população e contexto. Os resultados deste estudo sugerem que pessoas com maior sentido de *empowerment*, saúde percebida superior e menor níveis de depressão têm maior probabilidade de evitar o sedentarismo. Sabendo que o comportamento sedentário e inatividade física são fatores de risco críticos para o início e exacerbação da hipertensão, que a redução desse mesmo comportamento no lazer pode diminuir o risco de obesidade e doenças crônicas relacionadas a um grau semelhante ao aumento de PA, torna-se importante que as intervenções de enfermagem possam potencializar a atividade física nos idosos com hipertensão arterial.

Aumentando o *empowerment*, a saúde percebida e redução dos níveis de depressão pode-se diminuir o sedentarismo, trazendo inegáveis benefícios para o controle da tensão arterial. Na prática pode ser conseguido através da capacitação dos idosos hipertensos em sessões de EpS, o desenvolvimento de programas de participação social, lúdica e de atividade física.

Artigo: Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension

<p>Artigo nº4 – Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Tércio Nóbrega</p> <p>Título da Revisão: <i>Empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial</p> <p>Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no <i>empowerment</i> aos idosos com hipertensão arterial?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Idosos com Hipertensão Arterial</p> <p>Conceitos: Enfermagem; <i>Empowerment</i>; Idosos; Hipertensão Arterial</p> <p>Contexto: Procura-se colher informações sobre atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde</p>
<p>➤ <u>Autores:</u></p> <p>EunJu Lee e Euna Park</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2017</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u></p> <p>Coreia do Sul</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u></p> <p>Examinar os níveis de comportamento autocuidado e os fatores que afetam o autocuidado em pacientes idosos com hipertensão não controlada em comparação com aqueles com hipertensão controlada.</p> <p>Como instrumento de colheita de dados foram utilizados questionários.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>O método de estudo utilizado no artigo foi o quantitativo, transversal do tipo analítico. A metodologia utilizada foi a análise de regressão múltipla <i>stepwise</i> a sete variáveis (situação económica, hipertensão, idade, autoeficácia, apoio familiar, gravidade da hipertensão e duração da doença), no grupo de hipertensão controlada e quatro variáveis (género, escolaridade, autoeficácia e apoio familiar) no grupo de hipertensão não controlada, o autocuidado foi utilizado como variável</p>

dependente. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados questionários.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Um total de 279 pacientes (144 com hipertensão controlada e 135 com hipertensão não controlada) participaram de na apresentação introdutória do estudo. Dos 279 pacientes, 272 concordaram em participar do estudo. No entanto, 17 participantes que não responderam adequadamente à pesquisa foram excluídos; assim, 255 participantes foram incluídos (127 no grupo de hipertensão controlada e 128 no grupo hipertensão não controlada). Esses 255 pacientes idosos foram selecionados para medir o comportamento de autocuidado e a autoeficácia dos pacientes hipertensos, o conhecimento do controle da hipertensão, o apoio familiar e gravidade percebida da hipertensão, bem como seus níveis de depressão.

Os participantes do estudo foram idosos inscritos em um centro de saúde público e dois hospitais médicos em Kyung-buk numa província da Coreia do Sul. Os critérios de seleção para os participantes foram os seguintes: (1) idade ≥ 65 anos; (2) diagnóstico de hipertensão >6 meses, hipertensos controlados (pressão arterial sistólica ≤ 139 mmHg ou diastólica pressão arterial ≤ 89 mmHg) e hipertensos não controlados (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica pressão arterial ≥ 90 mmHg) pressão arterial com base no valor médio da medida obtido em uma clínica e em casa; (3) prescrição de medicamentos para hipertensão; (4) capacidade de comunicar com pesquisadores e compreender o questionário (ou seja, não ter disfunções cognitivas); e (5) concordar em assinar um formulário de consentimento para participação na pesquisa.

O contato inicial com os participantes foi feito através do provedor de cuidados de saúde, ou encaminhamento médico ou por auto-referência com base em materiais de recrutamento exibidos. Especificamente, a estratégia geral de recrutamento na rede pública centros de saúde e hospitais incluíram a exibição de materiais informativos, como folhetos e cartazes em áreas de espera de pacientes e publicações nos boletins informativos das clínicas. Pacientes que foram identificados como potencialmente elegíveis e expressaram interesse no estudo reuniram-se com os dois pesquisadores para confirmar sua elegibilidade para participar. Os pesquisadores estavam à disposição no centro de saúde pública e nos hospitais para examinar os pacientes quanto à elegibilidade e para coletar questionários de autorrelato preenchidos com os participantes. Se determinado para ser elegível por um pesquisador, o paciente recebeu uma descrição detalhada do estudo, incluindo seus objetivos, procedimentos e considerações éticas. Então, se o paciente concordou em participar, o pesquisador obteve seu consentimento informado.

O tamanho da amostra foi determinado usando o software analítico *G* Power* versão 3.1

De acordo com uma diretriz de gestão de hipertensão desenvolvida pela Associação Coreana de Hipertensão (2013) e o estudo de James *et al.* (2014), a pressão arterial controlada envolve a

manutenção de pressão arterial sistólica abaixo de 140 mmHg e pressão arterial diastólica abaixo de 90 mmHg. Neste estudo, a hipertensão não controlada foi definida como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg com base no valor médio medido em uma clínica e em casa. A medição da pressão arterial no domicílio foi incluída no estudo. Os pesquisadores forneceram aos participantes com 1 hora de treino para medir a pressão arterial sozinhos em casa usando um medidor automático de pressão arterial. Os participantes então mediram sua pressão arterial em casa todas as manhãs durante sete dias consecutivos. Especificamente, os participantes foram instruídos a realizar a medição da pressão arterial dentro de 1 hora após acordar de manhã, após o esvaziamento da bexiga, e antes de tomar café da manhã e tomar medicação de hipertensão. Eles foram ainda mais instruídos a realizar cada medição em posição sentada após descansar por 5 minutos e colocar o valor numérico em uma folha de registro de pressão sanguínea. Ao final de sete dias, um pesquisador visitou os participantes para coletar a folha de registro. Para cada participante, o valor da pressão arterial utilizado neste estudo foi a média das medidas tomadas na clínica e em casa. Os valores dos participantes foram usados para classificar os pacientes em um grupo de hipertensão não controlada e grupo de hipertensão controlada.

Para o comportamento de autocuidado Lee (1995), desenvolveu um questionário de 16 itens baseado em uma escala Likert de 5 pontos para identificar o comportamento do autocuidado de pacientes hipertensos. O questionário inclui itens referentes à gestão da dieta, peso corporal, álcool, tabagismo, *stress*, café, medicação e exercício, bem como medir a PA. Uma maior pontuação significa melhor comportamento de autocuidado.

Para a autoeficácia um questionário de 10 itens com escala de 10 a 100 desenvolvido por Park e Hong (1994) foi usado para investigar a autoeficácia de pacientes com hipertensão. Uma pontuação mais alta significa maior autoeficácia no controle das atividades de autocuidado.

Para o conhecimento da gestão da hipertensão foi utilizado um questionário de 18 itens desenvolvido por Park e Hong (1994) sobre o tratamento da hipertensão com uma escala dicotômica (Não = 0; Sim = 1). Uma pontuação maior indica que os pacientes são mais bem informados sobre o controle da hipertensão.

Quanto ao apoio da família foi medido utilizando um questionário desenvolvido por Cobb (1976) e revisado por Kang (1984). Este questionário é composto por 11 itens com escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (nada) a 5 (muito). Valores mais altos significam ter melhor suporte familiar.

A gravidade percebida da hipertensão foi medida com um único item (como você descreveria seu estado de saúde?) desenvolvido pelo investigador principal deste estudo. O item foi pontuado de 1

(baixa gravidade percebida) a 5 (alta gravidade percebida); valores mais baixos indicaram menor gravidade percebida da hipertensão.

Os sintomas de depressão foram medidos usando a Escala de Depressão Geriátrica de Forma Curta – Coreia Versão (GDSSF-K), que foi desenvolvido por Yesavage e Sheikh (1986) e foi modificado por

Gi (1996) para medir a gravidade da depressão nos idosos. O GDSSF-K é composto por 15 itens com uma escala Likert de 2 pontos (No = 0; Sim = 1). Uma pontuação maior indica depressão mais grave, com valores de 0 a 4 considerados normais, 5-10 indicando depressão moderada e 11 e acima indicando depressão grave.

Para análise de regressão *stepwise*, sete variáveis (situação econômica, hipertensão, idade, autoeficácia, apoio familiar, gravidade da hipertensão e duração da doença) no grupo de hipertensão controlada e quatro variáveis (gênero, escolaridade, autoeficácia e apoio familiar) no grupo de hipertensão não controlada foram utilizadas como variáveis independentes, e o comportamento de autocuidado foi utilizado como variável dependente.

Antes do início da coleta de dados, um Comitê de Revisão Institucional da Universidade reviu e aprovou o estudo. Os dados foram coletados em abril e maio de 2014. Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Todos os participantes assinaram consentimento informado.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“Com base nos dados da pesquisa de 2013 para 72 países, a hipertensão é um importante fator de risco associado aumento da morbidade e mortalidade e é a causa mais comum de morte, anos de vida perdidos, anos vividos com deficiência e anos de vida ajustados por incapacidade.” (p. 1)

“De acordo ao relatório da OMS (2013), 29,2% dos homens adultos e 24,8% das mulheres adultas no mundo têm hipertensão, e o número de pessoas com hipertensão descontrolada aumentou dramaticamente de 600 milhões em 1980 para quase 1 bilhão em 2008 por causa de envelhecimento da população mundial.” (p. 1)

“Na Coreia do Sul, a população com mais de 65 anos aumentou para 12,2% em 2013, e o índice de prevalência de hipertensão nos idosos foi relatado como excedendo 50% na época (Estatísticas da Coreia, 2013). Um em três indivíduos coreanos mais velhos com hipertensão não tem conhecimento de ter doença, e apenas 28,7% dos idosos hipertensos recebem tratamento.” (p. 1)

“Comportamento efetivo de autocuidado entre esses pacientes poderia ajudar a diminuir complicações, morbidade e mortalidade. Desejável, o comportamento de autocuidado inclui a adesão à medicação, a limitação da dieta, a cessação do tabagismo, o exercício e a monitorização

regular da pressão arterial para melhorar o controle da hipertensão. Intervenções não só devem abordar esses comportamentos, mas também deve considerar variáveis associadas à não-adesão à terapia.” (p. 1)

“A capacidade do indivíduo de conduzir o autocuidado é afetada pelos seguintes fatores internos e externos: orientação social e cultural, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, sistema de saúde dinâmica, sistema familiar, gênero, idade, questões ambientais e suficiência de recursos.” (p. 1)

“Quanto aos fatores que afetam o autocuidado em pacientes com doenças crônicas, Connelly desenvolveu um modelo de autocuidado em doenças crônicas (MSCCI) que descrevia tais fatores (...) MSSCI inclui seis variáveis predisponentes e nove variáveis facilitadoras como preditores do autocuidado.” (p. 1)

“Connelly (1993) testou este modelo entre adultos com doenças crônicas, e descobriu que apenas quatro preditores (fatores psicológicos, gravidade percebida da doença, motivação para a saúde e situação econômica) podem influenciar o comportamento de autocuidado geral e terapêutico e afetar significativamente os resultados de saúde.” (p. 1)

“Entre os fatores de autocuidado que afetam pacientes hipertensos, o conhecimento e autoeficácia foram identificados como fatores de risco para o autocuidado.” (p. 1)

“Falhas do autocuidado, como o não cumprimento da terapia relacionada ao tratamento, entre os pacientes com hipertensão não controlada. Os pesquisadores concluíram que tais falhas poderiam ser atribuídas a uma variedade de fatores, incluindo altos custos de medicação e cuidados relacionados, inadequada educação do paciente sobre o doença, baixo apoio familiar e nível de alfabetização e educação dos pacientes.” (p. 1)

“A melhoria da autoeficácia, em particular, é um método eficaz para alcançar uma melhor autocuidado, como a adesão a uma dieta pobre em sal, requisitos de controle de peso e recomendações de medicamentos, entre pacientes com hipertensão não controlada.” (p. 1)

“A medição da pressão arterial em casa fornece informações mais úteis para prever doenças cardiovasculares em comparação com a medição em uma clínica, e a mensuração em casa pode ajudar a reduzir os custos sociais e econômicos (...) por essa razão, a medida da pressão arterial domiciliar foi incluída neste estudo.” (p. 5)

“No geral, as características demográficas dos dois grupos foram semelhantes. No grupo de hipertensão controlada (127 participantes), 52,0% eram homens e 31,5% tinham 65–70 anos de

idade. Neste grupo, 79,5% dos participantes eram de condição económica média, 69,3% eram casados e 55,1% foram educados para o ensino básico. A duração da doença foi > 5 anos em 62,2% dos participantes, e 51,8% haviam recebido educação sobre hipertensão. O valor das idades dos participantes foi de 73,94 anos.” (p. 7)

“No grupo de hipertensão não controlada (128 participantes), 51,6% eram homens, 35,9% tinham entre 65 e 70 anos, 83,6% tinham status económico médio, 78,9% eram casados e 55,5% eram educados para o ensino fundamental. A duração da doença foi > 5 anos em 62,5% dos participantes; entre os pacientes com descontrolo hipertensão, 46,9% receberam educação para hipertensão após terem sido diagnosticados com hipertensão. O valor médio das idades dos participantes foi de 74,36 anos.” (p. 7)

“No grupo de hipertensão controlada, encontramos diferenças significativas no nível de comportamento de autocuidado de acordo com a idade, situação económica, tempo de doença e educação sobre a hipertensão. Os maiores valores de comportamento de autocuidado foram encontrados nos subgrupos de pacientes 65-70 anos ($67,03 \pm 6,15$), alta condição económica ($69,30 \pm 4,11$), duração da doença de > 10 anos ($67,24 \pm 6,73$), e recebiam educação hipertensiva ($66,71 \pm 5,91$) (...) Em hipertensão não controlada, foram observadas diferenças significativas de acordo com o sexo e nível de educação. O valor médio do comportamento de autocuidado foi de $61,92 \pm 0,89$ nos homens e $65,02 \pm 0,72$ mulheres. Os participantes com maior escolaridade (maior que a faculdade) apresentaram o maior valormédio, $67,40 \pm 5,55$.” (p. 7)

“Os valores médios para o comportamento de autocuidado e autoeficácia foram de $65,53 \pm 6,37$ e $88,51 \pm 7,35$ no grupo com hipertensão controlada e $63,42 \pm 6,66$ e $86,25 \pm 7,36$ no grupo de hipertensão não controlada, respectivamente.” (p. 7)

“Os valores de comportamento de autocuidado do grupo de hipertensão controlada foram significativamente correlacionados com a idade ($r = -0,25$, $p = 0,004$), autoeficácia ($r = 0,69$, $p < 0,001$), apoio familiar ($r = 0,21$, $p < 0,015$) e gravidade percebida da hipertensão ($r = -0,18$, $p < 0,034$) (...) Na hipertensão não controlada grupo, os valores de comportamento de autocuidado foram significativamente correlacionados com a autoeficácia ($r = 0,51$, $p < 0,001$) e apoio familiar ($r = 0,29$, $p = 0,001$).” (p. 8)

“Para análise de regressão *stepwise*, sete variáveis (estatuto económico, hipertensão, idade, autoeficácia, apoio familiar, gravidade da hipertensão e duração da doença) no grupo de hipertensão controlada e quatro variáveis (género, escolaridade, autoeficácia e apoio familiar) no grupo de hipertensão não controlada foram utilizadas como variáveis independentes, e o comportamento de autocuidado foi utilizado como variável dependente.” (p. 11)

“No grupo de hipertensão controlada, o único fator identificado como afetando o comportamento de autocuidado foi a autoeficácia ($\beta = 15,41$, $p = 0,009$) (...) no grupo de hipertensão não controlada, três variáveis afetaram o comportamento de autocuidado. A autoeficácia foi o fator mais forte ($\beta = 0,45$, $p < 0,001$), seguido pelo nível de escolaridade ($\beta = 1,41$, $p < 0,001$) e suporte familiar ($\beta = 0,21$, $p < 0,001$).” (p. 11)

“Nos resultados do nosso estudo, os níveis de comportamento de autocuidado e os valores de autoeficácia foram menores no grupo de hipertensão não controlada do que no grupo de hipertensão controlada.” (p. 11)

“No entanto, o baixo autocuidado em idosos com hipertensão não controlada indica a necessidade de estratégias para melhorar o seu autocuidado, que é considerado essencial no controle da doença crônica.” (p. 11)

“Estudos demonstraram que a alta autoeficácia está associada a comportamentos de autocuidado, como o peso, gestão da dieta, baixa adesão ao consumo de sal, exercício físico regular, adesão à medicação e cessação do uso do tabaco para o controle da pressão alta (...) Os resultados dos estudos anteriores são consistentes com os achados do nosso estudo de que o comportamento de autocuidado e autoeficácia foram menores no grupo de hipertensão não controlada do que no grupo de hipertensão controlada.” (p. 11)

“Nosso modelo de fatores que afetam o comportamento de autocuidado demonstrou que a autoeficácia (o fator mais forte), o nível de escolaridade e o apoio familiar compuseram 33,6% dos fatores que afetam o comportamento de pacientes idosos com hipertensão não controlada (...) em contraste, em pacientes idosos com hipertensão controlada, a autoeficácia foi o único fator.” (p. 11)

“O nível de escolaridade e o apoio familiar afetaram o comportamento de autocuidado apenas em pacientes com hipertensão não controlada.” (p. 12)

“Nossos resultados indicam que pessoas com baixa escolaridade e baixo apoio familiar têm dificuldade em desenvolver bons comportamentos de autocuidado (...) os enfermeiros devem desenvolver estratégias de enfermagem e os administradores hospitalares devem implementar políticas que incluam avaliações e intervenções níveis educacionais dos pacientes (...) as intervenções devem incorporar serviços de apoio à família, que são considerados uma das melhores maneiras de construir apoio natural de membros da família, bem como amigos e provedores de saúde.” (p. 12)

“O estudo de Crowley *et al.* (2013) e nosso estudo indicam que as estratégias de enfermagem devem ser desenvolvidas separadamente para pacientes com hipertensão controlada e descontrolado, e que as melhores estratégias de enfermagem precisam levar em conta os fatores que afetam comportamento de autocuidado (...) Em conjunto, isso mostra que o programa de melhoria do autocuidado para pacientes com hipertensão no sistema de saúde atual é inadequado em sua aplicação uniforme, o que não considera controle da hipertensão.” (p. 12)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 4 – Cross-sectional study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo traz alguns contributos importantes para a questão formulada no que diz respeito à população e contexto. O estudo foi conduzido para determinar fatores que afetam o comportamento de autocuidado em pacientes com hipertensão controlada e não controlada. A autoeficácia foi identificada como o mais importante elemento que afeta o comportamento de autocuidado em ambos os grupos. Os resultados do estudo indicaram que estratégias para hipertensão em pacientes devem considerar os níveis educacional, de apoio familiar e de autoeficácia dos pacientes a fim de melhorar a seu autocuidado. Desta forma intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* nos idosos com hipertensão arterial devem ter por base os mesmos níveis, pois um maior nível de autocuidado revela uma maior capacitação dos indivíduos para gerirem a sua hipertensão. Assim as intervenções de enfermagem devem envolver a família, os ensinamentos sobre a problemática e sobre a gestão da saúde, bem como a capacitação para controle dos fatores que poderão estar na origem do descontrole da hipertensão arterial.

Desta forma, é necessária uma abordagem diferente nas estratégias de melhoria do autocuidado para pacientes idosos com hipertensão não controlada e controlada. Segundo o estudo deve-se encorajar os pacientes a ter mais confiança nas capacidades de autocuidado para que possam gerir de forma eficaz a sua tensão arterial. Neste sentido, as intervenções de enfermagem devem ser promotoras de confiança e de reforços positivos, de forma a motivar os idosos hipertensos à mudança de atitude face à sua saúde, levando os mesmos a agir positivamente no controle da hipertensão arterial.

Os autores do estudo revelam como maneira mais eficaz de melhorar a autoeficácia nos pacientes com hipertensão é através do incentivo dos enfermeiros, para que os pacientes possam tomar os medicamentos regularmente, controlar sua dieta e exercitar-se de forma independente, desta forma, fica patente que as intervenções de enfermagem devem ter em conta estas temáticas, contudo com uma ação profícua e encorajadora do enfermeiro de forma a capacitar os indivíduos de forma grupal e individual. Outra intervenção de enfermagem sugerida pelo estudo é a partilha em grupo de experiências moderadas por enfermeiros, onde idosos com hipertensão podem partilhar suas

experiências de domínio relacionado à autoregulação da tensão arterial.

Outra intervenção de enfermagem menos direta sugerida no estudo em causa para melhorar a autoeficácia nos pacientes com hipertensão é capacitar e encorajar os enfermeiros a aplicarem a persuasão verbal e emocional, a fim de construir a confiança dos pacientes no cuidado clínico de enfermagem e fornecê-los maior apoio emocional.

ANEXO X – Cartaz e convite



PROJETO HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO



Dias: 29 de abril e 6, 13 e 20 de maio de 2019, às 10h

Local: Sede do Projeto Viver Melhor no Saka

Contamos com a sua presença!

(Entrada Gratuita)



CONVITE

A UCC Dr. Arnaldo Sampaio em colaboração com a Escola Superior de Saúde de Santarém, no âmbito do Projeto Viver Melhor no Saka tem a honra de convidá-lo a participar no Projeto HiperAtensão ao seu Coração, que resulta do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária realizado à População com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro.

Dias: 29 de abril e 6, 13 e 20 de maio de 2019, às 10h

Local: Sede do Projeto Viver Melhor no Saka



Contamos com a sua presença!

(Entrada Gratuita)

ANEXO XI – Questionário de Avaliação de Atitudes e Conhecimentos

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDES E CONHECIMENTOS

Chamo-me Tércio Nóbrega, sou aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém. No âmbito da elaboração do meu trabalho de Mestrado, inserido no estágio a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio, agradeço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, de carácter confidencial, e cujos dados se destinam unicamente a tratamento estatístico.

Asseguro o anonimato e confidencialidade das respostas.

Assinalar com um "X" a opção mais correta

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTECEDENTES PESSOAIS

1- Idade:

65-74	75-75	75-84	80 e +

2- Género:

Masculino	Feminino

3- Estado civil:

Solteiro	Casado / união de facto	Divorciado / Separado	Viúvo

4- Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino secundário	Ensino Profissional	Ensino superior

5- Situação laboral:

Empregado	Desempregado	Reformado/Pensionista

6- Com quem vive?

Sozinho	Cônjuge	Filhos	Outros

7- É hipertenso?

Sim	Não

8- Se sim, faz medicação?

Sim	Não

9- O pai, mãe ou irmãos são (eram) hipertensos?

Sim	Não	Não sabe

10- Alguma das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?

Sim	Não	Não sabe

11- É seguido em consulta médica e/ou de especialidade por causa da hipertensão?

Sim	Não

12- Se sim, no último ano quantas vezes foi à consulta? _____

13- É seguido em consulta de enfermagem por causa da hipertensão?

Sim	Não

14- Se sim, no último ano quantas vezes foi à consulta? _____

PARTE II – ATITUDES FACE À SUA SAÚDE

1- Costuma avaliar a sua tensão arterial?

Sim	Não

2- Se sim, quantas vezes no último mês avaliou a sua tensão arterial: _____

3- Onde costuma avaliar a tensão arterial:

Casa	Vizinhos	Farmácia	Centro de Saúde

4- Quantas refeições ingere por dia? _____

5- Qual a quantidade de água que bebe por dia? _____ (copos)

6- Qual destes produtos usa frequentemente para temperar os alimentos?

Salsa	Coentros	Alho	Sal	Pimenta	Bebidas alcoólicas	Outro

7- Que quantidade de sal costuma colocar na comida por dia?

Nenhum	Uma colher de chá	Uma colher de sopa	Mais do que uma colher de sopa

8- Utiliza o saleiro à mesa durante a refeição?

Sim	Não

9- Qual o tipo de confeção de alimentos que usa frequentemente?

Cozidos	Grelhados	Estufados	Fritos	Assados	Enlatados	Outro

10- Qual destas gorduras usa frequentemente para temperar a comida?

Azeite	Óleo de Girassol	Margarina	Banha de Porco	Manteiga	Outro

11- Como vegetais?

Sim	Não

12- Com que regularidade come vegetais?

Todos os dias	Às vezes	Nunca

13- Qual a quantidade de fruta que come por dia?

Nada	1 a 2 peças de fruta	3 a 4 peças de fruta	Mais de 5 peças de fruta

14- Pratica algum tipo de atividade física?

Sim	Não

15- Se sim, faz atividade:

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente

16- Quanto tempo demora nas atividades físicas que realiza? _____ (Minutos)

17- Bebe mais do que um copo de vinho ou cerveja à refeição?

Sim	Não

18- É fumador?

Sim	Não

19- Considera que tem as melhores atitudes face à sua saúde?

Sim	Não

PARTE III – CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO À HIPERTENSÃO

1- Na maioria dos doentes a causa da hipertensão é conhecida?

Sim	Não	Não sabe

2- A hipertensão é uma doença para toda a vida?

Sim	Não	Não sabe

3- Pode-se ter tensão alta sem ter queixas?

Sim	Não	Não sabe

4- A hipertensão é uma doença da velhice?

Sim	Não	Não sabe

5- Deve-se consumir no máximo uma colher de sopa de sal por dia?

Sim	Não	Não sabe

6- A gordura mais saudável é aquela que é sólida à temperatura ambiente?

Sim	Não	Não sabe

7- Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?

Sim	Não	Não sabe

8- A inatividade física quando acompanhada de uma alimentação saudável é inofensiva para a saúde?

Sim	Não	Não sabe

8- Quando a tensão baixar com a medicação, pode-se suspender o tratamento?

Sim	Não	Não sabe

9- A hipertensão pode provocar trombozes e doenças nos rins?

Sim	Não	Não sabe

10- Em caso de emergência para chamar ambulância liga-se o 115?

Sim	Não	Não sabe

11- Considera que tem conhecimentos suficientes face à hipertensão arterial?

Sim	Não	Não sabe

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO XII – Cartazes do *Peddy-Paper* e Rastreio da HTA



HIPER PEDDY-PAPER

21 DE MAIO DE 2019

Das 9h às 12h

LOCAL: CONTENTORES DA NHC SOCIAL



ATIVIDADES

- Prática de atividade física;
- Convívio e interação grupal;
- Aconselhamento sobre comportamentos saudáveis.

(GRATUITO)



Atividade de Especialidade em Enfermagem Comunitária – 101ª Sessão – Nóbrega



RASTREIO HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BAIRRO SÁ CARNEIRO

CONTROLE
a sua pressão arterial

CONHEÇA
os seus valores

27 DE MAIO DE 2019

Das 9h às 13h

LOCAL: CONTENTORES DA NHC SOCIAL



ATIVIDADES

- Avaliação da tensão arterial, glicémia, peso e perímetro abdominal;
- Aconselhamento sobre comportamentos saudáveis.

(GRATUITO)



Citadania da Especialidade em Enfermagem Comunitária – 101ª Sessão – Nóbrega

ANEXO XIII – Avaliação da sessão pelos formandos e pelo formador

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELOS IDOSOS

É com o objetivo de melhorar as nossas sessões e adaptá-las cada vez mais às necessidades dos participantes, que agradecemos que responda a este questionário.

SESSÃO:

FORMADOR: Tércio Nóbrega

DATA:

HORÁRIO: Das 10h às 11h

LOCAL: Sede do Projeto Viver Melhor no Saka

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala: **1 – Nulo; 2 – Fraco; 3 – Suficiente; 4 – Bom; 5 – Muito Bom**

1. Expectativas

1	2	3	4	5

Esta ação correspondeu ao que dela esperava

2. Objetivos

1	2	3	4	5

Cumprimento dos objetivos

3. Conteúdos Programáticos

Os assuntos abordados e desenvolvidos nesta sessão:

- Contribuíram para aumentar os meus conhecimentos
- Têm aplicação prática no meu dia-a-dia
- Foram abordados os pontos que me interessam
- Permitiram uma troca de informações e de experiências com outras pessoas

1	2	3	4	5

4. Recursos

Cumprimento dos objetivos

1	2	3	4	5

5. Formador

- Motivou a participação do grupo
- Despertou o interesse
- Expressou-se com clareza
- Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva
- Estabeleceu boa relação com o grupo

1	2	3	4	5

6. Necessidades Formativas

A ação satisfaz as suas necessidades

1	2	3	4	5

7. Apreciação Global

A sua apreciação sobre esta sessão

1	2	3	4	5

8. Comentários/Sugestões

Obrigado pela sua colaboração!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELO FORMADOR

Sessão nº

Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: **1 – Nulo; 2 – Fraco; 3 – Suficiente; 4 – Bom; 5 – Muito Bom**

	1	2	3	4	5
1 - Os objetivos da SES foram atingidos?					
2 - A metodologia utilizada foi a adequada?					
3 - A duração da sessão foi adequada?					
4 - O espaço onde decorreu a SES foi adequado?					
5 - Participação dos formandos					

6– Avaliação global da sessão:

7– Sugestões para o futuro:

ANEXO XIV – Plano das sessões realizadas



PLANO DE SESSÃO Nº 1

Temática	Hiper(A)tensão ao seu Coração: a HTA	Data de realização	29 de abril de 2019
		N.º de horas	1h
Formador	Tércio Nóbrega	Sessão n.º	1
Destinatários	Idosos com 65 ou mais anos do Bairro Sá Carneiro	Local	Sede do "Projeto Viver Melhor no Saka"

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o Projeto Hiper(A)tensão ao seu Coração; - Compreender o conceito de hipertensão arterial (HTA); - Identificar as causas e fatores de risco da HTA; - Conhecer as complicações da HTA; - Conhecer as medidas de prevenção da HTA; - Compreender a importância do tratamento da HTA.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/actividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de Avaliação
Introdução	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador, participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão; - Avaliação diagnóstica de atitudes e conhecimentos face à HTA; - Avaliação de Conhecimentos; - Apresentação do Projeto Hiper(A)tensão ao seu Coração. 	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Formador e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojector; - Tensiómetro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Participação dos formandos; - Questionário de Avaliação de Atitudes e Conhecimentos; - Ficha de Avaliação de Conhecimentos; - Ficha de Avaliação da Sessão
Desenvolvimento	30 min	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento da temática a nível mundial e nacional; - Conceito de HTA; - Sintomas; - Causas/Fatores de Risco; - Complicações Associadas; - Medidas de Prevenção; 			
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de Conhecimentos; - Avaliação da Sessão. 			

Temática	Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física	Data de realização	06 de maio de 2019
		N.º de horas	1h
Formador	Tércio Nóbrega	Sessão n.º	2
Destinatários	Idosos com 65 ou mais anos do Bairro Sá Carneiro	Local	Sede do "Projeto Viver Melhor no Saka"

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender o conceito de alimentação saudável; - Identificar regras de alimentação saudável; - Compreender a importância das porções dos nutrientes na alimentação; - Identificar a quantidade de ingestão de água recomendada por dia; - Compreender a importância da redução do sal na alimentação; - Identificar as gorduras mais saudáveis na confeção; - Compreender a importância da redução do açúcar na alimentação; - Compreender o conceito de atividade física; - Identificar os benefícios da atividade física;
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/actividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de Avaliação
Introdução	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador, participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão; - Pequena abordagem à sessão anterior; - Realização da Ficha de Avaliação de Conhecimentos 	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Formador e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojector; - Vídeos Didáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de Avaliação de Conhecimentos; - Ficha de Avaliação da Sessão
Desenvolvimento	30 min	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de Alimentação Saudável; - Nutrientes e respetivas porções recomendadas; - O Sal e seus malefícios; - Regras de ouro para uma alimentação saudável; - Conceito de atividade física; - Os benefícios da atividade física; - A pirâmide da atividade física; - Exemplos de exercícios físicos com realização prática. 			
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de Conhecimentos; - Avaliação da Sessão. 			

Temática	Hiper(A)tensão à Medicação	Data de realização	13 de maio de 2019
		N.º de horas	1h
Formador	Tércio Nóbrega	Sessão n.º	3
Destinatários	Idosos com 65 ou mais anos do Bairro Sá Carneiro	Local	Sede do “Projeto Viver Melhor no Saka”

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as diferentes tipologias de tratamento da HTA; - Compreender a importância da toma da medicação no controle da HTA; - Identificar recomendações no tratamento medicamentoso da HTA; - Conhecer as complicações mais prevalentes do descontrole da tensão arterial; - Conhecer os diferentes tipos de AVC; - Identificar sinais e sintomas mais comuns no AVC e no EAM; - Descrever as características da dor cardíaca; - Compreender a importância de agir rapidamente para que o tratamento seja mais eficaz, tanto no AVC como no EAM;
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/actividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de Avaliação
Introdução	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador, participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão; - Pequena abordagem à sessão anterior; - Realização da Ficha de Avaliação de Conhecimentos 	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Formador e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojector; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de Avaliação de Conhecimentos; - Ficha de Avaliação da Sessão
Desenvolvimento	30 min	<ul style="list-style-type: none"> - Factos importantes sobre HTA; - Tipos de Tratamento; - Importância do Tratamento; - Complicações associadas; - Acidente Vascular Cerebral; - Enfarte Agudo do Miocárdio 			
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de Conhecimentos; - Avaliação da Sessão. 			



PLANO DE SESSÃO Nº 4

Temática	Hiper(A)tensão em Situações de Emergência	Data de realização	20 de maio de 2019
		N.º de horas	1h
Formador	Tércio Nóbrega	Sessão n.º	4
Destinatários	Idosos com 65 ou mais anos do Bairro Sá Carneiro	Local	Sede do "Projeto Viver Melhor no Saka"

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a organização do socorro em Portugal; - Identificar as valências do número 112; - Compreender a forma correta de ligar 112; - Conhecer a forma correta de atuar em caso de AVC e EAM; - Compreender a importância da posição lateral de segurança; - Conhecer a forma correta de atuar em caso de engasgamento.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de Avaliação
Introdução	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador, participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão; - Pequena abordagem à sessão anterior; - Realização da Ficha de Avaliação de Conhecimentos 	Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Formador e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojector; - Vídeos didáticos; - Colchonete. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de Avaliação de Conhecimentos; - Ficha de Avaliação da Sessão
Desenvolvimento	30 min	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto Nacional de Emergência Médica: <ul style="list-style-type: none"> - Forma de organização e valências. - Número Europeu de Emergência Médica; - Atuação em caso de: <ul style="list-style-type: none"> - AVC; - Enfarte Agudo do Miocárdio; - Posição Lateral de Seguranças; - Engasgamento; - Prática Simulada. 			
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de Conhecimentos; - Avaliação da Sessão. 			

ANEXO XV – Fichas de avaliação de conhecimentos

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão nº 1: Hiper(A)tensão ao seu Coração – a HTA

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
1- A Hipertensão Arterial é uma doença para toda a vida.		
2- A Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública, contudo apenas no nosso país.		
3- Uma pessoa pode ter Hipertensão Arterial muitas vezes sem saber.		
4- A Hipertensão Arterial é uma doença hereditária, logo a alimentação não tem influência no aumento da tensão arterial.		
5- As gorduras e o sal em excesso são das principais causas do aparecimento da Hipertensão Arterial.		
6- As principais complicações da Hipertensão Arterial são as trombozes e o enfarte do coração.		
7- A atividade física em nada beneficia o controlo da tensão arterial.		
8- Se a tensão arterial está controlada, pode-se parar de tomar medicação.		
9- O parar de fumar, e os cuidados com o café e as bebidas alcoólicas são importantes formas de prevenção.		
10- O tratamento da Hipertensão Arterial alia as medidas de prevenção e a toma regular da medicação.		

Obrigado pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão nº 2: Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e Prática de Atividade Física

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
1- Ter uma alimentação saudável é ter apenas uma alimentação variada.		
2- A quantidade de sal máxima que devemos ingerir por dia deverá ser menos de 5g (uma colher de chá).		
3- As gorduras líquidas à temperatura ambiente são mais saudáveis, pelo que para fritar utiliza-se preferencialmente óleo alimentar.		
4- Numa refeição devemos ingerir duas mãos abertas de vegetais, o que diariamente corresponde a 3-5 porções.		
5- As carnes vermelhas são menos saudáveis que as carnes brancas.		
6- Devemos realizar 4 refeições por dia.		
7- Deve-se ingerir no máximo por dia 50g de açúcar (5 colheres de sopa).		
8- Em média devemos ingerir pelos menos 8 copos de água por dia.		
9- Realizar as atividades do dia a dia é no fundo realizar atividades físicas.		
10- A atividade física ajuda a controlar a tensão arterial e aumenta as defesas do organismo.		

Obrigado pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão nº 3: Hiper(A)tensão à Medicação

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
1- O tratamento da Hipertensão Arterial pode ser realizado com uso de fármacos ou não.		
2- Pode-se parar de tomar a medicação quando a tensão arterial está controlada.		
3- Antes de acabar a medicação recomenda-se a compra de novas caixas, de forma a evitar a falha nas tomas.		
4- O enfarte do coração e as trombozes são das complicações mais habituais da não adesão ao tratamento.		
5- O AVC é um problema apenas da velhice.		
6- O AVC hemorrágico é o tipo de AVC mais grave.		
7- Os sinais mais comuns no AVC são assimetria da face, alterações da fala e falta de força no braço.		
8- O enfarte pode provocar dificuldade em respirar e suores intensos.		
9- A dor do tipo cardíaco é uma dor em volta do coração que se estende mais ao braço direito.		
10- Tanto no AVC como no enfarte deve-se agir rapidamente, pois o prognóstico depende da rapidez de atuação.		

Obrigado pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão nº 4: Hiper(A)tensão em Situações de Emergência

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
1- O INEM é a entidade responsável pelo socorro em Portugal, e funciona através do número 115.		
2- O número de emergência médica permite o recurso a três entidades: Polícia; Bombeiros e Emergência Médica.		
3- Quando se pede ajuda médica através do número de emergência, deve-se estar preparado para responder: onde; o quê, quem e como.		
4- Em caso de AVC e Enfarte como forma de atuação, deve-se deitar a vítima para repousar, levantando as pernas.		
5- A posição lateral de segurança é utilizada em vítimas inconscientes para proteção da via aérea.		
6- Em caso de engasgamento parcial, deve-se começar por realizar compressões abdominais à vítima.		
7- Caso se engasgue estando sozinho, deve induzir o vômito para ficar melhor.		
8- Em caso de engasgamento em obesos, grávidas e crianças <1 ano, faz-se compressões no tórax invés de compressões no abdómen.		
9- A posição lateral de segurança não tem contraindicações.		
10- A chamada feita para emergência médica é atendida por enfermeiros que trabalham no INEM.		

Obrigado pela sua participação!

ANEXO XVI – Apresentação em *power-point* das sessões realizadas

POWER-POINT SESSÃO Nº 1

Escola Superior de Saúde (ISSantarem) INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM 7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Hiper(A)tensão ao seu Coração: a HTA

Orientadora: Profª Doutora Maria do Carmo Figueiredo Autor: Tércio Nóbrega

Enfº Cooperante: Catarina Afonso 29 de abril de 2019

ÍNDICE

- Objetivos;
- Projeto HiperAtensão ao seu Coração;
- Introdução;
- Conceito de Hipertensão Arterial;
- Avaliação a Tensão Arterial;
- Sintomas;
- Causas e Fatores de Risco;
- Complicações Associadas;
- Medidas de Prevenção;
- Tratamento;
- Esclarecimento de Dúvidas




HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Autor: Tércio Nóbrega

OBJETIVOS

- Conhecer o Projeto Hiper(A)tensão ao seu Coração;
- Compreender o conceito de hipertensão arterial;
- Identificar as causas e fatores de risco da hipertensão arterial;
- Conhecer as complicações da hipertensão arterial;
- Conhecer as medidas de prevenção da hipertensão arterial;
- Compreender a importância do tratamento da hipertensão arterial.

HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO



Comparação de consultas regularmente. Não abandone o tratamento. Tome a medicação conforme a orientação médica. Mantenha-se ativo regularmente. Procure o profissional de saúde para orientação quanto à sua administração.

Autor: Tércio Nóbrega

PROJETO HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Foi realizado durante os meses de janeiro e fevereiro de 2019 um diagnóstico de situação à população de idosos com 65 ou mais anos, do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro



Categoria	Porcentagem
Saúde Física	90,90%
Interferência nas Atividades	72,40%

Autor: Tércio Nóbrega

PROJETO HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Concilia os significados das palavras "Hipertensão", "Atenção" e "Coração"




HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

- Importância da vigilância da tensão arterial e a sua influência na saúde em geral e no funcionamento do coração em particular;
- Promover o aumento de conhecimentos face à HTA e a adoção de comportamentos saudáveis, capacitando os indivíduos a tomar consciência, para os fatores de risco que levam ao descontrolo da tensão arterial.

Autor: Tércio Nóbrega

PROJETO HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO



- Horizonte temporal de 4 semanas;
- 1ª Sessão: "Hiper(A)tensão ao seu Coração: A HTA" - 29/04/2019;
- 2ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física" - 06/05/2019;
- 3ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Medicação" - 13/05/2019;
- 4ª Sessão: "Hiper(A)tensão em Situações de Emergência" - 20/05/2019;
- "Hiper Peddy-paper" - 21/05/2019;
- "HiperAtensão à Vigilância da sua Saúde" - 27/05/2019

Autor: Tércio Nóbrega


INTRODUÇÃO

- A HTA é o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública a nível mundial e nacional pelas consequências, que acarreta ao nível da morbilidade, mortalidade e custos associados (DGS, 2014);
- Afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras (WHO, 2013);
- Aproximadamente metade dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014);
- Segundo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), através Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, concluiu que 2,4 milhões de portugueses têm HTA:
 - 40 % homens e 32% das mulheres;
 - 62,6% na população com "nenhuma escolaridade ou com o primeiro ciclo" tem HTA, enquanto na população com "ensino superior" 15,5% ;
 - 65% dos reformados, domésticos ou estudantes têm hipertensão, enquanto a taxa de hipertensos desempregados ronda os 30% e a dos empregados se fixa nos 24,7%;
 - 70% da população acima dos 65 anos tem HTA e, entre os 25 e os 34 anos cerca de 6% são hipertensos.

Autor: Tércio Nóbrega

PRESSÃO ARTERIAL

- Pressão que o sangue exerce sobre a parede das artérias;



- Esta pressão é exercida pelo coração, ao bombear o sangue para todas as partes do corpo, levando oxigénio e nutrientes;
- Pressão arterial "máxima" ou sistólica, corresponde à contração do coração;
- Pressão arterial "mínima" ou diastólica, corresponde ao relaxamento.

Quando esta pressão é maior que o normal

↓


**Hipertensão Arterial
(Tensão Arterial Elevada)**

Autor: Tércio Nóbrega

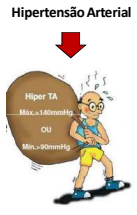
HIPERTENSÃO ARTERIAL

- É uma doença crónica;
- Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia em Portugal (2019) existem cerca de 2 milhões de hipertensos;
- Destes apenas:
 - 50% sabe que sofre da doença;
 - 25% está medicado;
 - 11% tem a TA efetivamente controlada.

Muitas vezes não se sente, mas mede-se



Hipertensão Arterial



Hiper TA
Máx. > 160mmHg
OU
Mín. > 90mmHg

Autor: Tércio Nóbrega

AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL


- Monitores com a braçadeira no braço ou pulso são fiáveis se o pulso estiver ao nível do coração;
- A braçadeira:
 - Adaptada ao perímetro braquial;
 - Centrada sobre a artéria, 2 a 3 cm acima do cotovelo;
 - Se o tamanho não for adequado para o braço, colocar no antebraço;
 - Não colocar num braço do lado mastectomizado ou com fístula para hemodiálise.
- Pessoa em decúbito dorsal ou sentada com o braço a nu. Evitar manga arregaçada (braço apertado);
- Escolha um local tranquilo com a temperatura amena;
- Repouse 5-10 min antes da avaliação;
- Evite café, álcool ou tabaco 1h antes da avaliação;
- Bexiga vazia;
- Anote o dia, hora e valor.




Autor: Tércio Nóbrega

SINTOMAS

- Assintomática (doença silenciosa);
- Em casos de hipertensão bastante elevada:
 - Dores de cabeça;
 - Tonturas;
 - Mal-estar geral;
 - Alterações visuais;
 - Hemorragia nasal.



Autor: Tércio Nóbrega

CAUSAS/FATORES DE RISCO

- Idade acima dos 60 anos;
- Fatores genéticos;
- Raça;
- Excesso de gorduras;
- Excesso de peso;
- Excesso de sal;
- Falta de exercício físico;
- Tabagismo;
- Consumo exagerado de bebidas alcoólicas;
- Stress;
- Diabetes Mellitus.



Autor: Tércio Nóbrega

CAUSAS/FATORES DE RISCO

Fatores NÃO MODIFICÁVEIS:

HEREDITARIEDADE IDADE e GÊNERO RAÇA

Autor: Tércio Nóbrega

CAUSAS/FATORES DE RISCO

Fatores MODIFICÁVEIS:

STRESS QUOTIDIANO SEDENTARISMO TABAGISMO OBESIDADE E DIABETES CONSUMO EXCESSIVO DE ALCOOL, CAFÉ E BEBIDAS ESTIMULANTES CONSUMO EXCESSIVO DE SAL

Autor: Tércio Nóbrega

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

AVC Cegueira Ataque Cardíaco Insuficiência Renal Insuficiência Cardíaca

Prevenir é o melhor remédio

Autor: Tércio Nóbrega

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Faça uma **ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA** Seguindo as recomendações da **RODA DOS ALIMENTOS**

Reduza o consumo de **SAL e PRODUTOS SALGADOS**

Controle o consumo de **GORDURAS e AÇÚCARES**

Autor: Tércio Nóbrega

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Modere o consumo de **BEBIDAS ALCOÓLICAS, CAFÉ E OUTRAS BEBIDAS ESTIMULANTES**

Alie os **CUIDADOS ALIMENTARES** à prática de **ATIVIDADE FÍSICA**

Autor: Tércio Nóbrega

TRATAMENTO

- o A HTA é uma doença crônica. Pode ser controlada, mas não curada;
- o A melhor forma de controlar a hipertensão além de cumprir as medidas de prevenção é:
 - Tomar a medicação a tempo e horas;
 - Não interromper apesar de apresentar valores normalizados;
 - Antes de acabar a medicação comprar novas caixas;
 - Não aceitar conselhos ou opiniões de amigos para associar medicamentos.

A escolha depende **do médico** e baseia-se no tipo de hipertensão arterial, idade, existência ou não de outras doenças e nas reações de cada indivíduo aos medicamentos.

Autor: Tércio Nóbrega

LEMBRE-SE...

- ✓ Tome sempre a medicação
- ✓ Pratique atividade física
- ✓ Faça uma alimentação equilibrada

A HTA não tem cura mas tem **CONTROLO**

MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS



Obrigado pela vossa atenção!

Autor: Tércio Nóbrega

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 01 de março 2019 em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-s-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019). Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Ministério da Saúde (2014). Hipertensão Arterial. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/>.

Ministério da Saúde (2009). Doenças Cardiovasculares. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/>.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014). Guielines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 39, pp. 4-91. Acedido a 01 de março 2019 em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.

World Health Organization (2013). A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis. Acedido 01 de março 2019 em: http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

Autor: Tércio Nóbrega

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



Autor: Tércio Nóbrega

POWER-POINT SESSÃO Nº 2

Escola Superior de Saúde (ISSantarem)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
CCP - Saúde Santarém



Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física

Orientadora:
Profª Doutora
Maria do Carmo Figueiredo

Autor:
Tércio Nóbrega

Enfª Cooperante:
Catarina Afonso

06 de maio de 2019

ÍNDICE

- Objetivos;
- Conceito de Alimentação Saudável;
- Constituição dos alimentos e porções recomendadas;
- Sal e porções recomendadas;
- Consequências do sal;
- Sugestões para substituir o sal;
- Regras de uma alimentação saudável;
- Conceito de Atividade Física;
- Benefícios da atividade física;



Autor: Tércio Nóbrega

OBJETIVOS

- Compreender o conceito de alimentação saudável;
- Identificar regras de alimentação saudável;
- Compreender a importância das porções dos nutrientes na alimentação;
- Identificar a quantidade de ingestão de água recomendada por dia;
- Compreender a importância da redução do sal na alimentação;
- Identificar as gorduras mais saudáveis na confeção;
- Compreender a importância da redução do açúcar na alimentação;
- Compreender o conceito de atividade física;
- Identificar os benefícios da atividade física.

Autor: Tércio Nóbrega

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- Completa;
- Equilibrada;
- Variada.

Autor: Tércio Nóbrega

CONSTITUINTES ALIMENTARES

Os alimentos podem ser constituídos por:

- Hidratos de Carbono/ Açúcares;
- Fibras alimentares
- Proteínas;
- Lípidos/Gorduras;
- Vitaminas e Sais Minerais;
- Água



Autor: Tércio Nóbrega


AÇÚCARES E FIBRAS

- São a principal fonte de energia;
- Conferem saciedade;
- Ajudam a controlar a glicémia;
- Favorecem o trânsito intestinal regular;
- Em excesso deposita-se no organismo em forma de gordura;
- Ingerir 4 a 11 porções por dia.



Hidratos de carbono
Punho fechado.

Gorduras e açúcares
O tamanho da ponta do seu dedo indicador como máximo.





Autor: Tércio Nóbrega


PROTEÍNAS

- São utilizadas para a construção de órgãos, músculos, etc;
- Em quantidades exageradas compromete a função renal;
- Preferir sempre peixe à carne;
- Preferir carnes brancas a vermelhas;
- Comer até 2 ovos por semana em média;
- Ingerir 1,5 a 4,5 porções por dia.

Proteína
A palma da mão e a altura do dedo mindinho.



Porção → 



Autor: Tércio Nóbrega

LÍPIDOS/GORDURAS

- São necessárias mas, o seu consumo deve ser cuidadoso;
- Permitem o fornecimento de energia a longo prazo;
- Para fritar utilize azeite, banha ou óleo de amendoim;
- Ingerir 1 a 3 porções por dia.

Gorduras e açúcares
O tamanho da ponta do seu dedo indicador como máximo.

Queijos
Mede-se juntando o dedo indicador e o médio.



Porção → 



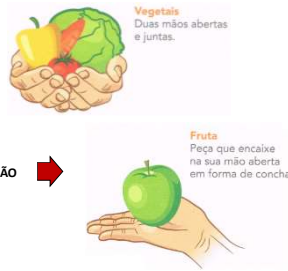
Autor: Tércio Nóbrega


VITAMINAS E SAIS MINERAIS


- Ingerir 400 g por dia;
- Consumir 3 a 5 porções por dia;
- Ingerir 3 a 4 peças de fruta por dia;
- A fruta deve-se ingerir crua e de preferência com casca

Vegetais
Duas mãos abertas e juntas.

Fruta
Peça que encaixe na sua mão aberta em forma de concha.



Porção → 



Autor: Tércio Nóbrega

COMO DIVIDIR UM PRATO

Um prato saudável não tem de ser um prato vazio! Um prato saudável é um prato cheio de alimentos deliciosos, que lhe fazem bem e deixam saciado. Por exemplo:



- 1 Proteína Vegetal: Grão, lentilhas, feijão
- 2 Proteína Animal: Peixe, frango e carne vermelha (em pequenas quantidades)
- 3 Verduras e saladas: Alface, pepino, couve roxa, brócolos, espinafres
- 4 Hidratos de carbono: Batata, arroz, massa (se possível integral)

Autor: Tércio Nóbrega

ÁGUA

- A água é o principal constituinte do corpo humano (entre 70% a 75%);
- A água demora entre 30 a 60 minutos a ser distribuída pelo organismo, logo, a hidratação não vai ser imediata;
- Beber água ao longo do dia mesmo sem sede;
- Ingerir 1,5 a 3 Litros de água por dia, ou 8 a 10 copos por dia

Hidratação

- Cognição cerebral
- Sistema circulatório
- Sistema respiratório
- Sistema gastrointestinal
- Sistema urinário
- Regulação da temperatura corporal

1,5 L por dia → 8 copos por dia



Autor: Tércio Nóbrega

COMO HIDRATAR

Hidratação

- ÁGUA
- CHÁS E INFUSÕES
- FRUTA E HORTÍCOLAS
- SOPA



Autor: Tércio Nóbrega

SAL

- Utilizado desde há muito tempo na alimentação:
 - Devido a propriedades de conservação, aumentando a sua durabilidade;
 - Melhora o sabor e aroma dos alimentos;
- O sódio é essencial para o organismo:
 - Controla o equilíbrio da água,
 - Contribui para transmitir os impulsos nervosos do cérebro por todo o corpo;
 - Permitir a contração muscular;
 - Participa na regulação do ritmo cardíaco.




Em excesso, traz graves consequências

Autor: Tércio Nóbrega

SAL

1000mg de sal = 400 mg de sódio

colher de:

sopa sobremesa chá



➔

Segundo a OMS (2016) deve-se ingerir menos de 5g de sal, ou menos de 2g de sódio



Autor: Tércio Nóbrega

ALIMENTOS COM MUITO SAL

- Produtos de charcutaria, alimentos fumados;
- Sopas instantâneas;
- Caldos concentrados;
- Rissóis, croquetes, pastéis de bacalhau e fritos em geral;
- Folhados;
- Alimentos enlatados;
- Molhos;
- Refeições congeladas e prontas a consumir;
- Determinados tipos de queijos (aconselha-se os queijos frescos);
- Margarinas, manteigas e outras gorduras para barrar;
- Azeitonas;
- Águas minerais gasificadas.



Autor: Tércio Nóbrega

ALIMENTOS COM MUITO SAL

ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE SÓDIO



Alimento	Teor de Sódio (mg)
1 colher de queijo ralado (10g)	100
1 cubo de caldo de galinha	2156
1 unidade de pão francês (50g)	324
1 pacote de macarrão instantâneo + tempero	1512
1 lata de gergelmeio (20g)	330
1 colher de molho de soja (15g)	855
1 colher, hot dog (42g)	497
5 pedaços de mortadela (42g)	578

Autor: Tércio Nóbrega

CONSEQUÊNCIAS DO SAL

- Aumento do risco do aparecimento de determinados tipos de cancro (ex. estômago);
- Aumenta a tensão arterial;
- Risco aumentado de doenças cardiovasculares;
- Sobrecarga do funcionamento renal;
- Maior retenção de líquidos pelo organismo, o que implica o aumento do peso e contribui para o aparecimento de celulite.




Autor: Tércio Nóbrega

SUGESTÕES PARA REDUZIR CONSUMO DE SAL

- Diminua a quantidade de sal que adiciona durante a confeção dos alimentos, utilizando ervas aromáticas, especiarias, vinho ou sumo de limão para temperar a comida;
- Não leve o saleiro para a mesa;
- Deixe a carne e o peixe a marinar, antes de os confeccionar, em vinha de alhos ou com outros temperos sem sal.

➔

ATENÇÃO À FLÔR DE SAL!

É sal Marinho, no entanto, apesar de na sua composição ter outros sais, como, Magnésio e Potássio, não deixa de ter um alto teor de SÓDIO (SAL)!!

Autor: Tércio Nóbrega

SUBSTITUTOS DO SAL

Uso mais comum						
Alho	x					x
Alcaparra	x	x				
Alcarrim	x	x		x		x
Alho	x	x				x
Anis ou ervadoce	x	x				
Cardamomo	x	x				x
Caril	X (aves)	x	x			
Cebola	x	x		x		
Cebolinho		x		x		x

Autor: Tércio Nóbrega

SUBSTITUTOS DO SAL

Uso mais comum						
Coentros	x	x	x	x		x
Colorau ou pimenta	x	x				
Cominho	x					
Erva-cidreira					x	
Estragão		x		x	x	
Funcho				x	x	
Gengibre	x	x	x	x	x	x
Hortelã	x			x	x	x
Louro	x	x				x
Manjerição	x	x				x

Autor: Tércio Nóbrega

SUBSTITUTOS DO SAL

Uso mais comum						
Oregãos	x			x		
Salva	x	x				x
Salsa	x	x	x	x		x
Salicórnica "Sal verde"		x	x	x		
Oregãos	x			x		
Tomilho	x	x		x		

Autor: Tércio Nóbrega

REGRAS DE OURO

- Fazer pelo menos 5 refeições por dia, de preferência a horas certas;
- Não ficar mais de 3h30 sem comer;
- Não comer em demasia;
- Mastigar bem os alimentos;
- Comer sopa todos os dias;
- Ingerir 8 a 10 copos de água por dia;
- Ingerir pelo menos 5 porções de vegetais;
- Preferir carnes brancas a carnes vermelhas;
- Consumir mais peixe que carne;
- Preferir cozidos e grelhados, evitando os fritos e para fritar utilizar azeite, banha ou óleo de amendoim;
- Evitar gorduras sólidas à temperatura ambiente;

Gordura Alimentar	Temperatura da qual a inicia a derreção
Avante	220° C
Banha	210° C
Óleo de amendoim	180° C
Óleo de sementes (óleo alimentar, de milho, girassol, etc)	160° C
Margarinas e outras gorduras para tostar	140° C
Manteiga	120° C

Gorduras Alimentares

Valorizar o consumo de alimentos ricos em Gorduras Ômega 3

Diminuem a concentração de Colesterol nas artérias, facilitando a passagem do sangue!

Autor: Tércio Nóbrega

REGRAS DE OURO

- Não levar saleiro para a mesa;
- Aumentar a ingestão de cereais integrais;
- Diminuir o consumo de açúcar e de refrigerantes;
- Moderar o consumo de café (menos 300mg cafeína/dia);
- Moderar o consumo de álcool;
- Evitar deitar-se imediatamente a seguir à refeição.

ONDE ESTÁ O AÇÚCAR

EFETOS DAS FIBRAS ALIMENTARES, DO ALHO E DO CHÁ DE FOLHA DE OLIVEIRA

✓ Favorecimento da diminuição da absorção das gorduras e açúcares

✓ Presença de compostos fenólicos antioxidantes

✓ Presença de substâncias que favorecem a diluição do sangue

Favorem a ↓ da Tensão Arterial

Nota: (90g) Provocam o aumento das batidas cardíacas, potenciando o aumento da Tensão Arterial

Bebida (grau alcoólico)	Ingestão máxima admitida / dia Homens	Mulheres
Cerveja (5°)	3 copos fino/imperial	2 copos fino/imperial
Vinho (12°)	2 copos pequenos	1 copo pequeno
Whisky (40°)	1/3 de copo	1/5 de copo

Autor: Tércio Nóbrega

ATIVIDADE FÍSICA

Exercício Físico

Todos os movimentos humanos e muitos tipos de atividades, tais como passatempos, exercícios, desportos de competição ou atividades quotidianas

≠

Atividade Física

Realização durante pelo menos 10 min sem paragens

Autor: Tércio Nóbrega

LEMBRE-SE...

- ✓ Tome sempre a medicação
- ✓ Pratique atividade física
- ✓ Faça uma alimentação equilibrada

A HTA não tem cura mas tem **CONTROLO**

MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS

Obrigado pela vossa atenção!

Autor: Tércio Nóbrega

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Direcção Geral de Saúde (2016). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde (s.d.). *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS - Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde. Direcção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019). Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) (2016). *1ª Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Ministério da Saúde (2014). *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/>.

Ministério da Saúde (2009). *Doenças Cardiovasculares*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/>.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial*. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, pp. 4-91. Acedido a 01 de março 2019 em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.

World Health Organization (2013). *A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis*. Acedido 01 de março 2019 em: http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

Autor: Tércio Nóbrega

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Author: Tércio Nóbrega

POWER-POINT SESSÃO Nº 3

Escola Superior de Saúde (IP Santarém) INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM 7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO


Hiper(A)tensão à Medicação

Orientadora: Profª Doutora Maria do Carmo Figueiredo Autor: Tércio Nóbrega

Enfª Cooperante: Catarina Afonso 13 de maio de 2019

ÍNDICE

- Objetivos;
- Factos importantes sobre HTA;
- Tipos de Tratamento;
- Importância do Tratamento;
- Complicações associadas;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Enfarte Agudo do Miocárdio.



Autor: Tércio Nóbrega

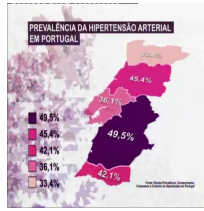
OBJETIVOS

- Identificar as diferentes tipologias de tratamento da HTA;
- Compreender a importância da toma da medicação no controle da HTA;
- Identificar recomendações no tratamento medicamentoso da HTA;
- Conhecer as complicações mais prevalentes do descontrolo da tensão arterial;
- Conhecer os diferentes tipos de AVC;
- Identificar sinais e sintomas mais comuns no AVC e no EAM;
- Descrever as características da dor cardíaca;
- Compreender a importância de agir rapidamente para que o tratamento seja mais eficaz, tanto no AVC como no EAM;

Autor: Tércio Nóbrega

FACTOS IMPORTANTES

- A HTA afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras (WHO, 2013);
- Aproximadamente 50% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014);
- Segundo INSA (2016) em Portugal existem que 2,4 milhões de hipertensos:
 - 40 % homens e 32% das mulheres;
 - 70% da população acima dos 65 anos tem HTA;
- Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019):
 - 50% sabe que sofre da doença;
 - 25% está medicado;
 - 11% tem a TA efetivamente controlada.



PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL

49,5%
45,4%
42,1%
36,1%
33,4%

Autor: Tércio Nóbrega

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO



Não Farmacológico

CONSUMO EXCESSIVO DE ALCOOL, CAFÉ E BEBIDAS ESTIMULANTES

Autor: Tércio Nóbrega


TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Farmacológico

- No seguimento da HTA as visitas devem ser frequentes, até a TA estar estabilizada;
- Os hipertensos com HTA ligeira podem ser observados de 6 em 6 meses;
- Os hipertensos com HTA moderada/ grave devem ser acompanhados de forma mais regular (3/3 meses);

↓


A interrupção do tratamento em utentes controlados descontrola a Tensão Arterial



Autor: Tércio Nóbrega


TRATAMENTO

- A HTA é uma doença crónica. Pode ser controlada, mas não curada;
- A melhor forma de controlar a hipertensão além de cumprir as medidas de prevenção é:
 - Tomar a medicação a tempo e horas;
 - Não interromper apesar de apresentar valores normalizados;
 - Antes de acabar a medicação comprar novas caixas;
 - Não aceitar conselhos ou opiniões de amigos para associar medicamentos.




↓

A escolha depende **do médico** e baseia-se no tipo de hipertensão arterial, idade, existência ou não de outras doenças e nas reações de cada indivíduo aos medicamentos.



Autor: Tércio Nóbrega

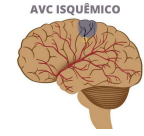
COMPLICAÇÕES

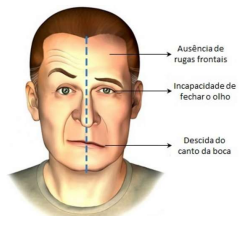


Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

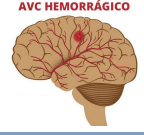
AVC ISQUÊMICO





Ausência de rugas frontais
Incapacidade de fechar o olho
Descida do canto da boca

AVC HEMORRÁGICO




Autor: Tércio Nóbrega

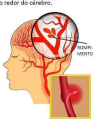
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

- O AVC vulgarmente designado por trombose, é uma das maiores causas de morte em Portugal;
- Pode ocorrer em qualquer idade;
- Deve-se essencialmente ao sedentarismo e a hábitos alimentares subjacentes.
- Muitas vezes está associado a outras doenças como cardiovasculares, diabetes;
- Existem dois tipos de AVC:
 - Formação de trombo (AVC Isquémico),
 - Rompimento de vaso (AVC Hemorrágico).

AVC ISQUÊMICO
Um coágulo bloqueia o fluxo sanguíneo para uma área do cérebro.



AVC HEMORRÁGICO
O sangramento ocorre dentro ou ao redor do cérebro.

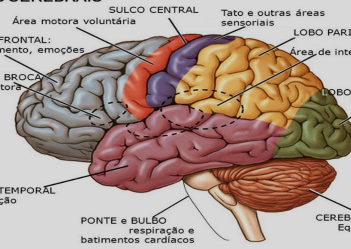


Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

LOBOS CEREBRAIS

- SULCO CENTRAL: Área motora voluntária
- LOBO FRONTAL: Pensamento, emoções
- ÁREA DE BROCA: Parte motora da fala
- LOBO TEMPORAL: Audição
- PONTE e BULBO: respiração e batimentos cardíacos



- Tato e outras áreas sensoriais
- LOBO PARIETAL: Área de interpretação
- LOBO OCCIPITAL: Visão
- CEREBELO: Equilíbrio

Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Olhe abaixo e diga as CORES, não as palavras:

AMARELO AZUL LARANJA
PRETO VERMELHO VERDE
ROXO AMARELO VERMELHO
LARANJA VERDE PRETO
AZUL VERMELHO ROXO
VERDE AZUL LARANJA

Conflito no Cérebro!
 O lado direito do seu cérebro tenta dizer a cor, mas o lado esquerdo insiste em dizer a palavra.

Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

AVC Isquémico

AVC Hemorrágico

Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

**AVC GRANDES
ORIGINAM MUITOS
SINTOMAS**

**AVC PEQUENOS
ORIGINAM POUCOS
SINTOMAS**

Autor: Tércio Nóbrega

SINAIS E SINTOMAS

**O INÍCIO
DOS
SINAIS
DE
AVC
É
SÚBITO**

Alterações na Fala

DISARTRIA

Autor: Tércio Nóbrega

SINAIS E SINTOMAS

- Alterações do estado de consciência;
- Fortes dores de cabeça;
- Visão turva;
- Pulsação forte;
- Perda de equilíbrio;
- Incontinência urinária e fecal;
- Sonolência ou perda de consciência.

Autor: Tércio Nóbrega

HIPERLIPIDEMIA

TRATAMENTO

O AVC TEM TRATAMENTO ? → **SIM**

POR CADA MINUTO DE ATRASO NO TRATAMENTO PERDE-SE MUITO CÉREBRO

Autor: Tércio Nóbrega

HIPERLIPIDEMIA

TRATAMENTO

TEMPO É CÉREBRO

DOENTE CHEGA AO HOSPITAL COM 1H DE EVOLUÇÃO

Recupera-se 1 em cada 2 doentes

Autor: Tércio Nóbrega

HIPERLIPIDEMIA

TRATAMENTO

TEMPO É CÉREBRO

DOENTE CHEGA AO HOSPITAL COM 3H DE EVOLUÇÃO

Recupera-se só 1 em cada 3 ou 4 doentes

Autor: Tércio Nóbrega

HIPERLIPIDEMIA

TRATAMENTO

TEMPO É CÉREBRO

DOENTE CHEGA AO HOSPITAL COM 4H DE EVOLUÇÃO

Recupera-se só 1 em cada 10 doentes

Autor: Tércio Nóbrega

HIPERLIPIDEMIA

TRATAMENTO

TEMPO É CÉREBRO

DOENTE CHEGA AO HOSPITAL COM 6H DE EVOLUÇÃO

Pouco se pode fazer

Autor: Tércio Nóbrega

HIPERLIPIDEMIA

TRATAMENTO

FIBRÍNOLISE

ANGIOPLASTIA

Autor: Tércio Nóbrega

HOSPITAL ALTO LAGO **Serviço Superior de Saúde (SSS)** **CCSC e Unidade de Saúde**

O QUE FAZER

O AVC É UMA URGÊNCIA

AVC **112** **INEM** **UNIDADE AVC**
CUIDADOS DE FASE AGUDA

IDENTIFICAR PRIMEIROS SINTOMAS E ACCIONAR OS MEIOS DE URGÊNCIA

VIA VERDE **H**
VIA VERDE INTRA-HOSPITALAR

0h 30m 1h 1h30 Quanto mais depressa, melhor!!!

COMO ATUAR

↓

Próxima Sessão 20 de maio



Autor: Tércio Nóbrega

HOSPITAL ALTO LAGO **Serviço Superior de Saúde (SSS)** **CCSC e Unidade de Saúde**

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO



Autor: Tércio Nóbrega

HOSPITAL ALTO LAGO **Serviço Superior de Saúde (SSS)** **CCSC e Unidade de Saúde**

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

o Sintoma que mais preocupações provoca, uma vez que é normalmente associado às situações cardíacas;

o Nem toda a dor no peito é de origem cardíaca;

o Angina de peito instável é diferente de EAM;




Autor: Tércio Nóbrega

HOSPITAL ALTO LAGO **Serviço Superior de Saúde (SSS)** **CCSC e Unidade de Saúde**

SINAIS E SINTOMAS

- o Dor pericárdica:
 - Facada;
 - Opressão;
 - Esmagamento;
 - Aperto.
- o Dor que pode irradiar;
- o Dificuldade em respirar;
- o Náuseas ou vômitos;
- o Alterações do ritmo cardíaco;
- o Sensação de desmaio;
- o Suores intensos.



Autor: Tércio Nóbrega

HOSPITAL ALTO LAGO **Serviço Superior de Saúde (SSS)** **CCSC e Unidade de Saúde**

TRATAMENTO

ANGIOPLASTIA **FIBRINÓLISE**



Recomendável até 1h do início da dor

Utilizada depois de 1h do início da dor

Autor: Tércio Nóbrega

HOSPITAL ALTO LAGO **Serviço Superior de Saúde (SSS)** **CCSC e Unidade de Saúde**

O QUE FAZER

NO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO Cada segundo conta

Dor no peito, suores, náuseas, vômitos, falta de ar e ansiedade SÃO SINTOMAS DE ALARME

COMO ATUAR

↓

Próxima Sessão 20 de maio



Autor: Tércio Nóbrega

LEMBRE-SE...



- ✓ Tome sempre a medicação
- ✓ Pratique atividade física
- ✓ Faça uma alimentação equilibrada

A HTA não tem cura mas tem **CONTROLO**

MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS



Obrigado pela vossa atenção!

Autor: Tércio Nóbrega

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 01 de março 2019 em: <http://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019). Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). Manual de Tripulante de Ambulância. Lisboa: INEM. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/O-Tripulante-de-Ambulancia-3da-Edicao.pdf>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) (2016). 1ª Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Ministério da Saúde (2014). Hipertensão Arterial. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.

Ministério da Saúde (2009). Doenças Cardiovasculares. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guiadlines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 39, pp. 4-91. Acedido a 01 de março 2019 em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.

World Health Organization (2013). A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis. Acedido 01 de março 2019 em: http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

Autor: Tércio Nóbrega

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



Autor: Tércio Nóbrega

POWER-POINT SESSÃO Nº 4

Escola Superior de Saúde (IP Santarém) INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM 7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Hiper(A)tensão em Situações de Emergência

Orientadora: Profª Doutora Maria do Carmo Figueiredo Autor: Tércio Nóbrega

Enfª Cooperante: Catarina Afonso 20 de maio de 2019

ÍNDICE


- Objetivos;
- Instituto Nacional de Emergência Médica;
- Número Europeu de Emergência Médica;
- Como atuar em caso de:
 - AVC;
 - Enfarte Agudo do Miocárdio;
 - Posição Lateral de Segurança;
 - Engasgamento;
 - Prática Simulada.



Autor: Tércio Nóbrega

OBJETIVOS

- Conhecer a organização do socorro em Portugal;
- Identificar as valências do número 112;
- Compreender a forma correta de ligar 112;
- Conhecer a forma correta de atuar em caso de AVC e EAM;
- Compreender a importância da posição lateral de segurança;
- Conhecer a forma correta de atuar em caso de engasgamento.



Autor: Tércio Nóbrega

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA


Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

- Organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.



Autor: Tércio Nóbrega


COMO LIGAR 112



- Identificar-se;
- Localização da situação a socorrer;
- Estado da vítima;
- Quantas vítimas;
- Tipo de acidente;
- Antecedentes e medicação da vítima;

↓

Onde?
O Quê?
Quem?
Como?




Autor: Tércio Nóbrega

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Subsistemas:

- Centro de Informação Antivenenos (CIAV);
- Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU);
- Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar (CODU-MAR).



Autor: Tércio Nóbrega

MEIOS DE SOCORRO

Autor: Tércio Nóbrega

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

AVC ISQUÊMICO

Ausência de rugas frontais
Incapacidade de fechar o olho
Desvio do canto da boca

AVC HEMORRÁGICO

Autor: Tércio Nóbrega

O QUE FAZER

- Manter uma atitude calma e segura;
- Acalmar a vítima;
- Se a vítima estiver consciente, deite-a com a cabeça ligeiramente elevada (cerca de 30º a 45º) e esta lateralizada para que a saliva possa sair da boca;
- Desaperte a roupa que possa impedir a ventilação e a circulação;
- Crie um ambiente calmo e relaxante em torno da vítima;
- Se a vítima estiver inconsciente, verifique se respira e coloque-a em PLS (posição lateral de segurança);
- Envie a vítima rapidamente para o hospital, ativando o sistema de socorro (112).

Autor: Tércio Nóbrega

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Autor: Tércio Nóbrega

O QUE FAZER

- Incentivar a vítima a evitar qualquer esforço;
- Colocar a vítima numa posição confortável;
- Identificar se é o primeiro episódio, se existem doenças anteriores e se faz medicação;
- Ligar 112 e responder com calma às perguntas que são feitas, fornecendo as informações recolhidas anteriormente;
- Aguardar pelo socorro.

Autor: Tércio Nóbrega

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

Autor: Tércio Nóbrega

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

Restrições:
Causa desconhecida;
Vítimas de trauma.

Autor: Tércio Nóbrega

ENGASGAMENTO

Autor: Tércio Nóbrega

ENGASGAMENTO

- Ocorre na maioria das situações em que a vítima se encontra inconsciente, em resultado do relaxamento da língua ou da ocorrência de um vômito;
- Pode também surgir em vítimas conscientes, resultado do alojamento de um corpo estranho na via aérea, sendo frequente em crianças e idosos;
- Amendoim, feijão, legos, comida, etc.....pode ser aspirado e alojarem-se nas vias aéreas superiores ou inferiores.

Autor: Tércio Nóbrega

ENGASGAMENTO

QUADRO 1
Frequência da localização do corpo estranho na via respiratória

Localização	Frequência (%)
Superior	5%
Superior e Inferior	5%
Superior, Inferior e Médio	26%
Inferior	5%
Inferior e Médio	13%
Inferior e Superior	15%

Autor: Tércio Nóbrega

O QUE FAZER

- Perceber se a obstrução é parcial ou total;
- Caso a obstrução seja parcial, ou seja, a vítima tosse, chora e fala, o socorrista não deve interferir e deve encorajar a vítima a tossir;
- Caso a vítima não chore, não fale, nem emita qualquer som, o socorrista deve aplicar os seguintes procedimentos:
 - De imediato efetuar 5 pancadotas com a base da mão entre as omoplatas da vítima;

Autor: Tércio Nóbrega

O QUE FAZER

○ Caso não resulte, efetuar 5 compressões abdominais entre a extremidade do esterno e o umbigo (Manobra de Heimlich).

Exceções:

- Grávidas;
- Obesos;
- Crianças < 1 ano

5 compressões no tórax

Autor: Tércio Nóbrega

O QUE FAZER

VÍTIMA INCONSCIENTE



Autor: Tércio Nóbrega

O QUE FAZER

SOZINHO



Autor: Tércio Nóbrega

LEMBRE-SE...

MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS



Obrigado pela vossa atenção!

Autor: Tércio Nóbrega

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 01 de março 2019 em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2016). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019) . Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). Manual de Tripulante de Ambulância. Lisboa: INEM. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/O-Tripulante-de-Ambul%C3%A2ncia.pdf>

Ministério da Saúde (2014) Hipertensão Arterial. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.

Ministério da Saúde (2009) Doenças Cardiovasculares. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, pp. 4-91. Acedido a 01 de março 2019 em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014_final.pdf.

Autor: Tércio Nóbrega

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



Autor: Tércio Nóbrega

ANEXO XVII – Planificação do *Peddy-Paper*



INSTRUÇÕES DE ORIENTAÇÃO

Local de partida: Contentores da NHC

Posto 1-Avaliação da Tensão Arterial: Tércio Nóbrega

Material: mesa, 2 cadeiras, tensiómetro

Avalie a sua tensão arterial

1) Está bem ou mal? Porquê? (R: $\leq 140/90$ mmHg)

R: _____

Tensão arterial: Valores: Máxima_____ Mínima_____

PISTA: VÁ ATÉ AO BLOCO 11 E 12

2) Quantas varandas de madeira têm o bloco 11 e 12? (R: 16)

R: _____

PISTA: AGORA VÁ ATÉ AO BLOCO 17

Posto 2-Alimentação: Fisioterapeuta Julyanne

Material: cesto de fruta com bananas, maçãs e peras, cadeira

3) Qual a quantidade de sal máxima que devemos ingerir por dia? (R: Menos que uma colher de chá)

R: _____

4) Quantas caixas de correio tem o bloco 17? (R: 9)

R: _____

PISTA: VÁ ATÉ AO CAMPO DE DESPORTO

Posto 3-Atividade Física: Dr. Cristina

Material: águas, cadeira

5) Qual o tempo mínimo recomendado para atividade física? (R: ≥ 30 min)

R: _____

6) Quantos pilares/postes de metal tem a vedação do campo? (R: 75)

R: _____

PISTA: VÁ ATÉ AO BLOCO 25

Posto 4- Medicação: Enf. Catarina

7) Devemos interromper o tratamento quando a tensão arterial está normalizada? (R: F)

V

F

8) Num dos topos do bloco 25, num muro, está uma placa alusiva ao incentivo/apoio do fundo comunitário, como se chama? (R: Portugal 2020)

R: _____

PISTA: VÁ ATÉ AO PARQUE INFANTIL

Posto 5- Atuação em Emergência: Prof. Paulo Silva

9) Quais as consequências mais comuns da tensão arterial elevada? (R: AVC; EAM; Retinopatias; Insuficiência cardíaca e renal).

R: _____

Quantas mesas de cimento tem este parque? (R: 5)

R: _____

Existe uma rotunda que consegue ver e a construção que está no meio da rotunda é alusiva a uma atividade económica da nossa região, qual é? (R: cerâmica)

R: _____

Ano de inauguração do bairro? (R: 1985)

1982

1985

1995

Quantos blocos tem o bairro? (R: 26)

26



28

29

PISTA FINAL: VÁ ATÉ AO POSTO 1

ANEXO XVIII – Cartão informativo e folheto sobre a HTA


CARTÃO INFORMATIVO

 Associação Portuguesa de AVC								
Nome:								
Morada:								
Nº Utente:			Ult. Refeição (Tempo):					
Idade:			TIm:					
Data	kg Peso	cm Cintur	cm Altura	IMC	Glic.	TA+	TA-	Pulso
. .								
Factores de Risco Cardio-Vasculares								

FOLHETO SOBRE A HTA

Complicações da Hipertensão Arterial

- AVC (Acidente vascular cerebral);
- Angina de Peito;
- Enfarte do Miocárdio;
- Arteriosclerose;
- Insuficiência Cardíaca;
- Insuficiência Renal;
- Retinopatias.




A Hipertensão é uma doença que pode não apresentar sintomas, mas vai lesando os órgãos, devendo avaliar-se regularmente os valores de Tensão Arterial.


Interpretação dos Valores

NORMAL	ALTA	HIPERTENSÃO
inferior 130	entre 130 e 140	superior 140
inferior 80	entre 80 e 90	superior 90


A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL É A MELHOR SOLUÇÃO!



Estudante da Especialidade em Enfermagem Comunitária
Enf.º Tércio Nóbrega




UCC
Dr. ARNALDO SAMPAIO



HIPERTENSÃO ARTERIAL

PROJETO




maio, 2019

O que é a Hipertensão Arterial ?

A Hipertensão Arterial é uma doença cardiovascular, definida pela elevação permanente da pressão sanguínea arterial.

Considerase hipertenso quando os valores de tensão são superiores ou iguais a 140/90 mmHg, por várias avaliações.



1 em cada 3 portugueses sofre de hipertensão!


SINTOMAS

A hipertensão é uma doença silenciosa, contudo pode apresentar sintomas como:

- Dores de cabeça;
- Visão desfocada;
- Tonturas;
- Náuseas;
- Palpitações;
- Zumbidos.


Cuidados a ter

Reduzir a ingestão de sal na alimentação de modo gradual, devendo reduzir o consumo de sal até um limite diário de 5 gramas por dia (uma colher de chá).




Preferir cozidos e grelhados, em detrimento de fritos ou assados, realizando uma dieta pobre em gorduras, dando preferência a legumes, saladas, frutas e peixe.

- Vigiar o seu peso





Praticar atividade física regularmente, permitindo fortalecer o coração e ajudar a perder peso optando por atividades como:

- Marcha (caminhadas);
- Natação;
- Ciclismo;




Parar de fumar, pois o hábito de fumar faz aumentar a pressão arterial e agrava os efeitos nocivos da hipertensão sobre as paredes das artérias.




Reduzir o consumo de álcool.



Eliminar o stress, pois as preocupações diárias, o nervosismo e a agitação ajudam a subir os valores de tensão arterial.



Tomar a medicação prescrita pelo médico, pois os medicamentos ajudam a controlar os valores de tensão arterial.



ANEXO XIX – Resultados individuais das fichas de avaliação

Da análise Tabela 1, constatou-se que foram preenchidas 17 fichas de avaliação, com uma média de avaliação inicial de 78%, que corresponde à classificação de bom. Após o término da sessão, foi aplicada a mesma ficha de avaliação, com a obtenção da média de 89%, equivalente ao muito bom. Pode-se constatar que nove formandos tiveram uma melhoria nas classificações obtidas, entre a inicial e a final. A média de aumento das primeiras classificações para as segundas foi de 11%, o que sugere que de uma forma geral a sessão de formação permitiu um aumento de conhecimentos aos formandos. De realçar que houve 8 formandos que mantiveram a classificação, no entanto destaca-se a melhoria significativa dos formandos nº 5, 6, 9 e 15 com um aumento e 30%, e o formando nº 4 com um aumento de 40%, ambos os aumentos bem acima da meta de 10% definida inicialmente.

Tabela 1 - Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação da sessão “Hiper(A)tensão ao seu Coração – a HTA”

Formandos	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	100%	100%	0%
2	100%	100%	0%
3	70%	70%	0%
4	60%	100%	40%
5	70%	100%	30%
6	70%	100%	30%
7	80%	90%	10%
8	80%	80%	0%
9	60%	90%	30%
10	90%	90%	0%
11	80%	90%	10%
12	80%	90%	10%
13	80%	80%	0%
14	90%	90%	0%
15	60%	90%	30%
16	80%	90%	10%
17	80%	80%	0%
Média Obtida	78%	89%	11%

Da análise da Tabela 2, constatou-se que foram preenchidas 20 fichas de avaliação, com uma média de avaliação inicial de 58%, que corresponde à classificação de suficiente. Após o término da sessão, foi aplicada a mesma ficha de avaliação, com a obtenção da média de 90%, equivalente ao muito bom. Pode-se constatar que todos os formandos tiveram uma melhoria nas classificações obtidas, entre a inicial e a final. A média de aumento das primeiras classificações para as segundas foi de 32%, o que sugere que de uma forma geral a sessão de formação permitiu um

aumento de conhecimentos aos formandos. De destacar que houve uma melhoria acentuada da grande maioria dos formandos, com destaque particular para os formandos nº 15 e 18 com um aumento de 50%, e o formando nº 12 com aumento de 60%, ambos os aumentos bem acima da meta de 10% definida inicialmente.

Tabela 2 - Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação da sessão “Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e Prática de Atividade Física”

Formandos	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	60%	80%	20%
2	60%	70%	10%
3	70%	80%	10%
4	70%	80%	10%
5	60%	90%	30%
6	50%	80%	30%
7	40%	80%	40%
8	50%	80%	30%
9	60%	90%	30%
10	70%	80%	10%
11	50%	80%	30%
12	40%	100%	60%
13	60%	100%	40%
14	60%	100%	40%
15	50%	100%	50%
16	70%	100%	30%
17	60%	100%	40%
18	50%	100%	50%
19	60%	100%	40%
20	60%	100%	40%
Média Obtida	58%	90%	32%

Da análise da Tabela 3, constatou-se que foram preenchidas 25 fichas de avaliação, com uma média de avaliação inicial de 81%, que corresponde à classificação de muito bom. Após o término da sessão, foi aplicada a mesma ficha de avaliação, com a obtenção da média de 95%, equivalente ao muito bom, mas superior à média inicial. Pode-se constatar que seis formandos

mantiveram a mesma avaliação, que já era alta, todos os restantes obtiveram uma melhoria nas classificações obtidas, entre a inicial e a final. A média de aumento das primeiras classificações para as segundas foi de 14%, o que sugere que de uma forma geral a sessão de formação permitiu um aumento de conhecimentos aos formandos. De realçar que houve uma melhoria significativa dos formandos nº 12, 15 com um aumento de 30% e o formando nº 17 com um aumento de 40%, ambos os aumentos bem acima da meta de 10% definida inicialmente.

Tabela 3 - Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação da sessão “Hiper(A)tensão à Medicação”

Formandos	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	80%	90%	10%
2	80%	90%	10%
3	90%	90%	0%
4	60%	80%	20%
5	60%	80%	20%
6	80%	80%	0%
7	70%	90%	20%
8	100%	100%	0%
9	70%	90%	20%
10	90%	90%	0%
11	90%	90%	0%
12	70%	100%	30%
13	70%	100%	30%
14	80%	100%	20%
15	70%	100%	30%
16	90%	100%	10%
17	60%	100%	40%
18	80%	100%	20%
19	90%	100%	10%
20	90%	100%	10%
21	90%	100%	10%
22	100%	100%	0%
23	90%	100%	10%
24	90%	100%	10%
25	80%	100%	20%
Média Obtida	81%	95%	14%

Da análise Tabela 4, constatou-se que foram preenchidas 17 fichas de avaliação, com uma média de avaliação inicial de 56%, que corresponde à classificação de suficiente. Após o término da sessão, foi aplicada a mesma ficha de avaliação, com a obtenção da média de 86%, equivalente ao muito bom. Pode-se constatar que todos os formandos tiveram uma melhoria nas classificações obtidas, entre a inicial e a final. A média de aumento das primeiras classificações para as segundas foi de 30%, o que sugere que de uma forma geral a sessão de formação permitiu um aumento de conhecimentos aos formandos. De destacar que houve uma melhoria acentuada da grande maioria dos formandos, com destaque particular para os formandos nº 1, 4, 8 e 10 com um aumento de 40% e os formandos nº 2, 3 e 7 com um aumento de 50%, ambos os aumentos bem acima da meta de 10% definida inicialmente.

Tabela 4 - Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação da sessão “Hiper(A)tensão em Situações de Emergência”

Formandos	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	60%	100%	40%
2	50%	100%	50%
3	50%	100%	50%
4	60%	100%	40%
5	70%	100%	30%
6	70%	80%	10%
7	40%	90%	50%
8	40%	80%	40%
9	60%	80%	20%
10	40%	80%	40%
11	50%	70%	20%
12	60%	90%	30%
13	60%	90%	30%
14	60%	80%	20%
15	60%	70%	10%
16	60%	70%	10%
17	80%	90%	10%
Média Obtida	56%	86%	30%

ANEXO XX – Dados do Rastreio da HTA

Participantes	Dados Rastreio											Obs
	Idade	Género	Altura	Data	Peso	Cint.	IMC	Glic	TA+	TA-	Pulso	
1	73	F	166	27/mai/19	75,7	81	27,6	158	155	92	69	30 min
2	69	F	153	27/mai/19	75	98	32	142	127	60	68	1h
3	75	F	166	27/mai/19	73	95	26,5	142	154	85	97	30 min
4	79	F	162	27/mai/19	80	105	30,5	135	139	61	48	1h
5	84	M	173	27/mai/19	73,6	82	24,7	153	141	57	54	1h
6	74	F	160	27/mai/19	65,3	87	25,4	125	150	84	61	1h30
7	55	M	171	27/mai/19	107	101	36,6	112	129	81	70	2h
8	53	F	159	27/mai/19	93	87	36,8	411	153	90	77	30 min (insulina 26unid)
9	75	F	160	27/mai/19	85	91	33,2	150	150	61	62	30 min
10	75	F	156	27/mai/19	67,7	81	27,9	139	113	65	93	1h
11	50	F	174	27/mai/19	70	80	23,1	87	153	80	80	1h30
12	69	M	167	27/mai/19	81	90	29	149	135	64	60	45 min
13	69	F	160	27/mai/19	65,2	82	25,4	123	170	80	66	3h
14	66	F	162	27/mai/19	77,8	94	29,7	192	116	57	54	2h
15	69	M	172	27/mai/19	85,5	103	29,1	100	143	84	87	3h
16	75	F	142	27/mai/19	81,7	111	40,7	106	132	80	82	2h
17	75	M	157	27/mai/19	66,5	98	27,2	163	149	75	76	4h
18	62	M	167	27/mai/19	77,4	100	28	155	148	70	63	10 min
19	67	F	148	27/mai/19	69,7	91	32	97	164	99	79	Jejum
20	58	F	160	27/mai/19	67,4	86	26,6	120	130	68	65	10 min
21	74	F	160	27/mai/19	69,4	85	27	82	138	66	71	3h
22	72	F	154	27/mai/19	61,9	86	26,1	123	123	78	66	1h
23	67	M	173	27/mai/19	88,8	101	29,7	93	133	83	76	3h
24	62	M	176	27/mai/19	81	95	26,1	135	137	90	84	30 min
25	62	F	146	27/mai/19	83	117	38,9	120	122	81	55	1h
26	54	F	165	27/mai/19	94,3	115	34,5	115	124	80	90	30 min
27	47	F	163	27/mai/19	94	104	35,4	78	127	88	84	30 min
28	77	F	155	27/mai/19	79	115	32,9	157	133	61	82	3h
29	78	F	160	27/mai/19	69	103	27	146	200	102	70	1h
30	57	F	148	27/mai/19	81,7	103	37,4	96	133	79	72	2h
31	60	F	160	27/mai/19	77	104	30,1	147	135	81	75	Jejum
32	75	F	154	27/mai/19	72	90	30,4	158	164	87	76	2h

ANEXO XXI – Resultados da Avaliação Diagnóstica de Atitudes e Conhecimentos

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE ATITUDES E CONHECIMENTOS

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTECEDENTES PESSOAIS

1.1- Idade:

	Nº	%
65- 74	10	59
75-84	7	41
>85	0	0

1.2- Género:

	Nº	%
Feminino	11	65
Masculino	6	35

1.3- Estado Civil:

	Nº	%
Solteiro	0	0
Casado / União de Facto	12	71
Divorciado / Separado	1	6
Viúvo	4	24

1.4- Escolaridade:

	Nº	%
Não sabe ler nem escrever;	5	29
1ºCiclo;	9	53
2ºCiclo;	3	18
3ºCiclo;	0	0
Ensino Secundário;	0	0
Curso Profissional;	0	0
Ensino Superior.	0	0

1.5- Situação Laboral:

	Nº	%
Empregado	1	6
Desempregado	1	6
Reformado / Pensionista	15	88

1.6- Com quem vive?

	Nº	%
Sozinho	3	18
Cônjuge	10	59
Filhos	4	24
Outros	0	0

1.7- É Hipertenso?

	Nº	%
Sim	15	88
Não	2	12

1.7.1- Se sim, faz medicação?

	Nº	%
Sim	13	76
Não	2	12

1.8- O pai, mãe ou irmãos são (eram) hipertensos?

	Nº	%
Sim	11	65
Não	1	6
Não sabe	5	29

1.9- Alguma das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?

	Nº	%
Sim	12	71
Não	5	29
Não sabe	0	0

1.10- É seguido em consulta médica e/ou de especialidade por causa da hipertensão?

	Nº	%
Sim	8	47
Não	9	53

1.10.1- Se sim, no último ano quantas vezes foi à consulta?

	Nº	%
0	0	0
1	1	6
2	3	18
3	0	0
> 4	4	24

1.11- É seguido em consulta de enfermagem por causa da hipertensão?

	Nº	%
Sim	8	47
Não	9	53

1.11.1- Se sim, no último ano quantas vezes foi à consulta?

	Nº	%
0	0	0
1	1	13
2	3	38
3	0	0
> 4	4	50

PARTE II – ATITUDES FACE À SUA SAÚDE

2.1- Costuma avaliar a sua tensão arterial?

	Nº	%
Sim	8	47
Não	9	53

2.1.1- Se sim, quantas vezes no último mês avaliou a sua tensão arterial?

	Nº	%
0	0	0
1	5	29
2	3	18
3	0	0
> 4	0	0

2.2- Onde costuma avaliar a tensão arterial?

	Nº	%
Casa	3	18
Vizinhos	0	0
Farmácia	2	12
Centro de Saúde	3	18

2.3- Quantas refeições ingere por dia?

	Nº	%
1 a 2	1	6
3	6	35
4	8	47
> 4	2	12

2.4- Qual a quantidade (copos) de água que bebe por dia?

	Nº	%
0 a 3	2	12
4 a 6	10	59
7 a 12	5	29
> 12	0	0

2.5- Qual destes produtos usa frequentemente para temperar os alimentos?

	Nº	%
Salsa	0	0
Coentros	0	0
Alho	1	6
Sal	14	82
Pimenta	2	12
Bebidas Alcoólicas	0	0
Outro	0	0

2.6- Que quantidade de sal costuma colocar na comida por dia?

	Nº	%
Nenhum	0	0
1 Colher de Chá	8	47
1 Colher de Sopa	7	41
> 1 Colher de Sopa	2	12

2.7- Utiliza o saleiro à mesa durante a refeição?

	Nº	%
Sim	6	35
Não	11	65

2.8- Qual o tipo de confeção de alimentos que usa frequentemente?

	Nº	%
Cozidos	2	12
Grelhados	2	12
Estufados	6	35
Fritos	3	18
Assados	4	24
Enlatados	0	0
Outro	0	0

2.9- Qual destas gorduras usa frequentemente para temperar a comida?

	Nº	%
Azeite	8	47
Óleo de Girassol	5	29
Margarina	4	24
Banha de Porco	0	0
Manteiga	0	0
Outro	0	0

2.10- Como vegetais?

	Nº	%
Sim	12	71
Não	5	29

2.11- Com que regularidade come vegetais?

	Nº	%
Todos os dias	2	12
Às vezes	10	59
Nunca	5	29

2.12- Qual a quantidade de fruta que come por dia?

	Nº	%
Nenhuma	0	0
1 a 2 peças	11	65
3 a 4 peças	6	35
> 5 peças	0	0

2.13- Pratica algum tipo de atividade física?

	Nº	%
Sim	7	41
Não	10	59

2.14- Se sim, faz atividade:

	Nº	%
Diariamente	1	6
Semanalmente	6	35
Mensalmente	0	0

2.14.1- Quanto tempo demora nas atividades físicas que realiza?

	Nº	%
< 30 minutos	1	6
> 30 minutos	6	35

2.15- Bebe mais do que um copo de vinho ou cerveja à refeição?

	Nº	%
Sim	1	6
Não	16	94

2.16- É fumador?

	Nº	%
Sim	1	6
Não	16	94

2.17- Considera que tem as melhores atitudes face à sua saúde?

	Nº	%
Sim	10	59
Não	7	41

PARTE III – CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO À HIPERTENSÃO**3.1- Na maioria dos doentes a causa da hipertensão é conhecida?**

	Nº	%
Sim	8	47
Não	7	41
Não sabe	2	12

3.2- A hipertensão é uma doença para toda a vida?

	Nº	%
Sim	15	88
Não	2	12
Não sabe	0	0

3.3- Pode-se ter tensão alta sem ter queixas?

	Nº	%
Sim	11	65
Não	6	35
Não sabe	0	0

3.4- A hipertensão é uma doença da velhice?

	Nº	%
Sim	8	47
Não	6	35
Não sabe	1	6

3.5- Deve-se consumir no máximo uma colher de sopa de sal por dia?

	Nº	%
Sim	8	47
Não	3	18
Não sabe	6	35

3.6- A gordura mais saudável é aquela que é sólida à temperatura ambiente?

	Nº	%
Sim	7	41
Não	4	24
Não sabe	6	35

3.7- Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?

	Nº	%
Sim	12	71
Não	3	18
Não sabe	2	12

3.8- A inatividade física quando acompanhada de uma alimentação saudável é inofensiva para a saúde?

	Nº	%
Sim	10	59
Não	6	35
Não sabe	1	6

3.9- Quando a tensão baixar com a medicação, pode-se suspender o tratamento?

	Nº	%
Sim	2	12
Não	9	53
Não sabe	6	35

3.10- A hipertensão pode provocar trombozes e doenças nos rins?

	Nº	%
Sim	17	100
Não	0	0
Não sabe	0	0

3.11- Em caso de emergência para chamar ambulância liga-se o 115?

	Nº	%
Sim	11	65
Não	4	24
Não sabe	2	12

3.12- Considera que tem conhecimentos suficientes face à hipertensão arterial?

	Nº	%
Sim	9	53
Não	7	41
Não sabe	1	6

ANEXO XXII – Póster do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária

Diagnóstico de enfermagem comunitária aos idosos com 65 ou mais anos de um Bairro Social

Dina Pascoal, Tércio Nóbrega, Vanessa Martins
Maria do Carmo Figueiredo e Inês Pereira

Introdução

O processo de envelhecimento é um processo multidimensional, multidirecional e dinâmico (Fonseca, 2004); é um acontecimento biológico com repercussões a nível psicossocial e espiritual (Silva, 2012). Tal, pode implicar uma maior suscetibilidade da pessoa idosa a um contexto de mudança e de instabilidade, tornando-se um desafio acrescido para a equipa de Saúde (Neuman, 1995).

Objetivo

Avaliar a capacidade funcional multidimensional e a utilização e necessidade sentida de serviços dos idosos com 65 ou mais anos, que residem em habitações de cariz social.

Material e métodos

Metodologia de planeamento em saúde

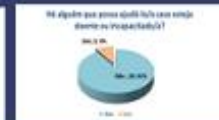
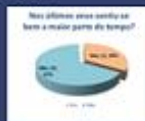
Abordagem mista (qualitativo e quantitativo)

- Entrevistas a 4 informantes chave da comunidade – análise de conteúdo
- Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional a Idosos (Rodrigues, 2008) a 35 idosos selecionados por amostragem probabilística sistemática – SPSS versão 25.0

Resultados

- Amostra maioritariamente do sexo feminino (73%); grupo etário dos 65-74 anos (53%); convivente com o cônjuge (45,5%), sendo que 33,3% vive sozinho;
- No que se refere aos recursos sociais verifica-se que a maioria dos idosos questionados sente-se só e caso esteja doente ou incapacitado não tem quem ajude;

- Os idosos em estudo referem diferentes problemáticas de âmbito social e económico, mas também de saúde (física e mental) que interferem na sua vida diária.



- Apesar dos resultados apontarem para um elevado grau de independência, os idosos não se envolvem na comunidade, contudo, manifestam necessidade de avaliação do seu estado geral.



Conclusões

Face ao exposto, importa mobilizar os recursos individuais, familiares, sociais e comunitários dos idosos no dia-a-dia com vista à promoção da sua saúde. Esta visão é integrada com a prática dos cuidados centrados na pessoa, onde se tem em conta os significados que os idosos atribuem à saúde e à qualidade de vida e às condicionantes que cada um apresenta.

Bibliografia

Barbosa, L. (2017). Análise de conteúdo de artigos sobre saúde da terceira idade. *Revista de Enfermagem, 10*(1), 1-10. <https://doi.org/10.21973/2316-2691.20171011>

Fonseca, A. M. (2004). O Envelhecimento: Uma Abordagem Sociológica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Imprensa, S. e Companhia, 161 (183). <https://www.ucp.pt/revistas/revista-de-sociologia>

Neuman, M. (1995). *Teoria de Enfermagem: Uma abordagem holística*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Imprensa, S. e Companhia, 161 (183). <https://www.ucp.pt/revistas/revista-de-sociologia>

Silva, J. (2012). Análise de conteúdo de artigos sobre saúde da terceira idade. *Revista de Enfermagem, 10*(1), 1-10. <https://doi.org/10.21973/2316-2691.20171011>

Rodrigues, J. (2008). *Capacidade funcional multidimensional dos idosos: instrumento para a saúde e qualidade de vida*. Tese de Mestrado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde.

ANEXO XXIII – Certificado da comunicação oral da *Scoping Review*



Health Higher School of Santarém



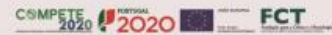
1st International Congress on Health Liter@cy
Paradigms and knowledge in "diverse" contexts

This is to certify that **T Nóbrega, MC Figueiredo**, presented the Oral Presentation "*Empowerment of the aged with arterial hypertension: a scoping review*" at the 1st International Congress on Health Literacy – Paradigms and Knowledge in "Diverse" Contexts, on May 16th and 17th, 2019, at the Health Higher School of Santarém.

Director of ESSS
Coordinator Prof. Isabel Barroso (MSc.)

UMIS Coordinator
Coordinator Prof. José Amendoeira (PhD.)

Principal Researcher - Your PEL
Adjunct Prof. Hélia Dias (PhD.)



ANEXO XXIV – Apresentação realizada no Seminário Intercalar


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

SEMINÁRIO INTERCALAR

Projeto: Hiper(A)tensão ao seu Coração

Empowerment nos Idosos com Hipertensão Arterial

Orientadora: Profª Doutora Maria do Carmo Figueiredo
Autor: Tércio Nóbrega
Enfº Cooperante: Catarina Afonso
03 de maio de 2019


OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Objetivos Específicos:

- Identificar a área de intervenção para implementação do plano;
- Desenvolver o projeto de intervenção comunitária face ao diagnóstico de enfermagem;
- Planejar intervenções para a capacitação dos idosos;
- Divulgar o projeto de intervenção à comunidade;
- Realizar a *Scoping Review* de acordo com problemática definida;
- Implementar o projeto de intervenção com os idosos;
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção;
- Divulgar informação do Diagnóstico de Situação;
- Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária



Aluno: Tércio Nóbrega

LOCAL DE ESTÁGIO



Coimbra, Pombal, Castelo de Rancos, Alameda, Monte Real e Carapalhos, Dourado e Oitavos, E, Colmeias e Memórias, Amor, RI, SB, CG, Durão, Lousa, Benedita, AR, SC, Marinha Grande, Alcobaca, Maceira, Balsaça, Nazaré, Porto de Mós, 2 km.

AR - Arabal
 BC - São João de Cima
 CG - Carapalhos
 MI - Milagres
 PA - Parcos e Azoia
 SB - São João de Cima
 SC - Santa Catarina da Serra e Chaiça

Aluno: Tércio Nóbrega

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Foi realizado durante os meses de janeiro e fevereiro de 2019 um diagnóstico de situação à população de idosos com 65 ou mais anos, do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

Saúde Física 90,90%
Interferência nas Atividades 72,40%

DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES


- Necessidades Reais: - Método de Hanlon
- Necessidades Sentidas: - Técnica do Multi-voto

Aluno: Tércio Nóbrega

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por **Hipertensão Arterial**

HIPERTENSÃO AO SEU CORAÇÃO



Variável Espiritual
 Variável Psicológica
 Variável Sociocultural
 Variável Organizacional
 Linhas de Resistência e Linha Normal de Defesa

Aluno: Tércio Nóbrega

CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

- A HTA é o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública a nível mundial e nacional pelas consequências, que acarreta ao nível da morbilidade, mortalidade e custos associados (DGS, 2014);
- Afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras (WHO, 2013);
- Aproximadamente metade dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e enfartes agudos do miocárdio (EAM) ocorrem em pessoas com HTA (DGS, 2014);
- Segundo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), através Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, concluiu que 2,4 milhões de portugueses têm HTA:
 - 40 % homens e 32% das mulheres;
 - 70% da população acima dos 65 anos tem HTA e, entre os 25 e os 34 anos cerca de 6% são hipertensos.

Aluno: Tércio Nóbrega

CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

- o A HTA tem como base a intervenção farmacológica, a adoção de cuidados dietéticos e a prática de atividade física; sendo que a escolha inicial deve incidir sobre a alteração de comportamentos de risco (Ferreira et. al., 2016);
- o As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas têm-se traduzido em novas necessidades de saúde, é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

↓

- o A consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde.
- o O Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública é um agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa com HTA, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e educação para a saúde.

Aluno: Tércio Nóbrega

PROJETO HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Concilia os significados das palavras "Hipertensão", "Atenção" e "Coração"

↓

- o Promover o aumento de conhecimentos face à HTA e a adoção de comportamentos saudáveis, capacitando os indivíduos a tomar consciência, para os fatores de risco que levam ao descontrole da tensão arterial.
- o Mostrar a importância da vigilância da tensão arterial e a sua influência na saúde em geral e no funcionamento do coração em particular;

Aluno: Tércio Nóbrega

PROJETO HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

PARCERIAS:

- o Horizonte temporal de 4 semanas;
- o 1ª Sessão: "Hiper(A)tensão ao seu Coração: A HTA" - 29/04/2019;
- o 2ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física" - 06/05/2019;
- o 3ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Medicação" - 13/05/2019;
- o 4ª Sessão: "Hiper(A)tensão em Situações de Emergência" - 20/05/2019;
- o "Hiper Peddy-paper" - 21/05/2019;
- o "Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde" - 27/05/2019

Aluno: Tércio Nóbrega

ATIVIDADES REALIZADAS

- o Divulgação da Informação do Diagnóstico de Situação;
- o Divulgação do Projeto HiperAtensão ao seu Coração;
- o Questionário Diagnóstico de Avaliação de Atitudes e Conhecimentos;
- o Ficha de Avaliação de Conhecimentos da 1ª Sessão;
- o Plano de Sessão da 1ª Sessão
- o 1ª Sessão: "Hiper(A)tensão ao seu Coração: A HTA" - 29/04/2019;
- o Avaliação da Sessão pelos Idosos e pelo Formador.

COMITE

Aluno: Tércio Nóbrega

ATIVIDADES A REALIZAR

- o 2ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física" - 06/05/2019;
- o 3ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Medicação" - 13/05/2019;
- o 4ª Sessão: "Hiper(A)tensão em Situações de Emergência" - 20/05/2019;
- o "Hiper Peddy-paper" - 21/05/2019;
- o "Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde" - 27/05/2019;
- o Participação em Programas e Projetos da UCC;
- o Resumo publicado na European Journal of Public Health;
- o Comunicação oral da Scoping Review - 17/05/2019;

Aluno: Tércio Nóbrega

SCOPING REVIEW

Questão → Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* aos idosos com Hipertensão Arterial?

Participants	Concept	Context
• Idosos com Hipertensão Arterial	• Enfermagem, <i>Empowerment</i> ; Idosos; Hipertensão Arterial	• Atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde

Objetivo: Identificar as intervenções da Enfermagem no *empowerment* aos idosos com Hipertensão Arterial.

Aluno: Tércio Nóbrega

SCOPING REVIEW

Nurs*and Empowerment and Aged or Hypertension

ERSCO

- CINAHL
- MEDLINE
- NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE
- MEDICLATINA

PROQUEST

PUBMED

Limitadores

- Friso temporal de: 01/03/2014 a 31/03/2019;
- Faixa etária: >65 anos;
- Qualquer autor e enfermagem;
- Texto completo integral e resumo disponível;
- Qualquer tipo de estudo (quantitativo, qualitativo, misto);
- Idioma: Inglês e Português.

EUROPEAN JOURNAL OF
PUBLIC HEALTH

EUPHA

Congresso
Internacional
em Literacia
para a Saúde

Aluno: Tércio Nóbrega

BIBLIOGRAFIA

Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. e Calvino, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), pp. 7-15.

Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 01 de março 2019 em: <http://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.

Direção Nacional de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) (2016). *1ª Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa: ENSP.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Edition. Library of Congress. USA.

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currículos de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TFES_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). *Guielines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial*. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, pp. 4-91. Acedido a 01 de março 2019 em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.

World Health Organization (2013). *A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis*. Acedido 01 de março 2019 em: http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf

Aluno: Tércio Nóbrega

HIPERATENSÃO
AO SEU CORAÇÃO

OBRIGADO PELA ATENÇÃO!

Aluno: Tércio Nóbrega

ANEXO XXV – Apresentação realizada no Seminário Final


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
 7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
 UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Escola Superior de Saúde
 [IP Santarém]

SEMINÁRIO FINAL

EMPOWERMENT AOS IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL



PROJETO: HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Orientadora:
 Proffª Doutora
 Maria do Carmo Figueiredo

Autor:
 Tércio Nóbrega

Enfª Cooperante:
 Catarina Afonso

19 de Junho de 2019


OBJETIVOS


Objetivos Gerais do Estágio:

- Adquirir Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Objetivos Gerais do Seminário:

- Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido durante o estágio, tendo por base o projeto individual;
- Refletir sobre as competências construídas nos diversos contextos da prática;
- Perspetivar a continuidade Institucional do desenvolvimento do(s) projeto(s) iniciados e/ou assumidos através da realização do estágio, nos diversos contextos.

Objetivos Específicos do Estágio:

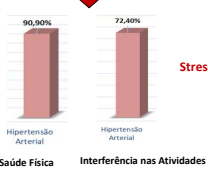
- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária em contexto transdisciplinar
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

19/05/2019
Aluno: Tércio Nóbrega
2

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Diagnóstico de Situação

Idosos com 65 ou mais anos do Br. SC



90,90%
Saúde Física


72,60%
Interferência nas Atividades

Diagnóstico de Enfermagem Comunitária:

Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por Hipertensão Arterial

Imperatori e Giraldes (1993)

Modelo Teórico de Betty Neuman



Stressores

Competência adquirida:
 G1.1. "Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade" (RCEEEESP, 2018).

- Reparar a linha normal de defesa;
 - Reforçar a linha flexível de defesa.

19/05/2019
Aluno: Tércio Nóbrega
3

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ENVELHECIMENTO E AUMENTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS

DGS (2016)

A HTA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA DE ESCALA MUNDIAL

OMS (2013)

EMPOWERMENT

(Pereira, 2017)

A IMPORTÂNCIA DA ADESAO AO REGIME TERAPÊUTICO

Bugalho e Carneiro (2004)

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE CONHECIMENTOS E ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

(Costa et al. (2014)

19/05/2019
Aluno: Tércio Nóbrega
4

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Definição das Prioridades

Imperatori e Giraldes (1993)



- Necessidades Reais:
- Método de Hanlon
- Necessidades Sentidas:
- Técnica do Multi-voto

Competência adquirida:
 G1.2. "Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade" (RCEEEESP, 2018).

19/05/2019
Aluno: Tércio Nóbrega
5

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Fixação de Objetivos

Imperatori e Giraldes (1993) após a definição dos objetivos urge estabelecer as metas a alcançar. Meta é um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores.

Gerais:

- Promover o aumento de conhecimentos e a adoção de comportamentos saudáveis face à HTA.

Específicos:

- Caracterizar os conhecimentos e as atitudes e comportamentos do grupo face à HTA;
- Capacitar para identificar fatores de risco que levam ao descontrolo da TA;
- Incentivar à adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Sensibilizar para a importância da atividade física;
- Aumentar a vigilância da TA;
- Sensibilizar para a adesão ao tratamento da HTA;
- Aumentar os conhecimentos das consequências da não adesão ao regime terapêutico;
- Capacitar para intervir em situações de emergência mais comuns relacionadas com a HTA.

19/05/2019
Aluno: Tércio Nóbrega
6

Indicadores de Atividade	Metas
% de sessões de EEp realizadas: NF de sessões EEp realizadas _____ x 100 NF de sessões EEp programadas	Realizar 100% das sessões
% de assiduidade dos participantes nas sessões de EEp: NF de pessoas presentes nas sessões de EEp _____ x 100 NF de pessoas convocadas para as sessões de EEp	Obter 70% de assiduidade
% de assiduidade dos participantes no Prády-paper: NF de pessoas presentes no Prády-paper _____ x 100 NF de pessoas convocadas para o Prády-paper	Obter 70% de assiduidade
% de assiduidade dos participantes no Rastreio da HTA: NF de pessoas presentes no Rastreio da HTA _____ x 100 NF de pessoas convocadas para o Rastreio da HTA	Obter 70% de assiduidade
% de folhetos distribuído no Rastreio: NF de folhetos distribuídos no Rastreio _____ x 100 NF de pessoas presentes no Rastreio	Distribuir 100% dos folhetos
% de avaliação de satisfação das sessões, segundo os participantes (1 - muito; 2 - fraco; 3 - suficiente; 4 - bom; 5 - muito bom): NF de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões _____ x 100 NF total de participantes a avaliar	Obter 80% dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas
% de avaliação de satisfação do desempenho do formador, segundo os participantes (1 - muito; 2 - fraco; 3 - suficiente; 4 - bom; 5 - muito bom): NF de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador _____ x 100 NF total de participantes a avaliar	Obter 80% dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom
% de avaliação das sessões, segundo o formador (1 - muito; 2 - fraco; 3 - suficiente; 4 - bom; 5 - muito bom): NF de objetivos atingidos, segundo o formador em 4 e 5 _____ x 100 NF total de objetivos atingidos a atingir	Obter 100% dos objetivos atingidos, segundo avaliação pelo formador

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 7

Indicadores de Resultado	Metas
% de participantes que adquirem conhecimentos com as sessões: NF de respostas corretas _____ x 100 NF total de respostas dadas	Obter 80% de respostas corretas nas sessões
% de melhoria das classificações nas fichas de avaliação: % de melhoria da classificação final - % de melhoria da classificação inicial	Obter 10% de melhoria nas classificações
% de participantes que adquirem conhecimento sobre a problemática da HTA: NF de respostas corretas sobre a HTA _____ x 100 NF total de respostas dadas sobre a HTA	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a HTA como problema de saúde pública mundial
% de participantes que adquirem conhecimento sobre a ingestão de sal: NF de respostas corretas sobre a quantidade de sal máxima _____ x 100 NF total de respostas dadas sobre a quantidade de sal máxima	Que 80% dos participantes saibam a quantidade máxima recomendada de ingestão de sal por dia
% de participantes que adquirem conhecimento sobre a importância da atividade física: NF de respostas corretas sobre a importância da atividade física _____ x 100 NF total de respostas dadas sobre a importância da atividade física	Que 80% dos participantes saibam da importância da atividade física no controle da TA
% de participantes que adquirem conhecimento sobre o tratamento da HTA: NF de respostas corretas sobre o tratamento da HTA _____ x 100 NF total de respostas dadas sobre o tratamento da HTA	Que 80% dos participantes conheçam os tipos de tratamento da HTA
% de participantes que adquirem conhecimento sobre as complicações mais comuns associadas à HTA: NF de respostas corretas sobre as complicações da HTA _____ x 100 NF total de respostas dadas sobre as complicações da HTA	Que 80% dos participantes conheçam as complicações mais comuns associadas à HTA
% de participantes que adquirem conhecimento sobre o nº de emergência médica: NF de respostas corretas sobre o nº de emergência médica _____ x 100 NF total de respostas dadas sobre o nº de emergência médica	Que 100% dos participantes conheçam o número de emergência médica

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 8

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Seleção de Estratégias

➔

- Criação de parcerias com a CML; Associação de moradores do Br. SC; NHC Social; Centro de Fisioterapia Jullyane Silva e Associação Portuguesa de AVC;
- Envolvimento da equipa da UCCAS no projeto;
- Divulgação do projeto de forma ilustrativa por meio de cartaz e convites;
- Recurso à *Scoping Review*;
- Planeamento de sessões de formação teórico-práticas e atividades;

Imperatori e Giraldes (1993)

Competência adquirida:
G1.3- "Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas." (NCEEEESP, 2018).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 9

SCOPING REVIEW

Questão

Quais as intervenções de Enfermagem no empowerment aos idosos com Hipertensão Arterial?

Participants
 • Idosos com Hipertensão Arterial

Concept
 • Enfermagem, Empowerment; Idosos; Hipertensão Arterial

Context
 • Atitudes e comportamentos dos participantes face à sua saúde

Objetivo: Identificar as intervenções da Enfermagem no empowerment aos idosos com Hipertensão Arterial.

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 10

SCOPING REVIEW

Nurs*and Empowerment and Aged or Hypertension

EBSCO

CINAHL

MEDLINE

NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE

MEDICLATINA

PROQUEST

PUBMED

Limitadores

- Friso temporal de 01/03/2014 a 31/03/2019;
- Faixa etária: >65 anos;
- Qualquer autor e enfermagem;
- Texto completo integral e resumo disponível;
- Qualquer tipo de estudo (quantitativo, qualitativo, misto);
- Idioma: Inglês e Português.

- Home Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea (Shin et al., 2016);
- Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea (Chang e Lee, 2015);
- Predictors of Sedentary Behavior in Elderly Koreans With Hypertension (Chang e Sok, 2015);
- Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension (Lee e Park, 2017).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 11

ACHADOS DA SCOPING REVIEW

- A importância do empowerment como intervenção de enfermagem na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis relativamente à abordagem convencional (Shin et al., 2016; Chang e Lee (2015));
- As intervenções de enfermagem promotoras de empowerment que consistiam:
 - Em sessões de educação para a saúde em grupo, com duração de 60 a 90 minutos, consistindo na modificação dos estilos de vida, abordando temáticas como atividade física, educação sobre receitas de baixo teor de sódio, cessação do tabagismo e o beber saudável;
 - Telefonemas individualizados incentivando a realização de metas; reuniões mensais de acompanhamento de manutenção, com esclarecimento sobre dúvidas acerca dos fatores de risco e formas de prevenção da HTA (Shin et al., 2016);
- A influência, autoestima, autoeficácia, competência e capacidade de controle devem ser considerados, e trabalhados de forma a potenciar o empowerment nos idosos com hipertensão (Chang e Lee, 2015);
- As intervenções de enfermagem no empowerment aos idosos com HTA, devem considerar os níveis educacional, de apoio familiar e de autoeficácia dos pacientes a fim de melhorar a seu autocuidado (Chang e Lee, 2015; Lee e Park, 2017);
- Deve-se planificar intervenções de enfermagem, que potenciem a interação social, de forma a melhorar o estado psicológico dos pacientes (Chang e Lee, 2015).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 12

ACHADOS DA SCOPING REVIEW

- O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, associados a um melhor autocuidado e *empowerment* mais eficaz e eficiente (Chang e Lee, 2015; Chang e Sok 2015);
- As intervenções de enfermagem promotoras de *empowerment* nos idosos com hipertensão devem a incluir a partilha em grupo de experiências moderadas por enfermeiros, mostrando a importância de acompanhamento e de incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutaros do idoso hipertenso (Shin *et al.*, 2016; Lee e Park (2017));
- A maneira mais eficaz de melhorar a autoeficácia nos pacientes com hipertensão é através do incentivo dos enfermeiros, para que os pacientes possam tomar os medicamentos regularmente, controlar sua dieta e exercitar-se de forma independente (Lee e Park, 2017).

Segundo Amendoeira 2018, citando Arksey e O'Malley (2005) as *scoping reviews* podem ser usadas para mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico.

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 13

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da Execução

Imperatori e Giraldes (1993)

HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

1ª Sessão: "Hiper(A)tensão ao seu Coração: A HTA" - 29/04/2019;
 2ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e à Prática de Atividade Física" - 06/05/2019;
 3ª Sessão: "Hiper(A)tensão à Medicação" - 13/05/2019;
 4ª Sessão: "Hiper(A)tensão em Situações de Emergência" - 20/05/2019;
 "Hiper Peddy-paper" - 21/05/2019;
 "Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde" - 27/05/2019

Competência adquirida:
 G1.4- "Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados." (RCEEEESP, 2018).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 14

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Execução

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 15

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Competências adquiridas:

G2.1- "Isidra processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania";

G2.2- "Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais";

G2.3- "Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade" (RCEEEESP, 2018).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 16

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Avaliação

Imperatori e Giraldes (1993)

Indicadores de Atividade:

- Todas as atividades programadas foram realizadas (100%); → **Meta era de 100%**
- A taxa de participação (assiduidade) foi sempre de 100%; → **Meta era de 70%**
- A taxa de satisfação em bom e muito bom dos participantes em relação à formação e ao formador foi sempre de 100%; → **Meta era de 80%**
- A taxa de concretização dos objetivos foi sempre de 100%; → **Meta era de 100%**
- A taxa de distribuição de folhetos no rastreio foi de 100%. → **Meta era de 100%**

Indicadores de Resultado:

- A taxa de conhecimentos adquiridos foi de:
 - Sessão 1: 89%
 - Sessão 2: 90%
 - Sessão 3: 95%
 - Sessão 4: 86%
 → **Meta era de 80%**
- Taxa de melhoria das classificações:
 - Sessão 1: 11%
 - Sessão 2: 32%
 - Sessão 3: 14%
 - Sessão 4: 30%
 → **Meta era de 10%**

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 17

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Indicadores de Resultado:

- A taxa de conhecimentos em relação à HTA como problema de Saúde Pública de escala mundial: **82%**;
- A taxa de conhecimentos em relação à ingestão máxima de sal por dia: **95%**;
- A taxa de conhecimentos em relação à importância da atividade física: **100%**;
- A taxa de conhecimentos em relação ao tratamento da HTA: **88%**;
- A taxa de conhecimentos em relação às complicações mais associadas à HTA: **92%**;
- A taxa de conhecimentos em relação ao nº de emergência médica: **100%**

Meta era de 80%

Meta era de 100%

Questionário diagnóstico de atitudes e comportamentos

Conhecimentos deficitários e atitudes e comportamentos errados face à saúde

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 18

PLANEAMENTO EM SAÚDE

Rastreio

32 pessoas presentes (8 Homens e 24 Mulheres):

- 26 Hipertensos;
- 3 que não sabiam que tinham HTA;
- 14 com HTA descontrolada;
- 14 Diabéticos;
- 6 com DM descontrolada;
- 30 pessoas com IMC elevado (sobrepeso);
- 21 pessoas com perímetro abdominal acima do normal para o género.

Competência adquirida:
G1.5- "Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados." (RCEEECSP, 2018).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 19

OUTRAS ATIVIDADES

- o Apresentação do poster do Diagnóstico de Situação, no VII Congresso Luso-Espanhol de Estudantes Enfermagem, realizado na ESSS, nos dias 04 e 05 de abril 2019;
- o Participação no programa de apoio e promoção da parentalidade positiva e consciente;
- o Observação das aulas do curso preparação para o parto e parentalidade;
- o Participação no Programa Envelhecer com Saúde, onde pude colaborar em sessões de EpS;
- o Participação na visita domiciliária com Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- o Apresentação da *scoping review* no Participação no I Congresso Internacional de Literacia para a Saúde, realizado na ESSS, nos dias 16 e 17 de maio de 2019.

Competências adquiridas:
G3.1- "Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos Objectivos do Plano Nacional de Saúde"
G4.1- "Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde –doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica" (RCEEECSP, 2018).

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 20

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- o O cronograma estabelecido foi cumprido, bem como todas as metas estabelecidas com os vários indicadores (atividade e resultado);
- o O recurso à prática baseada na evidência científica através da *scoping review*, constituiu uma ferramenta essencial no caminho a seguir na implementação do projeto;
- o O estágio II evidenciou a aquisição de conhecimentos de um grupo populacional de uma dada comunidade;
- o A intervenção comunitária foi claramente conseguida por meio das atividades desenvolvidas com ganhos de conhecimentos, que se traduzem de forma direta em ganhos em saúde;
- o Visão empreendedora na comunidade e para a comunidade - correto planeamento em saúde;
- o A garantia da continuidade do projeto no programa "Envelhecer com Saúde" da UCCAS;
- o Aquisição de competências específicas nos vários domínios previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
- o Resiliência imprescindível pelas dificuldades e obstáculos que foram surgindo;
- o O campo de estágio revelou-se uma grande vantagem pelo enriquecimento de experiências que possibilitou, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 21

BIBLIOGRAFIA

Ae Kyung Chang e Sohyune R. Sok. (2015). Predictors of Sedentary Behavior in Elderly Koreans With Hypertension. *The Journal of Nursing Research*, 23, pp. 262-270.

Chang AK e Lee EJ. (2015). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *A International Journal of Nursing Practice*, 21, pp. 584-591.

Ferreira, R. S. S., Graça, L. C. C. e Calvino, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), pp. 7-15.

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças CérebroCardiovasculares 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Dong-Soo Shin, Chun-Ja Kim e Yong-Jun Choi. (2016). Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *The Australian Journal of Rural Health*, 24, pp. 213-219.

Eun Ju Lee e Euna Park. (2015). Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*, 53, pp. 607-621

Imperatori, E. e Giraldez, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa: ENSP.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Edition. Library of Congress. USA.

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currículos de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400/1474199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 - 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). *Guielines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial*. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, pp. 4-91. Acedido a 01 de março 2019 em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_21janeiro2014-final.pdf.

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 22

**HIPER(A)TENSÃO
AO SEU CORAÇÃO**

OBRIGADO PELA ATENÇÃO!

19/05/2019 Aluno: Tércio Nóbrega 23