

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

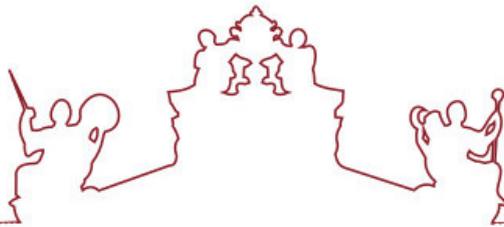
Relatório de Estágio

**”Prevenção das doenças cardiovasculares na população em
idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do
Alentejo”**

Rute Cristina Nunes Vitorino

Orientador(es) | Ermelinda Caldeira

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

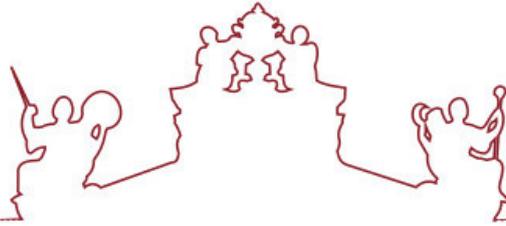
Relatório de Estágio

”Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo”

Rute Cristina Nunes Vitorino

Orientador(es) | Ermelinda Caldeira

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora) (Orientador)

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

“A saúde é um dom de Deus, e a prevenção de doenças
é o meio de refletirmos a nossa gratidão”

Maria Aparecida dos Santos de Sousa

RESUMO

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte a nível mundial, com impacto acentuado na qualidade de vida. Perante esta realidade, e o conhecimento de que os estilos de vida assumem capital importância na saúde das populações, comprova-se a importância da promoção da saúde, na capacitação dos indivíduos para aquisição de comportamentos saudáveis, objetivando-se ganhos em saúde.

Nesta sequência desenvolveu-se o presente projeto, ancorado na metodologia do Planeamento em Saúde, suportado pelo referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender e dirigido às colaboradoras de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, numa localidade da área de influência da Unidade de Cuidados na Comunidade onde decorreram os estágios com o objetivo de contribuir para a prevenção das doenças cardiovasculares nesta população.

Os resultados demonstraram o aumento de conhecimentos das colaboradoras sobre as doenças cardiovasculares. A realização das atividades inerentes à consecução deste projeto, foram fulcrais para o desenvolvimento de competências como mestre, especialista e especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; Prevenção; Enfermagem Comunitária

ABSTRACT

Prevention of cardiovascular diseases in working age: An intervention project in a region of Alentejo

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide, with a marked impact on quality of life. Given this reality, and the knowledge that lifestyles are of paramount importance in the health of populations, the importance of health promotion is proven, in the training of individuals to acquire healthy behaviors, aiming at health gains.

In this sequence, the present project was developed, anchored in the Health Planning methodology, supported by the theoretical framework of the Health Promotion Model of Nola J. Pender and aimed at the employees of a Residential Structure for the Elderly, in a locality in the area of influence of the Community Care Unit where the internships took place with the aim of contributing to the prevention of cardiovascular diseases in this population.

The results showed an increase in the knowledge of the collaborators about cardiovascular diseases. The activities inherent to the achievement of this project were essential for the development of competences as a master, specialist and specialist in community nursing, in the area of community health and public health nursing.

Keywords: Cardiovascular diseases; Prevention; Community Health Nursing

Agradecimentos

A concretização deste relatório é o culminar de um caminho exigente, de muito trabalho, mas, simultaneamente, muito motivador, desafiante e enriquecedor. Neste caminho, contei com a presença, disponibilidade e apoio incondicional de muitas pessoas, pelo que me apraz endereçar o meu agradecimento a todos os que cooperaram para esta etapa do meu desenvolvimento pessoal e profissional nomeadamente:

À minha orientadora, Professora Doutora Ermelinda Caldeira, pela sabedoria e competência, pela disponibilidade e por todas as sábias palavras de motivação, ânimo e serenidade.

À minha Enfermeira supervisora por toda a disponibilidade, incentivo e por todo o apoio demonstrado.

A toda a equipa multidisciplinar da UCC, em especial à Equipa de Enfermagem pela forma como me acolheram e me ajudaram a desenvolver este trabalho.

À Diretora Técnica, pela sua colaboração incansável como elo de ligação entre a UCC e ERPI.

Ao presidente da Santa Casa da Misericórdia pela autorização para realização do projeto.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão, amizade e palavras de encorajamento.

Às minhas colegas de mestrado e amigas pelas palavras de ânimo e encorajamento, pelo companheirismo e pela entajada ao longo de todo o percurso.

A todos os parceiros e intervenientes pelo interesse, colaboração e disponibilidade, tornando exequível a realização e conseqüente sucesso deste projeto.

Aos meus pais pelo amor, compreensão, apoio e incentivo transmitidos durante todo o tempo em que decorreu esta caminhada.

Ao Gué, por toda a compressão, motivação, incentivo e por sempre acreditar em mim.

A todos o meu sincero e profundo obrigada!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES	18
2 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	22
2.1 Fatores de Risco Não Modificáveis	22
2.2 Fatores de Risco Modificáveis	23
3 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	31
4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	34
5 RISCO CARDIOVASCULAR	36
6 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA.....	37
7 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	42
II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	45
1. ANÁLISE DE CONTEXTO	45
1.1 Contexto Territorial, demográfico e educacional	45
1.2 Contexto de Estágio	47
2 METODOLOGIA	50
2.1 Metodologia de Planeamento em Saúde	50
2.2 População Alvo	52
2.3 Instrumentos de Recolha de Dados e Procedimento de Análise de Dados	52
2.4 Questões Éticas	53
3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	56
3.1 Caracterização da População.....	56
3.2 Problemas Identificados	69
4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	70

5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	71
6 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	74
7 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	76
7.1 Fundamentação das Intervenções	76
7.2 Entidades e Parcerias envolvidas no Projeto	79
7.3 Recursos Humanos, Físicos e Materiais.....	80
7.4 Análise da Estratégia Orçamental	81
7.5 Cumprimento do Cronograma de Atividades	82
7.6 Comunicação e Divulgação do Projeto.....	83
8 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	84
9 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS	88
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO n.º 1: Tabela de avaliação de risco cardiovascular de acordo com a Norma n.º 005/2013 da DGS	CX
ANEXO n.º 2: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	CXIX
ANEXO n.º 3: Parecer da Comissão de Ética – Área de Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora	CXVI
ANEXO n.º 4: Grelha de análise para determinação de prioridades	CXVIII

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE n.º 1: Questionário de Capucho (2013)	CXXI
APÊNDICE n.º 2: Pedido de autorização à Coordenadora da UCC para realização de projeto de intervenção comunitária	CXXVII

APÊNDICE n.º 3: Pedido de autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia para desenvolvimento de projeto de intervenção comunitária no âmbito das doenças cardiovasculares	CXXX
APÊNDICE n.º 4: Pedido de autorização e resposta da autora para a utilização e adaptação de questionário para projeto de intervenção comunitária de âmbito académico	CXXXII
APÊNDICE n.º 5: Consentimento informado livre e esclarecido (CILE)	CXXXV
APÊNDICE n.º 6: Distribuição percentual da ingestão diária de água pelas inquiridas	CXXXVIII
APÊNDICE n.º 7: Distribuição percentual da frequência de ingestão de bebidas alcoólicas pelas inquiridas	CXL
APÊNDICE n.º 8: Distribuição percentual das inquiridas relativamente à prática de uma alimentação saudável	CXLII
APÊNDICE n.º 9: Distribuição percentual da frequência de deslocação (caminhar /pedalar pelas inquiridas para o local de trabalho	CXLIV
APÊNDICE n.º 10: Distribuição percentual da existência de hábitos tabágicos nas inquiridas.....	CXLVI
APÊNDICE n.º 11: Distribuição percentual do motivo de utilização dos cuidados de saúde pelas inquiridas	CXLVIII
APÊNDICE n.º 12: Distribuição percentual da frequência de FRCV diagnosticados nas inquiridas	CL
APÊNDICE n.º 13: Distribuição percentual das categorias de Tensão arterial das inquiridas	CLII
APÊNDICE n.º 14: Distribuição percentual do valor habitual de colesterol total das inquiridas	CLIV
APÊNDICE n.º 15: Distribuição percentual do valor habitual de glicémia capilar das inquiridas	CLVIII
APÊNDICE n.º 16: Distribuição percentual dos antecedentes familiares de DCV das inquiridas	CLIV
APÊNDICE n.º 17: Distribuição percentual sobre a importância da intervenção dos profissionais de saúde para a prática de uma vida saudável	CLX

APÊNDICE n.º 18: Distribuição percentual sobre os temas que as inquiridas gostariam de serem abordados	CLXII
APÊNDICE n.º 19: Distribuição percentual do risco cardiovascular das participantes.....	CLXIV
APÊNDICE n.º 20: Cronograma de atividades	CLXVI
APÊNDICE n.º 21: Cartão do rastreio cardiovascular	CLXVIII
APÊNDICE n.º 22: Sessão de educação para a saúde: “Compreendendo as doenças cardiovasculares”.....	CLXX
APÊNDICE n.º 23: Sessão de educação para a saúde: “A prevenção das doenças cardiovasculares à mesa”.....	CLXXVI
APÊNDICE n.º 24: Sessão de educação para a saúde “A atividade física uma aliada na prevenção das doenças cardiovasculares”.....	CLXXXVII
APÊNDICE n.º 25: Artigo elaborado para o Boletim Municipal	CXCIII
APÊNDICE 26: Resumo do artigo científico	CXCVI
APÊNDICE n.º 27: Avaliação das sessões de educação para a saúde	CXCVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1: Representação da deposição da placa aterosclerótica	19
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1: Proporção por algumas causas de morte	37
Gráfico n.º 2: Distribuição percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório por sexo e grupo etário.....	38
Gráfico n.º 3: Óbitos e causas de morte, NUTS II em 2019.....	39
Gráfico n.º 4: Óbitos por algumas causas de morte, NUTS III.....	39
Gráfico n.º 5: Distribuição percentual das inquiridas por grupo etário.....	57
Gráfico n.º 6: Distribuição percentual das inquiridas por nível de escolaridade	57
Gráfico n.º 7: Distribuição percentual das inquiridas pela atividade profissional	58
Gráfico n.º 8: Distribuição percentual do IMC das inquiridas.....	58
Gráfico n.º 9: Distribuição percentual do valor de perímetro abdominal das inquiridas	59

Gráfico n.º 10: Distribuição percentual dos sintomas identificados pelas inquiridas como característico de EAM.....66

Gráfico n.º 11: Distribuição percentual dos sintomas identificados pelas inquiridas como característico de AVC 66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1: Distribuição percentual dos hábitos alimentares das inquiridas61

Quadro n.º 2: Distribuição percentual das refeições realizadas pelas inquiridas63

Quadro n.º 3: Distribuição percentual da frequência de prática de exercício físico (pelo menos minutos), pelas inquiridas64

Quadro n.º 4: Distribuição percentual do valor habitual de colesterol total das inquiridas67

Quadro n.º 5: Grelha de análise para determinação de prioridades.....70

Quadro n.º 6: Metas e indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.1.....72

Quadro n.º 7: Metas e indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.2.....73

Quadro n.º 8: Metas e indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.3.....73

Quadro n.º 9: Recursos humanos, físicos e materiais do projeto.....81

Quadro n.º 10: Previsão orçamental do projeto82

Quadro n.º 11: Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.1.....85

Quadro n.º 12: Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.285

Quadro n.º 13: Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.3.....86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1: População residente na área geográfica de intervenção da UCC por grupo etário e sexo em 2018.....46

LISTAGEM DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ADA** – American Diabetes Association
- AHA** – American Heart Association
- APA** – American Psychological Association
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- CABG** - Coronary Artery Bypass Grafting
- CDE** – Código Deontológico dos Enfermeiros
- CILE** – Consentimento informado, livre e esclarecido
- CPCJ** - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- CT** – Colesterol total
- DALY** - Disability-adjusted life years
- DCV** – Doenças Cardiovasculares
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- DM** – Diabetes Mellitus
- DM 1:** Diabetes Mellitus tipo 1
- DM 2:** Diabetes Mellitus tipo 2
- EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio
- ECG** - Eletrocardiograma
- ECL** – Equipa de Coordenação Local
- ELI** - Equipas Locais de Intervenção
- EHN** – European Hearth Network
- EpS** – Educação para a Saúde
- ERPI** - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- ESC** – European Society of Cardiology
- FR** – Fator de risco
- FRCV** – Fatores de risco cardiovascular
- HDL** – Lipoproteínas de alta densidade
- HTA** – Hipertensão arterial
- IHME** – Institute of Health Metrics and Evolution
- IMC** – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge

LDL – Lipoproteínas de baixa densidade

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NLI – Núcleo Local de Intervenção

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAHO – Pan American Health Organization

PNAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares

PNPAS – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

RAM – Roda dos alimentos mediterrânea

RCV – Risco cardiovascular

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SCORE - Systematic Coronary Risk Evaluation

SE – Saúde Escolar

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SPHTA – Sociedade Portuguesa de Hipertensão

TA - Tensão arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAD – Tensão arterial diastólica

TAS – Tensão arterial sistólica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VLDL – Lipoproteínas de muito baixa densidade

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório, comumente designadas de doenças cardiovasculares (DVC), são doenças crónicas, não transmissíveis que se desenvolvem de forma insidiosa ao longo da vida e englobam o grupo de doenças do coração, doenças vasculares do cérebro e doenças dos vasos sanguíneos, das quais se destacam o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WHO,2021a).

A etiologia destas patologias embora seja multifatorial, tem na sua maioria uma base aterosclerótica (WHO, 2017). Os fatores promotores do processo de aterosclerose são denominados fatores de risco cardiovascular e são categorizados em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são os principais e de maior impacto, nos quais se incluem a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Os não modificáveis compreendem a idade, o género, raça e história familiar (SPHTA,2021a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCV constituem um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortalidade e incapacidade a nível mundial, com impacto a nível social, económico e cultural (WHO, 2017).

Em Portugal, à semelhança do que se regista a nível mundial, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, sendo responsáveis por 29.9% dos óbitos, e de incapacidade (INE, 2021a).

Face a esta realidade, é urgente intervir neste grave problema de saúde que são as doenças cardiovasculares. Deste modo, a prevenção deve ser desenvolvida e incentivada ao longo da vida, para que a sua eficácia possa ter reflexos na redução da incidência, mortalidade e do impacto dos fatores de risco nestas doenças. Esta importante estratégia de saúde pública, tem como objetivo erradicar, eliminar ou minimizar o impacto destas patologias e as incapacidades que lhe estão inerentes (SPC, 2016).

A pedra angular das estratégias de prevenção centra-se na promoção de um estilo de vida saudável (onde está integrado a alimentação saudável e a prática de exercício físico), na correção de fatores de risco modificáveis e na vigilância clínica regular (DGS, 2021a).

Tendo em conta a pertinência da problemática em causa, foi instituído um projeto de intervenção comunitária denominado “Prevenção das doenças cardiovasculares na

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo”, ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde, no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender, e enquadrado no âmbito das unidades curriculares Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e o Estágio Final, do V Curso de Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que se desenvolveu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo Central, nos períodos de 17 de maio a 25 de junho de 2021 (estágio I) e de 13 de setembro a 28 de janeiro de 2022 (estágio final).

O projeto supracitado, foi dirigido às colaboradoras de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) de uma região do Alentejo, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade, com o propósito de capacitar para a adoção de comportamentos conducentes com um estilo de vida saudável, coadjuvando para uma melhor qualidade de vida, com consequentes ganhos em saúde.

O objetivo geral delineado no âmbito do projeto foi: Contribuir para a prevenção das doenças cardiovasculares na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade, que exerce a sua atividade profissional numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, de uma região do Alentejo, até setembro de 2022. Assim e, com o propósito de atingir o objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos: (i) Cooperar para o aumento dos conhecimentos das colaboradoras da ERPI sobre doenças cardiovasculares, até janeiro de 2022; (ii) Instruir as colaboradoras da ERPI dos benefícios associados à prática de uma alimentação saudável, até janeiro de 2022 e (iii) Sensibilizar as colaboradoras da ERPI para os efeitos benéficos da prática de exercício físico/atividade física, até janeiro de 2022.

A execução do projeto de intervenção comunitária e a abordagem à temática subjacente foi alicerçada no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 (extensão a 2020), com principal incidência no Programa Nacional das Doenças Cérebro Cardiovasculares (PNDCCV), no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e no Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (PNPAF).

Neste enquadramento emerge o presente relatório, que pretende, não somente descrever o projeto desenvolvido no decurso dos Estágios, como também evidenciar a capacidade de reflexão sobre as atividades realizadas, no sentido de demonstrar a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

No que concerne à estruturação deste relatório, este encontra-se organizado em

duas partes principais, o enquadramento conceptual teórico e o enquadramento prático. A primeira é referente ao enquadramento teórico, fulcral para a compreensão e contextualização da temática em estudo. Na segunda parte, que compreende o enquadramento prático, é realizada a análise do contexto onde decorreram os estágios, seguindo-se a apresentação das várias fases de implementação do projeto de acordo com a Metodologia de Planeamento em Saúde, de Imperatori e Giraldes (1993). Nesta fase metodológica é também descrita a população alvo, o instrumento de recolha de dados (questionário e rastreio cardiovascular) e procedimento de análise de dados e as questões éticas que envolveram todo este percurso. Posteriormente, é apresentado o diagnóstico da situação onde são explanados os dados obtidos com a aplicação do questionário e realização do rastreio cardiovascular. Por sua vez, nos capítulos seguintes, descrevem-se as fases da determinação de prioridades, análise reflexiva dos objetivos, análise reflexiva sobre as intervenções desenvolvidas e sobre o processo de avaliação e controlo do mesmo. E por fim, é efetuada uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição e mobilização de competências associadas ao grau de mestre e ao de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Quanto à organização e formatação, o presente relatório assenta no Regulamento do Estágio Final e do Relatório do Mestrado em Enfermagem (em Associação) e nas Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Cumpre também as regras do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, bem como o estilo bibliográfico de citações em texto e referências bibliográficas da *American Psychological Association* [APA] – sétima edição (2019).

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De modo a consolidar o conhecimento, fundamental à compreensão e contextualização da problemática das doenças cardiovasculares, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, com base nos conhecimentos e evidências mais atuais, por forma a suportar teoricamente e conceptualmente o projeto desenvolvido.

1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças crónicas não transmissíveis, são as doenças cuja incidência e prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas a nível mundial, o que tem provocado um forte impacto nos sistemas de saúde quer ao nível das respostas, quer da sua própria sustentabilidade (Fernandes, 2020).

Todavia, perspectiva-se que esta tendência se mantenha futuramente, dado que se assiste, a nível mundial, a uma transição demográfica resultante do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população assim como a uma transição epidemiológica resultante da modificação dos padrões de morbilidade e mortalidade das doenças, observando-se uma crescente incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis face às doenças transmissíveis ou infecciosas (Fredericksen, et al., 2018).

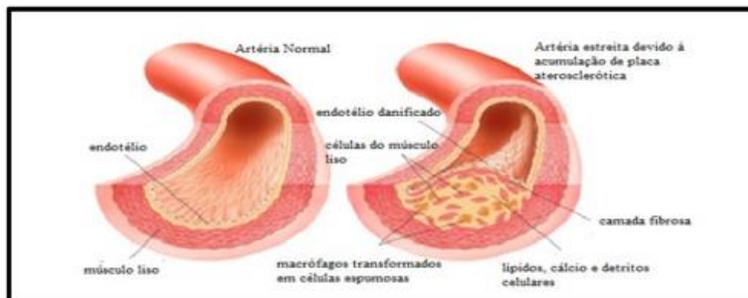
Estas patologias caracterizam-se pela sua longevidade e pela sua natureza multifatorial, resultante da combinação de fatores genéticos, ambientais, físicos e comportamentais (WHO, 2021a).

As doenças cardiovasculares (DCV) ou doenças do aparelho circulatório estão classificadas no grupo de doenças crónicas não transmissíveis, e caracterizam -se por uma progressão lenta e insidiosa ao longo da vida dos indivíduos. Englobam, as doenças do coração, doenças vasculares do cérebro e doenças dos vasos sanguíneos, na quais se incluem: a doença coronária, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica, a doença cardíaca reumática, a cardiopatia isquémica, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar (WHO, 2021a). Os eventos cardiovasculares agudos, destacados pela sua especial relevância, são a doença isquémica cardíaca, ou seja, a doença coronária cuja manifestação clínica mais relevante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença

cerebrovascular dal qual se destaca o acidente vascular cerebral (AVC).

A etiologia das doenças cardiovasculares embora seja multifatorial, tem na sua maioria uma base aterosclerótica. A aterosclerose é uma doença inflamatória crónica, originada por agressão contínua do endotélio, camada que reveste internamente as artérias, com consequente disfunção do mesmo e formação de placas de ateroma no lúmen das artérias (Figura n.º 1). Este processo decorre de uma intensa atividade imunológica que resulta na acumulação de lípidos, inflamação local, apoptose celular, necrose e fibrose, que são as principais causas de estenose arterial e danos endoteliais com repercussões a longo prazo (AHA, 2021a).

Figura n.º 1: Representação da deposição da placa aterosclerótica



Fonte: Adaptado de <https://www.verywellhealth.com/what-is-atherosclerosis-1745908>

As placas de ateroma apresentam na sua constituição colesterol, substâncias gordurosas, resíduos celulares, cálcio, fibrina (Figura n.º 1) que dificultam a circulação sanguínea e favorecem a formação de coágulos (AHA, 2021a). Para a formação inicial de placas de ateroma cooperam fatores como níveis elevados de triglicéridos e colesterol sanguíneo, em particular a lipoproteína de baixa densidade (LDL), presença de Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), ação de agentes infecciosos e tabagismo, (AHA, 2021a). Todos estes fatores contribuem para uma maior produção de radicais livres, o que favorece o processo oxidativo e aumenta a permeabilidade da adesão de leucócitos e plaquetas ao endotélio, agravando deste modo todo o processo aterosclerótico (Stefanis et al., 2017).

No ser humano, a aterosclerose desenvolve-se ao longo de inúmeros anos, geralmente várias décadas. O crescimento da placa de aterosclerose não é um processo agudo, ocorrendo de forma lenta, progressiva e silenciosa, através de uma evolução que segue um padrão descontínuo, com períodos de relativa quiescência pontuados por

períodos de rápida evolução.

Afeta as artérias de grande e médio calibre, como sendo as artérias coronárias, as carótidas, as artérias renais, as artérias cerebrais e basilares, e também, a aorta, principalmente na sua porção abdominal, as artérias ilíacas e femorais (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021a).

Nas doenças cardiovasculares, a disfunção endotelial é um fator determinante para o risco e prognóstico de futuros eventos cardiovasculares. Estes podem acontecer por dois motivos, nomeadamente pela libertação de parte da placa de ateroma que circula pela corrente sanguínea, que fica presa e provoca um bloqueio parcial ou completo de um vaso sanguíneo, ou devido à formação de um coágulo decorrente do desenvolvimento de uma densa placa de ateroma. Assim, dependendo se as artérias afetadas forem responsáveis pelo fornecimento de sangue ao coração e cérebro, podem originar um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou um Acidente Vascular Cerebral (AVC), respetivamente.

Apenas nos estadios mais avançados da doença aterosclerótica, surgem as primeiras manifestações clínicas, que se apresentam de forma súbita e severa.

A exposição contínua a fatores de risco promove a progressão desta condição patológica. Os fatores de risco cardiovascular podem agrupar-se em dois grupos, os fatores de risco não modificáveis e os fatores de risco modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis, são aqueles determinam à partida maior propensão para o desenvolvimento de DCV, e não são passíveis de serem alterados. Neste grupo incluem-se a idade, o género, a raça e a história familiar, enquanto que, os fatores de risco modificáveis, são aqueles que são passíveis de intervenção/correção, através da modificação do estilo de vida ou de intervenções farmacológicas, sendo os principais e de maior impacto, designadamente a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a dislipidemia, o excesso de peso/obesidade, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e a inatividade física/ sedentarismo (SPHTA, 2021a).

Face ao exposto, a prevenção das doenças cardiovasculares representa uma prioridade em saúde pública. O controlo e prevenção destas patologias recaem maioritariamente na alteração de comportamentos relacionados com a saúde, adoção de estilos de vida saudáveis e evicção de fatores de risco modificáveis.

Neste contexto, torna-se então necessário que os cidadãos sejam sensibilizados para esta realidade, sendo premente que se desenvolvam estratégias de prevenção, aquisição e readaptação de estilos de vida saudáveis, que permitam capacitar/empoderar os cidadãos, com vista a mudanças de comportamento. Sem esforços preventivos, cada

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

vez mais estas patologias irão ocorrer, designadamente em indivíduos com risco baixo a moderado e em jovens adultos.

2 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Um fator de risco pode ser definido como, uma condição biológica ou comportamental “(...)” aumenta o risco cardiovascular, ou seja, aumenta a probabilidade de sofrer uma doença cardiovascular” (Bourbon et al., 2016, p. 4).

Os fatores de risco relacionados com o aparecimento de DCV podem ser agrupados em dois grupos, os fatores de risco não modificáveis e os fatores de risco modificáveis.

2.1 Fatores de Risco não Modificáveis

Por fatores de risco não modificáveis, entendem-se os que determinam à partida maior propensão para o desenvolvimento de DCV, e não passíveis de serem modificados. Incluem-se neste grupo a idade, o género, a raça e a história familiar.

Idade

Decorrente da análise de dados epidemiológicos, constata-se que existe clara associação entre a incidência e a prevalência das DCV e o aumento da idade, todavia na atualidade existem cada vez mais eventos cardiovasculares em faixas etárias mais jovens.

De acordo com as Diretrizes Europeias para a prevenção das doenças cardiovasculares, é recomendado na prática clínica a utilização do modelo SCORE, o qual permite estimar o risco de 10 anos da ocorrência do primeiro evento aterosclerótico fatal, numa faixa etária entre os 40 e 65 anos de idade. Nos adultos com idade inferior a 40 anos, é igualmente possível a estimativa do risco relativo de 10 anos de mortalidade cardiovascular (SPC, 2016).

Todavia uma alteração do estilo de vida, fundamentalmente nos dos fatores de risco cardiovascular, conduz a uma diminuição do risco de DVC associadas à idade, quer no caso dos mais jovens, ou mesmo em idades mais avançadas.

Género

Ao nível do género existem diferenças relativamente ao risco de sofrer de DCV. Estas doenças desenvolvem-se cerca de 7 a 10 anos mais tarde no género feminino que no género masculino, sendo, no entanto, a principal causa de morte em mulheres com 65 anos. No género feminino o risco de DCV é menor até há menopausa, acreditando-se que a exposição a hormonas femininas, particularmente o estrogénio endógeno têm um efeito benéfico contra a aterosclerose durante a idade fértil (Gao et al., 2019).

Raça

A DCV afeta indivíduos independentemente da raça ou etnia, contudo, a sua prevalência é mais elevada em indivíduos de raça negra comparativamente com os indivíduos de raça caucasiana.

História familiar

A história familiar de DCV constitui um fator preditor de risco aumentado, que engloba várias influências nomeadamente genéticas, ambientais e comportamentais, que interagem entre si. O peso dos antecedentes cardiovasculares familiares no desenvolvimento de DCV individual expressa de forma muito significativa a contribuição genética no aparecimento da DCV comparativamente com quem não possui histórico familiar. Esta centra-se na prematuridade do aparecimento da doença, existindo cut-offs recomendados quanto à idade e género, designadamente antes dos 55 anos nos homens e antes dos 65 anos nas mulheres (Atlas da Saúde, 2018).

A probabilidade de desenvolver DVC é maior nos indivíduos com familiares que apresentem eventos cardiovasculares prematuros. Este risco acresce quando são atingidos familiares de 1º grau bem como quanto maior número de familiares afetados.

2.2 Fatores de Risco Modificáveis

Os fatores de risco modificáveis, são aqueles que são passíveis de intervenção/correção, através da modificação do estilo de vida ou de intervenções farmacológicas, sendo os principais e de maior impacto, designadamente a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a dislipidemia, o excesso de peso/obesidade, hábitos alimentares inadequados, o tabagismo e o sedentarismo.

Hipertensão arterial

A incidência da HTA ao longo dos anos tem vindo a aumentar, afetando de acordo com a OMS mais de 30% da população adulta em todo o mundo, o que corresponde a mais de um bilião de pessoas (PAHO, 2020). Atinge um em cada quatro homens e uma em cada cinco mulheres, sendo apontada como a maior causa de morte prematura no mundo (WHO,2019).

De acordo com vários estudos, estima-se que ao nível da Europa cerca de 30 a 45% da população apresenta HTA. Portugal, não é exceção e de acordo com o último estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), a prevalência da HTA em Portugal Continental, atingiu os 43.1% o que equivale a 3 334 525 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos. A prevalência foi superior no género masculino (45.6%) comparativamente com o género feminino (40.9%) e aumentou expressivamente com a idade. Da população com HTA, 62,8% tinha conhecimento da sua patologia sendo que, 32.1% apresentavam valores de tensão arterial (TA) controlados (Bourbon et al., 2019).

A HTA é o principal e mais frequente fator de risco cardiovascular modificável e define-se como uma elevação persistente da tensão arterial. O aumento crónico da mesma, provoca hipertrofia do ventrículo esquerdo bem como alterações patológicas ao nível da musculatura. Está intimamente relacionada com patologias renais e cardiovasculares, sendo a principal causa para a ocorrência de eventos como enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

O diagnóstico da HTA, determina-se pela obtenção de pelo menos duas medições de Pressão Arterial (PA) aumentadas, em que um dos valores de PA (sistólica ou diastólica) ou ambos são superiores a 140/90mmHg. A HTA é classificada em graus (grau I, grau II e grau III) dependendo dos valores de PA, o que determina igualmente a gravidade da doença e consequente abordagem terapêutica (SPHTA, 2021b).

Na fase inicial, geralmente esta patologia não provoca sintomas, no entanto, em alguns casos pode manifestar-se por sintomas como cefaleias, tonturas, mal-estar difuso, visão desfocada, dor no peito ou sensação de falta de ar (SPHTA, 2021b).

A HTA é apontada em Portugal e no mundo, como o principal fator de risco cardiovascular evitável das DCV e de mortalidade por todas as causas.

Diabetes Mellitus

A Diabetes mellitus (DM) apresenta-se como a doença não transmissível mais comum com elevada prevalência e incidência crescente. Segundo dados da OMS, em 2014 esta patologia afetou 6% da população mundial, correspondendo a 422 milhões de pessoas, a maioria vive em países de baixa e média renda, e cerca de 1.6 milhões de mortes são diretamente atribuídas a esta patologia a cada ano. Estima-se que este número aumente para 570 milhões em 2030 e para 700 milhões em 2045. Em 2019, de acordo com a OMS, a diabetes encontrava-se entre as 10 principais causas de morte (APDP, 2021a).

Em Portugal, os números revelam-se igualmente preocupantes, em 2018 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7.7 milhões de indivíduos) atingiu os 13.6%. O que indica que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes, sendo que 56% já se encontram diagnosticados e 44% ainda não se encontram diagnosticados (Raposo, 2020).

Compreende um grupo de doenças metabólicas crónicas e heterógenas que se caracterizam por apresentar alterações ao nível do metabolismo da glicose, cuja principal característica em comum é a presença de concentrações elevadas de glicose no sangue designada como hiperglicémia, afetando o metabolismo de hidratos de carbono, gorduras e proteínas (Harraiter & Roden, 2019).

A hiperglicémia é resultado de uma de deficiente secreção da insulina pelo pâncreas, deficiente ação da mesma nos tecidos periféricos e órgãos ou frequentemente ambos, estando relacionada com fatores genéticos, autoimunes, fatores associados ao meio ambiente e causando por sua vez complicações micro e macro vasculares.

A insulina é uma hormona polipeptídica segregada pelo pâncreas, que desempenha um papel fundamental em algumas funções biológicas importantes, como sendo o controlo glicémico.

O diagnóstico da DM, baseia-se em valores de glicemia (valor de glicose no sangue) $\geq 126\text{mg/dl}$ em duas ou mais análises em jejum ou quando valores de glicose $\geq 200\text{mg/dl}$ numa análise de glicemia em qualquer momento do dia acompanhada de sintomas de hiperglicemia (SPHTA, 2021c).

Na diabetes *mellitus*, as categorias DM 1 e DM2, são as mais prevalentes sendo a primeira responsável por 5 a 10% e a segunda por 90% dos casos (Bimstein et al., 2019).

A diabetes *mellitus* tipo 1, resulta da destruição crónica e progressiva das células beta pancreáticas, maioritariamente imunomediada, resulta usualmente na deficiência

permanente da secreção de insulina. Para se atingir o controlo glicémico ideal, nestes indivíduos recorre-se à insulino-terapia. Surge geralmente na infância e adolescência. Na sua forma mais grave, é possível o desenvolvimento de cetoácido, se o que pode resultar em letargia, coma e na ausência de tratamento adequado conduzir à morte.

A diabetes *mellitus* tipo 2, é um distúrbio complexo que envolve vários níveis de diminuição do funcionamento das células beta, resistência periférica à insulina e metabolismo hepático da glicose anormal. Como terapêutica para a diabetes 2 recorre-se a antidiabéticos orais, podendo igualmente associar-se a estes insulina.

A sintomatologia típica da DM nas situações de hiperglicémia caracteriza-se por polaquíuria, polidipsia, xerostomia, fome constante, cansaço, visão turva, e prurido no corpo essencialmente nas zonas genitais. A hiperglicémia crónica pode aumentar a suscetibilidade a infeções. Nas situações de hipoglicémia, dificuldade em raciocinar, tremores, palidez, palpitações são sintomas frequentes, no entanto em casos extremos podem evoluir para formigueiro nos lábios e língua, convulsões, perda de consciência e coma (APDP, 2021b).

As complicações decorrentes desta patologia dividem-se em microvasculares e macrovasculares, sendo que as primeiras apresentam uma prevalência superior. As complicações microvasculares englobam a neuropatia, nefropatia e retinopatia e as complicações macrovasculares a doença coronária, a doença cerebral, a doença arterial dos membros inferiores (APDP, 2021c). A obtenção de um bom controlo glicémico é fulcral para a diminuição do risco de complicações.

A DM acelera o desenvolvimento do processo aterosclerótico e está associada a um aumento da probabilidade de desenvolver DCV, independentemente da presença de outros fatores de risco.

Dislipidemia

A dislipidemia é um fator de risco major para o desenvolvimento das DCV, dado que se encontra diretamente envolvida na origem da aterosclerose.

De acordo com os dados recolhidos pela OMS em 2018, a dislipidemia foi responsável por 2.6 milhões de mortes e mais de 29.7 milhões de anos de vida perdidos anualmente no mundo, sendo a sua prevalência a nível mundial de 39%, em adultos com mais de 25 anos (Timmis et al.,2018; WHO, 2018a).

A nível nacional, e segundo dados do INSA constatou-se que a prevalência de colesterol total (CT) $\geq 200\text{mg/dL}$ na população de Portugal Continental de foi de 56.3%

e de 31.3% para $CT \geq 240\text{mg/dL}$ (Bourbon et al., 2019).

A dislipidemia é uma condição que se caracteriza por um conjunto de alterações metabólicas lipídicas resultantes de perturbações funcionais que, ocorrem em qualquer fase do metabolismo lipídico e conduzem a alterações de teor de lípidos no sangue, que se traduz no aumento dos níveis de triglicéridos ou do aumento do colesterol LDL, ou de uma combinação de ambos e um abaixamento dos níveis de colesterol HDL.

Os triglicéridos, são componentes de grande parte das gorduras do nosso organismo e compõe a maioria das gorduras alimentares de origem animal e vegetal (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2021), e o seu valor recomendado é $<150\text{mg/dl}$. São transportados por lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL), as quais são precursoras das LDL e constituem 10-15% do colesterol total (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021b).

O colesterol total, cujo valor recomendado é $<190\text{mg/dl}$ (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021b), é um composto de natureza lipídica, produzido em grande parte pelo fígado, cerca de 30 a 40%, sendo o restante obtido pela alimentação, em particular através da ingestão de produtos de origem animal. Encontra-se presente em todas as células do corpo, e em quantidades normais é essencial na constituição das membranas celulares (proporcionando fluidez e mobilidade), na regulação funcional e metabólica e servindo como substrato à síntese de muitos compostos como ácidos biliares, hormonas esteroides e vitamina D (Yu et al., 2018). Tem origem endógena (síntese hepática) ou exógena (fonte alimentar).

Circula no sangue ligado a proteínas, formando o complexo colesterol-proteína, denominado por lipoproteína. Existem vários tipos de lipoproteínas, os quais se distinguem em função da proporção de proteínas e gorduras presentes na sua composição, o que determina a sua densidade, destacando-se as lipoproteínas de baixa densidade (LDL), as de alta densidade (HDL) e as de muito baixa densidade (VLDL).

As lipoproteínas de baixa densidade (LDL), são responsáveis pelo transporte do colesterol do fígado para o resto do corpo, sendo comumente conhecidas como o “mau colesterol”, dado que em excesso podem depositar-se nas paredes das artérias, impedindo o normal fluxo sanguíneo. Representam 60 a 70% do colesterol total (CT) e o seu valor recomendado $<115\text{mg/dl}$ (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021b)

As lipoproteínas de alta densidade (HDL), asseguram o transporte do colesterol LDL das artérias e corrente sanguínea até ao fígado, para posterior deposição/metabolização, sendo vulgarmente conhecidas como o “bom colesterol”.

Constituem aproximadamente 20-30% do colesterol total, e o seu valor recomendado é $>40\text{mg/dl}$ nos homens e $>45\text{mg/dl}$ nas mulheres (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021b).

Um desequilíbrio entre os níveis destas lipoproteínas LDL e HDL, constitui um importante fator de risco cardiovascular (APN, 2018).

A avaliação do perfil lipídico, é fulcral para estimar o risco cardiovascular.

Excesso de peso / Obesidade

A obesidade e o excesso de peso atingem proporções epidémicas a nível global, constituindo um importante problema de saúde pública, quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento, assistindo-se a um aumento incessante da prevalência.

A nível mundial de acordo com dados da OMS, em 2016 cerca de 1.9 biliões de adultos (30% da população) apresentavam excesso de peso e 650 milhões (13% da população) sofriam de obesidade (WHO, 2021b). Na Europa, mais de metade da população adulta (51.6%) tem excesso de peso ou é obeso. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2019 (INE), a obesidade afeta 1.5 milhões de pessoas adultas, o que corresponde a 16.9% da população. Já as estatísticas da OCDE retratam uma prevalência superior, salientando que 28.7% da população portuguesa apresentará obesidade (OCDE, 2020). Esta percentagem colocada Portugal como terceiro país europeu com maior prevalência. De acordo com as previsões da World Obesity Report, a manter-se este ritmo em 2025 existirão mais de 2.4 milhões de pessoas a sofrer desta patologia no país (World Obesity Federation, 2020).

A obesidade e o excesso de peso são definidos como uma condição em que ocorre uma acumulação excessiva de massa gorda corporal, com potencial impacto a nível da saúde pessoal (WHO, 2021a). A obesidade é considerada uma doença crónica e simultaneamente um fator de risco para o desenvolvimento de comorbilidades e estando associado a outros fatores de risco que aumentam drasticamente a possibilidade de ocorrência de doenças do foro cardíaco, cerebral e vascular (DGS, 2021a). No que se concerne à sua etiologia esta é considerada uma patologia multifatorial fruto da interação de vários fatores, nomeadamente genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais.

Para uma avaliação precisa desta patologia, seria necessário recorrer a métodos de avaliação direta da proporção de massa gorda corporal como, a densidade corporal, a densitometria, a ressonância magnética, a medição de potássio corporal total ou bio

impedância. Dado que estes métodos são dispendiosos e mais complexos, usualmente recorre-se à avaliação antropométrica mais concretamente ao Índice de Massa Corporal (IMC). Este índice é calculado através do quociente entre o peso corporal em quilogramas pelo quadrado da altura (kg/m²) (DGS, 2017). De acordo com o valor do IMC, os indivíduos são categorizados em baixo peso (IMC < 18.5), peso normal (IMC- 18.5-24.9), pré-obesidade (IMC- 25.0-29.9), obesidade classe I (IMC- 30.0-34.9), obesidade classe II (IMC-35.0-39.9) e obesidade classe 3 (IMC \geq 40) (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021c).

A obesidade, ou excesso de peso, é um fator de risco independente, mas igualmente um potenciador do aparecimento de outros fatores de risco como sendo a diabetes, a dislipidemia e a hipertensão (Carbone et al., 2019).

Tabagismo

A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública mundial, sendo responsável pela diminuição da qualidade de vida e da esperança média de vida. Apresenta ainda a agravante de ser um fator de risco não apenas para o fumador, como também para aqueles que se encontram frequentemente expostos ao fumo passivo (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021d).

Segundo a OMS, o tabagismo é uma doença do foro respiratório que devido aos seus compostos químicos, como sendo a nicotina, provocarem dependência e alterações nos indivíduos que fumam (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2021). Esta é uma das patologias que é responsável pela morte de 8 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo. Dessas, 7 milhões estão associadas ao consumo direto de tabaco e 1.2 milhões são de não fumadores expostos ao fumo do tabaco (WHO, 2020). Ao longo da última década, tem se registado uma diminuição das taxas diárias de tabagismo na maioria dos países da OCDE (23% em 2007 para 18% em 2017). Portugal, não é exceção apresentando uma evolução positiva no consumo de tabaco, atingindo uma média de 16.8% no que respeita aos fumadores diários com idades superiores a 15 anos, abaixo da média da OCDE (Fernandes, 2020). Contudo e de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde (2019), ainda cerca de 1.3 milhões de pessoas (14.2%) fumavam diariamente e 248 mil pessoas (2.8%) faziam-no ocasionalmente. De evidenciar que a percentagem de mulheres que referiam nunca ter fumado era de 75.3% e a dos homens na mesma condição era de 44.8% (INE, 2020a).

O tabagismo aumenta o risco cardiovascular, sendo que este aumento varia em

função da presença ou não de outros fatores, da duração e frequência com que se fuma bem como é maior nos fumadores correntes e recorrentes comparativamente com os que os não fumadores e os que deixaram de fumar (Banks et al., 2019).

Sedentarismo

O sedentarismo é reconhecido como um problema de saúde pública, com sendo um dos principais propulsores do surgimento das doenças crónicas na população mundial. De acordo com as estatísticas da OMS, 5 milhões de mortes anuais podiam ser evitadas se a população global fosse mais ativa. Esta organização refere ainda que um em cada quatro adultos não pratica exercício físico suficiente, o mesmo se acontece com quatro em cada cinco adolescentes (ONU, 2020). No continente europeu estima-se que cerca de 25% das mulheres e 22% dos homens seja fisicamente inativo (EHN, 2020). A falta de atividade física nos últimos anos em Portugal é uma realidade, com a maioria dos portugueses a não cumprir as recomendações internacionais para a prática de atividade física. Todavia, verificou-se em 2021 uma tendência de melhoria dos níveis de atividade física da população portuguesa, com 54.3% da população a praticar níveis adequados de atividade física face aos 46% registados em 2020 (DGS, 2021b).

A inatividade física representa um dos principais fatores de risco para a morbidade e mortalidade globais, apresentando as pessoas que são insuficientemente ativas cerca de 20 a 30% de maior risco de morte comparativamente com as pessoas suficientemente ativas (WHO, 2018b) Está associada a um estilo de vida pouco ativo e pouco saudável e concludentemente a várias doenças, como sendo as doenças cardiovasculares, contribuindo para o aumento do risco cardiovascular em mais de 20%. (EHN, 2020).

3 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma das emergências cardiovasculares mais comuns, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade e com repercussões a nível individual, social e económico. Em Portugal, esta patologia foi responsável por 4 275 mortes em 2019, o que equivale a 3.8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração tendo, no entanto, se registado uma diminuição de 7.5% no número de óbitos comparativamente com o ano anterior (INE, 2021b).

Mais recentemente denominado de Síndrome Coronário Agudo (SCA), o enfarte é o termo utilizado para descrever a diminuição súbita ou interrupção total do fluxo sanguíneo a uma determinada zona do miocárdio, envolvendo isquemia ou morte celular (necrose) (Neto et al., 2019). Esta situação acontece porque as artérias coronárias, vasos que fornecem oxigénio e nutrientes ao coração essenciais para manutenção da sua atividade tornam-se mais espessas e duras resultado da acumulação de gordura, colesterol e outras substâncias formando placas. Este processo é lento e denomina-se aterosclerose. Quando há uma rutura de placa dentro da artéria, desencadeia hemorragia e edema no local, com conseqüente diminuição do diâmetro arterial, contração do músculo liso arterial, com agravamento na restrição do lúmen arterial e ativação e agregação de plaquetas e formação de trombos (AHA, 2020b). A exposição a fatores de risco coopera para a formação de lesões ateroscleróticas.

O diagnóstico do EAM baseia-se na história clínica, exame físico, ECG de 12 derivações, e marcadores de necrose miocárdica, preferencialmente a troponina de alta sensibilidade. A dor torácica retroesternal descrita como moimha ou aperto, vulgarmente com irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço, mandíbula, dorso ou epigastro que pode ser intermitente ou persistente, é o principal sintoma de suspeita de EAM. Podem, no entanto, estar associada a sudorese, náuseas, dor abdominal ou lipotimia (Neto et al., 2020).

O eletrocardiograma (ECG), desempenha um papel elementar, no diagnóstico do EAM.

No que concerne ao doseamento da troponina esta deve ser realizada o mais cedo possível, preferencialmente até 2 horas após a ocorrência de sintomas, devendo a sua avaliação ser repetida 6 horas após. O ecocardiograma pode ser um exame completar de

diagnóstico igualmente utilizado, uma vez que mostra se existe ou não uma redução da mobilidade da parede ventricular esquerda, indicando se a existência ou não de lesão por enfarte.

O EAM pode ser categorizado em, EAM com supradesnivelamento do segmento ST, quando existe alterações eletrocardiográficas significativas e elevação analítica das enzimas cardíaca, existindo nesta situação uma oclusão total da artéria coronária e o EAM sem supradesnivelamento do segmento ST, quando existe uma oclusão parcial da artéria coronária com diminuição do fluxo sanguíneo e consequente diminuição da oxigenação do miocárdio.

Após o diagnóstico de EAM, revela-se de crucial importância a abordagem terapêutica precoce e eficaz de modo como forma de minorar o aparecimento de complicações a curto, médio e longo prazo.

Nos casos de EAM com supradesnivelamento ST, o pilar do tratamento centra-se na reperfusão imediata, com recurso a fibrinólise que consiste na administração de por via endovenosa de um fármaco que provoca a destruição da placa responsável pela oclusão da artéria, ou por via mecânica, através da realização de angioplastia, forma invasiva de tratamento que envolve a colocação de uma peça metálica denominada de *stent* ou através de balão, de forma a resolver a oclusão. Sendo o tratamento de primeira linha é a angioplastia primária.

Nas situações de EAM sem supradesnivelamento do segmento ST, a abordagem terapêutica tem como objetivo o alívio dos sintomas, como sendo nitratos (nitroglicerina sublingual ou nitrato de isossorbida) que promovem a dilatação das artérias coronárias aumentando o fluxo de sangue nas mesmas e desta forma melhorando a circulação nas regiões isquémicas circundantes e reduzindo o consumo de oxigénio pelo miocárdio; analgesia com opióides (morfina endovenosa), a qual altera a perceção do estímulo da dor, diminuindo a intensidade da mesma, administração de oxigénio (apenas se o doente apresentar dispneia, sinais de hipoxia e saturações periféricas de oxigénio inferiores a 90%, iniciando-se nesses casos aporte de oxigénio a 4l/min o qual se vai titulando em função da necessidade) e terapêutica antiagregante plaquetária (Ticagrelor ou Clopidogrel) e anticoagulante (Heparina não fracionada ou Heparina de baixo peso molecular) (Neto et al., 2020).

Outra opção de tratamento invasivo no que respeita ao EAM prende-se com a cirurgia de revascularização miocárdica, CABG (Coronary Artery Bypass Grafting), que consiste numa técnica em que se recorre a um outro vaso (veia safena ou artéria mamária

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

interna) para substituir a artéria coronária afetada.

De salientar que para além das terapêuticas supracitadas, o tratamento cardiovascular carece ainda de importantes alterações ao nível dos hábitos de vida que cooperem para a redução ou exclusão dos fatores de risco cardiovascular identificados como potenciadores de eventos cardíacos.

4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui um flagelo no nosso país, sendo a principal causa de morte e de incapacidade permanente, todavia registou-se uma redução da incidência na última década, com um decréscimo dos óbitos por AVC nos últimos anos de 13.9% em 2008 para 9.9% em 2018 (INE, 2020b).

Define-se AVC como uma doença que afeta os vasos sanguíneos do cérebro e ocorre quando existe um bloqueio de um vaso sanguíneo por um coágulo ou rutura, levando a que parte do cérebro não seja irrigado e concludentemente à morte de neurónios. A sua ocorrência é potenciada por fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade/excesso de peso, sedentarismo, doença arterial carotídea, fibrilhação auricular, acidentes vasculares isquémicos transitórios, doenças sanguíneas, alcoolismo, uso de drogas e apneia do sono (Benjamim et al., 2019).

Classifica-se em isquémico ou hemorrágico. O AVC isquémico representa 85% dos casos enquanto que, o AVC hemorrágico surge como consequência da rutura de um vaso sanguíneo no cérebro e está associado a 15% dos casos (Tadi & Lui, 2020).

As manifestações clínicas desta patologia são muito variáveis, decorrentes da complexa anatomia e vascularização do cérebro, assim e dependendo do local e etiologia da lesão podem manifestar-se como sintomas nomeadamente, disfagia, disartria, diplopia, hemianópsia, fraqueza muscular, ataxia e parésia (Sadighi et al., 2018)

Para um correto diagnóstico, a avaliação clínica do doente não é suficiente e como tal é necessário o recurso a meios auxiliares de diagnóstico como sendo a tomografia axial computadorizada (TAC) cerebral, o qual permite concluir se efetivamente o diagnóstico de AVC e qual a sua tipologia (Tadi & Lui, 2020), para se iniciar o tratamento da fase aguda.

O tratamento do AVC contempla três fases, nomeadamente prevenção (quando são detetados fatores de risco), tratamento imediato do AVC e tratamento pós AVC. O tratamento imediato depende da etiologia do AVC, no entanto para uma maior eficácia e segurança deve ser iniciado nas primeiras horas após a instalação dos primeiros sintomas (Powers et al., 2018). O tratamento do AVC hemorrágico está subordinado à causa e local da hemorragia, sendo a prioridade o controlo da hemorragia, da pressão intracraniana e da tensão arterial. Vulgarmente e como forma de reduzir o hematoma recorre-se à hemicraniectomia descompressiva ou colocação de dreno ventricular externo (Liebeskind, 2019). Na fase aguda do AVC isquémico o tratamento dirigido é a

terapêutica fibrinolítica, a qual deve ser administrada nas primeiras 4 a 5 horas após o início dos primeiros sintomas. Quanto mais precocemente for instituída a terapêutica, melhor é a recuperação clínica do doente e conseqüentemente o prognóstico, sendo que em algumas situações este procedimento é suficiente para restaurar o fluxo cerebral na região isquémica, restituindo as suas funções cerebrais com recuperação dos défices neurológicos instaurados. Nas situações em que este tratamento não é suficiente recorre-se à realização e trombectomia mecânica, procedimento que se prende com a recanalização da artéria por via endovascular (Powers et al., 2018).

Contudo, dependendo da localização do AVC, da extensão das lesões e do período que decorre entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a realização do tratamento na fase aguda, existem doentes que ficam com sequelas motoras e cognitivas ligeiras ou graves decorrentes desta patologia. Caracterizam-se por serem reversíveis ou permanentes, mas ambas têm com impacto ao nível da qualidade de vida e no retorno à vida que tinham previamente ao AVC. Nesta fase inclui-se o tratamento de reabilitação pós AVC, que engloba a terapia ocupacional, terapia da fala, fisioterapia e intervenção de psicólogo e assistente social sempre que necessário.

Cada minuto que passa desde o início da sintomatologia até ao tratamento do AVC, é responsável pela morte de quase 2 milhões de neurónios, pelo que o rápido diagnóstico é fulcral.

5 RISCO CARDIOVASCULAR

Um dos principais desafios que se colocam na área da saúde reside na prevenção do risco cardiovascular (RCV). Este corresponde à probabilidade de desenvolver uma doença cardiovascular num período de tempo, tendo em conta os diversos fatores de risco (FR) preditores independentes de risco acrescido de doença (William et al.,2018).

O cálculo do RCV tornou-se na atualidade a base das abordagens utilizadas ao nível da prevenção primária. De forma a permitir o cálculo do RCV, foram criados instrumentos que permitem quantificar esse risco, os quais possibilitam a identificação de indivíduos com necessidade de intervenção, estabelecer objetivos terapêuticos bem como intervalos de vigilância médica.

Em Portugal e de acordo com a Norma n.º 005/2013, atualizada a 21/01/2015, da Direção Geral de Saúde (DGS), é recomendado o uso do algoritmo SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) (DGS, 2015a), o qual possibilita o cálculo do risco de ocorrência de eventos fatais por doença cardiovascular nos dez anos subsequentes em indivíduos com idade entre os 40 e os 65 anos. Pelo facto de este algoritmo se focar na população dos 40 aos 65 anos, emergiu a necessidade de estratificar este risco na população mais jovem, tendo sido construída uma tabela de risco relativo (Anexo n.º1).

No algoritmo SCORE, o cálculo do risco baseia-se em parâmetros como a sexo, idade, hábitos tabágicos, tensão arterial sistólica e colesterol total. Esta escala permite estratificar o risco cardiovascular em risco muito alto (SCORE $\geq 10\%$), alto (SCORE ≥ 5), moderado (SCORE $\geq 1\%$ e $< 5\%$) e baixo (SCORE $< 1\%$) (DGS, 2015a).

Somente deve ser aplicada em indivíduos assintomáticos sem antecedentes pessoais de DCV, uma vez que indivíduos que apresentem DCV estabelecida, DM, doença renal crónica (DCV) ou com níveis elevados de FR individuais possuem geralmente um RCV elevado ou muito elevado (Mach et al.,2019).

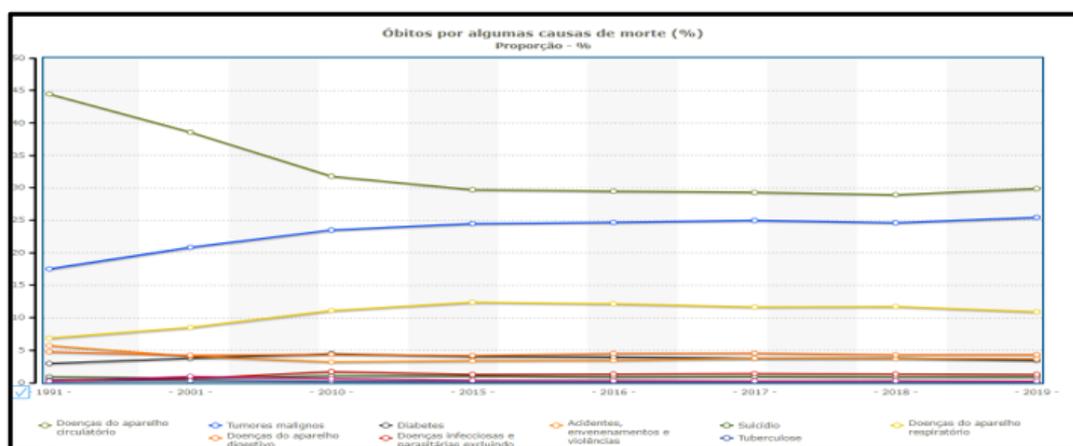
6 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

As doenças crónicas não transmissíveis, são as doenças com maior prevalência e mais elevadas taxas de mortalidade. Mundialmente, 71% das mortes que ocorrem anualmente devem-se a doenças crónicas, sendo as doenças cardiovasculares o grupo de doenças com maior taxa de mortalidade. Estima-se que em 2016, estas patologias foram diretamente responsáveis 17.9 milhões de mortes, o que representa 31% de todas as mortes a nível mundial, sendo que 85% destes óbitos ocorrem devido a Enfartes Agudos do Miocárdio e Acidentes Vasculares Cerebrais. (WHO, 2017).

Nos países europeus e de acordo com relatório Retrato da Saúde 2018, as doenças não transmissíveis são responsáveis por 80% da mortalidade nesses países, sendo as doenças do aparelho circulatório as principais causas de mortalidade (Ministério da Saúde, 2018). As DCV foram a nível europeu diretamente responsáveis por 45% de todas as mortes ocorridas na Europa (cerca de 3.9 milhões de mortes por ano) e por 37% na União Europeia (cerca de 1.8 milhões de mortes por ano) (Wilkins, et al., 2017).

Portugal, depara-se, atualmente com uma profunda mudança no seu perfil demográfico e epidemiológico, em conformidade com o que acontece nos países desenvolvidos. Este contexto demográfico é marcado pelo envelhecimento demográfico, e consequente aumento significativo de doenças crónicas, com particular relevância para as doenças cardiovasculares, as quais representam a principal causa de morte no país (Gráfico n.º 1) (PORDATA, 2021a).

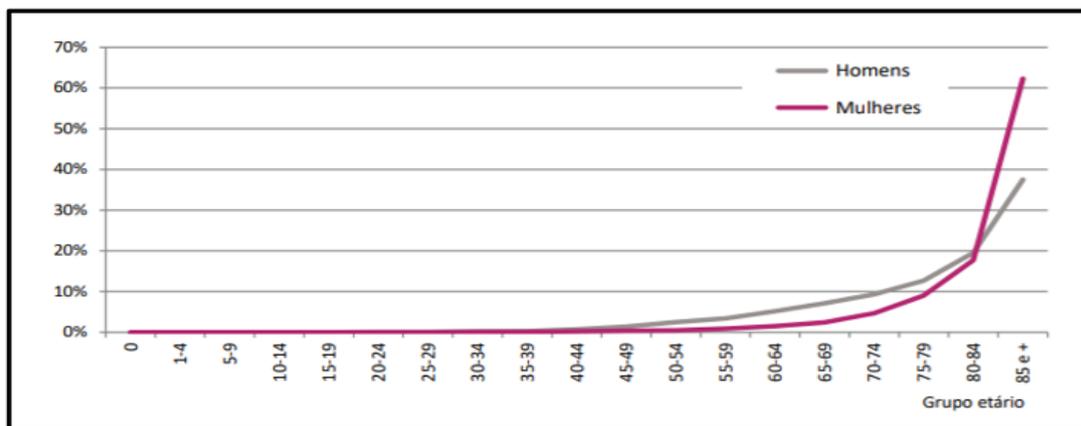
Gráfico n.º 1: Proporção por algumas causas de morte em Portugal



Fonte: Adaptado de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Em 2019, em Portugal as DCV foram responsáveis 33.624 óbitos em 2019, o que corresponde a 29.9% dos óbitos a nível nacional, registando um acréscimo de 2.1% comparativamente ao ano anterior. Os dados evidenciam ainda que a maior mortalidade por DCV, ocorreu em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, representando 91.5% da totalidade de óbitos por esta causa. Quando se analisa a distribuição dos óbitos devido a DCV por sexo, constata-se que estas patologias afetam maioritariamente mulheres, com uma taxa de mortalidade de 54.6%. No entanto, no que respeita à distribuição por grupo etário, 80% dos óbitos por esta causa ocorrem em idades a partir dos 80 anos e 62.3% a partir dos 85 anos de forma mais intensa. Por outro lado, no caso dos homens, somente 57% dos óbitos por DCV ocorrerem a partir dos 80 anos e 37.5% a partir dos 85 anos, tal como se pode verificar no Gráfico n.º 2 (INE, 2021c).

Gráfico n.º 2: Distribuição percentual dos óbitos por doenças do aparelho circulatório por sexo e grupo etário, 2019

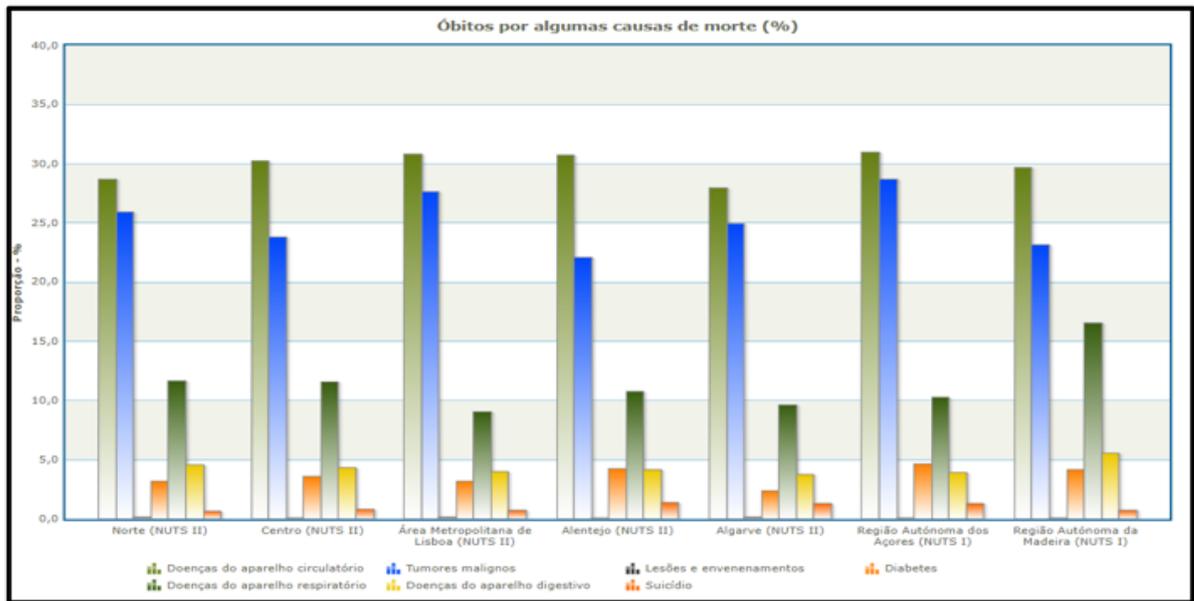


Fonte: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107773&selTab=tab0&xlang=pt

As doenças cardiovasculares representam igualmente um problema de elevada magnitude no Alentejo, sendo a nível de Portugal continental a terceira região com mais mortes associadas a estas patologias, o que equivale a 30.8 %, antecedida Área Metropolitana de Lisboa com 30.9% e da região Autónoma dos Açores com 31% (Gráfico n.º 3) (PORDATA, 2021b).

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

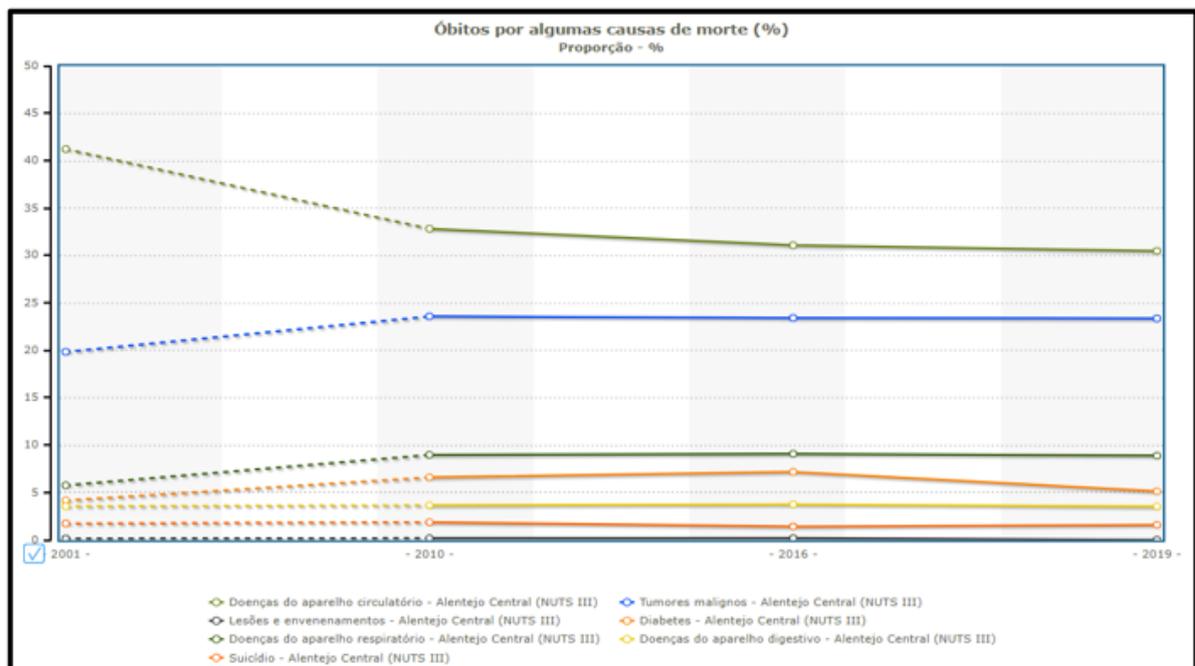
Gráfico n.º 3: Óbitos algumas causas de morte, NUTS II em 2019



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5823514>

Relativamente à sub-região Alentejo Central, estas patologias permanecem como a principal causa de morte (Gráfico n.º 4), registando 30,5% de mortes em 2019 (PORDATA 2021c).

Gráfico n.º 4: Óbitos por algumas causas de morte, NUTS III



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5823515>

As DCV permanecem como a principal causa de morbilidade prematura e de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY – Disability Adjusted Life Year) na população portuguesa, e de uma forma geral, em toda a Europa (WHO, 2017).

Estas doenças apresentam grande impacto a nível económico, que advém da incapacitação que provoca elevados custos decorrentes dos tratamentos. As projeções até ao ano de 2030 são alarmantes, estimando-se um crescente aumento dos custos de saúde, os quais ascenderão a 1044 bilhões de dólares em 2030, sendo que em 2010 os custos foram de 863 bilhões de dólares. Na união Europeia, dos custos totais com as DCV, cerca de 53% são devido a cuidados de saúde, 26% são resultantes da perda de produtividade e 21% advém de cuidadores informais para pessoas com DCV (Wilkins et al., 2017). Em Portugal, a aterosclerose tem um importante impacto na economia nacional, correspondendo em 2016 a uma despesa equivalente a 1% do Produto Interno nacional e de 11% da despesa corrente em saúde (Costa et al., 2021).

Deste modo, perante a atual realidade demográfica e epidemiológica da população portuguesa e dada a posição de Portugal como estado membro da ONU e da OMS compreende-se que as políticas de saúde nacionais incidam em estratégias e intervenções alinhadas com os objetivos delineados por estas duas organizações. Assim, o Plano Nacional de Saúde (PNS) revisto e extenso a 2020, tem com objetivos reduzir a mortalidade prematura idade inferior ou igual a 70 anos para um valor inferior a 20%, o aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%, reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade inferior ou igual a 15 anos, eliminar o fumo ambiental e controlar a incidência e prevalência da obesidade e excesso de peso na população infantil e escolar (DGS, 2015b).

Como estratégia para o cumprimento dos objetivos do PNS, foram elaborados e desenvolvidos programas prioritários pela DGS, nomeadamente o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (2017), onde se definiu metas e estratégias para melhorar a saúde cérebro cardiovascular da população portuguesa. Como este programa pretende-se promover e dinamizar a monitorização dos indicadores adequados para uma permanente avaliação do impacto das doenças cérebro cardiovasculares na população portuguesa, desenvolver programas de prevenção, tratamento e reabilitação, diferenciar estratégias organizativas designadas “Vias Verdes”, implementar projetos com objetivo da disponibilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica da área cardiovascular nos CSP e incentivar a criação e o desenvolvimento de sistemas de avaliação do impacto de novos métodos de diagnóstico e terapêutica (DGS, 2017a).

De modo genérico, tem-se verificado uma melhoria de todos os indicadores que respeitam às doenças cérebro-cardiovasculares, tendo se situado as mortes a partir de 2015 abaixo dos 30% (Ministério da Saúde, 2018), em resultado de uma ação combinada entre as medidas preventivas adotadas e a organização dos serviços de saúde, destacando-se o funcionamento adequado das Unidades de Intervenção Coronária Percutânea no EAM, em estreita articulação com o sistema de assistência pré-hospitalar de emergência através das Vias Verde Coronária e de AVC (DGS, 2016). No entanto, o aparente sucesso na melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade associado a estas patologias, parece estar a perder dinamismo, á semelhança do que acontece na generalidade dos países mais desenvolvidos da OCDE (Fernandes, 2020).

7 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O conceito de Promoção da Saúde, foi ao longo de muitos anos debatido e melhorado por diversas entidades em inúmeras ocasiões, das quais se destacam a Declaração de Alma – Ata, a Carta de Ottawa e a Conferência de Jakarta, elementos fundamentais na construção da história da Promoção da Saúde.

A Enfermagem Comunitária, constitui uma área de excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde, nomeadamente à pessoa, família e / ou comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). O recurso a modelos e teorias de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, é fundamental dado que contribui, indiscutivelmente, para o aumento de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, podendo “(...) facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesse das pessoas envolvidas” (Vítor et al., 2005, p.236).

Decorrente desta importância, o projeto de intervenção comunitária é norteado pelo referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), o qual assenta numa abordagem de promoção da saúde, salientando o papel do indivíduo na gestão dos seus comportamentos. De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde consiste no “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO,1986, p.1).

O referencial teórico mencionado, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América nos anos 80 por Nola J. Pender, o MPSNP foi revisto em 1996 e 2011, e apresenta como objetivo principal a promoção de comportamentos saudáveis, resultando numa melhoria na saúde, na capacidade funcional e concludentemente na qualidade de vida. Este modelo, pode ser aplicado ao longo do ciclo vital e em contextos díspares, pretende ser uma estrutura que integrando a enfermagem na ciência comportamental, permite a identificação de fatores que influem nos comportamentos em saúde, servindo de linha orientadora para analisar os processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a desenvolverem comportamentos direcionados para a melhoria da sua saúde (Pender et al., 2015).

Para a elaboração do Modelo de Promoção de Saúde (MPS), Nola Pender, utilizou

como alicerces a perspetiva da enfermagem holística e as bases teóricas da Psicologia Social e da Teoria da Aprendizagem Social, de Albert Bandura, que evidenciam a importância dos processos cognitivos, na alteração comportamental (Tomey & Allgood, 2004).

Segundo, Pender, Murdaugh e Parsons (2015), este modelo centra-se em auxiliar as pessoas a atingirem níveis mais altos de bem-estar e a identificar os fatores que influenciam os seus comportamentos de saúde. Permite ao enfermeiro elaborar uma intervenção individual ou em grupo, através do planeamento, intervenção e avaliação das suas ações, tendo como intuito ajudar estas a compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde, proporcionando o aconselhamento comportamental no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis. (Pender et al., 2015).

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS), define como principais conceitos: Pessoa, Meio Ambiente, Enfermagem, Saúde e Doença (Pender et al., 2015). Este modelo, é representado esquematicamente sob a forma de diagrama (Anexo n.º 2), e “(...) tenta descrever a natureza multidimensional das pessoas que interagem com os seus ambientes interpessoal e físico pretendendo alcançar a saúde” (Pender et al., 2015, p.35), analisando a inter-relação entre três pontos principais designadamente:

- **Características e experiências individuais:** condicionam as ações de saúde subsequentes e englobam o comportamento anterior, que deve ser alterado, e os fatores pessoais, nos quais se englobam os biológicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais.

- **Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento:** detêm grande significado motivacional e são considerados o núcleo central do modelo, por compreenderem variáveis passíveis de modificação através de intervenções. Integra as variáveis: benefícios para a ação percebida (perceção das consequências positivas de um comportamento de saúde); barreiras para ação percebidas (perceções negativas que são vistas como obstáculos para um determinado comportamento de saúde); autoeficácia percebida (perceção das próprias capacidades para a mudança); afetos relacionados com a atividade (reação emocional positiva ou negativa, agradável ou desagradável, ao comportamento); influências interpessoais (influência de crenças ou atitudes de terceiros, como família, os pares e profissionais de saúde, no comportamento) e as influências situacionais (o ambiente pode ser facilitador ou impeditivo de um comportamento de saúde).

- **Resultado comportamental:** engloba três variáveis, designadamente, o compromisso com o plano de ação (caracterizado pelas ações que possibilitam a pessoa

manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem), as exigências e preferências imediatas (as pessoas apresentam baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais têm um maior controlo sobre as ações de mudanças do comportamento) e o comportamento de promoção de saúde (resultado esperado, decorrente da implementação do MPS) (Pender et al., 2015).

O modelo supracitado considera que as ações de enfermagem contribuem para a alteração de algumas variáveis e é sobre estas que se deve direcionar a atuação, com desígnio de promoção da saúde. Tal como evidenciado na literatura, a problemática das doenças cardiovasculares requer uma intervenção assente na prevenção e promoção da saúde. Nesta sequência, no projeto de intervenção comunitária, as intervenções de enfermagem visaram cooperar para o aumento de conhecimentos das colaboradoras no que respeita à prevenção das doenças cardiovasculares, contribuindo para o aumento da literacia em saúde. Para tal, as atividades desenvolvidas focaram-se na capacitação das colaboradoras para que estas possam tomar decisões conscientes que conduzam a comportamentos promotores de saúde, através da transmissão de conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares e seus condicionantes, destacando a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, como uma dieta saudável e a prática regular de exercício físico. Na consecução do projeto elegeu-se como principal estratégia interventiva a Educação para a Saúde (EpS), componente fulcral no processo de promoção da saúde, indo de encontro aos pressupostos do MPSNP.

II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Na segunda parte deste relatório mostramos a caracterização do contexto territorial, demográfico e educacional e o contexto onde decorreu o estágio, bem como explanámos todas as etapas de desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

1 ANÁLISE DO CONTEXTO

1.1. Contexto Territorial, Demográfico e Educacional

O Alentejo constitui-se em termos territoriais como a maior região de Portugal, e compreende uma área total de 31.551Km² (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2020). Encontra-se demarcado a Norte pela região Centro, a Este por Espanha, a Oeste pelo Oceano Atlântico e pela região de Lisboa e a Sul pelo Algarve. A região do Alentejo é composta por cinco NUTS III (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos), e compreende um total de 58 municípios e 392 freguesias.

Em 2020, a sua população total residente era de 701.989, sendo que 365.290 habitantes eram mulheres e 336.699 eram homens (PORDATA, 2021d,e).

O Alentejo Central, NUTS III, envolve uma área total de 7.393 km², e apresenta um total de 152.582 habitantes (PORDATA, 2021f), compreende 14 concelhos.

O projeto desenvolvido no âmbito deste estágio decorreu na área geográfica de intervenção de uma UCC, que abrange uma área geográfica de 393,67km² e totaliza 5 798 habitantes, com predomínio do género feminino. A densidade populacional é de 13.1 km² (INE, 2019) (Tabela n.º 1).

Tabela n.º 1: População residente na área geográfica de intervenção da UCC, por grupo etário e género em 2018

População residente na área geográfica de intervenção da UCC			
Grupo etário em anos	Nº de pessoas residentes	Homens (H)	Mulheres (M)
0 - 14	683	347	336
15 - 24	546	305	241
25 - 64	2788	1391	1397
+ 65	1125	441	684
+75	656	231	425
Total H/M	5798	2715	3083

Fonte: Construção própria, com base nos dados disponíveis no Anuário Estatístico da Região do Alentejo, 2018

De realçar que o concelho apresenta uma taxa bruta de natalidade de 9.6‰ e uma taxa de mortalidade de 19.7‰ em 2020, ambas superiores ao valor registado a nível nacional de 8.2‰ e 12,0‰, respetivamente (PORDATA, 2021g, h). No que se concerne aos óbitos por causa de morte (%) no de 2019, 30% foram associadas as doenças do aparelho circulatório, 17% a tumores malignos, 12% a doenças do aparelho respiratório e 10% à diabetes (PORDATA, 2021i).

O índice de envelhecimento deste concelho situasse nos 164.7% e o índice de dependência ronda os 33.7%. Há ainda a assinalar o aumento da longevidade, cerca de 58.3%, o que indica o aumento da esperança média de vida, aspeto que acompanha a tendência nacional e internacional (INE, 2019).

No que respeita às habilitações literárias, nesta população e de acordo com os Censos 2011 predominava o ensino básico (1º ciclo), e a taxa de analfabetismo situava-se nos 12.4% (PORDATA, 2015).

Relativamente ao sistema educativo do concelho, este compreende os níveis de ensino do pré-escolar ao secundário Para além das instituições públicas encontram-se no concelho outras instituições não públicas que compreendem as valências de creche e pré-escolar.

O apoio à terceira idade é garantido em todas as freguesias do concelho, sendo assegurado na sua maioria pela Santa Casa da Misericórdia, nas valências de serviço de apoio domiciliário, centro de dia e estrutura residencial para pessoas idosas. Existindo ainda um lar privado.

Relativamente às atividades económicas do concelho, de acordo com o portal do Município, prevalece o setor terciário, com ênfase para o comércio, alojamento e restauração com cerca de 42% da população ativa, destacando-se o comércio a retalho por grosso, com 82% do volume de negócios, 62% das empresas e 58% da população

ativa do setor. Segue-se o setor primário com 35% e o secundário com 23%. A importância do setor primário prende-se com o cultivo de cereais como a aveia, cevada e o trigo, áreas de olival e sobreiral e explorações pecuárias de gado bovino e o ovino. No setor secundário predomina, o subsetor da indústria transformadora com 69% do volume de negócios e 62% da população ativa do setor, e o subsetor da construção e obras públicas com 57% do número de empresas do setor. Na indústria artesanal destaca-se a produção de chocalhos e olaria.

Da população residente em 2020, 3,7% era beneficiária do subsídio de desemprego (PORDATA, 2021j) e 5.4% do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção (PORDATA, 2021i).

Este concelho dispõe de diversos recursos nomeadamente piscinas cobertas e descobertas, um pavilhão polidesportivo bem como várias estruturas ao ar livre que promovem a prática de exercício físico na região. Com regularidade são elaboradas quer pelo município quer por outras associações existentes no concelho, várias iniciativas de apoio ao desporto, como sendo caminhadas, Raid's de BTT entre outras. A prática de exercício é permitida de forma gratuita através de estruturas como, a ecopista para a realização de caminhadas e corridas, o circuito de manutenção, espaços verdes e vários ringues. Existe igualmente a possibilidade de efetuar atividades pagas.

1.2 Contexto de Estágio

Neste concelho, os serviços de saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), encontram-se sobre jurisdição da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA). A prestação de cuidados de saúde diferenciados é assegurada por um Hospital da região do Alentejo. No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o Centro de Saúde deste concelho vigora no atual edifício desde 2009, incorporando o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, que dispõe de duas unidades funcionais, uma UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde de Saúde Personalizados) e uma UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade).

As UCC são unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cuja missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com o intuito da obtenção de ganhos em saúde e contribuindo para o cumprimento da missão do ACES em que estão integradas. Em

concordância com o n.º 1 do artigo 11º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro

“A UCC presta de cuidados de saúde, apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias, grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção)” (p.1184).

De acordo com o regulamentado no Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, a prestação de cuidados efetivada na UCC deve assentar no diagnóstico de saúde da comunidade bem como nas estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS). A atividade da UCC deve ser desenvolvida com “autonomia organizativa e técnica, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial indispensável ao cumprimento da sua missão” (p.15438).

A UCC onde decorreram os estágios, foi homologada em 16 de novembro de 2010 e iniciou a sua atividade a 30 de novembro de 2010, após um processo de avaliação externo por parte da Equipa Regional de Acompanhamento (ERA). A sua área de intervenção corresponde ao concelho, sendo a população alvo abrangida as famílias residentes, os grupos vulneráveis e de risco e a comunidade da sua área de influência, que ascende a 5 798 inscritos. Apresenta como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Tem a sua matriz nas instalações do Centro de Saúde e incrementa na comunidade a maioria das suas atividades. Serve a população do concelho todos os dias do ano, no período das 08h-20h nos dias úteis e no fim- de -semana e feriados no período das 09h-13h.

Em termos físicos esta UCC, é constituída por três gabinetes diferenciados, sendo um deles destinado a toda a equipa, outro pertencente à enfermeira coordenadora e um último que é utilizado para guardar material didático e de consumo clínico. Todos dispõem de computador.

A unidade encontra-se equipada com o material básico ao desenvolvimento das diversas atividades e no que respeita às deslocações exteriores, dispõe de duas viaturas automóveis, uma ECCI e outra para ECL.

Conta com uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte, a tempo inteiro, quatro enfermeiros e uma assistente operacional, sendo que um dos enfermeiros é responsável pela coordenação da ECL e outro pela coordenação da UCC. A tempo parcial conta com profissionais

de diversas áreas, nomeadamente uma psicóloga, um médico, um técnico superior de serviço social e uma fisioterapeuta, que à exceção do médico integram outras Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, colaborando com esta unidade.

Desde o seu início que a UCC exerce atividades que incidem em programas no âmbito da proteção, promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade. Intervém com pessoas, famílias e grupos na comunidade com maior vulnerabilidade, sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, com indivíduos dependentes e famílias / cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na prestação de cuidados especializados, nomeadamente na preparação para a parentalidade, acompanhamento de comunidades de utentes do foro psiquiátrico, entre outros e na promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde.

Esta UCC integra os seguintes projetos: ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), ECL (Equipa de Coordenação Local), Equipa de Saúde Escolar (SE) e Equipa de Intervenção Comunitária. Estabelece parcerias com organismos da comunidade, como sendo o Clube Sénior, a Equipa de Intervenção Precoce, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a Rede Social e Núcleo Local de Intervenção (NLI)- Rendimento Social de Inserção (RSI), as Equipas Locais de Intervenção (ELI). Promove ainda o encaminhamento de situações entre a UCC e outros parceiros como a Segurança Social local, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e as Instituição Particular Solidarietà Social (IPSS) do concelho.

Relativamente ao local onde irá ser implementado o projeto de intervenção trata-se de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, esta é uma resposta social que consiste no alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados médicos e de enfermagem. Esta instituição é composta por dois edifícios, propriedade da Santa Casa da Misericórdia, instituição particular de solidarietà social.

2 METODOLOGIA

2.1 Metodologia de Planeamento em Saúde

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido foi ancorado na Metodologia de Planeamento em Saúde. Esta caracteriza-se por ser um processo contínuo e dinâmico, indissociável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde a instituição de saúde se insere, com o desígnio de atingir os objetivos delineados e reduzir os problemas de saúde considerados prioritários. Sendo que nunca se pode considerar uma etapa “(...) como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a refazê-la” etapas (Imperatori & Giraldes, 1993, p.28). Para o seu sucesso, é essencial que seja respeitado a ordem das suas etapas.

De acordo com Tavares (1990), o planeamento em saúde visa desenvolver a atenção e intervenção, tendo como foco um estado de saúde, e “(...) através da sua promoção, prevenção de doenças, a cura a reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990, p.37). Enfatiza-se, deste modo a utilização do planeamento em saúde como recurso recorrente do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, com a desígnio de identificar as necessidades do individuo e da comunidade, delineando prioridades, implementando intervenções e avaliando resultados (Tavares, 1990).

Este processo compreende seis etapas, as quais serviram de orientação para o desenvolvimento do presente projeto.

A primeira fase, denomina-se diagnóstico da situação e deve identificar os principais problemas e necessidades de saúde das comunidades, corroborando as atividades realizadas e servindo como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

A determinação de prioridades compreende a segunda etapa, e consiste na hierarquização dos problemas identificados, sendo “(...) condicionada pela fase anterior, o diagnóstico da situação, e irá determinar a fase seguinte, a fixação de objetivos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.29).

Nesta terceira etapa, é concretizada a fixação dos objetivos a atingir relativamente

a cada um dos problemas identificados. Esta etapa revela-se fundamental, dado que somente mediante uma correta e quantificada definição de objetivos se poderá avaliar os resultados alcançados pela execução do plano em causa (Imperatori & Giraldes, 1993).

A seleção de estratégias, refere-se à quarta etapa do processo de Planeamento em Saúde é uma etapa primordial, dado que pretende traçar o processo mais adequado para atingir os objetivos delineados e desse modo inverter a tendência de evolução natural do problema de saúde identificado (Imperatori & Giraldes, 1993). Revela-se fundamental clarificar e descrever as estratégias definidas, como forma de prever os custos e recursos a utilizar (Tavares, 1990).

De seguida, demonstra-se imprescindível planear a operacionalização da execução das diversas atividades inerentes à intervenção bem como proceder à sua implementação (Tavares, 1990). Esta quinta etapa denomina-se preparação operacional.

A sexta e última etapa reporta a avaliação e integra-se em cada uma das etapas anteriores (Tavares, 1990). Pressupõe a realização de uma análise, em que se medem e comparam os ganhos alcançados, através das atividades instituídas, tendo como referencial a situação inicial e os objetivos e metas delineados (Imperatori & Giraldes, 1993).

No que concerne ao projeto em contexto, para a realização do diagnóstico da situação existiram vários aspetos a serem equacionados e avaliados previamente, designadamente a população alvo, o instrumento de recolha de dado, questões éticas bem como a metodologia de análise de dados. Para a determinação de prioridades, selecionámos como método a grelha de análise, com o intento de ordenar os problemas identificados. Nesta sequência, de seguida procedeu-se à fixação dos objetivos, seleção das estratégias e de seguida à operacionalização do projeto. Após o desenvolvimento das intervenções programadas, a avaliação do projeto constará da reaplicação dos questionários e será efetuada no período de um ano pela equipa de enfermagem da UCC.

A salientar que dado o atual contexto pandémico, e apesar de nos termos deparado com alguns constrangimentos foi possível intervir de forma presencial, respeitando as indicações emanadas pela DGS e de acordo com a autorização prévia do provedor da Santa Casa da Misericórdia.

2.2 População Alvo

A descrição da população é um elemento essencial para a caracterização do diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993). Por população entende-se um conjunto de pessoas que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios e por população alvo “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p.311). Neste seguimento e dado que “(...) raramente população é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, a que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar” (Fortin, 2009, p.70).

A população alvo deste projeto foi constituída por todas as colaboradoras da ERPI, num total de sessenta, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade.

2.3 Instrumento de Recolha de Dados e Procedimento de Análise de Dados

Para obter informação que nos permita conhecer a população e a sua saúde é fundamental recolher dados. O instrumento de colheita de dados é um elemento que o investigador seleciona ou constrói com o objetivo de colher informação necessária à população em estudo (Fortin, 2009).

Para coligir os dados necessários, um dos métodos utilizado foi o inquérito por questionário, o qual permite colocar “(...)” a um conjunto de inquiridos um número de perguntas relativas s à situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expetativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores(Quivy & Campenhoudt, 1992, p.188). A principal vantagem da utilização do inquérito por questionário reside na possibilidade de quantificar uma diversidade de dados que podem ser submetidos a múltiplas análises de correlação (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O questionário utilizado foi o de Capucho (2013) (Apêndice n. °1), cuja versão original que se encontra devidamente validado, foi adaptado à luz da Lei da Proteção de

Dados Pessoais (Lei n.º. 58/2019 de 8 de agosto). Estruturalmente encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira parte referente aos dados sociodemográficos e antropométricos da população e a segunda aos estilos de vida designadamente, hábitos alimentares, tabágicos, de exercício físico, utilização de cuidados de saúde e fatores de risco para doenças cardiovasculares, totalizando 31 questões. Foi aplicado de forma direta à população.

Outro dos métodos utilizados para recolher dados, foi a realização de um rastreio cardiovascular. Os rastreios cardiovasculares pretendem identificar precocemente patologias relacionadas com o coração e vasos sanguíneos. O seu principal objetivo é sensibilizar a população para a adoção de estilos de vida saudáveis e identificar fatores de risco designadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia, tabagismo entre outros.

O presente rastreio cardiovascular visou a caracterização e determinação do risco cardiovascular da população. Incluiu avaliação dos seguintes parâmetros: tensão arterial, glicémia capilar, peso e altura para cálculo do IMC, perímetro abdominal. O valor do colesterol total foi obtido através da consulta de análises recentes, solicitadas previamente às participantes. O rastreio supracitado contou com a participação de 31 indivíduos do sexo feminino.

No que concerne ao tratamento de dados obtidos pelos questionários e pelo rastreio, procedeu-se à respetiva organização e análise estatística. Para tal recorreu-se ao software *IBM Statistical Package Social Sciences (SPSS)*, versão 24.

2.4 Questões Éticas

Na elaboração de um trabalho científico, os princípios éticos subjacentes devem ser considerados (Declaração de Helsínquia, 2013).

De acordo com Fortin (2009), os direitos das pessoas que participam em investigação deverão ser totalmente protegidos, nomeadamente: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009). Neste contexto, foram tomadas todas as disposições necessárias que visassem proteger os direitos e liberdades das colaboradoras envolvidas neste projeto de intervenção.

De modo a acautelar todos os princípios éticos, após a realização da reunião com a enfermeira coordenadora da UCC e com a enfermeira supervisora clínica, procedeu-se ao envio dos pedidos de autorização de realização do diagnóstico para a coordenadora da UCC (Apêndice n.º 2) e para o Provedor da Santa Casa da Misericórdia (Apêndice n.º 3).

Após a obtenção da autorização do local de diagnóstico por parte do Provedor da Santa Casa da Misericórdia efetuaram-se duas reuniões em períodos distintos. A primeira teve como finalidade a apresentação da temática e os desígnios do projeto à Diretora Técnica, bem como solicitar a sua colaboração e envolvimento. A segunda reunião, igualmente com a Diretora Técnica, incidiu sobre os objetivos do diagnóstico e a definição de estratégias para a realização do mesmo.

Para a utilização do questionário, o qual de encontra devidamente adaptado e validado, foi previamente solicitado autorização à autora, cuja resposta foi favorável (Apêndice n.º 4).

Dado que, os participantes do estudo são seres humanos e protegendo os seus direitos e possíveis danos, o estudo foi submetido à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem - Estar da Universidade de Évora, cujo parecer foi favorável (Anexo n.º 3).

No decurso da implementação do instrumento de colheita de dados, foram considerados alguns aspetos particulares, com o intento de assegurar a adequada transmissão de informação e salvaguardar o circuito dos documentos entre os diferentes intervenientes.

O dever de informar em Portugal, é objeto de regulação nos regimes deontológicos dos profissionais de saúde. De acordo com a norma n.º 015/2013, provinda da Direção Geral de Saúde (DGS), “(...) independentemente de exercerem funções em instituição pública ou privada e do vínculo contratual a que estão obrigados, os profissionais de saúde devem procurar o consentimento informado da pessoa que a eles recorre (...)” honrando o princípio ético do respeito pela autonomia, reconhecendo-se a capacidade do indivíduo em adotar livremente as suas escolhas sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos” (DGS, 2013, p.11).

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) bem como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que devem cumprir no seu exercício, onde a investigação se inclui (Nunes, 2013).

Nesta sequência, foi solicitado o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) (Apêndice n.º 5) aos participantes no projeto, tendo-se previamente apresentado

o projeto de intervenção e esclarecidas as dúvidas relativas ao mesmo. Foi igualmente garantida a confidencialidade do anonimato e dos dados, assim como a decisão livre de participar e a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer momento. Este documento foi entregue pela mestrandia nas instalações da ERPI à Diretora Técnica que posteriormente os facultou aos participantes.

As colaboradoras da instituição supracitada que leram, concordaram e acederam participar no presente projeto, assinaram e entregaram o CILE preenchido, em conjunto com o questionário, os quais foram colocados num envelope branco devidamente selado, previamente entregue junto com os documentos. Os envelopes foram posteriormente entregues à Diretora Técnica, que os guardou em local próprio, designado por esta. De salientar que cada participante no estudo ficará com um exemplar do CILE.

Posteriormente procedeu-se à recolha dos instrumentos de colheitas de dados bem como do CILE junto da Diretora Técnica. O documento de recolha de dados é anónimo e não será registada informação que possibilite a identificação dos participantes. Toda a informação recolhida, quer resultantes do questionário quer do rastreio, foi posteriormente processada sob a forma de dados agregados, tendo apenas sido solicitada informações pertinentes para o estudo em causa. Os dados recolhidos ficarão unicamente na posse da mestrandia, que os guardará sigilosamente em cofre próprio e em local unicamente conhecido por ela, sendo somente utilizados no âmbito do presente projeto.

No que respeita à gestão da segurança da informação, e respeitando a proteção de dados por via informática, e a não identificação dos titulares dos dados recolhidos, será garantida a confidencialidade da informação através da atribuição de um código a cada participante, sendo estes informados da confidencialidade da mesma e recorrendo para tal à atribuição de números, no seu computador pessoal, com colocação de palavra passe para iniciar o uso do equipamento, sendo a mestrandia a única conhecedora da mesma. Os dados colhidos serão eliminados, após a defesa pública do Relatório e da entrega do Relatório Final de Estágio, 2022.

3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, e deverá ter a peculiaridade de ser suficientemente alargado de modo a possibilitar a identificação dos principais problemas de saúde existentes e seus fatores condicionantes. Caracteriza-se por ser uma etapa dinâmica, dado que nunca se encontra plenamente concluída, pois é resultante de um processo contínuo associado ao progressivo conhecimento da situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades detetadas é determinante para definir a adequação do projeto, tendo em conta a resolução ou minimização do problema (Tavares, 1990).

Visando a identificação dos problemas de saúde da população em estudo recorreu-se ao Questionário de Capucho (2013) e à realização de um rastreio cardiovascular.

Com a aplicação dos questionários obtivemos 31 respostas e no rastreio cardiovascular estiveram presentes 31 participantes, o que corresponde a uma taxa de resposta e de participação de 51.7%. Perante o exposto, considerámos que a amostra foi representativa da população.

3.1 Caracterização da População

Perfil sociodemográfico e dados antropométricos

Neste estudo, a população é exclusivamente feminina e quanto ao agregado familiar, mencionam todos viver acompanhados. Relativamente ao grupo etário, duas inquiridas (6.5%) encontram-se no grupo etário dos 20 aos 29 anos de idade, cinco inquiridas (16.1%) no grupo etário dos 30 aos 39 anos de idade, onze inquiridas (35.5%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos de idade e outras onze inquiridas (35.5%) no grupo etário dos 50 aos 59 anos de idade e duas inquiridas (6.5%) no grupo etário dos 60 aos 64 anos de idade. Consta-se que estamos perante uma população maioritariamente com

Consta-se que estamos perante uma população maioritariamente com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos de idade (Gráfico n.º 5).

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Gráfico n.º 5: Distribuição percentual das inquiridas pelo grupo etário



Fonte: Elaboração própria

O nível educacional predominante é o 3º ciclo, no qual se inserem dez das inquiridas (32,3%), seguindo-se o 2º ciclo onde se inserem seis das inquiridas (19,4%), o ensino superior onde se inserem igualmente seis das inquiridas (19,4%), o 1º ciclo onde se inserem quatro das inquiridas (12,9%), o ensino secundário onde se inserem quatro das inquiridas (12,9%) e uma das inquiridas (3,2%) não sabe ler nem escrever (Gráfico n.º 6).

Gráfico n.º 6: Distribuição percentual das inquiridas pelo nível de escolaridade



Fonte: Elaboração própria

No que respeita à atividade profissional, a maior parte da população inquirida é auxiliar de ação direta (71%) ou seja, vinte e duas das inquiridas, enquanto que três das inquiridas (9,7%) são ajudantes de cozinha, uma das inquiridas (3,2%) é escriturária, quatro das inquiridas (12,9%) são enfermeiras e uma das inquiridas (3,2%) é psicóloga (Gráfico n.º 7).

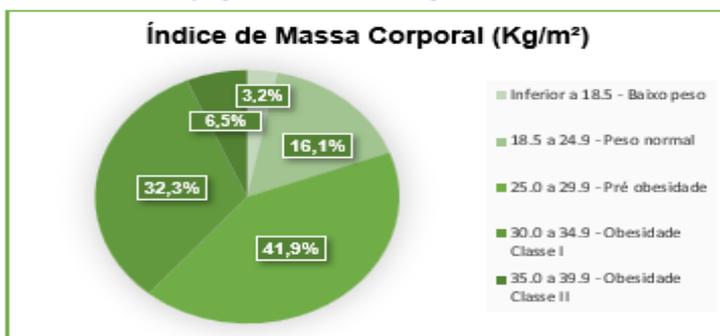
Gráfico n.º 7: Distribuição percentual das inquiridas pela atividade profissional



Fonte: Elaboração própria

Os dados recolhidos referentes aos dados antropométricos, designadamente altura, peso e posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), indicam que o valor de IMC de uma das inquiridas (3.2%) é de inferior a 18.5 kg/m² incluindo-se na categoria baixo peso, cinco inquiridas (16.1%) apresentam um valor de IMC entre 18.5 e 24.9 kg/m² incluindo-se na categoria peso normal, treze inquiridas (41.9%) apresentam um valor de IMC entre 25.0 e 29.9 kg/m² incluindo-se na categoria pré obesidade, na categoria obesidade classe I encontram-se dez inquiridas (32.3%), sendo o seu valor de IMC entre 30.0 e 34.9 kg/m² e na categoria obesidade classe II encontram-se duas inquiridas (6.5%) com um valor de IMC que se situa entre 35.0 e 39.9 kg/m². Em consonância com os valores obtidos no que respeita ao IMC, constata-se que estamos perante uma população pré obesa e obesa (Gráfico n.º 8).

Gráfico n.º 8: Distribuição percentual do IMC das inquiridas

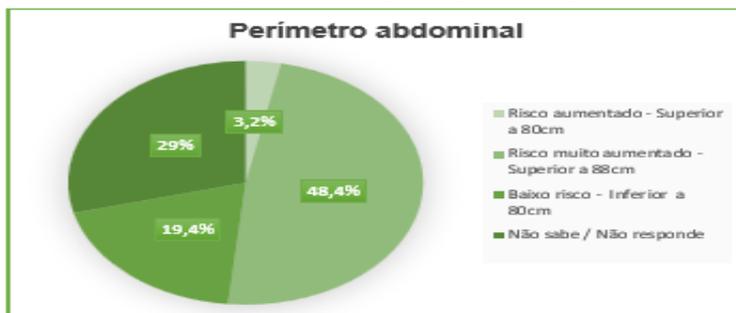


Fonte: Elaboração própria

Em relação ao dado antropométrico perímetro abdominal, uma inquirida (3.2%) apresenta um perímetro abdominal superior a 80cm, quinze das inquiridas (48.4%) apresentam um perímetro abdominal superior a 88cm, seis inquiridas (19.4%) apresentam um perímetro abdominal inferior a 80cm e nove inquiridas (29.0%) não sabem ou não

respondem à questão colocada (Gráfico n.º 9). Na sequência destes resultados, verifica-se que a maioria da população em estudo apresenta risco aumentado e muito aumentado de aparecimento precoce de uma doença cardiovascular.

Gráfico n.º 9: Distribuição percentual das inquiridas pelo valor do perímetro abdominal



Fonte: Elaboração própria

Hábitos alimentares (Quadro n.º 1)

Os hábitos alimentares, bem como os estilos de vida são considerados as principais medidas modificáveis para a prevenção das doenças cardiovasculares.

A dieta mediterrânea, oriunda dos países da bacia do Mediterrâneo, entre os quais Portugal, caracteriza-se por um modelo alimentar de elevada qualidade e adequação nutricional, que tem vindo a ser considerado pela evidência atual como um dos mais saudáveis e sustentáveis do mundo, cooperando para a redução da incidência, taxa de mortalidade de doenças como as doenças cardiovasculares, bem como os custos associados ao tratamento destas patologias (Ferreira. M., 2018).

Os produtos hortofrutícolas são centrais no padrão alimentar mediterrâneo. De acordo com a Roda da Alimentação Mediterrânea (RAM), deve ser consumido 3 a 5 porções diárias de fruta e de produtos hortícolas, representando o grupo da fruta 20% e o grupo das hortícolas 23% da ingestão diária. Os alimentos da época devem ser privilegiados, dado que possuem maior riqueza nutricional, sabor e aroma. No que respeita ao **consumo de frutas**, vinte cinco das inquiridas (80.6%) consome fruta duas a três vezes por dia, enquanto que seis das inquiridas (19.4%) apenas o faz uma vez por dia.

Quanto ao **consumo de vegetais**, quatorze das inquiridas (45.2%) referem ingerir vegetais duas a três vezes por dia, doze (38.7%) uma vez por dia enquanto que, uma (12%) o faz duas a quatro a cinco vezes por semana e quatro (12.9%) das inquiridas duas a três vezes por semana. Perante os dados recolhidos, verifica-se que grande parte da população deste estudo cumpre as recomendações da RAM, no que respeita ao consumo de frutas e vegetais.

O grupo da carne, pescado e ovos deverá ser responsável pelo fornecimento de 5% dos alimentos a ingerir diariamente, ou seja, 1.5 a 4.5 porções. Relativamente à frequência da **ingestão de peixe**, observa-se que sete das inquiridas (22.6%) ingerem peixe duas a três vezes por dia, dez das inquiridas (32.3%) uma vez por dia, seis das inquiridas (19.4%) quatro a cinco vezes por semana, quatro das inquiridas (12.9%) duas a três vezes por semana, três (9.7%) uma vez por semana e uma das inquiridas (3.2%) afirma nunca ingerir peixe.

Quanto ao **consumo de carne** evidencia-se que este é realizado duas a três vezes por dia por nove das inquiridas (29.0%), uma vez por dia por treze das inquiridas (41.9%), quatro a cinco vezes por semana por cinco das inquiridas (16.1%) e duas a três vezes por semana por quatro das inquiridas (12.9%).

Na sequência dos resultados que se obtiveram, verifica-se que a maior parte da população deste estudo cumpre as indicações da RAM no que respeita ao consumo de carne, pescado e ovos.

Recomenda-se que **os laticínios**, onde se inclui o leite, os iogurtes, leites fermentados, queijo (curado e fresco) e o requeijão devam estar presentes na alimentação diária numa proporção de 18%, o que equivale a cerca de 2 a 3 porções. Relativamente à ingestão de queijo, leite e iogurtes verifica-se que dezasseis inquiridas (51.6%) o faz duas a três vezes por dia, seis inquiridas (19.4%) uma vez por dia, cinco inquiridas (16.1%) quatro a cinco vezes por semana, uma inquirida (3.2%) duas a três vezes por semana e três inquiridas (9.7%) apenas uma vez por semana. De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que maior parte da população (51.6%) deste estudo cumpre as recomendações da RAM no que ao consumo de laticínios diz respeito.

De entre os alimentos recomendados para a constituição das principais refeições, inclui-se o **pão e os cereais**, preferencialmente na sua versão integral. São recomendadas 4 a 11 porções diárias destes alimentados, o que corresponde a uma proporção de 28%. O consumo de pão e cereais é efetuado duas a três vezes por dia por doze inquiridas (38.7%), uma vez por dia por doze inquiridas (38.7%) e quatro a cinco vezes por semana por sete inquiridas (22.6%). Tendo em conta os dados obtidos verificou-se que a população que constitui o universo deste estudo não consome estes alimentos nas porções recomendadas.

As **gorduras e óleos**, são um grupo da roda dos alimentos que deve ser consumido com muita moderação, representado 2% da ingestão alimentação diária, ou seja, 1 a 3 porções. Pelo seu efeito protetor da saúde cardiovascular, o azeite deve ser a gordura

privilegiada. Evidencia-se que quatro inquiridas (12.9%) ingerem gorduras e fritos duas a três vezes por dia, três inquiridas (9.7%) uma vez por dia, onze inquiridas (35.5%) duas a três vezes por semana, outras onze inquiridas (35.5%) uma vez por semana enquanto que duas inquiridas (6.5%) referem não nunca consumir gorduras e fritos. Em consonância com os resultados supracitados, verifica-se que a população deste estudo segue as recomendações da RAM.

Os **doces** são habitualmente ricos em gordura e açúcares, pelo que o consumo de bolos, bolachas, bebidas açucaradas e de açúcar simples deve ser realizado de preferência no final das refeições, sendo que a sua ingestão não deve ser diária, mas sim especiais, essencialmente os festivos e em pequena quantidade (FPC, 2021). No tocante ao consumo de doces e bolachas, verifica-se que cinco inquiridas (16.1%) o fazem duas a três vezes por dia, cinco inquiridas (16.1%) uma vez por dia, uma inquirida (3.2%), quatorze inquiridas (45.2%) duas a três vezes por semana, cinco inquiridas (16.1%) uma vez por semana e uma inquirida (3.2%) nunca consome este tipo de alimentos.

Constata-se que a maior parte da população estudada (64.5%) cumpre as recomendações da dieta mediterrânea no que concerne ao consumo de doces.

Quadro n. °1 – Distribuição percentual dos hábitos alimentares das inquiridas

Hábitos alimentares (Frequência %)							
	N	2 a 3 vezes por dia	1 vez por dia	4 a 5 vezes por semana	2 a 3 vezes por semana	1 vez por semana	Nunca
Fruta	31	80.6	19.4	-	-	-	-
Vegetais	31	45.2	38.7	3.2	12.9	-	-
Carne	31	29.0	41.9	18.1	12.9	-	-
Peixe	31	22.6	32.3	19.4	12.9	9.7	3.2
Queijo, leite e iogurtes	31	51.6	19.4	18.1	3.2	9.7	-
Pão e Cereais	31	38.7	38.7	22.6	-	-	-
Gorduras e fritos	31	12.9	9.7	-	35.5	35.5	6.5
Doces e bolachas	31	16.1	16.1	3.2	45.2	16.1	3.2

N – número de casos válidos

Fonte: Elaboração própria

A prática de uma alimentação saudável envolve um padrão alimentar adequado às necessidades individuais bem como a ingestão hídrica suficiente. O valor de referência de ingestão de água é de 1.5L a 3L diários, sendo que a quantidade por de variar em função da idade, género, atividade física, condições ambientais ou condições pessoais.

No que toca ao **consumo diário de água** por parte da população deste estudo, verifica-se que duas inquiridas (6.5%) ingere menos de meio litro diariamente, quatro inquiridas (12.9%) ingere meio litro, sete inquiridas (22.6%) ingere um litro, treze inquiridas (41.9%) ingere um litro e meio e cinco inquiridas (16.1%) ingerem mais de litro e meio. Perante os dados obtidos, constata-se que a quantidade de água ingerida diariamente pela maior parte (58%) desta população é a recomendada (Apêndice n.º 6).

A dieta mediterrânea preconiza ainda o consumo de vinho, o qual deverá ser consumido em quantidade moderada e integrado no momento de refeição. A ingestão moderada de vinho, em particular o vinho tinto, parece apresentar diversos benefícios para a saúde cardiovascular (DGS, 2021). De acordo com a OMS, considera-se consumo moderado de vinho para mulheres de uma dose diária e para homens de duas doses diárias. Relativamente ao **consumo de bebidas alcoólicas**, quinze inquiridas (48.4%) referem nunca consumir este tipo de bebidas, treze (41.9%) consomem raramente, duas (6.5%) consomem duas a quatro vezes por mês e uma inquirida (3.2%) não responde à questão colocada. Quanto à quantidade de álcool ingerida os inquiridos afirmam ser 1 copo. Os dados recolhidos evidenciam que estamos perante uma população que cumpre as recomendações quanto ao consumo de álcool (Apêndice n.º 7).

A prática de uma alimentação saudável pressupõe que esta deva ser completa, variada e equilibrada, de modo a proporcionar energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia (DGS, 2021). A ingestão de alimentos deve ser fracionada, ou seja, devem realizar-se pequenas refeições ao longo do dia, sendo recomendado que se façam diariamente entre cinco a seis refeições. Evidencia-se que trinta inquiridas (24.0%) toma diariamente o pequeno almoço, o lanche da manhã é apenas realizado por oito inquiridas (6.4%), o almoço é a refeição que todas as trinta e uma inquiridas (24.8%) efetuam diariamente, o lanche da tarde é realizado habitualmente por dezassete inquiridas (13.6%), o jantar é efetuado por trinta e uma inquiridas (24.8%) e por último oito inquiridas (6.4%) toma a ceia (Quadro nº2) De acordo com os dados obtidos, verifica-se que a maior parte da população, não realizam o número de refeições recomendadas, sendo o lanche da manhã e ceia, as refeições que esta população menos realiza.

Quadro n.º 2: Distribuição percentual das refeições realizadas diariamente pelas inquiridas

Refeições diárias		
	N	Frequência (%)
Pequeno-Almoço	30	24.0%
Lanche da manhã	8	6.4%
Almoço	31	24.8%
Lanche da tarde	17	13.6%
Jantar	31	24.8%
Ceia	8	6.4%

N – número de casos válidos
Fonte: Elaboração própria

Quando questionados sobre a perceção que têm da sua própria alimentação, uma inquirida (3.2%) afirma realizar sempre uma alimentação saudável, dezanove inquiridas (61.3%) afirmam que o fazem na maioria das vezes enquanto que onze inquiridas (35.5%) apenas praticam uma alimentação saudável às vezes (Apêndice n.º 8). Constata-se deste modo, que a maioria da população considera praticar uma alimentação saudável.

Exercício físico

Atualmente, cada vez mais é reconhecida a importância da prática de atividade física e os seus benefícios para a saúde. A atividade física é fundamental para manter o equilíbrio quer físico, quer psíquico, sendo unanimemente reconhecido o seu importante papel na prevenção das doenças cardiovasculares. No tocante à frequência da prática de exercício físico, de pelo menos 30 minutos, observa-se que apenas duas inquiridas (6.5%) pratica exercício físico diariamente, três inquiridas (9.7%) praticam três a quatro vezes por semana, quatro inquiridas (12.9%) praticam quatro ou cinco vezes por mês, vinte inquiridas (64.5%) raramente o praticam e duas inquiridas (6.5%) afirmam nunca ter praticado. Face aos dados obtidos, estamos perante uma população maioritariamente sedentária (Quadro n.º 3).

Quadro n.º 3: Distribuição percentual da frequência de prática de exercício físico (pelo menos 30 minutos), pelas inquiridas

Prática de exercício físico (pelo menos 30 minutos)		
	N	Frequência (%)
Diariamente	2	6.5
3 a 4 vezes por semana	3	9.7
4 ou 5 vezes por mês	4	12.9
Raramente	20	64.5
Nunca	2	6.5

N – número de casos válidos

Fonte: Elaboração própria

Em relação à forma como se deslocam para o local de trabalho, nomeadamente a caminhar ou pedalar, verifica-se que oito inquiridas (25.8%) afirmam que sempre se deslocam de uma dessas formas até ao local de trabalho, quatro inquiridas (12.9%) fá-lo na maioria das vezes, cinco inquiridas (16.1%) apenas às vezes enquanto que cinco inquiridas (16.1%) raramente se deslocam para o local de trabalho quer a caminhar quer a pedalar e nove inquiridas (29.0%) nunca optam por esses meios de deslocação (Apêndice n.º 9).

Hábitos tabágicos

A epidemia do tabaco é responsável pela diminuição da qualidade e duração de vida, sendo uma das principais ameaças à saúde pública. Acresce ainda a agravante de que constitui não apenas um fator de risco para o fumador, mas igualmente para todos aqueles que habitualmente se encontram expostos ao fumo passivo. Nos fumadores, as doenças cardiovasculares são duas a quatro vezes mais frequentes (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021). Relativamente os hábitos tabágicos, constata-se que a maioria das inquiridas (83.9%) nunca tiveram hábitos tabágicos, enquanto que 16.1% já tiveram (Apêndice n.º 10). Na atualidade, das cinco inquiridas que já tiveram hábitos tabágicos, três (60%) ainda os mantêm, consumindo em média 7 cigarros por dia. Perante os resultados obtidos, verifica-se que estamos perante uma população maioritariamente não fumadora.

Utilização dos cuidados de saúde

A utilização dos cuidados de saúde é o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, correspondendo à resposta institucional a um pedido expresso pelo indivíduo. O

modo de utilização dos serviços de saúde decorre da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, do contexto e do próprio sistema de saúde.

No que respeita à procura ou utilização dos serviços de saúde no último ano, vinte inquiridas (64.5%) responderam que recorreram aos serviços de saúde, enquanto que onze inquiridas (35.5%) não o fizeram, dado que não sentiram necessidade. O motivo que conduziu à utilização dos serviços de saúde por quatorze das inquiridas (70%) prendeu-se com consulta de rotina e para seis das inquiridas (30%) por consulta de urgência (Apêndice n.º 11).

Fatores de risco para doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares compreendem o grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos onde se englobam nomeadamente, o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a insuficiência cardíaca.

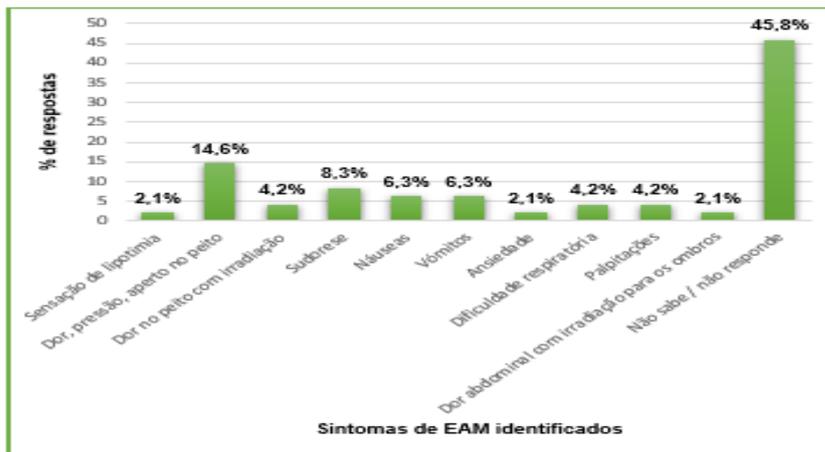
Os fatores de risco para doenças cardiovasculares, são segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, condições cuja presença num dado indivíduo aumenta possibilidade do aparecimento destas patologias e coopera para o seu desenvolvimento. Classificam-se em dois tipos: modificáveis e não modificáveis (SPHT, 2021).

Com respeito a antecedentes de doença cardiovascular, todas as trinta e uma inquiridas (100%) afirmam que nunca apresentaram este tipo de patologias.

Quando questionados relativamente aos sintomas associados ao EAM observa-se que 45.8% dos inquiridos que constituem o universo deste estudo desconhecem os sintomas ou não respondem à questão colocada, no entanto, são reconhecidos como sintomas de EAM, designadamente sensação de lipotimia por 2.1% das inquiridas, dor, pressão, aperto no peito por 14.6% das inquiridas, dor no peito com irradiação por 4.2% das inquiridas, sudorese por 8.3% das inquiridas, náuseas por 6.3% das inquiridas, vômitos igualmente por 6.3% das inquiridas, ansiedade por 2.1% das inquiridas, dificuldade respiratória por 4.2% das inquiridas, palpitações por 4.2% das inquiridas e dor abdominal com irradiação para os ombros por 2.1% das inquiridas (Gráfico n.º 10).

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

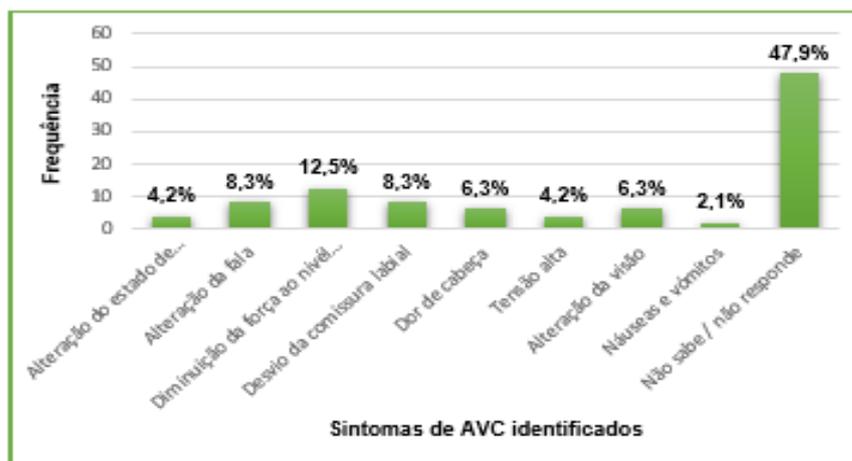
Gráfico n.º 10: Distribuição percentual dos sintomas identificados pelas inquiridas como característico de EAM



Fonte: Elaboração própria

Ainda no que toca as doenças cardiovasculares, particularmente no AVC, constata-se que 47,9% das inquiridas não sabem ou não respondem à questão apresentada, sendo que 4,2% das inquiridas indicam como sintoma alteração do estado de consciência, 8,3% indicam alteração da fala, 12,5% indicam diminuição da força ao nível dos hemisférios, 8,3% indicam desvio da comissura labial, 6,3% indicam dor de cabeça, 4,2% indicam tensão alta, 6,3% indicam alteração da visão e 2,1% indicam náuseas e vômitos (Gráfico n.º 11).

Gráfico n.º 11: Distribuição percentual dos sintomas identificados pelas inquiridas como característicos de AVC



Fonte: Elaboração própria

No que concerne aos fatores de risco cardiovascular, 13 das inquiridas (41,9%) apresentam diagnóstico médico de fatores de risco para doenças cardiovasculares, enquanto que em 18 das inquiridas (58,1%) não estão diagnosticados

com fatores de risco para doenças cardiovasculares. Tendo em conta os resultados obtidos relativos aos de fatores de risco cardiovascular, particularmente hipertensão (36.4%), colesterol alto (36.4%), obesidade (22.7%) e diabetes (4.5%), constata-se que a hipertensão e o colesterol alto são fatores mais prevalentes, seguidos da obesidade e por fim a diabetes (Apêndice n.º 12).

Relativamente aos valores de tensão arterial habituais (TAS e TAD), observa-se que seis inquiridas (19.4%) não sabem ou não respondem á questão colocada, dez inquiridas (36%) apresentam uma TAS ótima, quatro inquiridas (12.9%) uma TAS normal, seis inquiridas (19.4%) uma TAS normal alta, três inquiridas (9.7%) hipertensão de grau 1 e duas inquiridas (6.5%) hipertensão de grau 2. Verifica-se, perante os resultados obtidos que a maioria dos inquiridos que constituem o universo deste estudo, apresentam valores de tensão arterial sistólica que se enquadram na categoria ótima, normal e normal alta (Apêndice n.º 13).

Seguidamente procurou-se aferir qual o valor habitual de colesterol e de glicémia de cada um dos inquiridos.

Deste modo, no que se refere ao valor habitual de colesterol, verifica-se que oito inquiridas (25.8%) registam habitualmente valores inferiores a 190mg/dL e outras oito inquiridas (25.8%) atingem a superiores a 190mg/dL. De salientar que quinze das inquiridas (48.4%) não respondem à questão colocada (Apêndice n.º 14). Perante esta realidade, no rastreio realizado procedeu-se à consulta do valor do colesterol total nas análises recentes e observou-se que doze das inquiridas (38.7%) apresentou valores inferiores a 190mg/dL da população enquanto que dezanove das inquiridas (61.3%) apresentou valores superiores a 190 mg/dL (Quadro n.º 4).

Quadro n.º 4: Distribuição percentual do valor habitual de colesterol total das inquiridas

Valor habitual de colesterol total		
	N	Frequência (%)
Inferior a 190mg/dL	12	38.7
Superior a 190mg/dL	19	61.3

N – número de casos válidos

Fonte: Elaboração própria

No que respeita ao valor habitual de glicémia, uma das inquiridas (3.2%) refere que este valor é habitualmente inferior a 70mg/dl, doze das inquiridas (38.7%) referem que este valor se situa entre os 70-140mg/dl, uma das inquiridas (3.2%) refere que atinge

habitualmente valores superiores a 200mg/dl. Regista-se igualmente um número considerável, dezassete inquiridas (54.8%), que não responde à questão apresentada (Apêndice n.º 15).

A suscetibilidade para doenças cardiovasculares aumenta consideravelmente se existirem antecedentes familiares. Em relação à existência de antecedentes familiares com diagnóstico de FRCV ou de alguma doença cardiovascular, verifica-se que não existem em quatorze das inquiridas (45.2%), todavia estão presentes em seis das inquiridas (19.4%) provenientes de avós, tias, tios e primos de 1º grau e em cinco das inquiridas (16.1%) estes são oriundos de pais, irmãos, irmãs ou filhos. Seis das inquiridas (19.4%) não responderam à questão. Os fatores de risco cardiovascular que provêm de avós, tias, tios e primos de 1º grau e os de pais, irmãos, irmãs ou filhos, descritos são comuns designadamente HTA, obesidade, diabetes, colesterol. Relativamente às doenças cardiovasculares apresentam ambos em comum a IC, no entanto nas que provêm de pais, irmãos, irmãs ou filhos é ainda descrito o AVC (Apêndice n.º 16).

A adoção de estilos de vida saudáveis, desempenha um importante papel na saúde das pessoas. No que toca à necessidade da intervenção dos profissionais de saúde para se ter uma vida saudável, uma das inquiridas (3.2%) não responde à questão, doze inquiridas (38.7%) não consideram necessária a intervenção destes profissionais e dezoito inquiridas (58.1%) têm opinião contrária, considerando importante a intervenção destes profissionais para uma vida com saúde (Apêndice n.º 17).

Quando se procurou averiguar quais os temas que gostariam que fossem tratados, das inquiridas que responderam sim à questão anterior seis (20%) apontaram alimentação, quatro (14%) o exercício físico, três (10%) a diabetes, sete (23%) a HTA, quatro o colesterol alto (13%) e seis (20%) os sintomas das doenças cardiovasculares (Apêndice n.º 18).

Risco cardiovascular

Na prevenção cardiovascular, um dos tópicos é a predição do risco cardiovascular, pelo que o cálculo deste risco é a base das abordagens mais atuais. Para a avaliação do RCV foi utilizado o algoritmo SCORE (DGS, 2015a). No global verificou-se que 52.9% das participantes estão classificadas de baixo risco, contudo 44.1% estão classificadas de risco moderado e 2.9% de risco muito alto de desenvolvimento de eventos cardiovasculares num período de 10 anos (Apêndice n.º 19).

3.2 Problemas Identificados

No final da etapa referente à realização do diagnóstico de situação devem identificar-se os principais problemas de saúde, os quais são definidos como um estado de saúde julgado em défice para um indivíduo ou comunidade (Tavares, 1990). Neste sentido os problemas identificados foram:

- **Peso comprometido**
- **Comportamento alimentar comprometido**

(relacionado com o consumo diminuído de pão e cereais e com o número de refeições realizadas diariamente)

- **Padrão de exercício físico comprometido**

(relacionado com a insuficiente prática de exercício físico)

- **Hiperlipidemia presente**
- **Conhecimento sobre saúde comprometido**

4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, na qual se procede à hierarquização dos problemas de saúde identificados na etapa anterior, tendo em conta o horizonte temporal, a utilização eficiente dos recursos disponíveis, bem como a otimização dos resultados a atingir (Tavares, 1990). A priorização dos problemas, pressupõe estratégias para a resolução dos mesmos, em concordância com a sua prioridade.

Perante os resultados obtidos no diagnóstico da situação, efetuou-se reunião com a Enfermeira Supervisora, onde foram analisados os resultados do diagnóstico, assim como as linhas orientadoras do futuro projeto e a relevância do mesmo. Foram igualmente difundidos todos estes aspetos à equipa de enfermagem da UCC e Diretora Técnica da ERPI.

Para este projeto, recorreu-se à grelha de análise como técnica para determinar prioridades, partindo dos seguintes critérios de importância do problema; relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade da intervenção, utilizando uma grelha de análise, onde se atribuiu sucessivamente uma classificação (+) ou menos (-) de forma sequencial, aos critérios supramencionados, obtendo-se um resultado que pode variar de 1 (prioridade máxima) a 16 (prioridade mínima) de acordo com a grelha de análise (Tavares, 1990). (Anexo n.º4). Pode observar-se a grelha de análise no quadro n.º 5

Quadro n.º 5: Grelha de análise para determinação de prioridades

Diagnósticos de Enfermagem	Importância do Problema	Relação Problema / Fator de risco	Capacidade para intervir	Exequibilidade	Recomendação
Peso comprometido	+	+	+	+	1
Comportamento alimentar comprometido	+	+	+	+	1
Padrão de exercício comprometido	+	+	+	+	1
Hiperlipidemia presente	+	+	+	-	2
Conhecimento sobre saúde comprometido	+	+	+	+	1

Fonte: Elaboração própria

5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Depois de elaborado o diagnóstico de situação de saúde e priorizados os problemas é de capital importância que proceda à fixação de objetivos, terceira etapa do Planeamento em Saúde, que representa um dos passos categóricos de um projeto (Tavares, 1990). Trata-se de uma etapa fulcral do planeamento, dado que apenas “(...) mediante uma correta e quantificada definição de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos pela execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.77).

Um objetivo pode ser definido como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que modifica a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 79). De acordo com Tavares (1990), existem características estruturais que devem ser cumpridas na elaboração de um objetivo, designadamente este deverá ser “(...) concreto, exequível, pertinente e mensurável” (Tavares, 1990, p.115). A sua adequada definição, permite traçar as estratégias de intervenção direcionadas para os resultados esperados e avaliar os concretamente obtidos, depois de colocado em prática o projeto de intervenção.

Assim, delineou-se como **objetivo geral** para o projeto de intervenção comunitária em questão:

- Contribuir para a prevenção das Doenças Cardiovasculares na população ativa dos 20 aos 64 anos de idade, que exerce a sua atividade profissional numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas, de uma região do Alentejo, até setembro de 2022.

Com o intento de atingir o objetivo geral delineado, foram elaborados os objetivos específicos, os quais se caracterizam por detalharem e particularizarem aspetos do objetivo geral, cooperando assim para que este objetivo seja atingido (Tavares, 1990). Foram definidos três objetivos específicos:

- Cooperar para o aumento dos conhecimentos das colaboradoras da ERPI sobre doenças cardiovasculares.

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

- Instruir as colaboradoras da ERPI dos benefícios associados á prática de uma alimentação saudável.
- Sensibilizar as colaboradoras da ERPI para os efeitos benéficos da prática de exercício físico / atividade física.

Na sequência dos objetivos anteriormente descritos, e de forma a garantir uma boa gestão de um projeto é imprescindível a definição clara de objetivos operacionais ou metas, definidos como enunciados dos resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades, sendo traduzidos em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Neste sentido, tendo em consideração os objetivos específicos anteriormente definidos e face ao tempo disponível para a implementação do projeto, foram definidas as metas que se preveem alcançar a curto prazo, explanadas nos quadros (n.6º, n. 7º e n. 8º).

Quadro n. 6: Metas e indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.1

Objetivo específico: 1.1. Cooperar para o aumento dos conhecimentos das colaboradoras da ERPI sobre as doenças cardiovasculares	
Objetivos operacionais / Metas	Indicadores de atividade / execução
1.1.1. Que 75% das colaboradoras identifiquem 2 fatores de risco cardiovascular	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$
1.1.2. Que 75% das colaboradoras reconheçam 2 sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$
1.1.3. Que 75% das colaboradoras selecionem 2 sintomas de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$

Fonte: Elaboração própria

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Quadro n. º7: Metas e indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.2

Objetivo específico: 1.2. Instruir as colaboradoras da ERPI dos benefícios associados á prática de uma alimentação saudável	
Objetivos operacionais / Metas	Indicadores de atividade / execução
1.2.1. Que 70% das colaboradoras selecionem 3 regras para uma alimentação saudável	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$
1.2.2. Que 70% das colaboradoras identifiquem 3 princípios da dieta mediterrânica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$
1.2.3. Que 70% das colaboradoras reconheçam 2 benefícios da dieta mediterrânica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$

Fonte: Elaboração própria

Quadro n. º8: Metas e indicadores de atividade ou execução, para o objetivo específico 1.3

Objetivo específico: 1.3. Sensibilizar as colaboradoras da ERPI para os efeitos benéficos da prática de exercício físico / atividade física	
Objetivos operacionais / Metas	Indicadores de atividade / execução
1.3.1. Que 70% das colaboradoras reconheçam 2 benefícios associados à prática de atividade física	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$
1.3.2. Que 70% das colaboradoras identifiquem 2 cuidados a ter aquando da prática de atividade física	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$
1.3.3. Que 70% das colaboradoras selecionem 2 sinais de alarme para a interrupção da prática de atividade física	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradoras que executa corretamente a tarefa}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradoras que participa na tarefa}} \times 100$

Fonte: Elaboração própria

6 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

A seleção de estratégias é uma etapa crucial no processo de Planeamento em Saúde, que pressupõe que seja definido 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, p.87).

Por forma a atingir os resultados pretendidos e concludentemente ganhos efetivos em saúde, revelou-se elementar ancorar a intervenção num modelo teórico, que de acordo com Vítor, Lopes e Ximenes (2005, p.236), “a utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas”.

Considerando o presente projeto de intervenção comunitária desenvolvido optou-se por guiar a seleção de estratégias no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender, o qual foi intermediário da teoria para a prática. Este visa auxiliar os enfermeiros a compreender os fundamentos dos comportamentos de saúde, partindo de uma orientação comportamental e deste modo ajudar as pessoas de todas as faixas etária a manterem-se saudáveis, otimizar saúde em caso de doença crónica ou deficiência bem como criar ambientes saudáveis (Pender et al.,2015).

Em consonância com o descrito na literatura, a problemática das doenças cardiovasculares demanda uma intervenção assente na prevenção e promoção da saúde, conceitos basilares quando falamos de comunidades e da sua saúde. Concomitantemente, o local de trabalho é identificado como um dos cenários promissores para a promoção da saúde do século XXI, influenciando diretamente os trabalhadores a nível físico, mental, económico e social e concludentemente as suas famílias, comunidades e sociedade. Proporciona ainda um ambiente ideal e infraestruturas que possibilitam apoiar um grande grupo (Abreu et al., 2019).

Assim, entendeu-se que a estratégia inicial passaria pela aquisição de competências sobre a temática pelo que foi efetuada uma pesquisa bibliográfica ampla, para um discurso fundamentado e baseado em evidência científica. Posteriormente, foram efetuadas reuniões com a enfermeira supervisora e com a professora orientadora, com vista à escolha das estratégias de intervenção mais adequadas tendo em conta o tema e a

população alvo.

Nesta sequência, a principal estratégia de intervenção selecionada para suportar este projeto centrou-se na Educação para a Saúde (EpS). A EpS, parte integrante do processo de promoção da saúde, é uma estratégia de capacitação que se define como qualquer combinação de experiências e aprendizagens que visem ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento de conhecimentos ou influenciando as suas atitudes (WHO, 1998).

Como suporte para a contextualização das intervenções, recorreu-se designadamente:

- **ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender;**
- **a diretrizes do Plano Nacional de Saúde revisto e extenso a 2020;**
- **a diretrizes do Programa Nacional para as Doenças Cérebro – Cardiovasculares -2017;**
- **a diretrizes do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – 2021;**
- **a diretrizes do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física – 2021;**
- **ao estabelecimento de parcerias que contribuíram para o enriquecimento do Projeto.**

A seleção deste tipo de estratégia visou aumentar o nível de literacia em saúde, no sentido da promoção da saúde, conduzindo à adoção e manutenção de comportamentos saudáveis e concludentemente de ganhos em saúde.

7 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

7.1 Fundamentação das Intervenções

Esta etapa do Planeamento em Saúde, é segundo Imperatori e Giraldes (1993) a que exhibe mais pontos em comum com a etapa que a precede e com a etapa que a sucede, transparecendo o cariz dinâmico e ativo que caracteriza o planeamento em saúde.

Após o desenvolvimento das etapas anteriores é fundamental planear a operacionalização da execução das diversas atividades intrínsecas à intervenção e proceder à sua implementação (Tavares, 1990). Esta etapa, prende-se com a operacionalização do projeto e para o seu sucesso, são perentórios elementos como, a especificação pormenorizada das atividades, determinadas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos, de modo a dar resposta aos problemas de saúde priorizados (Tavares, 1990). Englobam as necessidades em recursos e a duração das mesmas, bem como a inter-relação e a preparação para a execução, com recurso a cronogramas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para que o projeto denominado “Prevenção das doenças cardiovasculares em população em idade ativa: um projeto de intervenção numa região do Alentejo”, tivesse sucesso e com o intuito de obter os melhores resultados, tendo em conta todas as etapas descritas anteriormente, os objetivos, as metas e as estratégias previamente delineadas, o a limitação temporal do estágio e os recursos existentes, foram desenvolvidas diversas atividades, previamente validadas com perita na área, a enfermeira supervisora. Foram igualmente transmitidas todas as linhas orientadoras das atividades à Diretora Técnica da ERPI, com o intento de obter o apoio e promover o envolvimento no projeto. Posteriormente às reuniões com diferentes parceiros, programaram-se as atividades, essenciais para a adequada evolução e sucesso do projeto. Para uma melhor organização e em consonância com a linha temporal de estágio foi elaborado um cronograma (Apêndice n.º 20), bem como foram elaborados os planos de sessão como forma de descrever pormenorizadamente as atividades.

Uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção da saúde é a educação para a saúde. Como forma de sustentar todo o projeto e orientar os

conteúdos programáticos para cada sessão de educação para a saúde, foi crucial a realização de pesquisa bibliográfica baseada na mais atual evidência científica sobre a temática.

As atividades planeadas pretenderam ser apelativas, por forma a sensibilizar os indivíduos para a importância da prevenção das doenças cardiovasculares. No planeamento das sessões de EpS foi imperioso a realização de atividades que gerassem envolvimento e motivação pelos temas, promovendo desta forma a aquisição de conhecimentos.

Consistiram na realização de três sessões de educação para a saúde na ERPI, de forma presencial, agendadas com a Diretora Técnica na semana prévia, onde foram abordados os diferentes temas selecionados através da priorização das necessidades nomeadamente, doenças cardiovasculares (fatores de risco e principais doenças cardiovasculares), alimentação saudável e prática de atividade física.

A salientar que as sessões de EpS foram planeadas e norteadas pelo MPSNP.

Seguidamente, e de forma mais detalhada serão explanadas as atividades:

Atividade 1: “Rastreo Cardiovascular”

O rastreo cardiovascular, embora tenha sido uma atividade de diagnóstico, constituiu a primeira abordagem às colaboradoras da ERPI, no que concerne à realização de atividades.

Os rastreios em saúde assumem na atualidade, um importante papel na nossa sociedade, sendo um meio de combate à doença, através da eficaz deteção precoce de patologias, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade associadas a estas, bem como para a redução dos custos em saúde. Os rastreios cardiovasculares pretendem identificar precocemente patologias relacionadas com o coração e vasos sanguíneos.

Deste modo e no âmbito do diagnóstico da situação foi realizado um rastreo cardiovascular à população alvo para caracterização da mesma e determinação do risco cardiovascular dos participantes. O rastreo supracitado contou com a participação de 31 indivíduos do sexo feminino e incluiu avaliação da tensão arterial, medição da glicémia capilar, medição do peso e altura para cálculo do IMC, medição do perímetro abdominal assim como aconselhamento e esclarecimento de dúvidas. O valor do colesterol total foi obtido através da consulta de análises recentes, solicitadas previamente às participantes.

Foi realizada a distribuição a cada participante de um cartão (Apêndice n.º 21) que continha a identificação, o valor dos parâmetros avaliados e no verso recomendações para a prevenção das doenças cardiovasculares.

Atividade 2: Sessão de Educação para a Saúde: “Compreendendo as doenças cardiovasculares” (Apêndice n.º 22)

A baixa compreensão e conhecimento sobre as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, pode conduzir a que os indivíduos tenham comportamentos de risco contribuindo para o aumento da probabilidade de estes virem a desenvolver uma doença cardiovascular (Wekesah et al., 2019).

Perante esta realidade, foi realizada uma sessão de EpS dirigida às colaboradoras da ERPI. Esta atividade teve como finalidade a promoção da aquisição de conhecimentos pelas colaboradoras relativamente as DCV designadamente o que são, quais os fatores de risco, principais doenças cardiovasculares (EAM e AVC), respetivos sinais e sintomas e como proceder nessas situações. Concomitantemente foi apresentado o vídeo informativo elaborado por um cardiologista e denominado “Dicas de Saúde de um Cardiologista”. Optou-se por esta modalidade dada a pandemia da Covid 19.

De salientar que o conhecimento sobre as DCV e todas a suas condicionantes é fulcral para a sua compreensão e prevenção, mas igualmente vital para a alteração do estilo de vida.

Para a avaliação dos conhecimentos e da sessão foi elaborado um questionário.

Atividade 3: Sessão de Educação para a Saúde: “A prevenção das doenças cardiovasculares à mesa” (Apêndice n.º 23)

Os hábitos alimentares são considerados uma das principais medidas modificáveis para a prevenção das DCV. A dieta mediterrânica é um padrão de alimentar que apresenta mais benefícios na saúde cardiovascular.

Nesta sessão de EpS, desenvolveu-se a temática da alimentação na prevenção das DCV, e teve por objetivo dotar as colaboradoras da ERPI de conhecimentos sobre a DCV e a dieta mediterrânica, roda dos alimentos mediterrânica, princípios e benefícios da dieta mediterrânica. Optou-se igualmente pela apresentação de um vídeo informativo sobre a temática, para tal contou-se com a colaboração de uma nutricionista e o mesmo designou-

se “Dicas de Saúde de uma Nutricionista”.

No final da sessão foi entregue uma brochura com dicas para uma alimentação saudável, com referência às porções diárias recomendadas e equivalentes da roda dos alimentos, descodificação de rótulos e um plano alimentar diário (Apêndice).

Para a avaliação dos conhecimentos e da sessão foi elaborado um questionário.

Atividade 4: “Atividade física uma aliada na prevenção das doenças cardiovasculares” (Apêndice nº 24)

A atividade física, desde que praticada em segurança, é benéfica para todos os indivíduos, sendo o exercício físico uma componente fundamental na prevenção das DCV.

Para realizar esta atividade, foi elaborada uma sessão de EpS onde foram abordados os seguintes conteúdos programáticos: recomendações de atividade física nos adultos, benefícios e cuidados a ter na prática de exercício físico e sinais de alarme para interromper a prática de exercício físico. Posteriormente e para tornar a sessão mais dinâmica, realizou-se uma sessão de exercício físico à distância com o apoio de um professor de Educação Física.

O objetivo desta atividade foi sensibilizar as colaboradoras da ERPI para a importância da prática de atividade física e seus efeitos benéficos.

Para a avaliação dos conhecimentos e da sessão foi elaborado um questionário.

De evidenciar que, as sessões de EpS realizadas são da autoria da mestranda.

7.2 Entidades e Parcerias envolvidas no Projeto

Subsequente à implementação do projeto foi fundamental envolver diversos parceiros, desempenhando estes um papel determinante na execução do projeto concludentemente no sucesso do mesmo.

Primeiramente, após uma análise dos objetivos a atingir e das atividades planeadas, foi efetuada uma reflexão e seleção relativamente aos potenciais parceiros do projeto, assim como dos contributos que cada um poderia oferecer para o enriquecimento

do projeto.

As parcerias envolvidas no projeto foram:

- Santa Casa da Misericórdia;
- Diretora Técnica da ERPI;
- Médico Cardiologista;
- Nutricionista;
- Professor de Educação Física;

Posteriormente foram estabelecidos contactos com os parceiros, com o intento de apresentar o projeto, os objetivos e expectativas da parceria proposta, bem como de assegurar disponibilidade de todos para a resolução de problemas que possam advir no decurso do mesmo.

Depois de parcerias propostas, foi imprescindível a realização reuniões. Assim, numa primeira reunião procurou-se conquistar o apoio, promover o envolvimento no projeto, transmitir informação, visando a uniformização de conteúdos e práticas. No decurso do projeto foram igualmente realizadas reuniões com os diversos parceiros, com o propósito de definir procedimentos, transmitir informações e analisar recursos.

Salienta-se que o projeto teve uma intervenção multidisciplinar, e que todos os parceiros envolvidos se revelaram cruciais em termos de iniciativa, interesse e colaboração.

7.3 Recursos Humanos, Físicos e Materiais

Num projeto de intervenção comunitária, com o desígnio de dar resposta aos objetivos traçados é preponderante a definição dos recursos necessários para desenvolvimento do mesmo, nomeadamente os recursos humanos, materiais e financeiros. Esta ideia é partilhada por Tavares (1990), que refere que a todo o processo de planeamento está subjogado à identificação destes recursos. Somente é possível colocar em prática um projeto se os recursos se encontrarem disponíveis.

Os recursos humanos, correspondem às pessoas envolvidas no projeto, sendo que a cada uma está atribuída uma função e responsabilidade (Schneider & Flach, 2017).

Por recursos materiais, entende-se os “materiais de consumo e/ou equipamentos permanentes necessários para a execução do projeto” (Schneider & Flach, 2017, p.17).

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Assim, para melhor entendimento dos recursos humanos, materiais e físicos implicados na consecução deste projeto foi elaborado o quadro n.º 9.

Quadro n.º 9: Recursos, físicos e materiais do projeto

Recursos Humanos	Enfermeira Mestranda
	Enfermeira Supervisora dos estágios
	Professora docente e orientadora do projeto
	Coordenadora da UCC
	Diretora Técnica da ERPI
	Colaboradoras da ERPI alvo do projeto
	Médico Cardiologista
	Nutricionista
	Professor de Educação Física
Recursos Físicos	Gabinete da UCC
	Sala de Reuniões da ERPI
Recursos Materiais	Recursos audiovisuais: computador, <i>datashow</i> , <i>pen-drive</i> impressora, fotocopiadora; tela; telemóvel; internet móvel
	Material consumível: Folhas A4; Toner de impressão; Canetas; Envelopes A4; Agrafador; Agrafes
	Viatura automóvel da UCC
	Balança
	Craveira
	Fita métrica
	Esfigmomanómetro
	Estetoscópios
	Glucómetro
	Tiras para determinação de glicémia capilar
	Lancetas descartáveis
	Compressas não estéreis
	Contentor de corte perfurantes
	Alcool a 70°

Fonte: Elaboração própria

7.4 Análise da Estratégia Orçamental

No processo de planeamento, a determinações dos recursos financeiros inerentes à implementação de um projeto é de fulcral importância. Estes são definidos como “os valores envolvidos no pagamento dos recursos humanos e materiais, entre outros, que garantem a execução do projeto” (Schneider & Flach, 2017, p.17).

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

De evidenciar que este projeto envolveu a participação voluntária dos intervenientes e colaboração de parceiros, dado que sendo efetuado em âmbito académico, não beneficia de qualquer financiamento.

A estratégia orçamental, prende-se com a previsão das despesas necessárias para a execução do projeto, assegurando a sustentabilidade do mesmo e um melhor controlo dos custos associados (Schneider & Flach, 2017). No quadro seguinte (quadro n. °10), é possível visualizar os recursos, a proveniência e o valor de cada material, delineado um orçamento para a concretização do projeto.

Quadro n.º 10: Previsão orçamental do projeto

Recursos	Especificação	Proveniência	Valor
Equipamento Informático	Computador	Enfermeira mestranda	800€
	Projetor de Video	UCC	150€
	Tela de Projecção	UCC	80€
	Impressora	Enfermeira mestranda	80€
	Pen Drive	Enfermeira mestranda	5€
	Telemóvel	Enfermeira mestranda	160€
Material consumível	Folhas A4	Enfermeira mestranda	20€
	Toneres de impressão	Enfermeira mestranda	70€
	Envelopes A4	Enfermeira mestranda	25€
	Agrafador	Enfermeira mestranda	2.50€
	Agrafes	Enfermeira mestranda	0.50€
	Lancetas	UCC	12€
	Tiras glicémia	UCC	25€
	Glucómetro	UCC	15€
	Compressas não estéreis	UCC	2€
	Contentor corto perfurantes	UCC	3€
	Alcool 70°	UCC	4€
	Balança	UCC	10€
	Craveira	UCC	60€
	Fita métrica	UCC	3€
	Esfigmomanómetro	UCC	20€
	Estetoscópio	UCC	58€
	Recursos Humanos	Nutricionista	Gratuito
Chef de Cozinha		Gratuito	200€
Professor de Educação Física		Gratuito	100€
Médico Cardiologista		Gratuito	100€
Outros	Internet rede móvel	Enfermeira mestranda	15€
	Eleticidade	ERPI	100€
Total do orçamento			2220€

Fonte: Elaboração própria

7.5 Cumprimento do Cronograma de Atividades

O cronograma, constitui uma representação gráfica que permite visualizar em conjunto o tempo e as diferentes atividades que incorporam o projeto, permitindo ter a

perceção de todo o percurso do projeto de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

A utilização de um cronograma de atividades, é uma ferramenta essencial no planeamento e organização das atividades. Foi conjeturado um cronograma de atividades previstas (Apêndice n.º 20), o qual apresenta a descrição pormenorizada do projeto. De referir que foram revistas e reformuladas as datas de algumas atividades tendo em consideração o contexto atual da pandemia da Covid 19.

Foram igualmente elaborados os planos de educação para a saúde (Apêndices n.º 22, n.º 23 e n.º 24) de modo a descrever detalhadamente cada atividade a realizar. As sessões eram agendadas com a Diretora técnica da ERPI e com a enfermeira supervisora na semana prévia à realização das mesmas.

7.6 Comunicação e Divulgação do Projeto

Para o sucesso de um projeto é elementar a comunicação e divulgação do mesmo.

Por forma a divulgar e dar a conhecer o projeto “Prevenção das doenças cardiovasculares em população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo” foram desenvolvidas diferentes estratégias.

Foram realizadas reuniões com os parceiros, e para divulgação do projeto na comunidade, foi elaborado um artigo para o Boletim Municipal (Apêndice n.º 25).

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e de forma a divulgar o estudo de diagnóstico desenvolvido que originou o presente projeto de intervenção comunitária, foi elaborado um artigo científico (Apêndice n.º 26), o qual se almeja que seja publicado no futuro numa revista científica.

8 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Na opinião de Imperatori e Giraldes (1993), “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (p.173).

A avaliação é a sexta e última etapa do processo de Planeamento em Saúde, é considerada determinante num processo que se quer dinâmico, ligando-se circularmente com a fase inicial do planeamento, assim como com os objetivos ou metas definidas. Neste sentido, a avaliação utiliza de forma sistemática, as informações fornecidas pela experiência para melhorar a atividade em curso e planear mais eficazmente, devendo apoiar-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter (Imperatori & Giraldes, 1993).

No mesmo sentido Tavares (1990), refere que a avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento assente em critérios e normas, efetuando igualmente a confrontação entre objetivos e estratégias ao nível da adequação.

Segundo Melo (2020), quando se executa a avaliação dos resultados, completa-se o ciclo do Planeamento em Saúde.

Para a concretização da avaliação do projeto de intervenção comunitária, foram definidos indicadores como ferramentas de avaliação. Um indicador é “um construto útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes, quer o objeto seja uma população, quer uma pessoa” (Dias et al., 2007, p.441).

Seguidamente, são novamente explanados os objetivos específicos e metas bem como os indicadores de avaliação para cada meta (Quadros n. °11, n. °12 e n. °13).

Quadro n. º11: Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.1

Objetivo específico: 1.1. Cooperar para o aumento dos conhecimentos das colaboradoras da ERPI sobre as doenças cardiovasculares	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.1.1. Que 75% das colaboradoras identifiquem 2 fatores de risco cardiovascular	$(21/22) \times 100 \% = 95\%$
1.1.2. Que 75% das colaboradoras reconheçam 2 sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)	$(19/22) \times 100 \% = 86\%$
1.1.3. Que 75% das colaboradoras selecionem 2 sintomas de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)	$(18/22) \times 100 \% = 82\%$

Fonte: Elaboração própria

Quadro n. º12: Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.2

Objetivo específico: 1.2. Instruir as colaboradoras da ERPI dos benefícios associados à prática de uma alimentação saudável	
Metas	Indicadores de Avaliação
1.2.1. Que 70% das colaboradoras selecionem 3 regras para uma alimentação saudável	$(21/22) \times 100 \% = 95\%$
1.2.2. Que 70% das colaboradoras identifiquem 3 princípios da dieta mediterrânica	$(21/22) \times 100 \% = 95\%$
1.2.3. Que 70% das colaboradoras reconheçam 2 benefícios da dieta mediterrânica	$(19/22) \times 100 \% = 86\%$

Fonte: Elaboração própria

Quadro n. º13: Metas e Indicadores de Avaliação para o objetivo específico 1.3

Objetivo específico: 1.3. Sensibilizar as colaboradoras da ERPI para os efeitos benéficos da prática de exercício físico / atividade física	
Metas	Indicadores de avaliação
1.3.1. Que 70% dos colaboradores reconheçam 2 benefícios associados à prática de atividade física	$(21/22) \times 100 \% = 95\%$
1.3.2. Que 70% das colaboradoras identifiquem 2 cuidados a ter aquando da prática de atividade física	$(20/22) \times 100 \% = 91\%$
1.3.3. Que 70% das colaboradoras selecionem 2 sinais de alarme para a interrupção da prática de atividade física	$(21/22) \times 100 \% = 95\%$

Fonte: Elaboração própria

Atendendo aos resultados obtidos, expressos nos quadros anteriores e à análise das sessões de EpS, podemos constatar que todas as metas definidas foram cumpridas e concomitantemente superadas.

De referir que, para avaliação de aquisição de conhecimentos foi efetuado um questionário após cada sessão de educação para a saúde. A avaliação das sessões foi igualmente realizada através da aplicação de um questionário no final de cada sessão. Foi efetuado o tratamento destes dados referentes à totalidade das sessões de educação, sendo que esta avaliação se encontra explanada no Apêndice n.º 27.

A salientar que não foram cumpridas duas atividades nomeadamente: a respeitante à demonstração da realização de um lanche saudável a ser executada pelos alunos de uma escola profissional do curso de hotelaria, por não autorização do provedor face à limitação de contactos devido à atual pandemia. Outra atividade não realizada pretendeu-se com o estabelecimento de um protocolo de colaboração entre a Câmara Municipal, através do seu técnico de desporto e a Santa Casa da Misericórdia, para a realização semanal de uma sessão de exercício físico às colaboradoras da ERPI, o qual será executada numa fase posterior pela equipa de enfermagem da UCC.

De forma a dar continuidade ao projeto, e tendo em conta que a avaliação do impacto do projeto deve ser realizada no espaço de 6 meses a 1 ano, permitindo compreender o sucesso das intervenções e reavaliar novas medidas (Imperator &

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Giraldes, 1993), a avaliação será realizada numa fase posterior, em setembro de 2022, pela equipa de enfermagem da UCC, através da reaplicação do questionário inicial. Interessa referir que a avaliação tem como finalidade melhorar os projetos, orientar a distribuição de recursos e não somente justificar as atividades realizadas, sendo que é esta que nos permite avançar (Imperatori & Giraldes, 1993).

De evidenciar que projeto reúne condições para replicação futura, quer pela sua pertinência quer pela possível aplicação a outras instituições ou contextos.

Em jeito de síntese, e debruçando-nos sobre resultados obtidos através dos indicadores referidos, verificou-se que as atividades desenvolvidas contribuíram para o objetivo geral, melhorando a literacia em saúde das colaboradoras no que concerne à prevenção das doenças cardiovasculares.

9 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A aquisição e desenvolvimento de competências revela-se de capital importância ao longo de todo o percurso profissional, como forma impulsionar a mudança e aperfeiçoamento no desempenho, para uma tomada de decisão clínica em enfermagem baseada em padrões de qualidade.

Ao longo deste capítulo, pretende-se efetuar uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e mobilizadas, que irão conduzir à obtenção do grau de Mestre e do título de especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Para tal, contribuíram indiscutivelmente a realização dos estágios, todo o trajeto desenvolvido para a execução do presente projeto de intervenção comunitária e a elaboração do relatório.

Os cuidados de saúde, tal como os cuidados de Enfermagem, são detentores atualmente uma maior relevância e “(...) exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”. Deste modo, considera-se que o Enfermeiro especialista “(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (OE,2019, p.4744)

A aquisição de competências comuns revela ser um passo essencial, e como tal conjectura-se que sejam adquiridas por todos os enfermeiros especialistas (independentemente da sua área de especialização) “um conjunto de competências que suportem a sua prática clínica e que se inserem nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagem profissionais”, tal como expresso no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE,2019, p.4745).

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, foi assumida uma postura profissional adequada no decurso dos estágios, honrando a deontologia profissional, os aspetos éticos inerentes, guiando todos os processos de tomada de decisão, assentes na reflexão em equipa, no respeito pelos direitos humanos, pelas responsabilidades profissionais, os quais foram submetidos a avaliações constantes. As tomadas de decisão e o desenvolvimento de estratégias foram sempre tomadas em equipa, de forma consciente e fundamentada em conhecimento científico. Estes aspetos foram

demonstrados em todas as práticas e cuidados desenvolvidos na UCC, estes aspetos estiveram presentes, onde se inclui o projeto de intervenção comunitária. Todas as questões éticas desenvolvidas e intrínsecas ao desenvolvimento do projeto, bem como a garantia de segurança, o respeito pela autodeterminação, pela privacidade e pela dignidade foram escrupulosamente tidas em consideração, bem como no caso da ECCI.

Visando a **melhoria contínua da qualidade**, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária que se considera que cooperou para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados pela unidade funcional onde decorreram os estágios.

De salientar que ainda neste âmbito, a procura da melhor evidência científica e o investimento no enquadramento teórico, foram basilares para a fundamentação do projeto e suporte do relatório. Importa referir que a concretização deste projeto permitiu assumir uma postura de liderança e de dinamização. A participação nas reuniões com os parceiros, permitiu a discussão de ideias e estratégias objetivando a melhoria contínua do projeto e das intervenções de enfermagem. Destaca-se ainda, que no decurso da sua implementação foram adotadas medidas que permitissem uma avaliação contínua das atividades, com o intuito de proceder aos ajustes necessários face às respostas das participantes.

Todavia e apesar do período pandémico, foi ainda possível ao longo dos estágios a participação nos programas da unidade, como a visita domiciliária dos utentes em ECCI, e em diversos projetos do programa de Saúde Escolar, como a “A minha Lancheira”.

O aperfeiçoamento **da gestão de cuidados**, através da melhoria da capacidade de tomada de decisão foi constante no decurso todo o processo. A otimização do trabalho de equipa, bem como a motivação e utilização eficiente dos recursos, cooperaram indiscutivelmente para o bom desenvolvimento do projeto, promoção e prestação de cuidados de qualidade. Concomitantemente, a gestão de cuidados foi basilar para que o projeto decorresse de acordo com o planeado, através do estabelecimento de parceiras e articulação, incitando o interesse e motivação de todos os intervenientes, assegurando um ambiente o mais seguro possível. A evidenciar que no que concerne à gestão do ambiente físico, esta foi sempre escrupulosamente acautelada na vertente presencial, não somente nas reuniões afetas ao projeto ou nas atividades desenvolvidas na UCC, mas igualmente nas atividades desenvolvidas para a consecução do projeto, rastreio cardiovascular e sessões de educação para a saúde.

Nas atividades distintas do projeto, bem como nas atividades intrínsecas ao projeto e dado o atual contexto pandémico, a gestão do risco esteve identicamente

presente pelo que foram incentivadas (utentes e participantes do projeto) e cumpridas as recomendações emanadas pela DGS no que respeita a este contexto.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** e tendo em conta que todo o meu percurso profissional até ao momento se desenvolveu em ambiente hospitalar, foi desafiante a adaptação a uma nova realidade, a área da enfermagem comunitária e de saúde pública. Todavia, tendo em conta as capacidades adquiridas e desenvolvidas, atestamos que a aprendizagem foi uma mais valia. Na procura incessante pela melhor prática baseada na evidência, foi efetuada uma extensa pesquisa bibliográfica, o que possibilitou uma intervenção sólida e segura no desempenho das atividades realizadas, alicerçada nos conhecimentos mais atuais sobre a temática. Igualmente a experiência e conhecimento dos intervenientes, bem como a gestão de peculiaridades no processo de aprendizagem, foram de extrema importância.

Face ao exposto, consideramos que as competências comuns de enfermeiro especialista foram alcançadas.

A Enfermagem Comunitária, representa uma área de excelência em que a prática de enfermagem é norteada para a comunidade, emerge de uma filosofia de prestação de serviços que compreende a prestação de cuidados de saúde, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, através do diagnóstico e investigação dos principais problemas de saúde da comunidade e da população (OE, 2016). Nesta perspetiva, os estágios concretizados cooperaram para o desenvolvimento profissional, alicerçando-se no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que expomos de seguida.

Segundo o consagrado no Regulamento n. °428/2018 de 16 de julho as competências específicas nesta área de especialização, compreendem (OE, 2018, p.19354):

- a) estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) integrar a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e;
- d) realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico.

Tendo por base a alínea a), consideramos que o projeto de intervenção comunitária

“Prevenção das doenças cardiovasculares em população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo” desenvolvido e implementado, permitiu desenvolver e aperfeiçoar todas as competências supramencionadas. O referido projeto seguiu as etapas da **Metodologia de Planeamento em Saúde**, que na opinião de Tavares (1990), é a perspetiva metodológica apropriada para a obtenção das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Inicialmente efetuou-se a elaboração do diagnóstico da situação de uma comunidade, as colaboradoras de uma ERPI da região do Alentejo, direcionado à prevenção das doenças cardiovasculares, tendo em consideração os determinantes de saúde que influenciam o desenvolvimento destas doenças. Para este efeito, aplicamos um questionário e realizamos um rastreio cardiovascular. Efetuada a análise dos resultados obtidos, identificamos os principais problemas e necessidades da população alvo e procedemos à definição das prioridades, em conformidade com o PNS revisto e extenso a 2020, o PNDCCV, o PNPAS e o PNPAF. Posteriormente seguiu-se a definição e objetivos, que se consideraram pertinentes, exequíveis e mensuráveis, em concordância com as prioridades estabelecidas. No passo seguinte foram delineadas as estratégias a adotar, objetivando a resolução dos problemas identificados. No seguimento, foram estabelecidas parcerias, com o intuito de oferecer uma maior diversidade de intervenções e enriquecimento das mesmas. Durante o processo de operacionalização do projeto, procedemos à sua avaliação contínua através da fixação de vários indicadores, particularmente indicadores de atividade ou execução e de indicadores de impacto ou resultado, com o desígnio de validar, otimizar e reformular as intervenções implementadas.

A segunda capacidade específica, alínea b), é respeitante à **contribuição para o processo de capacitação e grupos e comunidades** e foi concretizada através do projeto de intervenção comunitária. Neste processo foi fundamental o estabelecimento de parcerias com diferentes entidades. Toda a intervenção foi pautada pela busca incessante pela da melhor evidência científica, possibilitando a integração e mobilização de conhecimentos, nomeadamente de outras disciplinas e dos adquiridos em outros contextos académicos, visando a adequação da informação transmitida às colaboradoras durante a realização das atividades, tendo em consideração as suas necessidades e características. Com o intento de capacitar as colaboradoras para a adoção de comportamentos que contribuam para um estilo de vida saudável, bem como para a promoção da literacia em saúde, a vertente da educação para a saúde foi a estratégia

utilizada, ancorada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. A destacar que, todas as intervenções desenvolvidas no contexto deste projeto de intervenção comunitária objetivaram analogamente a capacitação das colaboradoras para a tomada de decisão consciente e informada, no sentido da promoção da saúde.

Relativamente à competência expressa na alínea c), **integrar a coordenação de Programas de Saúde no âmbito e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**, salientamos que o projeto de intervenção comunitária realizado vai de encontro às metas emanadas no Plano Nacional de Saúde atual (DGS, 2015), mais concretamente a meta que pretende reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), e que este para ser efetivado foi sustentado no PNDCCV, PNPAS e no PNPAF, programas que deram contributos essenciais para a estruturação do projeto.

Para a aquisição destas competências específicas, contribuíram analogamente as restantes atividades desenvolvidas na UCC envolvendo a participação na coordenação de programas de saúde que integram o PNS, incluídos na carteira de serviços da unidade dos como sendo o PNSE, o Programa Regional de Promoção da Alimentação Saudável, do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (em contexto escolar), através de atividades desenvolvidas nas escolas com enfoque especial na promoção de estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, ao nível da ECCI a identificação das necessidades quer dos utentes quer dos cuidadores informais e familiares, e posteriormente a capacitação dos mesmos é primordial no processo de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências que possibilitem dar resposta às suas necessidades de saúde, cooperando para a melhoria da sua qualidade de vida.

Por fim, a aquisição da competência, **realizar e cooperar na vigilância epidemiológica no âmbito demográfico**, alínea d), efetuada através mobilização de dados epidemiológicos para a realização do diagnóstico da situação. Procedemos à análise e interpretação dos dados recolhidos, com recurso a metodologias de análises estatísticas, tendo-se deste modo conseguido compreender a amplitude do problema das doenças cardiovasculares, relacionado com os maus hábitos alimentares, inatividade física e baixa literacia em saúde, particularmente a literacia em saúde cardiovascular. Simultaneamente esta competência foi essencial para a determinação de estratégias e de intervenções a implementar.

Após a descrição e reflexão do processo de aquisição e mobilização de competências específicas do domínio do enfermeiro especialista em Enfermagem

Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este percurso académico visa também a atribuição do grau de mestre, para o efeito revela-se imprescindível a aquisição e desenvolvimento de competências, capacidades e conhecimentos, pelo que se procede à sua reflexão de acordo com os enunciados no Decreto – Lei n. °65/2018 de 16 de agosto no seu artigo 15º (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018). Em consonância com os enunciados, o grau de mestre deve ser conferido a quem seja detentor de conhecimentos e capacidades de resolução de problemas, sustentados nos conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo do ensino superior, permitindo aplicações originais em muitos casos, em contexto de investigação. Para a atribuição deste grau académico são ainda apresentadas outras condições designadamente: saber aplicar os conhecimentos bem como mostrar capacidade de compreensão e resolução de problemas em qualquer tipo de situação, contextos alargados e multidisciplinares da sua área de intervenção; capacidade para incorporar conhecimentos, emitir juízos, desenvolver soluções refletindo sobre as responsabilidades éticas e sociais que daí possam advir; demonstrar capacidade de transmitir essas conclusões, conhecimentos e /ou raciocínio que daí advêm de forma perceptível e abrangente; demonstrar competências que permitam uma aprendizagem contínua, de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo e, por último que “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (p.4162).

Neste contexto, foi elaborado um artigo científico, que permitiu integrar e aplicar o conhecimento ao longo deste 2º ciclo de estudos. O referido artigo baseou-se nos dados obtidos através do diagnóstico da situação, tratando-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. O processo de recolha e análise desses dados, contribuiu igualmente para a aquisição de competências da investigação quantitativa. Finalmente a própria elaboração deste relatório possibilitou a transmissão das conclusões obtidas, o conhecimento e o raciocínio efetuados no decurso de todo este processo. Face ao exposto, os trabalhos supramencionados, fundamentados em evidência científica, cooperaram indubitavelmente para o desenvolvimento destas competências.

Deste modo, consideramos que após refletir sobre todos os aspetos enunciados, as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e as competências inerentes á aquisição do grau de mestre foram alcançadas. Este foi um processo muito intenso, mas simultaneamente muito enriquecedor a nível pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

Na atualidade, apesar da evolução do conhecimento científico e dos avanços tecnológicos alcançados, as doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de mortalidade e morbidade do século XXI, sendo responsáveis por processos de incapacidade e diminuição da qualidade de vida. Concomitantemente estas patologias têm impacto a nível económico, social e cultural, não somente pelos elevados custos inerentes aos tratamentos, mas igualmente pela incapacitação que provocam.

Na sua etiologia estão um conjunto de fatores comportamentais, fundamentalmente relacionadas com hábitos de vida pouco salutareis. Tem sido notório, ao longo do tempo que os estilos de vida são determinantes na saúde das populações, sendo o nível de saúde e bem-estar destas intimamente influenciado quer pelas escolhas individuais quer pelas coletivas. Os comportamentos de saúde das populações que se prendem com estilos de vida inadequados, cooperam para o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente as doenças cardiovasculares, com expressão na perda de qualidade de vida, diminuição da produtividade e aumento do absentismo laboral.

Face a este flagelo, infere-se a importância da prevenção deste tipo de patologias, desempenhando o enfermeiro um papel preponderante no âmbito da promoção da saúde, contribuindo para a capacitação dos indivíduos no que respeita à aquisição de comportamentos saudáveis, com o desígnio de potenciar ganhos em saúde.

O contexto laboral apresenta-se como um dos contextos privilegiados para a promoção da saúde, cooperando para a aquisição de um estilo de vida saudável, para a prevenção do desenvolvimento de doenças na população ativa, e possibilidade de transposição para a vida familiar.

A elaboração do presente projeto, emergiu como resposta a uma necessidade em saúde que se prendeu com a problemática das doenças cardiovasculares.

Para a conceção do projeto de intervenção comunitária, recorreu-se à metodologia do Planeamento em Saúde, cumprindo todas as etapas subjacentes.

Assim, através da realização do projeto almejou-se conhecer os hábitos alimentares e tabágicos, de prática de exercício físico, fatores de risco cardiovascular e

conhecimentos referentes às doenças cardiovasculares das colaboradoras de uma ERPI de uma região do Alentejo.

A análise estatística dos resultados obtidos pela aplicação do questionário e realização do rastreio cardiovascular, aquando da realização do diagnóstico da situação, atestou a presença de fatores de risco cardiovascular na população estudada, particularmente excesso de peso, sedentarismo, hipercolesterolemia, hábitos alimentares inadequados, bem como uma baixa literacia em saúde com ênfase na literacia em saúde cardiovascular.

Com a constatação desta problemática, tornou-se imperativo o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária que culminou no projeto “Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Uma intervenção numa região do Alentejo”, cujo objetivo geral se pretende atingir em setembro de 2022, uma vez que para que toda a intervenção que envolve a mudança de comportamentos seja mensurável, necessita de tempo para que sejam visíveis ganhos em saúde. Tendo em conta que o período de intervenção associado a este projeto foi limitado, e apesar de terem sido estabelecidos objetivos exequíveis e mensuráveis, não foi possível avaliar o impacto das intervenções na globalidade. Perante o exposto, considerámos ser adequado o limite temporal definido face às necessidades constatadas.

Mediante os objetivos do projeto, recorreu-se como estratégia principal a uma intervenção educacional, usando a educação para a saúde com o intuito de capacitar as colaboradoras para a aquisição de estilos de vida salutareos, através do aumento da literacia em saúde para uma tomada de decisão consciente e fundamentada, traduzindo-se em ganhos efetivos em saúde, tendo como base e fio condutor, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. Neste processo, a evidenciar igualmente as parcerias estabelecidas com os diversos intervenientes no projeto elaborado, essenciais para as atividades, proporcionando uma abordagem mais ampla, eficaz e eficiente.

A salientar que duas das atividades planeadas não foram cumpridas, uma por não autorização do provedor e outra dada a limitação temporal, a qual será desenvolvida numa fase posterior pela equipa da UCC. A avaliação do projeto será executada igualmente pela equipa da UCC, em setembro de 2022, através da reaplicação do questionário inicial.

No decurso da elaboração e implementação do projeto surgiram alguns obstáculos, gerando constrangimentos e inevitáveis limitações. Inicialmente estes prenderam-se com o preenchimento dos questionários, basilares para a elaboração do diagnóstico da situação. Outra das limitações a referir relaciona-se com a atual pandemia,

nomeadamente as limitações de contacto social e imposição de distanciamento social.

Todavia, apesar de não ter sido um percurso fácil podemos afirmar que o projeto foi exequível, dado o interesse, disponibilidade, empenho e envolvimento de todos os intervenientes.

No decurso deste trajeto deparei-me com inúmeras dúvidas, desafios e inquietações, essencialmente por estar perante algo novo, desafiante, mas simultaneamente motivador, mas que me distanciava particularmente da minha zona de conforto, de referir que a minha experiência profissional é diferente da área de especialização.

O presente relatório, possibilitou uma descrição e reflexão crítica do caminho percorrido, práticas e intervenções realizadas alicerçadas em evidência científica. Permitiu igualmente a realização de uma análise crítica no que respeita ao processo de aquisição e mobilização de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, bem como, à aquisição de competências necessárias para a obtenção de grau de mestre. Perante o explanado, considerou-se que os objetivos de aprendizagem da unidade curricular inerente à realização deste relatório, foram atingidos.

Com culminar desta experiência só posso congratular-me, pois esta cooperou de forma significativa para o meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M., Borges, E., & Queirós, C. (2019). *Eficácia dos Programas de promoção da saúde nos Locais de Trabalho: Revisão Integrativa*. Revista Rol Enfermeira, 43(1) 322-344. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31461/1/322-334.pdf>

American Heart Association [AHA]. (2021a). *Atherosclerosis*. <https://www.heart.org/en/health-topics/cholesterol/about-cholesterol/atherosclerosis>

American Heart Association [AHA]. (2021b). *Heart Attack*. <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP]. (2021a). *OMS publica resolução para que os países abordem a diabetes como problema de saúde pública*. <https://apdp.pt/noticias/oms-publica-resolucao-para-que-paises-abordem-a-diabetes-como-problema-de-saude-publica/>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP]. (2021b). *ABC DA DIABETES*. <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP]. (2021c). *COMPLICAÇÕES*. <https://apdp.pt/diabetes/complicacoes/>

Associação Portuguesa de Nutrição [APN]. (2018). *DISLIPIDÉMIAS: CARACTERIZAÇÃO E TRATAMENTO NUTRICIONAL*. https://www.apn.org.pt/documentos/125048-Dislipidemias_07_28.9.2018.pdf

Atlas da Saúde. (2018). *Fatores de Risco Cardiovascular*. <https://www.atlasdasaude.pt/fatores-de-risco-cardiovascular>

Banks, E., Joshy, G., Korda, R. J., Stavreski, B., Soga, K., Egger, S., ... & Lopez, A. D. (2019). Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: fatal and non-

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

fatal outcomes in a large prospective Australian study. *BMC medicine*, 17(1) 1-18.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31266500/>

Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2019). Heart disease and stroke statistics—2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10)56-528.

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000659>

Bimstein, E., Zangen, D., Abedrahim, W., & Katz, J. (2019). Type 1 Diabetes Mellitus (Juvenile Diabetes) – A Review for the Pediatric Oral Health Provider. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 43(6) 417–423. <https://meridian.allenpress.com/jcpd/article-abstract/43/6/417/433801/Type-1-Diabetes-Mellitus-Juvenile-Diabetes-A?redirectedFrom=fulltext47>

Bourbon, M., Miranda, N., Vicente, A. M., & Rato, Q. (2016). *Sabe como Prevenir? - Doenças Cardiovasculares*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>

Bourbon, M., Alves, A. C., Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge. http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf

Carbone, S., Canada, J. M., Billingsley, H. E., Siddiqui, M. S., Elagizi, A., & Lavie, C. J. (2019). Obesity paradox in cardiovascular disease: where do we stand?. *Vascular health and risk management*, 15, 89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6503652/>

Comunidade Intermunicipal do Alentejo. (2020). *Alentejo Central*. <https://www.cimac.pt/visitante/alentejo-central/caracterizacao/ambiente/>

Costa, J., Alarcão, J., Amaral-Silva, A., Araújo, F., Ascensão, R., Caldeira, D., ... & Borges, M. (2021). Atherosclerosis: The cost of illness in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 40(6) 409-419. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2174204920304347>

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Decreto de Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: Série I, n.º 38. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Decreto de Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: Série I, n.º 15. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: Série II, n.º 74. https://dre.pt/pesquisa/-/search/2216310/details/maximized?p_p_auth=hxEpp9Gv

Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). *Norma n.º 015/2013: Consentimento informado*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015a). *Norma n.005/2013 atualizada a 21/01/2015: Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-Risco-Cardiovascular-SCORE-Systematic-Coronary-Risk-Evaluation.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015b). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020*. Lisboa. Portugal. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS-CÉREBRO CARDIOVASCULARES*. Lisboa. Portugal. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2021a). *PROGRAMA NACIONAL DA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDAVÉL*. Lisboa. Portugal. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wpcontent/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2021b). *PROGRAMA NACIONAL PARA A*

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA. Lisboa. Portugal.

https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/relatorio_pnpaf_20211.aspx

European Heart Network [EHN] 2020. *Physical Activity Policies of Cardiovascular Health*. <https://ehnheart.org/publications-and-papers/publications/1243:physical-activity-policies-for-cardiovascular-health.html>

Fernandes, A.C. (2020). Uma perspetiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Ata Médica Portuguesa*, 33 (1) 4-6. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/13251/5823>

Ferreira, M. J. A. M. (2018). *Avaliação preliminar da compliance à dieta Mediterrânica por utentes de Cuidados de Saúde Primários Portugueses* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra). Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/handle/10316/82147>

Fredericksen, R.J., Gibbons, L., Brown, S., Edwards, T, C., Yang, F, M., Fitzsimmons, E., Alperovit-Bichell, K., Godfrey, m., Wang, A., Church, A., Gutierrez, C, Paez, E., Dant, L., Dant, L., Loo, S., Walcott, M., Mugavero, M, L., Mayer, K., Mathews, W, C., Patrick, D, L., ... Crane, H, M. (2018). Medication understanding among patients living with multiple chronic conditions: Implications for patient-reported measures of adherence. *Res Soc Amd Farm*, 14(6) 540-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28651924/>

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021a). *Aterosclerose*. <http://www.fpcardiologia.pt/aterosclerose/>

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021b). *Dislipidemia*. <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021c). *Obesidade*.

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

<http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/obesidade/>

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021d). *Tabagismo*.

<http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/tabagismo/>

Gao, Z., Chen, Z., S, Angiang., D, Xiaoyan. (2019). Gender differences in cardiovascular disease. *Medicine in Novel*. (4). <https://doi.org/10.1016/j.medntd.2019.100025>

Harreiter, J., & Roden, M. (2019). Definition, classification, diagnosis, screening and prevention. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 131 (1) 6-15.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30980151/>

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do planeamento em saúde*. (3ª edição). Lisboa: ENSP: Edições da Saúde

Instituto Nacional de Estatística. (2019) [INE]. Anuário Estatístico da Região do Alentejo 2018. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=410493733&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021a). *Estatística da Saúde*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021b). *Causas de Morte*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021c). *Distribuição percentual dos óbitos por doenças do aparelho circulatório por sexo e grupo etário, 2019*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=410493733&PUBLICACOESmodo=2

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

[Stipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107773&selTab=tab0&xlang=pt](#)

Lei n.º 58/2019. (2019). Diário da República: Série I, n.º 151. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/123815982/details/maximized>

Liebeskind, D. (2019). Hemorrhagic Stroke: Practice Essentials, Background, Anatomy . Hemorrhagic Stroke: Practice Essentials, Background, Anatomy. <https://emedicine.medscape.com/article/1916662-overview>

Mach, F., Baigent, C., Catapano, A., Koskinas, K., Casula, M., Badimon, L., Chapman, M., Backer, G., Delgado, D., Ference, B., Graham, I., Halliday, A., Landmesser, U., Mihaylova, B., Pedersen, T., Riccardi, G., Richter, D., Sabatine, M., Taskinen, M., ... ESC. (2020). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk: The task Force for the management of dyslipidaemias of the Europe Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*, 41(1) 111-188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel-Edição Técnica.

Ministério da Saúde. (2018). *Retratos da Saúde 2018*. Portugal. https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2019/10/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Neto, P., Marques, N., Vaz, F., Porto, J., Alves, M., Gala, C.; Aguiar, D., Marcelino, R., Pedro, N., Rosado, S., Táboas, A., Oliveira, A., Orfão, G. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. INEM E DFEM. (1ª ed). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de competências específicas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, n.º 135.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: Série II, n.º 26.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2020). *Sedentarismo*.
<https://news.un.org/pt/tags/sedentarismo>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico[OCDE]. (2020). *Health at a Glance*.
https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf

Pan American Health Organization. (2020). World Hypertension Day 2020.
<https://www3.paho.org/en/campaigns/world-hypertension-day-2020>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7a ed). Julie Levin Alexander

PORDATA. (2015). Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo.
<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021a). *Proporção por algumas causas de morte em Portugal*.
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

PORDATA. (2021b). *Óbitos por algumas causas de morte, NUTS II em 2019*.
<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5823514>

PORDATA. (2021c). *Óbitos por algumas causas de morte, NUTS III*.

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/58235>

[15](#)

PORDATA. (2021d). *População residente do sexo masculino: total e por grandes grupos*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021e). *População residente do sexo feminino: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021f). *Alentejo Central*. <https://www.pordata.pt/Municipios>

PORDATA. (2021g). *Taxa bruta de Natalidade*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021h). *Taxa bruta de Mortalidade*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021i). *Óbitos por causa de morte (%)*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021j). *Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social no total de beneficiários activos (%)*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA. (2021l). *Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social no total de beneficiários ativos (%)*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... & Tirschwell, D. L. (2018). 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *stroke*, 49(3) 9-46. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.000000000000158>

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1992). Manual de investigação em ciências sociais. Sadighi, A., Groody, A., Wasko, L., Hornak, J., & Zand, R. (2018). Recognition of stroke warning signs and risk factors among rural population in Central Pennsylvania. *Journal of vascular and interventional neurology*, 10(2), 4.

Raposo, J.F. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. Revista Portuguesa de Diabetes, 15(1), 19-27. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2020/05/RPD-Mar%C3%A7o-2020-Revista-Nacional-p%C3%A1gs-19-27.pdf>

Reamy, B. V., Williams, P. M., & Klucel, P. D. (2018). Prevention of Cardiovascular Disease. *Primary Care*, 45(1) 25-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29406943/>

Sadighi, A., Groody, A., Wasko, L., Hornak, J. & Zand, R. (2018). Recognition of Stroke Warning Signs and Risk Factors Among Rural Population in Central Pennsylvania. *Journal of Vascular and Interventional Neurology* 10(2), 4-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30746002/>

Schneider, D., & Flach, P. (2017). COMO CONSTRUIR UM PROJETO DE INTERVENÇÃO? Eixo dos instrumentos. *Portal de Formação à Distância*.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2016). *Recomendações Europeias conjuntas para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica*. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Preven%C3%A7%C3%A3o-da-DCV.pdf>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2021a). *Fatores de Risco Cardiovascular*. https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/90

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2021b). *Hipertensão Arterial (HTA): O Que É?*. https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2021). *O que é o Tabagismo?* <https://www.sppneumologia.pt/doentes/tabagismo>

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População*, sétima edição. Loures: Lusodidacta.

Stefanadis, C., Antoniou, C. K., Tsiachris, D., & Pietri, P. (2017). Coronary atherosclerotic vulnerable plaque: current perspectives. *Journal of the American Heart Association*, 6(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28314799/>

Tadi, P., & Lui, F. (2020). Acute stroke (cerebrovascular accident). *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535369/>

Tavares, A. (1990) *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Timmis, A., Townsend, N., Gale, C., Grobbee, R., Maniadakis, N., Flather, M., ... & Vardas, P. (2018). European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2017. *European heart journal*, 39(7), 508-579. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/7/508/4658838>

Victor, J.F., Lopes, M.V.O., Ximenes, L.B. (2005) Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(3), 235-240.

Wekesah, F. M., Kyobutungi, C., Grobbee, D. E., & Klipstein-Grobusch, K. (2019). Understanding of and perceptions towards cardiovascular diseases and their risk factors: a qualitative study among residents of urban informal settings in Nairobi. *BMJ open*, 9(6), e026852. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e026852.abstract>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D., Coca, A., Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S., Kreutz, R., Laurent ...ESC. (2018). ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39 (33) 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., ... & Townsend, N. (2017). European cardiovascular disease statistics 2017.

<https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/european-cardiovascular-disease-statistics-2017>

World Health Organization [WHO]. (1986). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

World Health Organization [WHO]. (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

World Health Organization. (2018a). *Raised cholesterol*. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3236>

World Health Organization. (2018b). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

World Health Organization. (2020). Tobacco. https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

World Health Organization. (2021a). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2021b). Obesity. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

World Obesity Federation. (2020). *Obesity: missing the 2025 global targets*. http://s3-eu-west1.amazonaws.com/woffiles/WOF_Missing_the_2025_Global_Targets_Report_FIN_AL_WEB.pdf

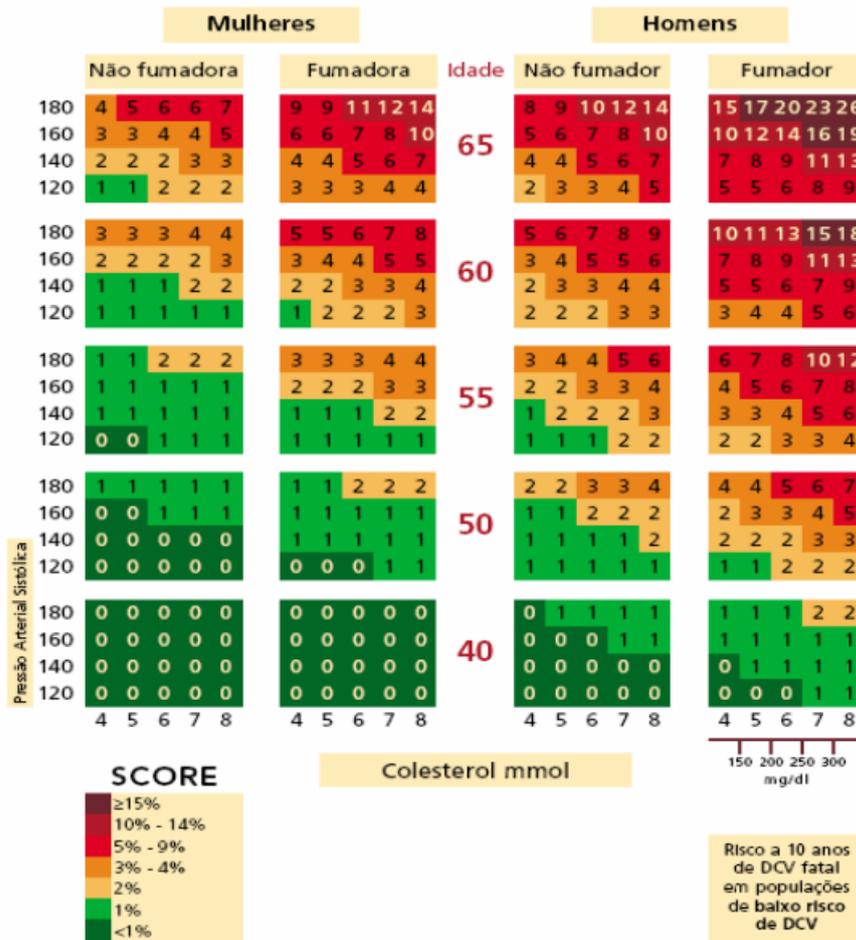
Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Yu, E., Malik, V. S., & Hu, F. B. (2018). Cardiovascular disease prevention by diet modification: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(8), 914-926. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30115231/>

ANEXOS

ANEXO n.º 1: Tabela de avaliação de risco cardiovascular de acordo com a Norma n.º 005/2013 da DGS

Tabela para avaliação de risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos



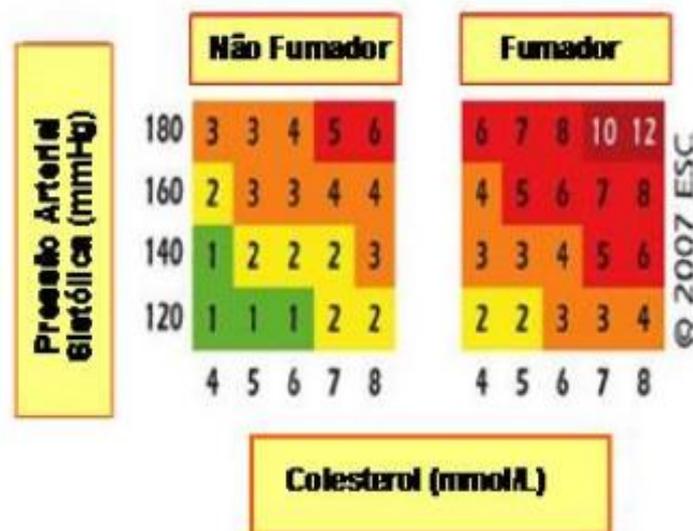
Fonte:

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

"Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

Tabela para avaliação de risco cardiovascular para adultos com idade inferior a 40 anos, igual para sexo feminino e masculino

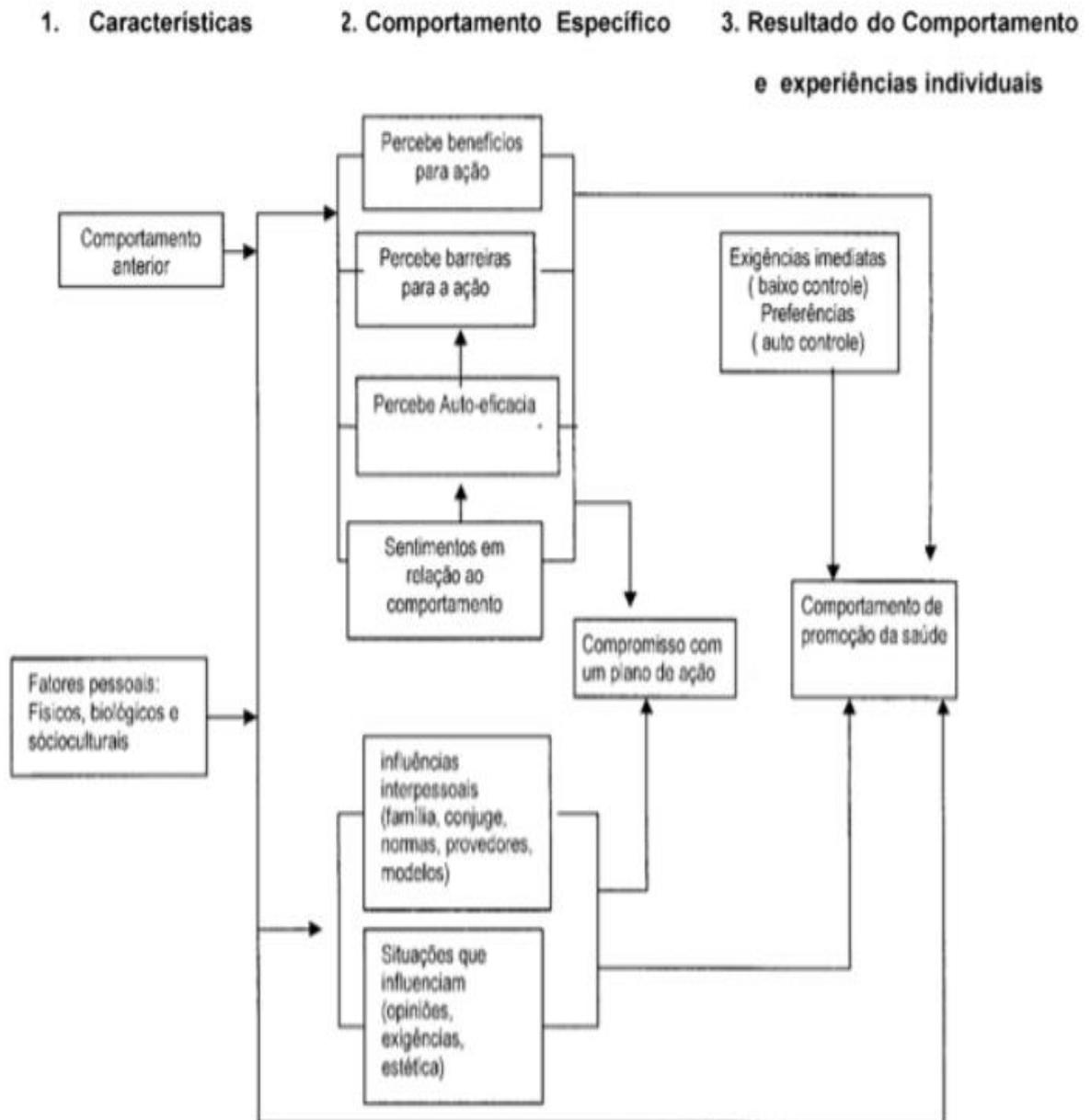
Cálculo do risco relativo nos jovens



Fonte:

Sociedade Portuguesa de Cardiologia
"Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

ANEXO n.º 2: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Anexo n.º 3: Parecer da Comissão de Ética – Área de Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora



Documento	2	1	0	3	8
-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

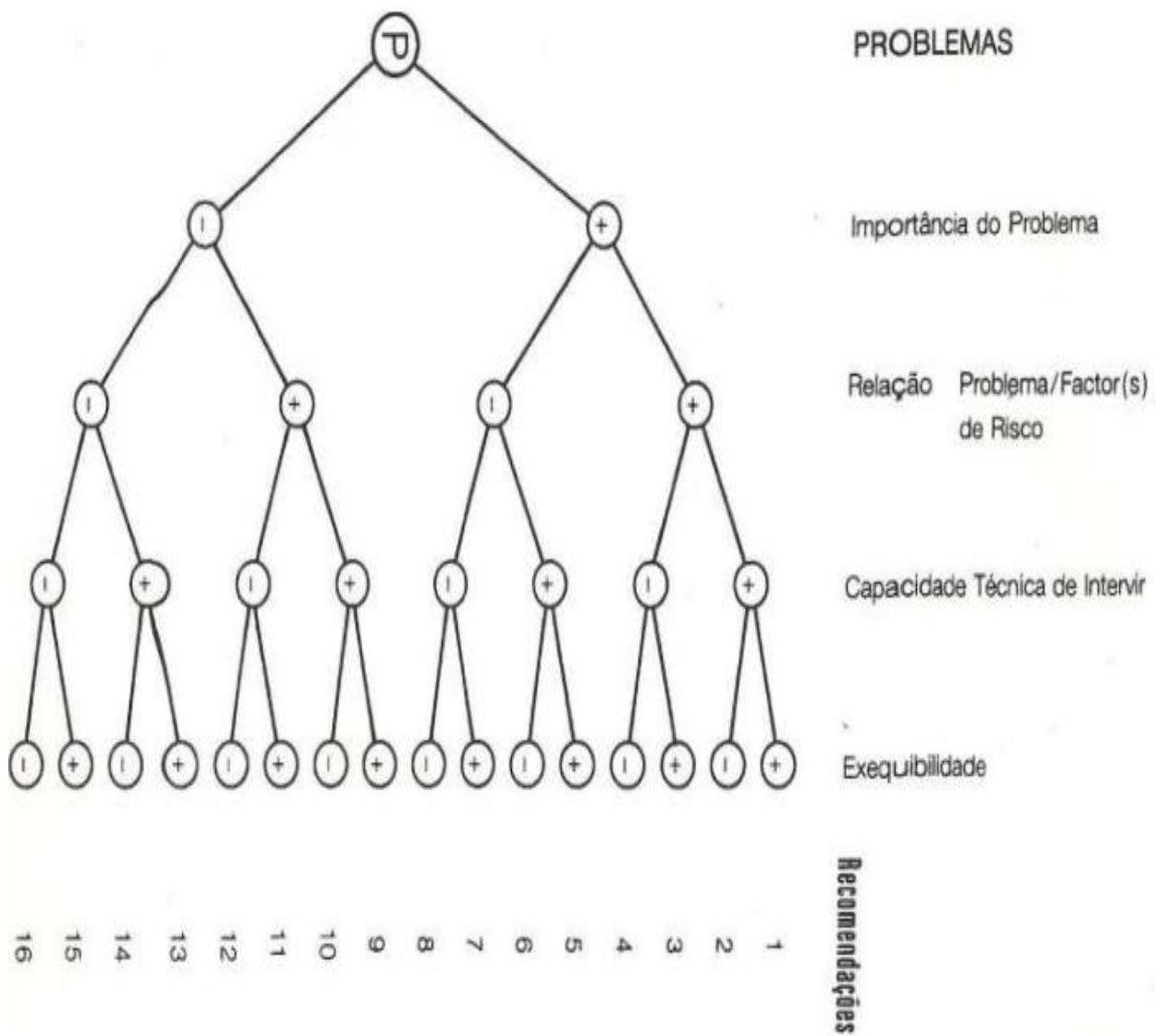
para a realização do Projeto: [REDACTED] com o Coração Saudável - Prevenção das doenças cardiovasculares", pela mestrande **Rute Cristina Nunes Vitorino** sob a supervisão da Prof.ª Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (responsável académica).

Universidade de Évora, 03 de agosto de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.ª Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

ANEXO n.º 4: Grelha de análise para determinação de prioridades



APÊNDICES

APÊNDICE n.º 1: Questionário adaptado de Capucho (2013)

Questionário
(Capucho, 2013)

Assinale com um X a(s) respostas(s), ou preencha nos espaços indicados:

A – Caracterização do inquirido

1- Grupo etário (Assinale uma resposta)

- a) 20-29 anos ____
- b) 30-39 anos ____
- c) 40-49 anos ____
- d) 50-59 anos ____
- e) 60-64 anos ____

2- Sexo: Masculino _____ Feminino _____

3- Nível educacional (Assinale uma resposta)

- a) Não sabe ler nem escrever _____
- b) Só sabe ler e escrever _____
- c) 1º ciclo (1º - 4º ano) _____
- d) 2º ciclo (5º-6º ano) _____
- e) 3º ciclo (7º - 9º ano) _____
- f) Ensino Secundário (10º-12º ano) _____
- g) Ensino Superior _____

4- Agregado familiar (Assinale uma resposta)

- a) Vive só _____
- b) Vive acompanhado _____

5- Qual a sua profissão?

6- Qual a sua altura (cm)? _____

7- E o seu peso (kg)? _____

8- Perímetro abdominal (meça á volta da cintura ao nível do umbigo) (cm)? _____

B- Caracterização dos estilos de vida

- Hábitos Alimentares

9 – Com que regularidade come os seguintes alimentos:

	2 a 3 por vezes dia	1 vez por dia	4 a 5 vezes por semana	2 a 3 vezes por semana	1 vez por semana	Nunca
Fruta						
Vegetais						
Carne						
Peixe						
Queijo, leite e iogurtes						
Pão e Cereais						
Gorduras e fritos						
Doces e bolachas						

10- Que quantidade de água ingere diariamente (Assinale uma resposta)

Menos de meio litro	Meio litro	Um litro	Um litro e meio	Mais de litro e meio

11- Com que frequência ingere bebidas alcoólicas (Assinale apenas uma resposta)

Nunca	Raramente	1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	1 vez por semana	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana

11.1 – Se respondeu **Sim** qual a quantidade de álcool que ingere?

12 – Quais as refeições que faz diariamente?

Pequeno Almoço	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia

13 – Considera que tem uma alimentação saudável? (Assinale uma resposta)

Sempre	Na maioria das vezes	As vezes	Raramente	Nunca

- Exercício físico

14- Com que frequência pratica exercício físico (pelo menos 30 minutos)? (Assinale uma resposta)

Diariamente	3 a 4 vezes por semana	4 ou 5 vezes por mês	Raramente	Nunca

15- No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala na sua deslocação para o emprego? (Assinale uma resposta)

Sempre	Na maioria das vezes	As vezes	Raramente	Nunca

- Tabaco

16- Alguma vez fumou? (Assinale uma resposta)

Sim _____ Não _____ (Se respondeu **Não** passe para a pergunta 20)

17- Fuma atualmente? (Assinale uma resposta)

Sim _____ Não _____ (Se respondeu **Não** passe para a pergunta 20)

18- Com que frequência fuma? (Assinale uma resposta)

Diariamente	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	2-4 vezes por mês

19- Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média? (Assinale uma resposta)

1-2	3-5	6-9	10-20	Mais de 20

- Utilização dos cuidados de saúde

20- No último ano, procurou ou utilizou os serviços de saúde (Assinale apenas uma resposta)

Sim _____ Não _____

20.1 – Se respondeu **Sim** diga se foi para consulta de:

Rotina _____ Urgência _____

20.2 – Se respondeu **Não** à pergunta 20 qual foi a razão para não ter usado os cuidados de saúde?

- Fatores de risco para doenças cardiovasculares

21- Já teve alguma doença cardiovascular? (Assinale uma resposta) Sim _____ Não _____

21.1 – Se respondeu **Sim** qual ou quais as doenças que já teve? (Assinale uma ou mais respostas)

a) Enfarte Agudo do Miocárdio (Ataque cardíaco) _____

b) Acidente Vascular Cerebral (Trombose) _____

c) Insuficiência Cardíaca _____

22- Indique quais os sintomas de Enfarte Agudo do Miocárdio (Ataque cardíaco) que conhece:

23- Indique quais os sintomas de Acidente Vascular Cerebral (Trombose) que conhece:

24- Tem diagnosticado pelo seu médico algum dos seguintes fatores de risco para doenças cardiovasculares? (Assinale uma ou mais respostas)

Hipertensão Arterial _____ Diabetes _____ Colesterol Alto _____ Obesidade _____

25- Qual o valor habitual da sua tensão? _____ - _____ mmHg

(Para a pergunta 26 e 27 se não souber o valor pode consultar os valores nas suas análises se tiver oportunidade)

26- Qual o valor habitual do seu colesterol? _____ mg / dl

27- Qual o seu valor habitual de glicémia? _____ mg / dl

28 – Tem algum familiar próximo a quem foi diagnosticado algum fator de risco para doenças cardiovasculares ou alguma doença cardiovascular? (Hipertensão Arterial, Diabetes, Colesterol Elevado, Obesidade, Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral ou Insuficiência Cardíaca)

Não _____

Sim: avós, tias, tios ou primos de 1º grau (qual o fator de risco ou doença) _____

Sim: pais, irmãos, irmãs ou filhos (qual o fator de risco ou doença) _____

29- Para ter uma *Vida Saudável* considera necessária a intervenção de profissionais de saúde? (Assinale uma resposta)

Sim _____ Não _____

30- Se respondeu Sim, qual o tema que gostaria de ser tratado (Assinale uma ou mais respostas)

Alimentação _____ Exercício físico _____ Tabagismo _____

Diabetes _____ Hipertensão _____ Colesterol Elevado _____

Sintomas das doenças cardiovasculares _____ Outro (qual) _____

31 – Como gostaria de ver o tema tratado? (assinale uma ou mais respostas)

Sessão de esclarecimento _____ Rastreios _____

Outros (quais) _____

Obrigado pela colaboração

APÊNDICE n.º 2: Pedido de autorização à Coordenadora da UCC para realização de projeto de intervenção comunitária

Excelentíssima Sr.ª. Coordenadora Da Unidade de Cuidados na Comunidade De
[REDACTED]
Enfermeira Especialista [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de Projeto de Intervenção Comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED]

Eu, Rute Cristina Nunes Vitorino, enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora, E. P.E, no Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora. Atualmente encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade na UCC de [REDACTED], o qual é orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora, e supervisionado pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED], a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED]

No âmbito do estágio, designado estágio I, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio, que são identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade.

Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª. autorização para a realização referido projeto na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED] o qual será desenvolvido na ERPI de [REDACTED]

A temática do projeto supracitado incide na Prevenção das Doenças Cardiovasculares, na população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade, de [REDACTED] a exercer a sua atividade profissional na ERPI de [REDACTED]. O envolvimento do presente projeto será seguida a metodologia de projeto, seguindo as fases do planeamento em saúde designadamente, diagnóstico da situação, planeamento, implementação e avaliação.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, particularmente a realização do diagnóstico de situação relativamente aos estilos de vida e conhecimentos referentes às doenças cardiovasculares,

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário – Questionário de Capucho (2013).

Para aplicação e adaptação do instrumento de colheita de dados nos funcionários da Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED], solicitou-se autorização por escrito a autora do questionário [REDACTED], tendo a mesma consentido.

Pretende-se posteriormente num segundo estágio, contribuir para a prevenção das doenças cardiovasculares nos funcionários da Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED] [REDACTED], nomeadamente através do planeamento, implementação e avaliação de um projeto de um projeto de intervenção em saúde, dando deste modo continuidade à metodologia de planeamento em saúde.

Saliento que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando desde já ao seu dispor para qualquer esclarecimento, através dos seguintes contactos: endereço eletrónico: rutevit@hotmail.com e contacto telefónico: 914794737.

Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente

[REDACTED], 5 de junho de 2021

A mestranda

Rute Vitorino

APÊNDICE n.º 3: Pedido de autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia para desenvolvimento de projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

Excelentíssimo Sr. Provedor da

Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares

Eu, Rute Cristina Nunes Vitorino, enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E, no Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, vem solicitar autorização para desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito da Prevenção das doenças cardiovasculares, junto dos funcionários da ERPI que V^a Exa. dirige. O projeto é orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora, e supervisionado pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED], a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED]

Pelo exposto, no sentido de dar cumprimento ao projeto, solicito autorização para a aplicação de questionários, no âmbito da caracterização da população alvo e avaliação dos conhecimentos referentes aos fatores de risco de doenças cardiovasculares (fase de diagnóstico), bem como numa fase posterior, para a implementação das intervenções decorrentes das necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

Asseguro que serão respeitados todos os princípios éticos, nomeadamente o anonimato e confidencialidade dos dados, bem como será obtido o consentimento informado, livre e esclarecido junto de cada participante. Estou inteiramente à sua disposição para esclarecer sobre quaisquer questões que lhe possam surgir, através dos seguintes contactos: rutevit@hotmail.com e 914794737.

Agradeço desde já a sua colaboração

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED] 05 de junho de 2021

A mestranda

(Rute Vitorino)

O Provedor da Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED]

APÊNDICE n.º 4: Pedido de autorização e resposta da autora para utilização e adaptação de questionário para projeto de intervenção comunitária de âmbito académico

Excelentíssima Sr. [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para utilização e adaptação de questionário para Projeto de Intervenção na Comunidade de âmbito académico

Eu, Rute Cristina Nunes Vitorino, enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora, E. P.E, no Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora. Atualmente encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade na UCC de [REDACTED], o qual é orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora, e supervisionado pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED] exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED]

A temática do projeto supracitado incide na Prevenção das Doenças Cardiovasculares, na população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade, de [REDACTED] exercer a sua atividade profissional na ERPI de [REDACTED]

Neste sentido, venho solicitar a V. Ex.ª a autorização para utilização e adaptação do seu questionário, que envio em anexo, para aplicação na minha população alvo.

Agradeço desde já o seu contributo para o meu trabalho.

Atentamente, com os melhores cumprimentos

A mestranda
Rute Vitorino

Contactos:

Endereço eletrónico: rutevit@hotmail.com

Contacto telefónico: 914794737

[Redacted]



Seg, 14/06/2021 07:32

Para: Você

Bom dia Exma Enfª Rute Vitorino, é com todo o gosto que autorizo a utilização e adaptação do meu questionário para a realização do seu projeto.

Cumprimentos,

[Redacted]

**APÊNDICE n.º 5: CONSENTIMENTO INFORMADO
LIVRE E ESCLARECIDO (CILE)**

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para participação no Projeto de Intervenção Comunitária:

██████████ com o Coração Saudável – Prevenção das doenças cardiovasculares”

Caro (a) Participante

Eu, Rute Cristina Nunes Vitorino, enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E, no Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na UCC de Viana do Alentejo, o qual é orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora, e supervisionado pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária ██████████ UCC de ██████████ do Alentejo Central.

A temática do projeto supracitado incide na Prevenção das doenças cardiovasculares, na população ativa, dos 20 aos 64 anos de idade, de ██████████ a exercer a sua atividade profissional na ERPI de ██████████ Na primeira fase que se prende com o diagnóstico da situação, pretendo conhecer os estilos de vida, os conhecimentos referentes às doenças cardiovasculares e calcular do risco cardiovascular desta população, deste modo venho por este meio solicitar a sua colaboração através do preenchimento de um questionário.

Destaco que não haverá lugar a qualquer pagamento pela sua participação neste projeto. Saliento ainda que a participação é voluntária e poderá recusar ou abandonar o projeto a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo para si. Todos os dados serão tratados, respeitando todos os princípios éticos, nomeadamente o anonimato e confidencialidade dos dados. Apenas a investigadora envolvida no projeto terá acesso a todos os dados recolhidos, estando a mesma obrigada ao sigilo profissional. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins do projeto supracitado e destruídos um ano após a discussão do Relatório Final de Estágio, em 2023. Sublinho que os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

No caso de surgirem dúvidas e / ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contacto comigo através do endereço eletrónico, rutevit@hotmail.com e do contacto telefónico 914794737.

Agradeço desde já a sua colaboração

██████████, 05 de junho de 2021

A mestranda

(Rute Vitorino)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

██████████ *com o Coração Saudável – Prevenção das doenças cardiovasculares*¹¹

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no projeto) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente relativamente ao projeto de intervenção comunitária, para efeitos de trabalho de investigação de âmbito académico. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive uma resposta satisfatória. Além disso, foi-me garantido que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no presente projeto, sem qualquer tipo de consequência. Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre a proposta de participação. Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste projeto de intervenção comunitária, designadamente no preenchimento do questionário.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado, ficando com um dos exemplares.

Data: ____ / _____ / _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da mestrandia: _____

APÊNDICE n.º 6: Distribuição percentual da ingestão diária de água pelas inquiridas

Ingestão diária de água	N	Frequência (%)
Menos de meio litro	2	6.5
Meio litro	4	12.9
Um litro	7	22.0
Um litro e meio	13	41.9
Mais de litro e meio	5	16.1
N – número de casos válidos		

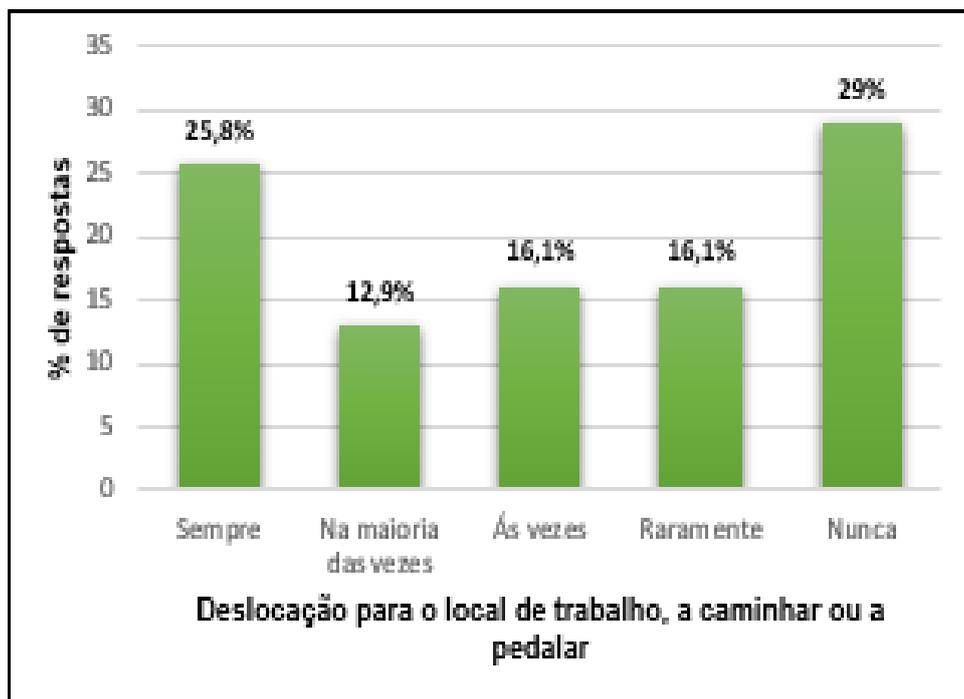
APÊNDICE n.º 7: Distribuição percentual da frequência de ingestão de bebidas alcoólicas pelas inquiridas

Ingestão de bebidas alcoólicas		
	N	Frequência (%)
Nunca	15	48.4
Raramente	13	41.9
2-4 vezes por mês	2	6.5
Não sabe / não responde	1	3.2
N – número de casos válidos		

APÊNDICE n.º 8: Distribuição percentual da perceção das inquiridas relativamente à prática de uma alimentação saudável



APÊNDICE n.º 9: Distribuição percentual da frequência de deslocação (caminhar/pedalar) pelas inquiridas para o local de trabalho



APÊNDICE n.º 10: Distribuição percentual da existência de hábitos tabágicos nas inquiridas

Hábitos tabágicos		
	N	Frequência (%)
Sim	5	18.1
Não	28	83.9

N – número de casos válidos

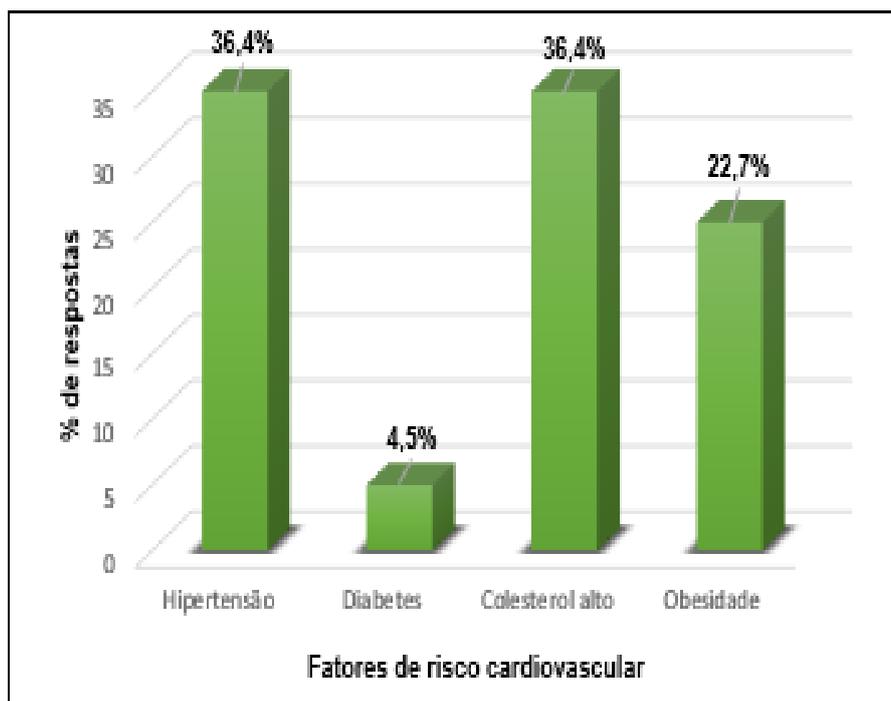
Fonte: Elaboração própria

APÊNDICE n.º 11: Distribuição percentual do motivo de utilização dos cuidados de saúde pelas inquiridas

Motivo de utilização dos cuidados de saúde		
	N	Frequência (%)
Consulta de rotina	14	70
Consulta de urgência	6	30

N – número de casos válidos

APÊNDICE n.º 12: Distribuição percentual da frequência de FRCV diagnosticados nas inquiridas



APÊNDICE nº13: Distribuição percentual das categorias de Tensão arterial das inquiridas

Tensão arterial					
Categoria	TAS (mmHg)		TAD (mmHg)	N	Frequência (%)
Otima	< 120	e	< 80	10	32.3
Normal	120-129	e/ou	80-84	4	12.9
Normal alta	130-139	e/ou	85-89	6	19.4
Hipertensão grau 1	140-159	e/ou	90-99	3	9.7
Hipertensão grau 2	160-179	e/ou	100-109	2	6.5
Não sabe / não responde	-			6	19.4

N – número de casos válidos

APÊNDICE n.º 14: Distribuição percentual do valor habitual de colesterol total das inquiridas

Valor habitual de colesterol total		
	N	Frequência (%)
Inferior a 190mg/dL	8	25.8
Superior a 190mg/dL	8	25.8
Não sabe/ não responde	15	48.4
N – número de casos válidos		

APÊNDICE n.º 15: Distribuição percentual do valor habitual de glicémia capilar das inquiridas

Valor habitual de glicémia capilar		
	N	Frequência (%)
Inferior a 70mg/dl	1	3.2
70-140 mg/dl	12	38.7
Superior a 200 mg/dl	1	3.2
Não sabe/ não responde	17	54.8

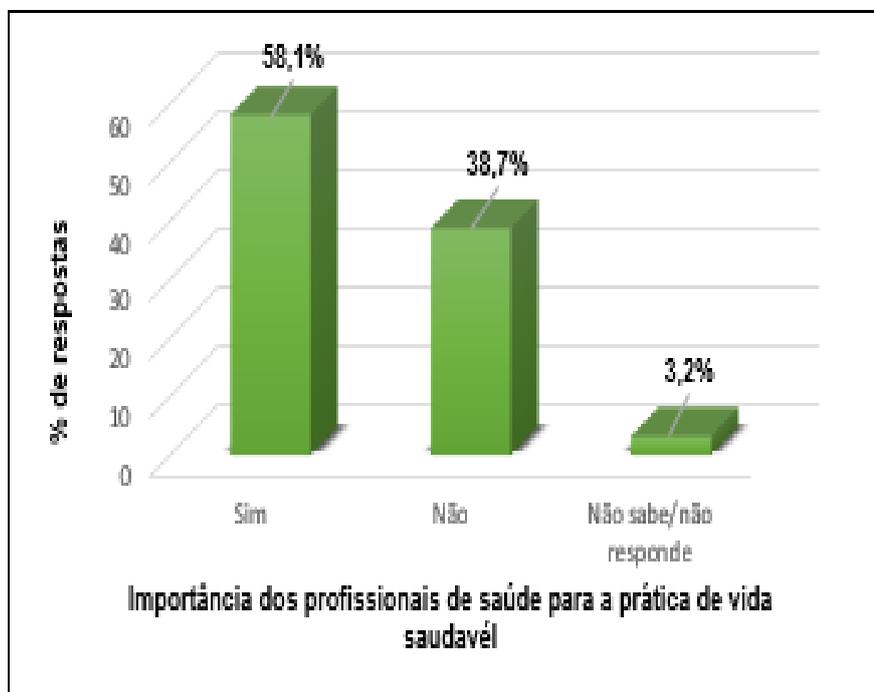
N – número de casos válidos

APÊNDICE n.º 16: Distribuição percentual dos antecedentes familiares de DCV das inquiridas

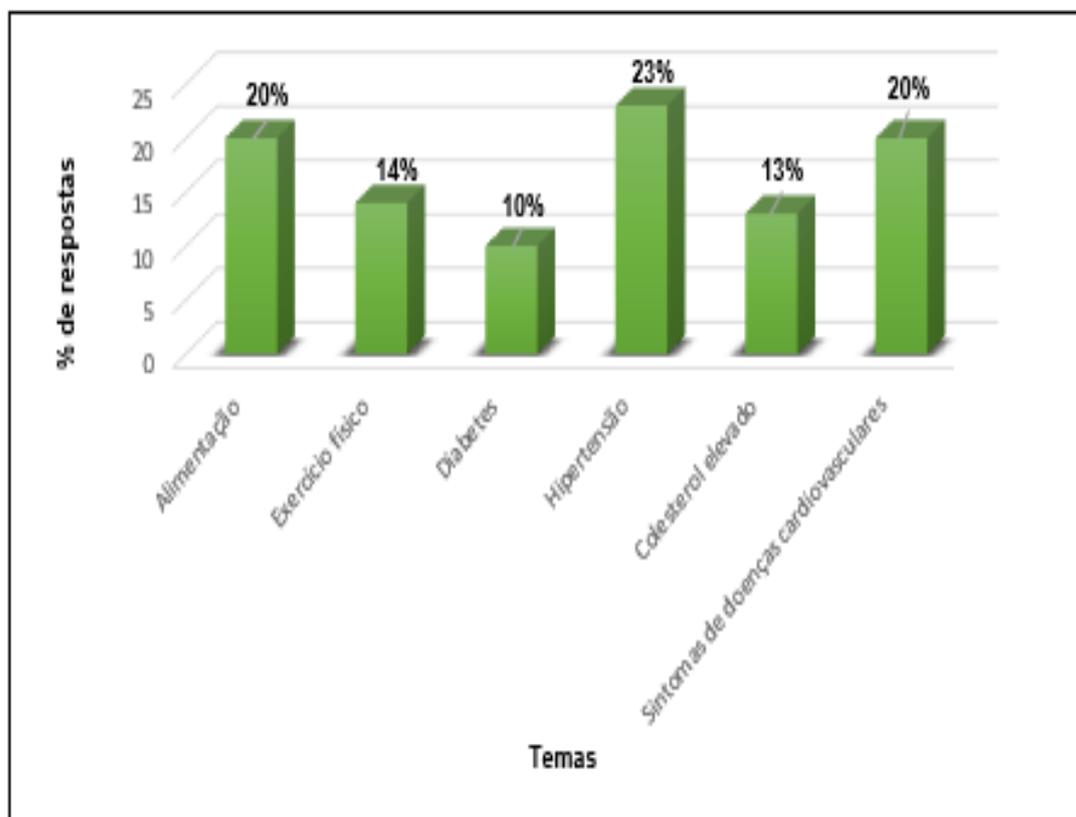
Antecedentes familiares de DCV		
	N	Frequência (%)
Não	14	45.2
Sim: avós, tios ou primos de 1º grau	0	10.4
Sim: pais, irmãos, irmãs ou filhos	5	16.1
Não sabe/ não responde	0	10.4

N – número de casos válidos

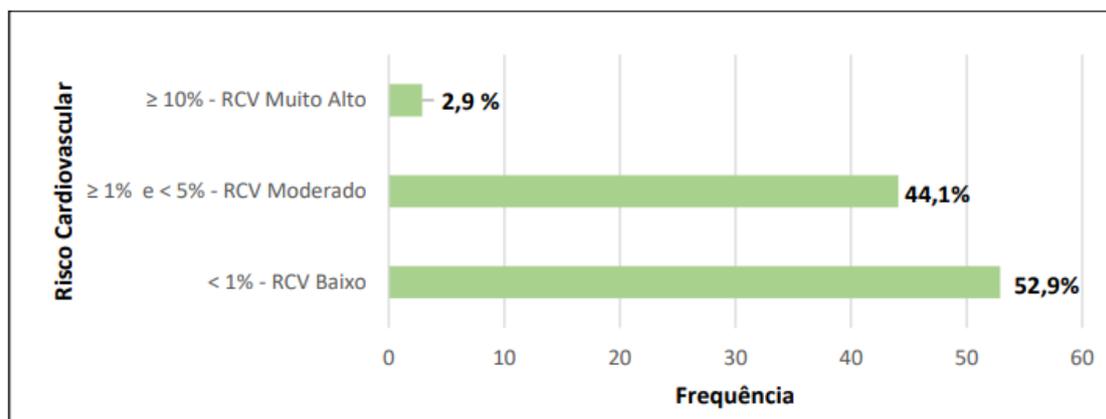
APÊNDICE n.º 17: Distribuição percentual sobre a importância da intervenção dos profissionais de saúde para a prática de uma vida saudável



APÊNDICE n. °18: Distribuição percentual sobre os temas que as inquiridas gostariam de serem abordados



APÊNDICE n.º 19: Distribuição percentual do risco cardiovascular das participantes



APÊNDICE n.º 20: Cronograma de atividade

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

ANO	2021							2022
	Meses	Mai.	Jun.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Atividades								
Diagnóstico da situação								
Determinação de prioridades								
Fixação de objetivos								
Seleção de estratégias								
Preparação operacional								
Apresentação de resultados e divulgação do projeto								
Rastreio Cardiovascular								
Sessão de Educação para a saúde								
Sessão de Educação para a saúde								
Sessão de Educação para a saúde								
Sessão de Educação para a saúde								
Sessão de Educação para a saúde								
Avaliação do Projeto								

APÊNDICE n.º 21: Cartão do rastreio cardiovascular

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTITUTO DE SAÚDE
PÚBLICA DO ALENTEJO

UNIVERSIDADE DE LISBOA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE DE COVILHÃ
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE DE BEJA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº.

RASTREIO CARDIOVASCULAR

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Peso ____ kg Altura ____ cm IMC ____ Kg/m²
Perímetro abdominal ____ cm
Tensão Arterial ____/____ mmHg Glicémia capilar ____ mg/dL
Colesterol Total ____ mg/dL

Adote um estilo de vida saudável
Cuide do seu coração!!!



Recomendações para a prevenção das doenças cardiovasculares :

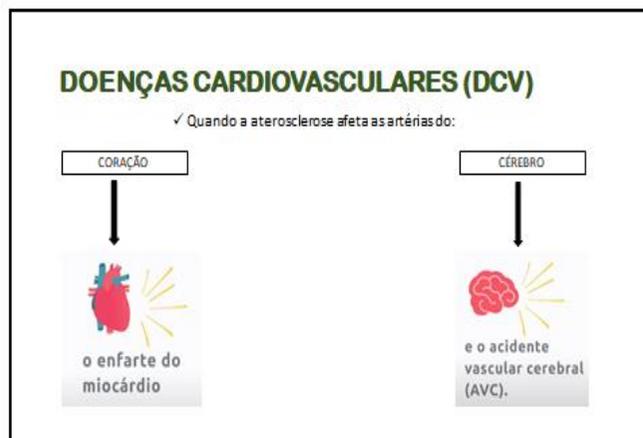
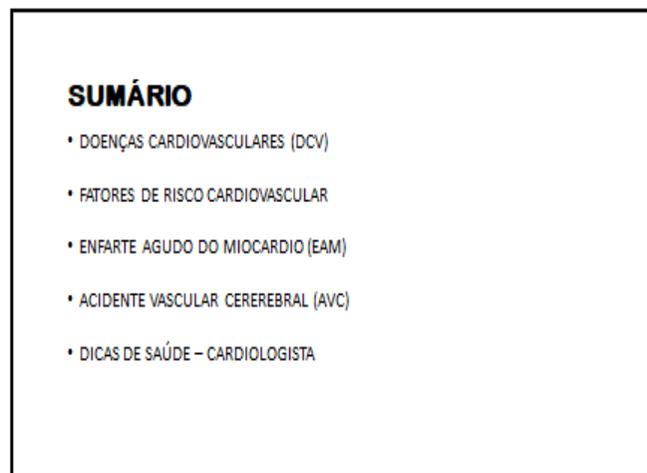
- **Adote hábitos alimentares saudáveis**
(ingerir mais fruta, vegetais, fibras e peixe e reduzir o consumo de gorduras, sal e açúcar)
- **Pratique atividade física regular**
(pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana)
- **Controle os fatores de risco cardiovascular:**
Valor de Tensão Arterial > 140/90mmHg
Valor de colesterol total > 190mg/dL
Valor de glicémia capilar em jejum < 100mg/dL
Valor de Índice de Massa Corporal (IMC) < 25kg/m²
- **Realize uma vigilância clínica regular**
- **Não fume**



**APÊNDICE n.º 22: Sessão de educação para a saúde
“Compreendendo as doenças cardiovasculares”**

Plano da sessão

Sessão de Educação para a Saúde: "Compreendo as doenças cardiovasculares"								
Objetivo geral: No final da sessão que as participantes aumentem os seus conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares								
Atividade	Quem	Quando	Duração	Métodos:	Recursos:	Objetivos específicos	Avaliação	Indicadores de avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigidas às colaboradoras da ERPI sobre as doenças cardiovasculares	- Enfermeiro mestrando; - Enfermeiro orientador;	Dia 15 de Novembro	30 minutos	- Ativo; - Expositivo; - Interrogativo;	Humanos: - Enfermeiro mestrando; - Enfermeiro orientador; - Médico Cardiologista; Materiais: - Computador portátil; - Video projetor;	- Que 75% das colaboradoras selecionem 2 fatores de risco cardiovascular; - Que 75% das colaboradoras reconheçam 2 sintomas de EAM - Que Que 75% das colaboradoras consigam nomear 2 sintomas de AVC	- Questionário; - Questionário - Questionário	Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradoras presentes x 100; Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradoras presentes x 100; Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradores presentes x 100;



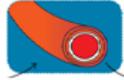
DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)

DEFINIÇÃO

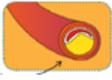


Cardio
coração
+
vasculares
vasos
sanguíneos

- ✓ As DCV afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares);
- ✓ São provocadas por aterosclerose, acumulação de placas de gordura e cálcio no interior das artérias, dificultando ou impedindo a circulação sanguínea;



ARTÉRIA



ARTÉRIA OCLUÍDA

ATROSCLEROSE

FATORES DE RISCO:

- ✓ São condições que aumentam a probabilidade de sofrer uma doença cardiovascular;
- ✓ Podem ser divididos em não modificáveis e não modificáveis;

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS

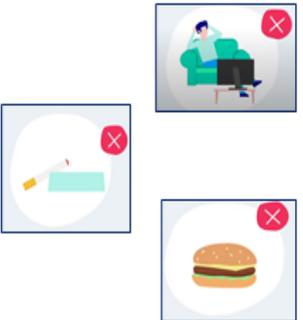
- ✓ Idade
- ✓ Sexo
- ✓ Fatores genéticos (inclui a história familiar)



FATORES DE RISCO:

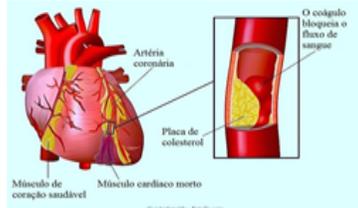
FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

- ✓ Tensão arterial alta (Hipertensão);
- ✓ Colesterol elevado;
- ✓ Diabetes;
- ✓ Excesso de peso e obesidade;
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Abuso de bebidas alcoólicas;
- ✓ Sedentarismo;



ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (EAM)

- ✓ Vulgarmente conhecido como ataque cardíaco, caracteriza-se pelo bloqueio do fluxo de sangue nas artérias que irrigam o coração;
- ✓ O que faz com que parte do músculo cardíaco deixe de funcionar por falta de oxigénio e nutrientes;



Arteria coronária

Placa de colesterol

O coágulo bloqueia o fluxo de sangue

Músculo de coração saudável

Músculo cardíaco morto

SINTOMAS DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

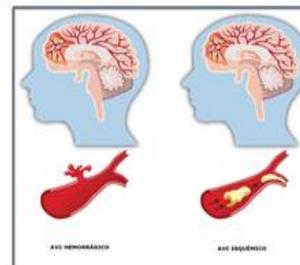
- ✓ Dor no peito (sintoma mais frequente);
- ✓ Dor abdominal que se pode estender para os braços e maxilar;
- ✓ Náuseas e vômitos;
- ✓ Suores;
- ✓ Falta de ar;
- ✓ Tonturas ou mesmo desmaio;



SE RECONHECER ESTES SINTOMAS LIGUE IMEDIATAMENTE 112 !!!

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL(AVC)

- ✓ O AVC afeta o cérebro, provocando uma deficiência súbita de oxigénio e nutrientes a estas células causadas por um entupimento (AVC isquémico) ou rutura (AVC hemorrágico) de uma artéria cerebral;



SINTOMAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

- ✓ Falta de força num braço;
- ✓ Boca ao lado;
- ✓ Dificuldade em falar



Na presença destes sinais, não perca tempo e ligue de imediato 112!



CARDIOLOGISTA : _____

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde: “Compreendo as doenças cardiovasculares”

1. Os fatores de risco cardiovascular para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Sedentarismo
- Hábitos alimentares saudáveis
- Tensão arterial baixa
- Colesterol alto
- Tensão arterial alta
- Idade

2. Os sintomas característicos de enfarte agudo do miocárdio são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Dor no peito
- Falta de força num braço
- Suores
- Dor abdominal que se pode estender para o braço, costas e maxilar
- Dificuldade em falar

3. Os sintomas característicos de acidente vascular cerebral são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Falta de força num braço
- Boca ao lado
- Dor no peito
- Dificuldade em falar
- Dor abdominal que se pode estender para o braço, costas e maxilar

APÊNDICE n.º 23: Sessão de educação para a saúde “A prevenção das doenças cardiovasculares à mesa”

Plano da sessão

Sessão de Educação para a Saúde: A prevenção das doenças cardiovasculares à mesa”								
Objetivo geral: No final da sessão que as participantes aumentem os seus conhecimentos sobre alimentação saudável								
Atividade	Quem	Quando	Duração	Métodos:	Recursos:	Objetivos específicos	Avaliação	Indicadores de avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigidas às colaboradoras da ERPI sobre <u>alimentação saudável</u>	- Enfermeiro mestrando; - Enfermeiro orientador;	Dia 4 de Janeiro	30 minutos	- Ativo; - Expositivo; - Interrogativo;	Humanos: - Enfermeiro mestrando; - Enfermeiro orientador; - Nutricionista; Materiais: - Computador portátil; - Vídeo projetor;	- Que 70% das colaboradoras selecionem 3 regras para uma alimentação saudável; - Que 70% das colaboradoras identifiquem 3 princípios da dieta mediterrânea - Que 70% das colaboradoras reconheçam 2 benefícios da dieta mediterrânea	- Questionário; - Questionário - Questionário	Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradoras presentes x 100; Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradoras presentes x 100; Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradores presentes x 100;



MESTRADO EM ENFERMAGEM em nutrição

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES À MESA

Aluna: Rute Vitorino n.º 47924
Enf.ª Orientadora:

SUMÁRIO

- DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIETA MEDITERRÂNICA
- RODA DOS ALIMENTOS MEDITERRÂNICA
- PRINCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA
- DICAS DE SAÚDE – NUTRICIONISTA

DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIETA MEDITERRÂNICA

- ✓ Os hábitos alimentares são considerados as principais medidas modificáveis para a prevenção das doenças cardiovasculares;
- ✓ A dieta mediterrânica, caracteriza-se por um modelo alimentar de elevada qualidade e adequação nutricional que contribui para a prevenção das doenças cardiovasculares;



RODA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA

Regras para uma alimentação saudável:

- COMPLETA**
Ingerir ao longo do dia alimentos de todos os grupos
- VARIADA**
Variar os alimentos dentro de cada grupo ao longo do dia
- EQUILIBRADA**
Respeitar as porções diárias recomendadas



PRÍNCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA

- ✓ Cozinha simples com base em pequenos preparados que protegem os nutrientes, como sopas cozidos, ensopados e caldeiradas, reservando refeições mais ricas e elaboradas para os dias de festa;
- ✓ Elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de alimentos de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosas, que fornecem uma excelente variedade de vitaminas e minerais;
- ✓ Consumo de produtos vegetais produzidos localmente, frescos e da época;
- ✓ Consumo de azeite como principal fonte de gordura;
- ✓ Consumo moderado de laticínios e derivados, que são fonte de proteínas de alto valor biológico e de minerais como cálcio e fósforo;



PRÍNCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA

- ✓ Utilização de ervas aromáticas, alho, cebola e especiarias para temperar em detrimento do sal;
- ✓ Consumo frequente de pescado e baixo de carnes vermelhas, privilegiando a ingestão de gorduras insaturadas com valores importantes de ômega 3;
- ✓ Consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais;
- ✓ Água como principal bebida ao longo do dia;
- ✓ Convivialidade à volta da mesa;



BENEFÍCIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA

- ✓ Proteção contra as doenças cardiovasculares, doenças neurodegenerativas, depressão e alguns tipos de cancro;
- ✓ Previne a obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e hipercolesterolemia;
- ✓ Melhora a saúde física e mental;
- ✓ Contribui para a longevidade e para a qualidade de vida;



DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDAVÉL

- ✓ Fazer 5 a 6 refeições por dia;
- ✓ Tomar sempre o pequeno – almoço;
- ✓ Evitar estar mais de 3 horas em comer;
- ✓ Iniciar as refeições principais com sopa;
- ✓ Comer calmamente e mastigar bem os alimentos;
- ✓ Consumir 1,5 a 3L de água diariamente;





Brochura: “Dicas para uma Alimentação Saudável”



DIA ALIMENTAR

Completo, variado e equilibrado

Porções diárias recomendadas:

CEREAIS E DERIVADOS TUBÉRCULOS 4 A 11 PORÇÕES	1 pão (50g)
	1 fatia fina de broa (70g)
	1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g)
	1 fatia fina de broa (70g)
	5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g)
	6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g)
HORTÍCOLAS 3 A 5 PORÇÕES	2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g)
	1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)

FRUTA 3 A 5 PORÇÕES	1 peça de fruta - tamanho médio (160g)
LACTÍCIOS 2 A 3 PORÇÕES	1 chávena almoçadeira de leite (250ml)
	1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g)
	2 fatias finas de queijo (40g)
	1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g)
	1/2 requeijão - tamanho médio (100g)
CARNES, PESCADO E OVOS 1,5 A 4,5 PORÇÕES	Carnes / pescado crus (30g)
	Carnes / pescado cozinhados (25g)
	1 ovo - tamanho médio (55g)

LEGUMINOSAS
1 A 2 PORÇÕES

- 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g)
- 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g)
- 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)

GORDEIRAS E ÓLEOS
1 A 3 PORÇÕES

- 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g)
- 1 colher de chá de banha (10g)
- 4 colheres de sopa de nata (30ml)
- 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)

ÁGUA
PELO MENOS 1,5L

8 COPOS (200ml)

Descodificador de rótulos

Um auxiliar para a escolha dos alimentos mais saudáveis

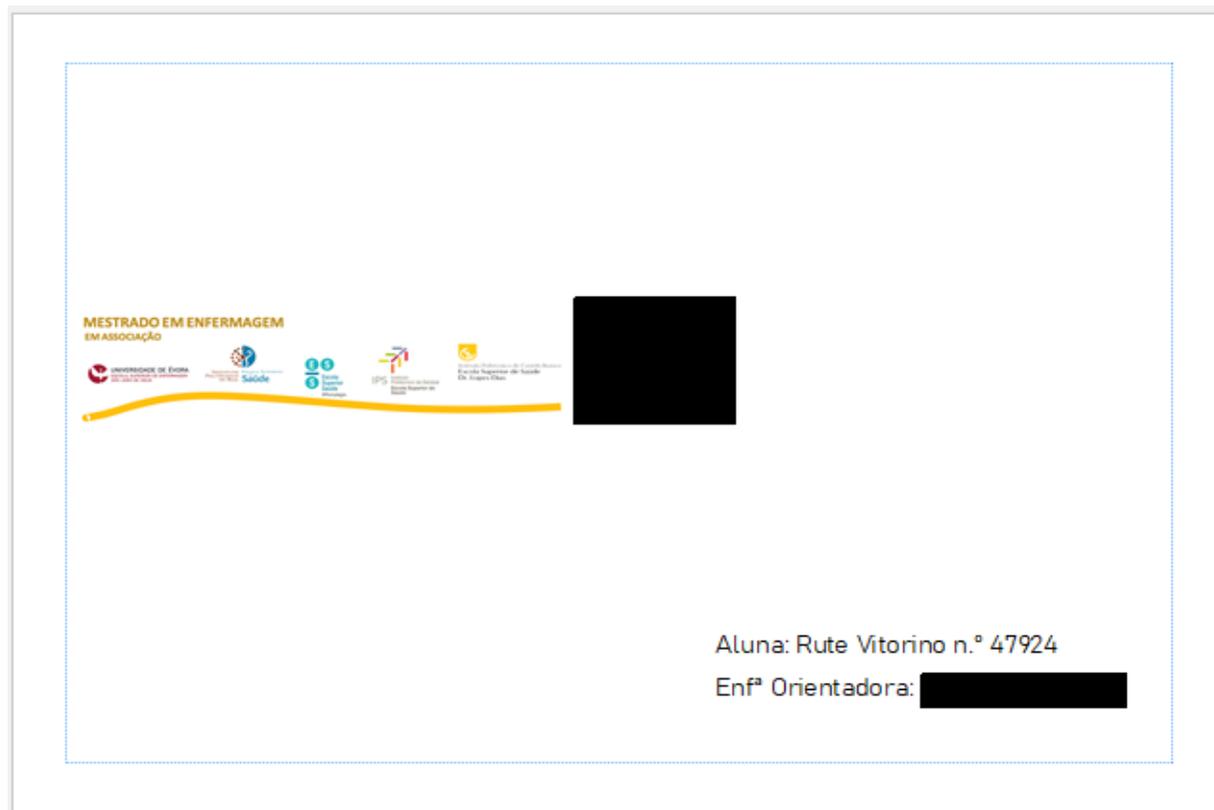
DESCODIFICADOR DE RÓTULOS		ALIMENTOS por 100g			
		Gordura (Lipídios)	Gordura SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de	17,5g	5g	22,5g	1,5g
MÉDIO	entre	5-17,5g	1,5-5g	5-22,5g	0,3-1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos	

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS		BEBIDAS por 100ml			
		Gordura (Lipídios)	Gordura SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de	8,75g	2,5g	11,25g	0,75g
MÉDIO	entre	1,5-8,75g	0,75-2,5g	3,5-11,25g	0,3-0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos	

Opte por alimentos e bebidas **maioritariamente** com nutrientes na categoria verde, **modere** o consumo daqueles com um ou mais nutrientes na categoria amarela e **evite** consumir aqueles com um ou mais nutrientes na categoria vermelha.

<https://alimentacaosaudavel.pt/descodificador-de-rotulos/>

<p style="text-align: center;">UM DIA A CUMPRIR A RODA DOS ALIMENTOS</p> <p>PEQUENO—ALMOÇO</p> <p>Uma chávena almoçadeira de leite magro (250ml)+ 1 pão de mistura (50g) com manteiga (10g) +1 peça de fruta (160g)</p> <p>MEIO DA MANHÃ</p> <p>Um iogurte sólido magro (125g) + 1 peça de fruta (160g)</p> <div style="text-align: center;"></div> <p>ALMOÇO</p> <p>Um prato de sopa</p> <p>Um prato com peito de peru estufado (cerca de 90g) com 4 colheres de sopa rasas de arroz (70g)+ duas chávenas almoçadeiras (180g) de salada de hortícolas + 1 peça de fruta (160g)</p>	<p>LANCHE</p> <p>Uma iogurte líquido de aroma (200g)+ 1 pão de mistura (50g) com uma fatia de queijo (20g)</p> <p>1 peça de fruta</p> <div style="text-align: center;"></div> <p>JANTAR</p> <p>Um prato de sopa</p> <p>Um prato com peixe grelhado (90g) + 1 + 1/2 batatas cozidas (125g) + 1 chávena almoçadeiras de hortícolas cozidas (140g) + 1 peça de fruta (160g)</p> <p>CEIA</p> <p>Uma chávena de chá de camomila (250ml) + 4 bolachas de água e sal redondas (23g)</p> <p>1 peça de fruta</p>
--	---



Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção das doenças cardiovasculares à mesa”

1. Os princípios para uma alimentação saudável são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Deve consumir-se 1L de água por dia
- Deve realizar-se 4/5 refeições por dia
- Deve iniciar-se as refeições principais com sopa
- Nunca se deve tomar o pequeno almoço
- Deve evitar-se estar mais de 3 horas sem comer

2. Os princípios da dieta mediterrânica contemplam:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Consumo preferencial de carnes vermelhas
- Consumo de azeite como principal fonte de gordura
- A água deve ser a bebida de eleição ao longo do dia
- Consumo elevado de produtos vegetais
- Consumo elevado de sal

3. De entre os benefícios associados à dieta mediterrânica:

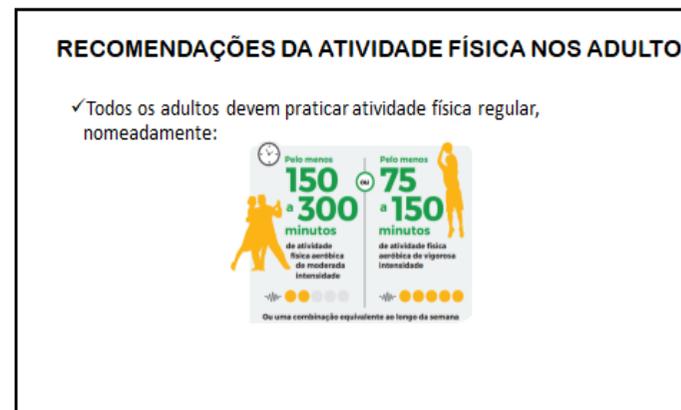
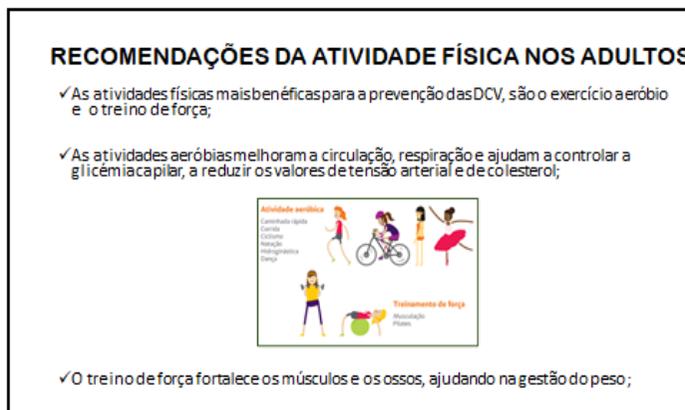
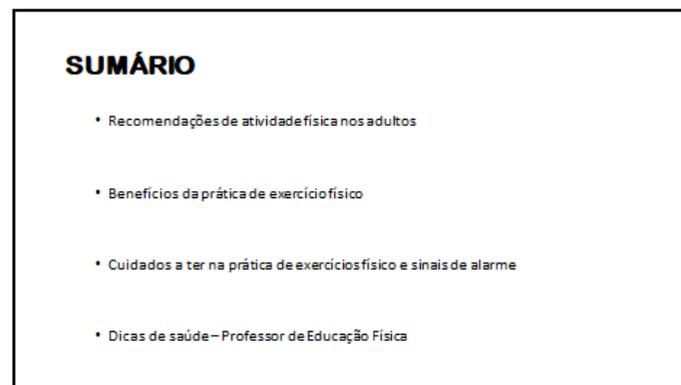
(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Prevenção das doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro
- Diminuição da qualidade de vida
- Contribuição para o desenvolvimento da obesidade
- Melhoria da saúde física e mental

**APÊNDICE n.º 24: Sessão de educação para a saúde
“Atividade Física uma aliada na prevenção das doenças
cardiovasculares”**

Plano da sessão

Sessão de Educação para a Saúde: “Atividade física uma aliada na prevenção das doenças cardiovasculares”								
Objetivo geral: No final da sessão que as participantes aumentem os seus conhecimentos sobre atividade física								
Atividade	Quem	Quando	Duração	Métodos:	Recursos:	Objetivos específicos	Avaliação	Indicadores de avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigidas às colaboradoras da ERPI sobre atividade física	- Enfermeiro mestrando; - Enfermeiro orientador;	Dia 27 de Janeiro	30 minutos	- Ativo; - Expositivo; - Interrogativo;	Humanos: - Enfermeiro mestrando; - Enfermeiro orientador; - Professor Educação Física; Materiais: - Computador portátil; - Vídeo projetor;	- Que 70% das colaboradoras reconheçam 2 benefícios da prática de atividade física; - Que 70% das colaboradoras identifiquem 2 cuidados a ter aquando da prática de atividade física; - Que Que 75% das colaboradoras selecionem 2 sinais de alarme para interrupção da prática de atividade física	- Questionário; - Questionário - Questionário	Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradoras presentes x 100; Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaborador6s presentes x 100; Nº colaboradoras que executa corretamente a tarefa /Nº total de colaboradores presentes x 100;



RECOMENDAÇÕES DA ATIVIDADE FÍSICA NOS ADULTOS

- ✓ As atividades físicas mais benéficas para a prevenção das DCV, são o exercício aeróbio e o treino de força;
- ✓ As atividades aeróbias melhoram a circulação, respiração e ajudam a controlar a glicémia capilar, a reduzir os valores de tensão arterial e de colesterol;



- ✓ O treino de força fortalece os músculos e os ossos, ajudando na gestão do peso;

RECOMENDAÇÕES DA ATIVIDADE FÍSICA NOS ADULTOS

- ✓ Todos os adultos devem praticar atividade física regular, nomeadamente:



BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO

- ✓ Reduz o risco de doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares;
- ✓ Reduz a pressão arterial e o colesterol e ajuda no controlo da glicémia;
- ✓ Manutenção do peso;
- ✓ Fortalece ossos e articulações;
- ✓ Aumenta a resistência e força muscular;
- ✓ Melhora a saúde mental (redução dos sintomas de ansiedade e depressão) e cognitiva;
- ✓ Melhora a qualidade do sono



CUIDADOS A TER NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

- ✓ Consulte o seu médico;
- ✓ Realizar exercícios de aquecimento e alongamentos no início e final de cada sessão de exercício físico;
- ✓ Começar a prática de atividade física de forma gradual e progressivamente aumentar a duração;
- ✓ Não praticar exercício físico após as refeições, aguardar 60 minutos;
- ✓ Evitar fazer exercício com temperaturas extremas;
- ✓ Realizar uma boa hidratação;



SINAIS DE ALARME

Deve parar o exercício imediatamente perante:

- ✓ Dor no peito;
- ✓ Tonturas ou sensação de desmaio;
- ✓ Fraqueza;
- ✓ Pressão ou dor no peito, ombro, pescoço, braço e mandíbula;



PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA : XXXXXXXXXX

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde: “Atividade Física uma aliada na prevenção das doenças cardiovasculares”

1. Os benefícios associados à prática de atividade física são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Fortalece ossos e articulações
- Reduz o risco de doenças cardiovasculares
- Piora a qualidade do sono
- Aumenta a pressão arterial
- Aumenta o colesterol

2. Os cuidados a ter aquando da prática de atividade física são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Praticar atividade física com temperaturas extremas
- Não praticar atividade física após as refeições, aguardar 60 minutos
- Praticar atividade física de uma forma intensa e não gradual
- Realizar exercícios de aquecimento e alongamento, no início e no final de cada sessão de exercício

3. Os sinais de alarme para interromper a prática de atividade física são:

(Responda V (verdadeiro) ou F(falso) a cada uma das opções de resposta

- Dor no peito
- Dor de garganta
- Tonturas ou sensação de desmaio
- Fraqueza

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

APÊNDICE n.º 25: Artigo elaborado para o Boletim Municipal

UCC e Santa Casa da Misericórdia de [redacted] juntam-se na Prevenção das Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) afetam o coração, os vasos sanguíneos e diversos órgãos, mas são o Enfarte Agudo do Miocárdio (no coração) e o Acidente Vascular Cerebral (no cérebro) uma das principais preocupações de saúde a nível global e a principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo.

A maioria destas patologias são provocadas por aterosclerose, depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias dificultando ou impedindo a circulação sanguínea. Este processo é complexo e está associado a múltiplos fatores de risco.

Os principais fatores de risco cardiovascular são a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, obesidade, sedentarismo, a idade, o género, e a história familiar ou genética.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCV representam a principal causa de mortalidade e morbilidade no mundo, constituindo um importante problema de saúde pública. Estima-se que em 2016 estas patologias foram diretamente responsáveis por 17.9 milhões de mortes em todo o mundo, representado a nível global 31% de todas as mortes.

À semelhança do que se passa no mundo, em Portugal as DCV constituem a principal causa de morte, tendo totalizado 31.421 óbitos em 2019, correspondendo a 29.9% da totalidade das mortes a nível nacional.

Tendo em conta, a elevada prevalência destas doenças a nível nacional, é imperativa a sua prevenção, deteção e correção. Neste sentido, as doenças cérebro cardiovasculares integram os Programas prioritários do Plano Nacional de Saúde.

A prevenção é a melhor arma para combater DCV. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), a prevenção baseia-se em dois elementos fundamentais: a adoção de um estilo de vida saudável (onde está integrado a alimentação equilibrada, a prática de exercício físico) e a correção de fatores de risco modificáveis.

Perante o supracitado e dado que as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de morte no concelho de



Viana do Alentejo, correspondendo a 25.3% da totalidade das mortes a nível concelhio em 2019, a UCC desenvolveu o projeto [redacted] com o Coração Saudável – Prevenção das doenças cardiovasculares” no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da enfermeira Rute Vitorino, inserido no Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e supervisionado pela enfermeira Celeste Patinhas.

O presente projeto de intervenção comunitária é direcionado para a população ativa de [redacted] dos 20-64 anos de idade, que exerce a sua atividade profissional numa instituição privada da vila e tem como objetivo contribuir para a prevenção das doenças cardiovasculares. Decorrerá em duas fases, a primeira no período de maio a junho de 2021, que se prende com o diagnóstico da situação, onde se pretende conhecer os estilos de vida, conhecimentos referentes às doenças cardiovasculares e cálculo do risco cardiovascular desta população. A informação será recolhida através da aplicação de um questionário. Entre setembro de 2021 e janeiro de 2022 decorrerá a segunda fase que compreende a implementação das intervenções decorrentes das necessidades identificadas no diagnóstico da situação bem como a avaliação do projeto.

O controlo dos fatores de risco é a melhor forma de prevenir as doenças cardiovasculares. Controlar a tensão arterial (mantendo valores inferiores a 140/90mmHg), ter uma glicémia capilar normal (glicémia em jejum <100mg/dl), um colesterol <190mg/dL, praticar atividade física regular (pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana), ter hábitos alimentares saudáveis (comer mais fruta, vegetais, fibras, peixe e reduzir o consumo de gorduras, açúcar e sal), não fumar, evitar o stress, e a vigilância clínica regular são aspetos para os quais todos nós devemos estar sensibilizados e encarar no nosso dia-a-dia como hábitos de vida.

Prevenir as doenças cardiovasculares: quanto mais cedo melhor!!!

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

UCC de [REDACTED]
Enfª [REDACTED] e Enfª Rute Vitorino

Referências Bibliográficas:

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa. Direção Geral da Saúde. ISSN: 2183-5888
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional para a Prevenção das Doenças Cérebro-Cardiovasculares. (p.15). Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISBN 2184-1179
- PORDATA (2021). Óbitos por algumas causas de morte (%). PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- World Health Organization [WHO] (2017). Cardiovascular Diseases. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

APÊNDICE n.º 26: Resumo do artigo científico

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem atualmente uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global e em Portugal. O seu carácter multidimensional, bem como as suas graves consequências, negativas e diretas, quer para os cidadãos quer para o sistema de saúde cooperam para que estas sejam consideradas um dos mais urgentes problemas de saúde pública.

Objetivo: Detetar a existência de fatores de risco cardiovascular e estimar o risco cardiovascular da população ativa de uma região do Alentejo

Métodos: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. A amostra é constituída por 31 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos de idade. A informação recolhida foi obtida mediante a aplicação de um questionário para caracterização sociodemográfica, antropométrica e estilos de vida designadamente, hábitos alimentares, tabágicos, de exercício físico, fatores de risco para doenças cardiovasculares e realização de um rastreio para estimar o risco cardiovascular. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa IBM *Statistical Package Social Sciences* (SPSS), versão 24.

Resultados: Dos 31 participantes envolvidas neste estudo, todos (100%) são do sexo feminino, maioritariamente com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos de idade. Nas variáveis clínicas, constatou-se que 61.3% apresentam valores de colesterol total (CT) acima dos valores recomendados, 41.9% pré-obesidade, 32.3% obesidade classe I e 6.5% obesidade classe II. Nas variáveis comportamentais e estilos de vida, verificou-se que 64.5% raramente praticam exercício físico e 6.5% nunca o praticam. No que concerne aos hábitos alimentares, salienta-se que a maioria das participantes (61.3%) não seguia as recomendações diárias para o grupo de alimentos – cereais, derivados e tubérculos. De salientar que 45.8% desconhecem os sintomas associados ao Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e 47.9% os sintomas associados ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Relativamente ao risco cardiovascular, observou-se que 44.1% apresentava risco moderado e 2.9% risco muito alto de desenvolvimento de eventos cardiovasculares.

Conclusão: Averiguou-se uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular nesta população, particularmente obesidade, sedentarismo, hipercolesterolemia, hábitos alimentares inadequados, assim como uma baixa literacia em saúde cardiovascular. As evidências encontradas são alarmantes, pelo que é imperativo o desenvolvimento de estratégias que cooperem para a prevenção das DCV. Nesta sequência, a promoção de hábitos alimentares saudáveis, combinados com a prática de exercício físico e aliados à melhoria da literacia em saúde são um ponto crucial na promoção da saúde e na redução do RCV nesta população.

Descritores: Doenças cardiovasculares; estilos de vida saudável; fatores de risco; prevenção.

APÊNDICE n.º 27: Avaliação das sessões de educação para a saúde

Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

1 Pertinência do tema:
(Selecione apenas uma opção)

Pouco pertinente 1 2 3 4 5 Muito pertinente

Resultados obtidos



2 Transmissão de conhecimentos
(Selecione apenas uma opção)

Pouco eficaz 1 2 3 4 5 Muito eficaz

Resultados obtidos



Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo

3 Adequação do tempo de sessão:

(Selecione apenas uma opção)

Pouco adequado 1 2 3 4 5 Muito adequado

Resultados obtidos

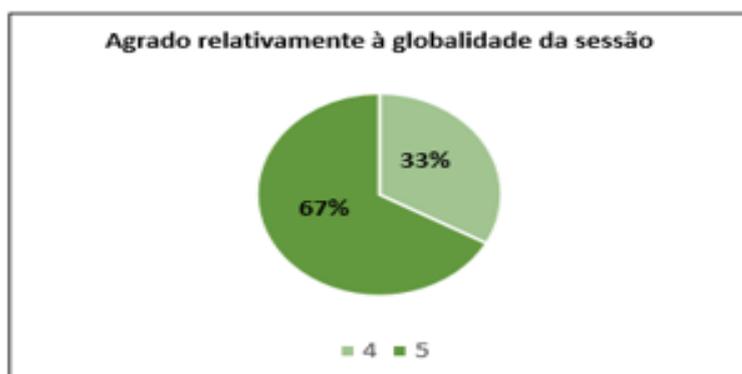


4 Agrado relativamente à globalidade da sessão

(Selecione apenas uma opção)

1 2 3 4 5
Pouco | Muito

Resultados obtidos



5 Desempenho da formadora

(Selecione apenas uma opção)

Mau 1 2 3 4 5 Excelente

Resultados obtidos

