

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 Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

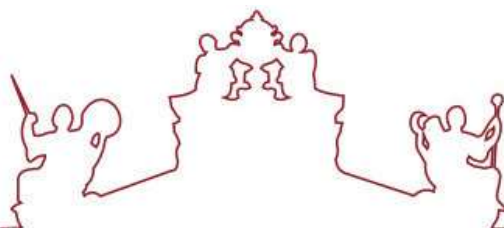
Prevenção do Risco Cardiovascular na População em idade Ativa: Estratégias e Desafios da Enfermagem Comunitária

Nádia Sofia Baptista Pires

Orientador(es) | Ermelinda Caldeira

Évora 2026





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 Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

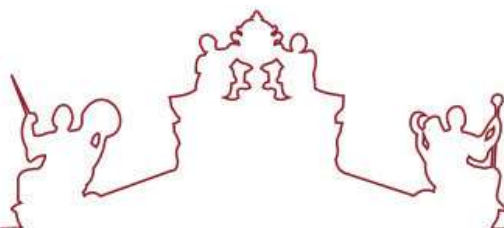
Prevenção do Risco Cardiovascular na População em idade Ativa: Estratégias e Desafios da Enfermagem Comunitária

Nádia Sofia Baptista Pires

Orientador(es) | Ermelinda Caldeira

Évora 2026





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 | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Clara Pica Nunes (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora) (Orientador)
Teresa Mestre (Universidade de Évora) (Arguente)

“O conhecimento nos faz responsáveis”.

(Che Guevara, n.d)

RESUMO

Prevenção do Risco Cardiovascular na População em idade Ativa: Estratégias e Desafios da Enfermagem Comunitária

As doenças cardiovasculares constituem um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, assumindo-se como a principal causa de mortalidade e morbilidade, com impacto significativo na qualidade de vida das populações. Atendendo à forte associação entre estilos de vida e risco cardiovascular, torna-se fundamental investir na promoção da saúde e na capacitação dos indivíduos para a adoção de comportamentos saudáveis, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Neste contexto, desenvolveu-se o presente projeto de intervenção comunitária, ancorado na metodologia do Planeamento em Saúde e sustentado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. A intervenção foi dirigida aos colaboradores de uma Câmara Municipal do Alentejo Central, no âmbito da Unidade de Cuidados na Comunidade onde se realizou o estágio, com o objetivo de contribuir para a prevenção do risco cardiovascular nesta população.

Os resultados revelaram uma população com vários fatores de risco modificáveis associados às Doenças Cardiovasculares (DCV), nomeadamente a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade, fortes hábitos tabágicos, uma frequência relativamente baixa de prática regular de atividade física, bem como uma alimentação deficitária.

A implementação deste projeto constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências de mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, permitindo uma prática fundamentada, reflexiva e orientada para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Palavras-chave: Doença cardiovascular; Adulto; Enfermagem em saúde comunitária; Promoção da Saúde; Fatores de Risco Cardiovascular.

ABSTRACT

Prevention of Cardiovascular Risk in the Working-Age Population: Strategies and Challenges in Community Nursing

Cardiovascular diseases constitute one of the major public health problems worldwide, representing the leading cause of mortality and morbidity, with a significant impact on the quality of life of populations. Given the strong association between lifestyle and cardiovascular risk, it is essential to invest in health promotion and in empowering individuals to adopt healthy behaviors, with a view to achieving health gains.

In this context, this community intervention project was developed, grounded in the Health Planning methodology and supported by Nola J. Pender's Health Promotion Model. The intervention was aimed at employees of a municipal government in the Alentejo region, within the Community Care Unit where the internship took place, with the goal of contributing to the prevention of cardiovascular risk in this population.

The results revealed a population with several modifiable risk factors associated with CVD, namely a high prevalence of overweight and obesity, heavy smoking habits, a relatively low frequency of regular physical activity, as well as poor dietary habits.

The implementation of this project constituted a significant contribution to the development of competencies for master's degree candidates, specialist nurses, and nurses specializing in community and public health nursing, enabling evidence-based, reflective practice oriented toward health promotion and disease prevention.

Keywords: Cardiovascular disease; Adult; Community health nursing; Health promotion; Cardiovascular risk factors.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso não teria sido possível sem o apoio, compreensão e incentivo de várias pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, expresso um profundo e sentido agradecimento à minha família, pelo apoio incondicional, pela paciência e pela compreensão ao longo deste percurso exigente. Um agradecimento muito especial à minha filha, Sofia, a quem, tantas vezes, não consegui dedicar o tempo e a atenção que merecia devido às exigências deste trabalho. A ela, pela sua inocência, carinho e amor incondicional, que foram, sem dúvida, a minha maior motivação para continuar, mesmo nos momentos mais difíceis.

À Professora Ermelinda, minha orientadora, deixo um agradecimento muito especial pela disponibilidade constante, pelo apoio, pela orientação rigorosa e, acima de tudo, pela forma como se revelou um verdadeiro suporte nos momentos de maior dificuldade. A sua dedicação, compreensão e amizade foram fundamentais ao longo deste percurso.

Agradeço igualmente à equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade e da Unidade de Saúde Pública, pela forma como me acolheram, pela partilha de conhecimentos e pela disponibilidade demonstrada ao longo do estágio, contribuindo de forma significativa para o meu crescimento profissional.

À Câmara Municipal e a todos os colaboradores que participaram no projeto, o meu sincero agradecimento pela colaboração, disponibilidade e envolvimento nas atividades desenvolvidas, sem os quais não teria sido possível a concretização deste trabalho.

A todos os colegas e amigos que, de alguma forma, estiveram presentes ao longo deste percurso, pelo apoio, incentivo e palavras de motivação nos momentos mais exigentes, deixo também o meu agradecimento.

Por fim, a todos aqueles que, mesmo não sendo aqui mencionados, contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu profundo reconhecimento.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	12
1 - DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	12
2 - RISCO CARDIOVASCULAR	14
3 – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ESTILOS DE VIDA.....	24
4 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR.....	26
4.1 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	26
4.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	28
II - CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS.....	30
1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	30
2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	34
2.1 ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA UCC	34
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	34
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA	36
2.4 POPULAÇÃO RESIDENTE.....	36
III – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	37
1. METODOLOGIA.....	37
1.1 POPULAÇÃO-ALVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	37
1.2 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	38
1.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	40
2.1 RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	40
2.2 PROBLEMAS E NECESSIDADES IDENTIFICADAS	47
2.2.1 Definição do Problema Prioritário.....	48
3. OBJETIVOS	49
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	51
4.1 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	51
4.2. Fundamentação das Intervenções	52
4.3. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	57

4.4 PARCERIAS	58
4.5 SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE DO PROJETO	59
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	61
IV – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	64
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	64
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	66
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE – REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO FORMATIVO	68
CONCLUSÃO.....	70
ANEXOS	76
ANEXO A: Classificação da Pressão Arterial em Adultos	77
ANEXO B: Estratégias de intervenção em função do SCORE e do nível de C-LDL não tratado.....	79
ANEXO C: Grau de Dependência à Nicotina (Teste de Fagerstrom)	81
ANEXO D: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	83
ANEXO E: Etapas no processo de Planeamento em Saúde	85
ANEXO F: Questionário (Capucho & Caldeira, 2013)	87
ANEXO G: Pedido de autorização aos autores do questionário e respetiva resposta ...	93
ANEXO H: Pedido de autorização ao Presidente da Câmara	95
ANEXO I: Pedido de autorização à Vereadora da Câmara	97
ANEXO J: Consentimento informado, livre e esclarecido.....	99
ANEXO K: Cartaz de divulgação da Tertúlia.....	102
ANEXO L: Programa da Tertúlia	104
ANEXO M: Questionário de avaliação de pontes fortes e fracos do Projeto.....	106
APÊNDICES	109
Apêndice A: Relação entre faixa etária da população-alvo e IMC.....	110
Apêndice B: Folheto Tabagismo.....	114
Apêndice C: Folheto Doenças Cardiovasculares	116

LISTAGEM DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CILE – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CRC – Consulta Respiratória na Comunidade

DCNT – Doença Crónica Não Transmissível

DCV – Doença Cardiovascular

DM – Diabetes Mellitus

DM I – Diabetes Mellitus tipo 1

DM II – Diabetes Mellitus tipo 2

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNT – Doença Não Transmissível

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EECSP – Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

HTA – Hipertensão Arterial

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PND – Programa Nacional para a Diabetes

PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPAF – Programa Nacional de Promoção da Atividade Física

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSOC – Programa Nacional de Saúde Ocupacional

PPCIRA – Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

PS – Planeamento em Saúde

REVIVE – Rede de Vigilância de Vetores

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSAC – Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

USP – Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, com longos períodos de latência e que se prolongam no tempo. Estas patologias não têm origem infecciosa, no entanto podem causar incapacidades funcionais. No início do século passado as doenças infecciosas constituíam a principal causa de morte da população a nível global, todavia, atualmente são as DCNT que ocupam um lugar de destaque relativamente às principais causas de mortalidade (Figueiredo et al., 2021).

As doenças do sistema circulatório frequentemente designadas de doenças cardiovasculares (DCV) são doenças crónicas, não transmissíveis, que progridem lentamente ao longo do ciclo vital. Neste grupo de doenças estão incluídas doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares e doenças dos vasos sanguíneos, destacando-se o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WHO, 2021a), que constituem a principal causa de morte e incapacidade a nível mundial, causando cerca de 17,9 milhões de morte todos os anos. Segundo Mohammadkhah et al., 2023, quatro em cada cinco mortes são devidas a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais e um terço destas mortes ocorrem precocemente em pessoas com idade inferior a 70 anos. Estas doenças são um importante problema de saúde pública a nível mundial, pois são responsáveis por uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade.

Em Portugal, apesar da redução observada nos últimos anos, as DCV persistem como principal causa de mortalidade originando cerca de 31,9% dos óbitos e a expectativa de vida saudável aos 65 anos é inferior à média europeia. Afetam homens e mulheres, de todas as nacionalidades e níveis socioeconómicos, sobretudo em idades produtivas, resultando num aumento significativo dos custos relacionados à prestação de cuidados de saúde e prejuízo da economia em geral. A maioria das DCV têm origem aterosclerótica, afetando as artérias cerebrais, cardíacas e o fluxo periférico. O processo de evolução da aterosclerose é complexo e está associado a diversos fatores de risco (Bourbon, Alves & Rato, 2019). Portanto, a prevenção das DCV continua a ser um grande obstáculo, pelo que se torna imprescindível aumentar a pressão para alcançar os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde (Bourbon, Alves & Rato, 2019).

Desta forma, justifica-se a pertinência desta problemática e a importância da intervenção no âmbito da prevenção. Para tal, foi instituído um Projeto de Intervenção

Comunitária intitulado “Prevenção do Risco Cardiovascular na População em idade Ativa: Estratégias e Desafios da Enfermagem Comunitária”, ancorado na Metodologia de Planeamento em Saúde, no referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola J. Pender, e enquadrado no âmbito das unidades curriculares Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Pública e de Saúde Comunitária, que se desenvolveram na Unidade de Saúde Pública (USP) do Alto Alentejo no período de 22 de Abril e 20 de Junho de 2025 e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo Central, no período de 13 de Outubro de 2025 a 31 de Janeiro de Janeiro de 2026.

O projeto foi direcionado aos funcionários de uma Câmara Municipal do Alentejo Central, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, tendo como objetivo promover o desenvolvimento pessoal e coletivo, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis como estratégia de prevenção.

A implementação do Projeto de Intervenção Comunitária e a abordagem à temática em estudo foram fundamentadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, assumindo particular enquadramento estratégico nos Programas de Saúde prioritários, nomeadamente no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV), no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), no Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (PNPAF) e no Programa Nacional para a Diabetes (PND) (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

O objetivo geral deste trabalho, que representa o culminar de todo o processo de aprendizagem no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, através da conceção, implementação e avaliação de intervenções de saúde que promovam a redução do risco cardiovascular na população em idade ativa contribuindo para a melhoria da literacia em saúde, a adoção de estilos de vida saudáveis e a diminuição de fatores de risco associados.

O presente relatório traduz o projeto concretizado na UCC através das intervenções no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares e, por inerência, da promoção da saúde da população-alvo. Por sua vez, demonstra a aquisição, consolidação

e mobilização de conhecimentos e competências próprios do exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EECSP).

No que diz respeito à estrutura do relatório, ele está dividido em duas partes principais: o enquadramento conceptual e o enquadramento prático.

A primeira refere-se à fundamentação teórica, essencial para sustentar cientificamente as intervenções realizadas, situando-a nos referenciais conceituais da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, além das diretrizes estratégicas nacionais voltadas à prevenção de doenças cardiovasculares. Nesta seção, discutem-se os conceitos fundamentais, fatores determinantes e evidências científicas que sustentam a questão em análise.

A segunda parte diz respeito ao enquadramento prático, no qual são detalhadas as fases do planeamento em saúde, a definição da população-alvo, a execução do projeto de intervenção e a avaliação correspondente, destacando o aperfeiçoamento de habilidades especializadas durante o estágio.

Este trabalho está elaborado de acordo com as normas APA, 7ª edição e com as normas para realização de trabalhos académicos e científicos escritos na UÉSESJD.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

De forma a consolidar conhecimentos e contextualizar a problemática em estudo, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema das doenças cardiovasculares, com base na evidência científica mais recentes de forma a sustentar teórica e conceptualmente o projeto desenvolvido.

1 - DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, com longos períodos de latência e que se prolongam no tempo. Estas patologias não têm origem infecciosa, no entanto podem causar incapacidades funcionais. No início do século passado as doenças infecciosas constituíam a principal causa de morte da população a nível global, todavia, atualmente são as DCNT que ocupam um lugar de destaque relativamente às principais causas de mortalidade (Figueiredo et al., 2021).

Em 2015, no seguimento dos elevados índices de DCNT, foi criado o objetivo 3 – Saúde e Bem-Estar de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pelo que, através da Meta 3.1 pretende-se que até 2030 seja possível reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT (Silva et al., 2022). Todavia, segundo o último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre doenças não transmissíveis (DNT), não estão a ser feitos os esforços suficientes para alcançar este objetivo (SNS, 2017). As DCNT são patologias que evoluem lentamente e são habitualmente influenciadas por fatores genéticos e ambientais. Segundo OMS, cerca de 41 milhões de pessoas morrem todos os anos devido a doenças crónicas, o que representa 71% da mortalidade mundial. Destas mortes, 15 milhões ocorrem entre os 30 e os 69 anos de idade (Martínez-Riera et al., 2022).

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte e incapacidade a nível mundial, causando cerca de 17,9 milhões de morte todos os anos. Quatro em cada cinco mortes são devidas a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais e um terço destas mortes ocorrem precocemente em pessoas com idade inferior a 70 anos (Mohammadkhah et al., 2023). Estas doenças são um importante problema de saúde pública a nível mundial, pois são responsáveis por uma elevada taxa de morbilidade e

mortalidade. No nosso país, as DCV constituem a principal causa de mortalidade originando cerca de 31,9% dos óbitos. Estas afetam homens e mulheres, de todas as nacionalidades e níveis socioeconómicos, sobretudo em idades produtivas, resultando num aumento significativo dos custos relacionados à prestação de cuidados de saúde e prejuízo da economia em geral. A maioria das DCV têm origem aterosclerótica, afetando as artérias cerebrais, cardíacas e o fluxo periférico. O processo de evolução da aterosclerose é complexo e está associado a diversos fatores de risco (Bourbon, Alves & Rato, 2019).

De acordo com Bourbon, Alves e Rato (2019), o estudo INTERHEART demonstrou que mais de 90% do risco global de EAM é determinado por nove fatores de risco tradicionais: dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus* (DM), obesidade abdominal, fatores psicossociais, baixo consumo de frutas e legumes, ingestão de álcool em excesso e falta de atividade física regular, sendo a dislipidemia o fator mais relevante. Segundo os mesmos autores, um outro estudo, o INTERSTROKE, demonstrou evidências semelhantes, revelando que 10 fatores de risco contribuem para 90% do risco global de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que cinco deles correspondem a 80% desse risco: HTA, tabagismo, obesidade abdominal, dieta e falta de atividade física regular. O fator de risco predominante para todos os tipos de AVC foi a HTA, sendo mais relevante para o AVC hemorrágico do que o isquémico, particularmente em indivíduos com menos de 45 anos de idade. Os dados apurados através dos dois estudos mencionados são semelhantes, ainda que a relevância de certos fatores de risco para o EAM e o AVC seja variável.

Em Portugal, vários estudos independentes, com resultados representativos da população nacional, foram conduzidos para avaliar a prevalência de vários fatores de risco cardiovascular nas últimas duas décadas, no entanto, a data de publicação da sua maioria é superior a 20 anos e, para além disso, faltam estudos que analisem os vários fatores de risco de forma conjunta. Apesar da redução observada nos últimos anos, as DCV persistem como a principal causa de morte no nosso país, e a expectativa de vida saudável aos 65 anos é inferior à média europeia. Portanto, a prevenção das DCV continua a ser um grande obstáculo, pelo que se torna imprescindível aumentar a pressão para alcançar os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde (Bourbon, Alves & Rato, 2019).

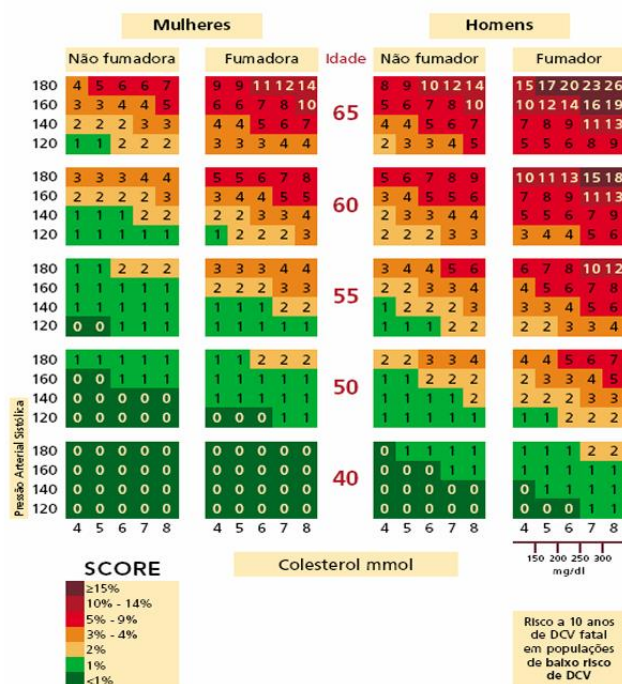
2 - RISCO CARDIOVASCULAR

O risco cardiovascular (RCV) corresponde à probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver uma doença cardiovascular (DCV) no futuro, sendo determinado pela presença e interação de diversos fatores de risco, nomeadamente idade, sexo, hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo. Assim, avaliar o RCV dos indivíduos constitui uma ferramenta relevante não só para a prática clínica, mas também para a educação para a saúde, permitindo-lhes compreender o seu prognóstico individual. Este conhecimento pode contribuir para o aumento da motivação no âmbito da adoção de comportamentos saudáveis e para a adesão à terapêutica instituída.

A avaliação do risco cardiovascular pode ser realizada de forma oportunista ou sistemática. A abordagem oportunista ocorre no contexto de contactos ocasionais com os serviços de saúde e, desta forma, não implica uma estratégia previamente definida, enquanto a abordagem sistemática integra programas estruturados de rastreio ou sensibilização dirigidos à população em geral.

De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia, é recomendada a estimativa do risco cardiovascular global através do sistema SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) em indivíduos aparentemente saudáveis com idade superior a 40 anos (Figura 2).

Figura 1 – Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita).

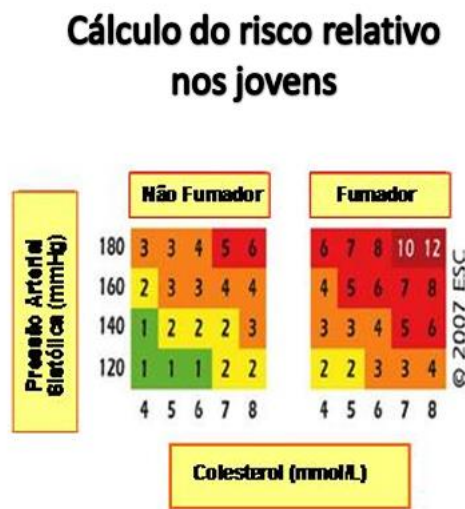


Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia

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

Em indivíduos com idade inferior a 40 anos, a utilização de tabelas de risco relativo pode constituir uma estratégia útil no aconselhamento e na promoção de medidas preventivas (Figura 3).

Figura 2 – Tabela de risco cardiovascular para adultos com idade inferior a 40 anos, igual para o sexo feminino e masculino.



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia

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

Nos indivíduos com doença cardiovascular previamente diagnosticada, a avaliação do risco cardiovascular é igualmente importante na medida em que permite monitorizar o impacto das intervenções terapêuticas implementadas, através da comparação entre o risco inicial e o risco após intervenção.

No que respeita aos fatores de risco cardiovascular, estes dividem-se em duas categorias, nomeadamente fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis. Os fatores de risco predisõem a pessoa para um vasto leque de DCV, no entanto o controlo dos fatores de risco modificáveis torna-se indispensável pois pode prever cerca de 64% da incidência de DCV (Estebansari et al., 2024).

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 pessoal e familiar.

IDADE:

A idade constitui um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, sendo identificada em estudos epidemiológicos como um determinante major do risco cardiovascular. Verifica-se uma relação diretamente proporcional entre idade e risco, ou seja, o aumento da idade associa-se a uma maior probabilidade de ocorrência de DCV. No sexo masculino, a incidência aumenta de forma gradual ao longo da vida, particularmente até cerca dos 60 anos. No sexo feminino, esse aumento tende a iniciar-se por volta dos 50 anos, frequentemente após a menopausa, progredindo de forma contínua a partir daí (OE, 2022).

GÉNERO:

O género influencia significativamente o risco cardiovascular. Os homens apresentam, em geral, maior predisposição para desenvolver doenças do aparelho circulatório, manifestando esse risco em idades mais precoces. Nas mulheres, a menor incidência de DCV durante o período pré-menopausa está associada ao efeito protetor das hormonas sexuais femininas. Após a menopausa, verifica-se um aumento progressivo do risco cardiovascular (OE, 2022).

RAÇA:

O risco cardiovascular não é uniforme entre diferentes grupos étnicos, variando de forma significativa. Populações provenientes do Sul da Ásia e da África subsariana tendem a apresentar um risco mais elevado, enquanto indivíduos originários da China e da América do Sul apresentam, em geral, menor risco. Nos migrantes de primeira geração, observa-se frequentemente uma discrepância nas taxas de mortalidade por DCV em comparação com a

população do país de acolhimento; contudo, ao longo do tempo, o seu risco tende a aproximar-se do padrão da população residente (OE, 2022).

HISTÓRIA FAMILIAR:

A existência de doença cardiovascular prematura em familiares de primeiro grau (antes dos 55 anos nos homens e 65 anos nas mulheres) representa um importante indicador de risco. Este fator reflete não só a predisposição genética, mas também a influência de fatores ambientais partilhados. Embora vários marcadores genéticos estejam associados a um aumento do risco cardiovascular, a sua utilização rotineira na prática clínica não é atualmente recomendada (OE, 2022).

HISTÓRIA PESSOAL:

A presença de antecedentes pessoais de doença cardiovascular constitui um forte preditor de novos eventos. Indivíduos com história prévia de enfarte agudo do miocárdio apresentam um risco significativo de recorrência no primeiro ano, estimado em cerca de 10%, bem como uma maior probabilidade de mortalidade prematura associada (OE, 2022).

Por sua vez, os fatores de risco modificáveis assumem particular relevância na prevenção das doenças cardiovasculares, uma vez que podem ser alvo de intervenção direta. Neste contexto, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo e o consumo excessivo de álcool devem ser reduzidos ou eliminados. Por outro lado, há fatores que exigem monitorização e controlo rigoroso, nomeadamente a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes mellitus, os fatores psicossociais (como a ansiedade) e as perturbações do sono.

De acordo com a Carta Europeia para a Saúde do Coração, aprovada pelo Parlamento Europeu em junho de 2007, foram definidas um conjunto de características associadas à manutenção de um bom estado de saúde cardiovascular. Entre estas incluem-se a ausência de consumo de tabaco, a prática regular de atividade física (pelo menos 30 minutos, cinco vezes por semana), a adoção de padrões alimentares saudáveis e a manutenção de um peso corporal adequado. Destacam-se também valores de tensão

arterial inferiores a 140/90 mmHg, níveis de colesterol total abaixo de 5 mmol/L (190 mg/dL), um metabolismo da glicose estável e a capacidade eficaz de gestão do stress.

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

A maioria dos casos de hipertensão arterial é classificada como primária, caracterizando-se pela ausência de uma causa específica. Esta situação clínica pode ter origem genética ou estar associada aos estilos de vida tais como os padrões alimentares, excesso de peso e baixos níveis de atividade física. Por outro lado, a hipertensão secundária decorre de outras condições ou doenças subjacentes, incluindo causas iatrogénicas ou disfunções renais, entre outras.

Em Portugal, estima-se que aproximadamente dois milhões de pessoas sejam hipertensas. Destes, apenas metade está consciente da sua condição, cerca de 25% encontra-se medicada e apenas 11% apresenta valores de tensão arterial controlados. Esta elevada proporção de indivíduos com hipertensão não controlada contribui para que a hipertensão arterial seja considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Segundo as diretrizes da Direção-Geral da Saúde, a hipertensão só deve ser diagnosticada com base na média de pelo menos duas medições realizadas em momentos diferentes, após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial (ANEXO A). Esta definição aplica-se a adultos com idade igual ou superior a 18 anos, que não estejam a receber tratamento anti-hipertensor e que não apresentem condições patológicas agudas. Nos casos em que a pressão arterial sistólica e diastólica se enquadrem em categorias distintas, deve ser considerada a classificação correspondente ao valor mais elevado (OMS, 2022).

DIABETES MELLITUS:

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença complexa e multifatorial, cujas implicações vão além do controlo da glicemia. Indivíduos com DM apresentam, por norma, o dobro do risco de eventos cardiovasculares, independentemente de outros fatores de risco, sendo esse risco ainda maior em mulheres e em pessoas com DM de longa duração associada a complicações microvasculares.

Relativamente à Diabetes Mellitus tipo 1 (DM I) com início precoce (até aos 10 anos), estima-se uma redução média de 17,7 anos de vida em mulheres e de 14,2 anos em homens.

Na diabetes tipo 2 (DM II), o controlo da glicemia e a presença de complicações renais são os principais determinantes para eventos cardiovasculares. A doença surge quando o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente ou quando a insulina não exerce seu efeito de forma eficaz. Esta resistência ou deficiência leva à hiperglicemia, que causa danos progressivos aos vasos sanguíneos. Como consequência, surgem com maior frequência em pessoas diabéticas, doenças cardiovasculares como angina de peito, enfarte agudo do miocárdio e morte cardíaca súbita, sobretudo na DM II, do que na população geral. Desta forma, torna-se fulcral o controlo rigoroso de todos os fatores de risco na prevenção do efeito desses fatores sobre as artérias.

Estudos indicam que episódios de hipoglicemia grave estão associados a aumento da mortalidade e pior prognóstico cardiovascular, devendo ser evitados. É importante, por isso, que os pacientes recebam educação adequada sobre a prevenção e o reconhecimento desses episódios.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), o diagnóstico de diabetes é confirmado quando um ou mais dos seguintes critérios são atingidos em plasma venoso:

- Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl;
- Presença de sintomas clássicos da doença e glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl;
- Glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas da prova de tolerância à glicose oral (PTGO);
- Hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Em pessoas assintomáticas, o diagnóstico não deve centrar-se num único valor elevado de glicemia ou HbA1c, deve ser confirmado por uma segunda análise, realizada após uma a duas semanas.

O acompanhamento regular em cuidados de saúde primários é essencial para indivíduos com DM. Isso inclui avaliar o conhecimento do mesmo sobre a doença, a capacidade de monitorização da glicemia capilar e a compreensão da autogestão do regime terapêutico prescrito, com o objetivo de reduzir o risco cardiovascular (OMS, 2022).

DISLIPIDEMIA:

A dislipidemia constitui-se um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose e contribui significativamente para a mortalidade nos países desenvolvidos, incluindo Portugal.

A dislipidemia está frequentemente associada a uma dieta rica em gorduras, ao excesso de peso e a um estilo de vida sedentário. No entanto, também pode ter causas genéticas, resistência à insulina ou condições como o hipotireoidismo, dado que apenas cerca de um terço do colesterol presente no organismo provém da alimentação, sendo o restante sintetizado pelo próprio corpo. Este acúmulo de colesterol ocorre geralmente sem sintomas perceptíveis, tornando a deteção precoce fundamental. As estratégias de intervenção variam de acordo com o SCORE e do nível de C-LDL não tratado (ANEXO B).

Indivíduos com dislipidemia devem realizar exames laboratoriais de forma regular e manter um acompanhamento médico adequado. É essencial que compreendam a doença, a importância da adesão ao tratamento prescrito e a relevância de gerir de forma ativa os seus hábitos de vida, de forma a reduzir o risco cardiovascular (OMS, 2022).

EXCESSO DE PESO/OBESIDADE:

Os hábitos alimentares influenciam diretamente o risco cardiovascular, afetando o peso corporal, perímetro abdominal, dislipidemia, hipertensão e diabetes. Manter um peso saudável (IMC entre 20 e 25 kg/m²) é fundamental, e pessoas com excesso de peso ou obesidade devem associar alimentação equilibrada à prática regular de exercício físico.

Uma alimentação saudável deve ser variada, completa e equilibrada, tipo mediterrânica, que inclui estufados, caldeiradas, sopas, grelhados e arroz, dando primazia ao azeite que, juntamente com a água da cozedura preservam os nutrientes dos alimentos. Por sua vez, é recomendada a utilização de ervas aromáticas de forma a reduzir o consumo de sal.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), recomenda-se:

- Realizar cinco refeições diárias;
- Consumir 1 a 1,5 L de líquidos por dia;

- Limitar sal, açúcar, álcool e café;
- Preferir temperos naturais como limão, vinagre e ervas aromáticas;
- Incluir alimentos vegetais em abundância (frutas, hortícolas, leguminosas, cereais pouco processados e frutos secos);
- Priorizar produtos frescos, sazonais e pouco processados;
- Usar azeite como principal fonte de gordura;
- Consumir laticínios com moderação;
- Preferir carnes brancas e peixe regularmente;
- Consumir ovos com moderação.

Envolver a família na compra e preparação dos alimentos e aprender a interpretar rótulos nutricionais são estratégias importantes para consolidar hábitos saudáveis (OMS, 2022).

TABAGISMO:

O consumo de tabaco representa um dos mais relevantes desafios de saúde pública à escala global. Para além de ser uma das principais causas evitáveis de morbilidade, incapacidade e mortalidade precoce, conduz a elevados custos sociais e económicos. Estes refletem-se não só no sofrimento individual e nos encargos associados aos cuidados de saúde, mas também no aumento do absentismo laboral e na diminuição da produtividade (DGS, 2019). Estima-se que cerca de metade dos indivíduos fumadores venha a morrer devido a causas diretamente relacionadas com o tabaco, verificando-se, em média, uma redução de aproximadamente 10 anos na esperança de vida. Em indivíduos com menos de 50 anos, o risco cardiovascular relativo é cerca de cinco vezes superior nos fumadores quando comparados com não fumadores. Importa ainda referir que mesmo níveis reduzidos de exposição ao tabaco, incluindo o tabagismo passivo, estão associados a um aumento do risco vascular.

Após ocorrer um enfarte agudo do miocárdio, a interrupção do consumo de tabaco traduz-se numa redução de 30% para 10% do risco de novos eventos cardiovasculares no primeiro ano. No entanto, uma proporção considerável de doentes retoma os hábitos tabágicos entre seis meses a um ano após o evento, o que revela a importância de

estratégias contínuas de acompanhamento, incluindo apoio psicológico e intervenção farmacológica, quando necessário.

As intervenções para cessação tabágica são recomendadas como estratégia eficaz para a interrupção definitiva do consumo de tabaco, bem como para a redução da exposição ao fumo passivo. Em indivíduos com elevada dependência de nicotina, pode ser necessário recorrer a terapêutica de substituição. Indicadores como o intervalo de tempo até ao primeiro cigarro após o despertar, em conjunto com o número de cigarros consumidos diariamente, permitem avaliar o grau de dependência, podendo esta ser quantificada de forma simples através do teste de Fagerstrom (ANEXO C) (OMS, 2022). De acordo com a DGS, 2019, a cessação tabágica produz ganhos significativos para a saúde em qualquer fase da vida. Quando a interrupção do consumo ocorre antes dos 40 anos, é possível reduzir em mais de 90% os riscos associados ao tabagismo.

Da mesma forma, os fatores ambientais e sociais, como a presença de outros fumadores no contexto familiar ou profissional, podem constituir obstáculos à cessação tabágica. Neste sentido, o envolvimento da família no processo de cessação tabágica assume particular importância, podendo contribuir para o sucesso da intervenção ao promover um compromisso conjunto com a mudança comportamental.

SEDENTARISMO:

A prática regular de atividade física constitui um importante fator protetor na prevenção e no controlo das doenças não transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus tipo 2 e diversos tipos de neoplasias (Camargo & Anez, 2020).

Indivíduos com estilos de vida sedentários devem ser incentivados a aumentar progressivamente os seus níveis de atividade física, sendo recomendada a realização de exercício aeróbio (como caminhar, nadar ou andar de bicicleta) durante cerca de 20 a 30 minutos, pelo menos quatro a cinco vezes por semana.

Recomenda-se também a adoção de comportamentos que reduzam o sedentarismo, nomeadamente a diminuição do tempo prolongado em frente a ecrãs.

Pequenas alterações no quotidiano podem contribuir de forma significativa para o aumento da atividade física, como optar pelas escadas em vez do elevador, realizar

deslocações a pé sempre que possível, estacionar o veículo a alguma distância do destino, intensificar tarefas domésticas ou dedicar tempo a atividades como a jardinagem.

Importa reforçar que qualquer nível de atividade física é preferível à ausência total de exercício. A sua prática deve ser progressiva, ajustada às características individuais e adaptada à idade, promovendo a sua manutenção a longo prazo (OMS, 2022).

3 – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ESTILOS DE VIDA

Os determinantes sociais da saúde (DSS) assumem um papel central na compreensão do estado de saúde das populações, influenciando a distribuição dos fatores de risco e das doenças. As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham, para além das características individuais, determinam as suas oportunidades em saúde, condicionando a adoção de estilos de vida e contribuindo para a manutenção ou agravamento de desigualdades em saúde (Hospital Fernando Fonseca, 2025).

De acordo com o diagnóstico de situação realizado, verificou-se a presença de fatores de risco cardiovascular relevantes na população em estudo, destacando-se uma prevalência de hipertensão arterial de 39,6%, excesso de peso/obesidade de 14,6%, diabetes de 10,4% e valores elevados de colesterol em 72,9% dos participantes. Estes resultados demonstram um perfil de risco cardiovascular significativo, que deve ser entendido com base nos DSS que influenciam os comportamentos e as condições de vida desta população.

O contexto laboral dos colaboradores da Câmara Municipal assume particular relevância enquanto determinante da saúde, uma vez que muitas das funções desempenhadas estão associadas a baixos níveis de atividade física, comportamentos sedentários e exigências profissionais que podem contribuir para níveis acrescidos de stress. Estes fatores, associados a dificuldades de gestão do tempo, ao acesso nem sempre facilitado a opções alimentares saudáveis e à reduzida disponibilidade de oportunidades para a prática de atividade física, condicionam a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Almeida et al. 2021).

Neste sentido, os estilos de vida identificados não devem ser interpretados apenas como resultado de escolhas individuais, mas sim como reflexo de um conjunto de condicionantes sociais, económicas e organizacionais. A elevada prevalência de dislipidemia e de hipertensão arterial observada no diagnóstico poderá estar associada não só a hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, mas também à interação destes com o contexto de vida e de trabalho dos participantes.

Da mesma forma, a identificação de necessidades ao nível da literacia em saúde reforça a importância do acesso à informação e da capacidade dos indivíduos para compreenderem e utilizarem essa informação na gestão da sua saúde. A baixa ou

insuficiente literacia em saúde pode dificultar a adoção de comportamentos saudáveis, contribuindo para a manutenção dos fatores de risco identificados.

Face a esta realidade, o projeto não se limitou a dar informação, pretendeu acima de tudo, capacitar os participantes e ajudá-los a compreender melhor o que influencia a sua saúde. A realização da sessão de educação para a saúde e do rastreio cardiovascular permitiu não só reforçar conhecimentos, mas também estimular a reflexão sobre os comportamentos adotados e as suas implicações na saúde, promovendo um maior envolvimento dos participantes no processo de mudança.

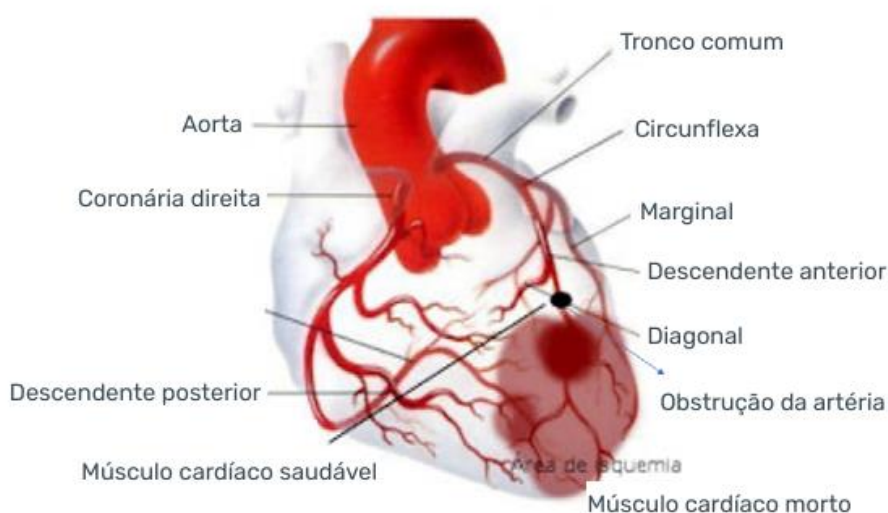
Assim, a integração dos DSS no diagnóstico e na intervenção revelou-se essencial para adequar as estratégias implementadas, contribuindo para uma abordagem mais abrangente, equitativa e centrada na realidade da população. Este processo reforça o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública não apenas na identificação de fatores de risco, mas também na intervenção sobre os determinantes que os sustentam, promovendo a redução das desigualdades em saúde e a aquisição de ganhos em saúde ao longo do tempo.

4 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR

4.1 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O enfarte do miocárdio, constitui uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e resulta da obstrução de uma das artérias que conduzem o sangue ao coração, designadas de artérias coronárias (Figura 3). Quando tal acontece, parte do músculo cardíaco deixa de receber quantidade normal de sangue, ficando assim privado dos nutrientes e oxigénio que necessita. Se esta situação se mantiver durante algum tempo, essa parte do coração morre (isquémia cardíaca). A palavra enfarte significa isso mesmo: a morte de parte do músculo cardíaco, devido à obstrução de uma das artérias coronárias.

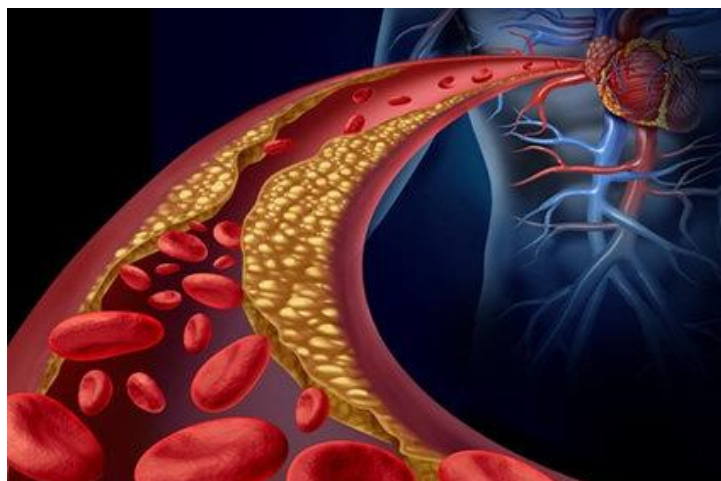
Figura 3 – Artérias Coronárias



Fonte: www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf

A principal causa do enfarte do miocárdio é a aterosclerose, que corresponde à deposição de gordura (colesterol) na parede interior das artérias (Figura 4) e que, ao longo da vida, acumula-se formando placas. Estas placas de aterosclerose diminuem o lúmen das artérias coronárias dificultando, assim, a passagem do sangue para o músculo cardíaco. No entanto, só numa fase adiantada da doença é que surgem os sintomas (PAHO, n.d).

Figura 4 – Deposição de Colesterol na parede interior das artérias (Aterosclerose):



Fonte: <https://abc.med.br/sinais-sintomas-e-doencas/aneurisma-da-arteria-coronaria>

As doenças do aparelho circulatório representaram quase metade da mortalidade de 2024, tendo estado na origem de 30 055 óbitos de residentes em Portugal, que representa 25,4% da mortalidade total de residentes em Portugal (INE, 2026).

Os principais sinais e sintomas referidos durante um EAM são: dor torácica tipo aperto e desconforto na região precordial, retroesternal, ou epigástrica, que pode irradiar para ambos os membros superiores, mandíbula e/ou base do occipital. Outros sinais/sintomas habituais são a dispneia, síncope e/ou palpitações. Podem ainda surgir sintomas menos comuns tais como, sudorese intensa ou sensação de enfartamento/indigestão

O diagnóstico de EAM é essencial para a ativação imediata da via verde coronária e baseia-se na análise do Eletrocardiograma (ECG), especialmente quanto à presença ou ausência de supradesnívelamento do segmento ST, bem como na avaliação de biomarcadores, como a troponina.

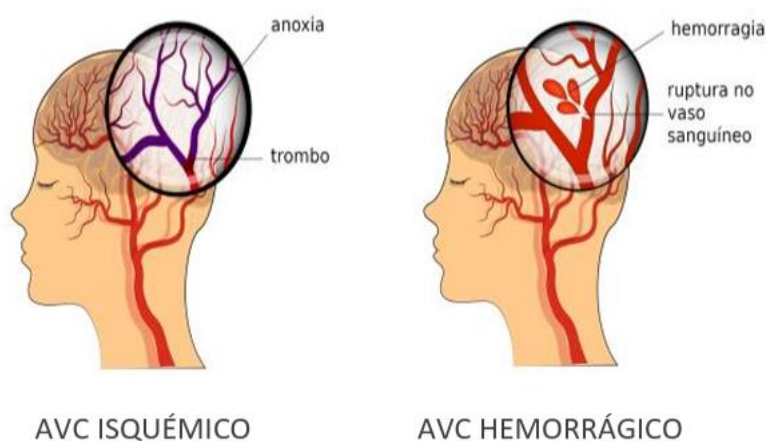
Relativamente ao tratamento, em indivíduos que foram reanimados após uma paragem cardiorrespiratória e apresentam elevação do segmento ST no ECG, o procedimento recomendado é encaminhar imediatamente para angiografia, com intuito de realizar uma Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária. Além disso, está indicada a administração intravenosa de opióides, geralmente morfina, para controlar a dor. A oxigenoterapia deve ser aplicada em pacientes com hipóxia (saturação periférica de oxigênio abaixo de 90%), dispneia ou insuficiência cardíaca aguda. Em casos de

ansiedade importante, o uso de benzodiazepinas também pode ser considerado (OMS, 2022).

4.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular que afeta a normal circulação cerebral devido a um entupimento ou rotura de uma artéria cerebral. Nesta sequência, o fornecimento de sangue ao cérebro fica comprometido e as funções neurológicas perdem-se rapidamente. Em Portugal, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte e de incapacidade permanente (SNS, 2025). Existem dois tipos de AVC (Figura 5): O AVC isquémico que ocorre quando existe obstrução do fluxo sanguíneo e as artérias cerebrais ficam entupidas. O fluxo sanguíneo é insuficiente ou interrompido, tendo como consequência a lesão ou morte de células cerebrais. Está, habitualmente, associado ao excesso de gordura no sangue, enquanto o AVC hemorrágico, ocorre há rotura de uma artéria cerebral. As artérias cerebrais ficam fracas e rompem, causando sangramento, tendo como consequência a lesão ou morte de células cerebrais (SPAVC, 2025).

Figura 5 – Representação esquemática dos tipos de AVC



Fonte: https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/10/2025-FINALGuia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jun25_NTF.pdf.pdf

A identificação precoce dos principais sinais e sintomas de um AVC e acionar os serviços de emergência de forma adequada é essencial para melhorar os resultados do tratamento. A falta de conhecimento da população sobre sinais e sintomas comuns de AVC contribui para atrasos na chegada ao hospital, o que trás repercussões negativas no prognóstico do indivíduo. Durante a fase aguda, na preparação para a alta e no acompanhamento posterior, os profissionais de saúde devem reforçar a educação do paciente e da família sobre o reconhecimento precoce dos sinais de AVC, dando especial atenção aos três mais comuns: alterações faciais, fraqueza num dos membros e dificuldade para falar.

Relativamente ao tratamento, este pode ser realizado através de Trombólise, que envolve a administração intravenosa de medicação fibrinolítica e representa uma das intervenções mais eficazes em indivíduos com sintomas de AVC que se enquadram nos critérios de elegibilidade para o tratamento em causa. No caso de indivíduos que utilizam anticoagulantes e fizeram uso da medicação nas 48 horas anteriores ao AVC, devem ser realizados testes específicos previamente à administração de fibrinolíticos.

A trombectomia é outra forma de tratamento do AVC e tem o intuito de restaurar o fluxo sanguíneo em artérias cerebrais parcial ou totalmente bloqueadas, visando a prevenção ou a redução de lesões cerebrais permanentes. É realizada sob orientação fluoroscópica em indivíduos selecionados conforme critérios específicos (SPAVC, 2025).

II - CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS

Na segunda parte deste relatório, é feita a descrição do contexto territorial, demográfico e educativo, além do local onde ocorreram os estágios. Também estão descritas todas as etapas relacionadas ao desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A USP insere-se no Departamento de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo e abrange 15 concelhos do distrito. Dispõe de um regulamento interno e tem como visão promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal. A sua missão passa por identificar as necessidades de saúde da população, a sua monitorização e a dos seus determinantes, afirmando-se como elemento da ação dinamizados do estabelecimento de parcerias, intervenção e estratégias de cooperação intersectorial.

Relativamente aos valores, a USP rege-se pela excelência técnica e eficiência, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado à população, uma procura constante de inovação técnica, promovendo o conhecimento e reconhecendo-o como uma mais-valia, opção pela promoção do trabalho em equipa e a multidisciplinaridade participativa, pela garantia de equidade no acesso e prestação de cuidados à população, promoção da autonomia e responsabilidade dos cidadãos pela saúde, partilha de informação em saúde com população, instituições e organismos, cooperação entre profissionais e instituições (sectores social, de educação, do ambiente e do desenvolvimento local), garantia de qualidade aos clientes internos e externos, integridade na defesa dos interesses públicos, provedoria em saúde, ética e responsabilidade social.

No que concerne a competências, a USP assegura o cumprimento das leis e normas que visam proteger e promover a saúde, avaliando o seu impacto, desenvolve e mantém um corpo de profissionais de saúde pública, com formação adequada, garante o exercício das funções de Autoridade de Saúde de acordo com a legislação em vigor, assegura a qualidade dos serviços prestados, promove e participa na formação pré e pós-graduada

dos diversos grupos profissionais, promove a investigação e vigilância epidemiológica em grupos populacionais e situações específicas de saúde, acompanha a efetiva execução do Plano Nacional de Saúde, principalmente as metas definidas para a melhoria da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades, formula, coordena, implementa e desenvolve programas de promoção da saúde e prevenção da doença e prolongamento da vida com qualidade dos cidadãos, melhora a informação e os conhecimentos, com vista à investigação de fenómenos de saúde e doença e seus determinantes, avaliando os programas e projetos implementados e promovendo a melhoria contínua da intervenção em saúde.

O Serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde qualificados para o exercício de funções na área da saúde pública, nomeadamente, por 4 médicos especialistas em saúde pública, incluindo o coordenador da unidade, sendo que 3 são também Delegados de Saúde. São distribuídos por área de abrangência da ULS, pelo que cada um deles fica responsável por um determinado concelho. Fazem igualmente parte da equipa, 3 enfermeiras especialistas em ECSP, incluindo a enfermeira gestora da unidade e 1 enfermeira generalista; 3 técnicos superiores; 3 assistentes operacionais; 5 técnicos de Higiene Oral; 8 técnicos de Saúde Ambiental, incluindo a coordenadora; 1 assistente técnico e 2 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas. O Departamento de Saúde Pública abrange similarmente o Laboratório de Saúde Pública, as Juntas Médicas e a Consulta Respiratória na Comunidade (CRC). Esta equipa intervém nos domínios da saúde pública em todo o distrito de Portalegre.

A USP desenvolve diversos programas em múltiplas áreas da Saúde Pública, alinhados com os objetivos do Programa Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, o cumprimento dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), Normas e Orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) e, no caso específico da equipa de enfermagem, para além do desempenho das competências incluídas no regulamento 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), as boas práticas profissionais no âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ECSP. Estas iniciativas visam dar resposta às necessidades de saúde da população, sendo operacionalizadas através de diferentes grupos de trabalho. Estes são constituídos por elementos da equipa multidisciplinar da USP, no entanto, existem convidados a participar destes grupos que não pertencem aos quadros da Saúde Pública, nomeadamente uma nutricionista (a exercer funções no HDJMG), uma enfermeira a exercer funções profissionais no HDJMG, no

departamento do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e uma farmacêutica (diretora dos serviços farmacêuticos da ULS).

Em termos organizativos, semanalmente, na USP é realizada uma reunião online, via Teams, denominada “Briefing”, por forma a que todos os elementos possam assistir e participar e tem como objetivo informar toda a equipa sobre as atividades em curso, através da partilha de informações relevantes, da atualização do estado dos projetos, da definição de prioridades, e da articulação de estratégias de intervenção. Este momento, não só constitui uma forma favorável para o alinhamento das ações desenvolvidas, na obtenção de propostas de melhoria e sugestões, como promove a comunicação interprofissional, assegurando a continuidade e coerência das atividades no âmbito da Saúde Pública. Neste Briefing, pode ser incluído um espaço formativo, uma ação formativa realizada por algum elemento da equipa ou por um ou mais convidados externos.

Assim, entre os Programas de Saúde desenvolvidos na USP, destacam-se os seguintes:

- Programa de Temperaturas extremas;
- Programa Nacional de Vacinação;
- Programa Nacional de Saúde Ocupacional;
- Programa Nacional das Doenças Oncológicas/Rastreios de Saúde;
- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral;
- Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Programa de Tuberculose em migrantes/populações vulneráveis;
- Programa Caracterização das estruturas de apoio das comunidades: Vigilância de ERPI e similares.
- Vigilância Sanitária de Águas de Consumo Humano, Recreativas, Balneares e Termais;
- Vigilância da Legionella;
- Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Estes programas são operacionalizados através de:

- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE);
- Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE);

Existe também um grupo de trabalho responsável pelas Funções de Autoridade de Saúde, bem como outro grupo responsável pela Formação/Investigação.

Cada Programa é constituído por um grupo de trabalho que, diariamente, desenvolve atividades por forma a alcançar os objetivos inicialmente propostos. No entanto, toda a equipa acaba por colaborar nas diversas atividades das fichas programa, ou seja, elementos que não façam parte do grupo, podem também ter uma participação ativa na colaboração das tarefas.

Podemos ainda referir que o Departamento de Saúde Pública tem ao dispor de toda a equipa multidisciplinar uma aplicação numa plataforma, OnDrive, com o objetivo de mostrar todos os conteúdos elaborados e importantes do Serviço, disponível a qualquer elemento que pretenda pesquisar ou acrescentar informação, no entanto, restrita apenas à equipa.

2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

2.1 ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA UCC

O concelho em análise abrange uma área de aproximadamente 194,62 km² e é constituído por quatro freguesias que, por motivos de confidencialidade, são designadas neste relatório como designadas como Freguesia A, B, C e D. A Freguesia **A** apresenta características predominantemente urbanas, com cerca de 33,18 km². A Freguesia **B**, de natureza maioritariamente rural, corresponde à maior área territorial (aproximadamente 107,50 km²). As Freguesias **C** e **D** apresentam igualmente características rurais, com menor dimensão territorial (Quadro 1).

Quadro 1 – Freguesias do concelho em estudo e área correspondente

Concelho	Freguesias	Área por Km2
	A	33,18
	B	36,20
	C	10,75
	D	17,94
	Total	194,62

Construção própria - Fonte: Censos 2021

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) está inserida no Centro de Saúde (CS) da localidade onde foi realizado o estágio que, por sua vez, se insere na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC) e presta cuidados a utentes de 4 localidades.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com vista á obtenção de ganhos em saúde para o cumprimento da missão da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central em que se integra. Esta unidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de

apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Compromete-se a trabalhar empenhadamente para a concretização do Plano de Ação de modo a garantir a qualidade dos Cuidados e dignificar a importância do trabalho comunitário.

Como visão, a UCC pretende garantir um referencial de boas práticas em saúde comunitária, constituída por uma equipa motivada, responsável e coesa no desenvolvimento de um projeto inovador de prestação de cuidados na comunidade face à obtenção de Ganhos em Saúde.

Considerando os valores e princípios institucionais da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, a unidade assume como valores essenciais: respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, excelência, flexibilidade, trabalho de equipa, eficiência, ética, integridade e transparência, inovação, equidade e disponibilidade.

O compromisso assistencial da UCC tem por base a carteira básica de serviços contratualizada. As atividades da carteira de serviços da UCC, contratualizadas com a ULSAC, foram definidas considerando o diagnóstico social do concelho, a caracterização global da área de influência da UCC, as orientações do plano de atividades da ULSAC, as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e respetivos Programas Nacionais e as linhas orientadoras sobre as áreas a incidir definidas no Regulamento da Organização e do Funcionamento da UCC, Diário da República de 16/04/2009, despacho nº 10143/2009. Desta forma, a carteira básica de serviços da UCC compreende a execução dos seguintes programas: Equipa de Coordenação Local (ECL) que abrange o concelho de Vila Viçosa e Alandroal, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com 8 camas, Saúde Escolar (SE), Intervenção Precoce (IP), Comissão Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Equipa Prevenção de Violência em Adultos (EPVA), Rede Social, Rendimento Social de Inserção (RSI), Intervenção Comunitária, Formação continua, Coordenação da UCC, e Cantinho da Amamentação (Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo [ULSAA], 2025).

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA

Quadro 2 – População residente da área geográfica de intervenção da UCC

Concelho	Freguesias	População residente 2021	Densidade populacional Hab./Km2 2021
	A	4635	37,9
	B	1480	
	C	816	
	D	457	
	Total	7388	

Construção própria - Fonte: Censos 2021

2.4 POPULAÇÃO RESIDENTE

Quadro 3 – População residente da área geográfica de intervenção da UCC, por grupo etário e género.

População Residente	7388
Densidade populacional	37,9
Mulheres (%)	51,7
Homens (%)	48,3
Jovens (%) menos de 15 anos	10,9
População em idade ativa (%) 15 aos 64 anos	62,7
Idosos (%) 65 e mais anos	26,4
Índice de envelhecimento idosos por cada 100 jovens	241

Construção própria - Fonte: Censos 2021

III – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1. METODOLOGIA

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido encontra-se ancorado na metodologia do Planeamento em Saúde, integrando de forma sistemática as suas diferentes fases, nomeadamente diagnóstico de situação, definição de prioridades, planeamento, implementação e avaliação, e é sustentado pelo referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender (ANEXO D). Este projeto dirige-se aos colaboradores de uma Câmara Municipal pertencente à área de abrangência da UCC onde decorreu o estágio, visando a promoção de comportamentos saudáveis e a melhoria do seu estado de saúde.

A necessidade de Planeamento torna-se indispensável uma vez que os recursos são escassos, há que intervir nas causas dos problemas de saúde e dos respetivos serviços, as prioridades devem ser definidas, as intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis, as infraestruturas são caras, os equipamentos podem e devem ser tão polivalentes quanto possível, a competição com outras prioridades nacionais é imperiosa, os progressos da medicina são rápidos e há que integrá-los na prestação de cuidados e a complexidade tecnológica aumenta pelo que não se pode correr o risco de não ser utilizada de forma eficiente (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Melo (2020), o Planeamento em Saúde (PS) consiste num conjunto de funções tais como planear, organizar, dirigir e controlar. É, então, do conceito de PS, que decorrem as principais fases do seu processo: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (ANEXO E) (Imperatori & Giraldes, 1982). “O planeamento da saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico” (Imperatori & Giraldes, 1982, p:9).

1.1 POPULAÇÃO-ALVO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

No âmbito da caracterização da população, entende-se por população o conjunto de indivíduos que partilham características comuns, definidas segundo critérios específicos, sendo a população-alvo constituída pelas pessoas que reúnem esses critérios previamente estabelecidos. Contudo, em contexto de estágio, e atendendo às limitações inerentes à prática, a intervenção incide sobre a população

acessível, ou seja, o grupo de indivíduos disponíveis no contexto onde o projeto é desenvolvido.

Assim, definiu-se como população-alvo do projeto os adultos em idade ativa, concretamente os colaboradores de uma Câmara Municipal da área de abrangência da UCC onde decorreu o estágio, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos. Do total de 166 funcionários, participaram nas atividades do projeto 105 colaboradores, constituindo este o grupo efetivamente envolvido na intervenção.

De acordo com Abreu, Borges e Queiroz (2020), o ambiente profissional é visto como um dos principais cenários para a promoção da saúde no século XXI, pois impacta diretamente a saúde física, mental, financeira e social dos colaboradores e, consequentemente, das suas famílias, comunidades e da sociedade como um todo. Além disso, proporciona um espaço apropriado e as instalações necessárias para apoiar um grande número de pessoas. Por sua vez, o “Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC): Extensão 2018/ 2020, renova a ambição e o compromisso de proteger e promover a saúde de todos os trabalhadores” (Abreu, Borges, & Queiroz, 2020, p. 323).

A participação da população nos programas de saúde é, sem dúvida, muito importante, mas colocar essa participação em prática nem sempre é uma tarefa fácil. “Reconhecem-se dois tipos de participação: formal e informal, cada uma delas com diferentes possibilidades a nível local, regional ou nacional” (Imperatori & Giraldes, 1982, p:8). A participação informal ocorre sobretudo a nível local e é utilizada na resolução de problemas concretos de Saúde Pública, como por exemplo através do trabalho voluntário. Por sua vez, a participação formal, envolve a intervenção da população na gestão dos serviços de saúde ou a participação organizada de associações na elaboração dos planos. Esta última “requer normas institucionais e medidas legais, mas requer também agentes de saúde abertos para esta colaboração e aptos a responder às necessidades da população” (Imperatori & Giraldes, 1982, p:8).

1.2 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Na primeira etapa do Processo de Planeamento em Saúde — o diagnóstico de situação — realizou-se a colheita de dados através da aplicação direta de um questionário, Capucho e Caldeira (2013) (ANEXO F). A seleção deste instrumento prendeu-se com o

fato de permitir avaliar, de forma estruturada, fatores de risco cardiovascular e estilos de vida associados, adequando-se aos objetivos do projeto e à caracterização da população-alvo. O questionário apresenta conteúdos direcionados para a avaliação de indicadores relevantes em saúde cardiovascular, possibilitando a identificação de necessidades em saúde e áreas prioritárias de intervenção. Para a utilização do questionário foi pedida a devida autorização às autoras.

O questionário é constituído por duas partes: a primeira inclui questões relativas aos dados sociodemográficos e antropométricos dos participantes; a segunda aborda os estilos de vida, nomeadamente hábitos alimentares, consumo de tabaco, prática de atividade física, utilização de cuidados de saúde e fatores de risco para doenças cardiovasculares. No total, integra 31 questões, permitindo caracterizar a população e identificar necessidades em saúde relevantes para a intervenção.

Foram aplicados 105 questionários, dos quais 36 em formato papel e 69 através da plataforma Google Forms, no período de 1 a 15 de Novembro de 2025, garantindo-se a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos participantes.

1.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deve assegurar práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais, bem como, tomar decisões segundo princípios, valores e normas deontológicas (OE, 2019). Deste modo, existem alguns procedimentos/autorizações a tomar antes da aplicação dos instrumentos de colheita de dados/avaliação de modo a garantir o sigilo profissional, a proteção de dados e o respeito pelos direitos humanos.

Para a realização do projeto foi necessário efetuar um pedido de autorização aos autores do questionário (ANEXO G) para a sua utilização. Por sua vez, foi realizado pedido de autorização ao Presidente da Câmara Municipal (ANEXO H) e à Vereadora (ANEXO I). Aos colaboradores que aceitaram participar no projeto foi apresentado o consentimento informado, livre e esclarecido (CILE) (ANEXO J), onde foi explicado os fins a que se destinaram as informações recolhidas nos instrumentos de colheita de dados. Foi assegurado o respeito pelos participantes, bem como a confidencialidade, a privacidade e a proteção dos dados pessoais, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos. Os questionários foram preenchidos de forma anónima, não contendo elementos

identificativos dos participantes, sendo os dados recolhidos utilizados exclusivamente para fins académicos e de investigação. O acesso à informação foi restrito à mestrande e orientadores envolvidos no projeto, garantindo-se o armazenamento seguro dos dados recolhidos. Foi igualmente assegurado o direito dos participantes de abandonar o projeto em qualquer momento, sem qualquer penalização. Após a assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE), foi entregue um exemplar a cada participante.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde, devendo refletir as necessidades de saúde da população em estudo (Imperatori & Giraldes, 1982). De acordo com Tavares, 1992, a pertinência do programa, do plano ou do projeto será determinada pela concordância entre o diagnóstico de situação realizado e as necessidades identificadas.

2.1 RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No âmbito do presente projeto de intervenção participaram 105 indivíduos, aos quais foi aplicado um questionário com o objetivo de proceder à caracterização sociodemográfica, bem como à recolha de informação relativa a indicadores antropométricos e a comportamentos associados aos hábitos de vida.

Relativamente à distribuição por sexo, observou-se uma predominância do sexo feminino, com 63 participantes (60,6%), enquanto 41 correspondem ao sexo masculino (39,4%).

No que respeita ao grupo etário, a maioria dos participantes encontra-se entre os 40 e os 59 anos. Assim, 34 indivíduos (32,7%) situam-se na faixa etária dos 40-49 anos e 34 (32,7%) situam-se entre os 50-59 anos. Os restantes participantes distribuem-se pelas faixas etárias dos 20-29 anos (4 indivíduos = 3,8%), entre os 30-39 anos (16 indivíduos = 15,4%) e entre os 60-64 anos (16 indivíduos = 15,4%) (Tabela nº1).

Observa-se um total de 104 respostas devido a uma não resposta a esta questão.

Tabela nº1 – Distribuição dos participantes por faixa etária

Idade	n (Frequência)	%
20 aos 29 anos	4	3,8
30 aos 39 anos	16	15,4
40 aos 49 anos	34	32,7
50 aos 59 anos	34	32,7
60 aos 64 anos	16	15,4
Total	104	100

Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se uma maior representatividade de participantes com o ensino secundário sendo apurados 40 indivíduos que equivale a 38,5% dos mesmos. Segue-se o ensino superior com 28 indivíduos, representando 26,9%, o 3º ciclo com 22 participantes que corresponde a 21,2%, o 2º ciclo com 12 participantes equivalendo a 11,5% e o 1º ciclo onde se registaram 2 participantes que sugere 1,9%.

No que confere ao estado nutricional, o índice de massa corporal (IMC) foi avaliado a 103 indivíduos, sendo que 31% (32) têm peso normal, 47,5% (49) apresentam sobrepeso e 31% (32) enquadram-se no padrão de Obesidade (Tabela nº2) (Apêndice A).

Tabela nº2 – IMC dos inquiridos

Índice de Massa Corporal (IMC)	n (Frequência)	%
Peso normal	32	31%
Sobrepeso	49	47,5%
Obesidade	32	31%
Total	103	100

No que respeita à frequência de atividade física, para N=105, observou-se que 32 participantes referiram praticar exercício físico raramente, o que corresponde a 30,5%.

Por sua vez, observou-se que 29 participantes (27,6%) praticam exercício físico entre 3-4 vezes por semana, 23 indivíduos (21,9%) praticam 4-5 vezes por mês, 13 praticam diariamente (12,4%) e 8 participantes indicaram nunca praticar exercício físico, o que equivale a 7,6%.

Sobre a qualidade da alimentação, a maioria dos inquiridos (59%) que corresponde a 62 indivíduos considera que tem uma alimentação saudável na maioria das vezes. Por outro lado, 33 dos participantes (31,4%) referem que têm uma alimentação saudável, apenas por vezes. Um número muito reduzido declarou que tem uma alimentação saudável, sempre (4 participantes = 3,8%), 4 referiram que raramente têm uma alimentação saudável (3,8%) e 2 referiram nunca ter (1,9%) (Tabela nº3).

Observa-se um total de 103 respostas devido a duas não respostas às questões relativas ao peso e à altura, o que impossibilitou o cálculo do IMC.

Tabela nº3 – Qualidade da alimentação dos inquiridos

Qualidade da Alimentação	n (Frequência)	%
Tem sempre uma alimentação saudável	4	3,8%
Tem uma alimentação saudável na maioria das vezes	62	59,0%
Tem uma alimentação saudável por vezes	33	31,4%
Raramente tem uma alimentação saudável	4	3,8%
Nunca tem uma alimentação saudável	2	1,9%
Total	105	100

Relativamente ao histórico de tabagismo, verificou-se que a maioria dos inquiridos (67,6%; n=71) referiu já ter fumado, enquanto 32,4% (n=34) indicaram nunca ter tido esse comportamento. Estes dados sugerem uma elevada exposição prévia ao consumo de tabaco nesta população (Tabela nº4).

Tabela nº4 – Inquiridos por Histórico de tabagismo

Histórico de Tabagismo	n (Frequência)	%
Já fumou	71	67,6%
Nunca fumou	34	32,4%
Total	105	100

No que concerne ao consumo atual, considerando um total de 84 indivíduos, observou-se uma distribuição equitativa: 50,0% (n=42) referem fumar atualmente e 50,0% (n=42) indicam não fumar. Esta igualdade pode refletir a coexistência de comportamentos de cessação com a manutenção do hábito tabágico em parte dos participantes no projeto (Tabela nº5).

Tabela nº5 – Consumo Atual de Tabaco (n=84)

Consumo atual de tabaco	n (Frequência)	%
Fuma atualmente	42	50,0%
Não fuma atualmente	42	50,0%
Total	84	100%

Tendo em conta os 42 participantes que fumam atualmente, verifica-se que a grande maioria (90,5%; n=38) apresenta um consumo diário, enquanto apenas uma pequena proporção refere consumir tabaco de forma ocasional, nomeadamente entre 1 a 3 vezes por semana (7,1%; n=3) ou apenas uma vez por semana (2,4%; n=1). Estes resultados evidenciam um padrão de consumo regular e consistente, associado a maior dependência nicotínica (Tabela nº6).

Tabela nº6 – Indivíduos por Frequência do Consumo de Tabaco (N=42)

Frequência do Consumo de Tabaco	n (Frequência)	%
Fuma diariamente	38	90,5%
Fuma 1–3 vezes por semana	3	7,1%
Fuma 1 vez por semana	1	2,4%
Total	42	100%

No que diz respeito à intensidade do consumo, observa-se que quase metade dos participantes (47,6%; n=20) fuma entre 10 e 20 cigarros por dia, sendo ainda relevante a proporção de indivíduos com consumo superior a 20 cigarros diários (19,0%; n=8). Por outro lado, uma menor percentagem apresenta consumos mais reduzidos, nomeadamente entre 3–5 cigarros/dia (14,3%; n=6), 6–10 cigarros/dia (14,3%; n=6) e 1–2 cigarros/dia (4,8%; n=2) (Tabela nº7).

Tabela nº7 - Número de cigarros consumidos por dia (N = 42)

Número de cigarros/dia	n (Frequência)	%
1–2 cigarros/dia	2	4,8%
3–5 cigarros/dia	6	14,3%
6–10 cigarros/dia	6	14,3%
10–20 cigarros/dia	20	47,6%
Mais de 20 cigarros/dia	8	19,0%
Total	42	100%

Relativamente ao consumo de tabaco, os resultados evidenciam que, embora uma proporção significativa dos indivíduos tenha histórico de consumo, apenas metade mantém o comportamento no presente, o que poderá indicar potenciais ganhos ao nível da cessação tabágica.

Ainda assim, a análise global destes dados evidencia uma elevada prevalência de consumo intensivo e diário de tabaco, fatores que estão fortemente associados ao aumento do risco de doenças cardiovasculares. De facto, tanto a frequência como a quantidade de consumo constituem determinantes críticos para o desenvolvimento de patologias como hipertensão arterial, doença coronária e acidente vascular cerebral. Assim, estes resultados reforçam a necessidade de implementação de estratégias de intervenção dirigidas à cessação tabágica, com especial enfoque nos indivíduos com padrões de consumo mais elevados.

Em relação á doenças cardiovasculares (DCV), a grande maioria dos inquiridos (96,2%; n=101) referiu nunca ter sido diagnosticada com qualquer DCV, enquanto 3,8% responderam positivamente (4). Dos que referem ter tido uma DCV, os diagnósticos incluíram Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (1 indivíduo), Acidente Vascular Cerebral (AVC) (1 indivíduo) e Insuficiência Cardíaca (IC) (2 indivíduos) (Tabela nº8).

Estes dados sugerem que, apesar de a prevalência de DCV diagnosticada ser baixa na população estudada, há a presença de casos graves que exigem acompanhamento clínico contínuo.

Tabela nº8 – Presença de Doenças Cardiovasculares (DCV)

Presença de DCV	n (Frequência)	%
Não tem DCV	101	96,2%
Tem DCV	4	3,8%
Total	105	100%

Em relação aos fatores de risco cardiovascular diagnosticados, observou-se que 72,9% (n=35) dos participantes apresentavam colesterol elevado, 39,6% (n=19) tinham hipertensão arterial (HTA), 14,6% (n=7) obesidade e 10,4% (n=5) diabetes. É importante destacar que, embora a amostra para esta variável tenha sido de N=48, foram registadas 66 respostas, indicando que vários participantes possuem mais do que um fator de risco, o que aumenta de forma exponencial o risco cardiovascular individual (Tabela nº9).

Tabela nº9 – Fatores de Risco Cardiovascular Diagnosticados (N=48*)

Fator de Risco	n (Frequência)	%
Hipercolesterolemia	35	72,9%
Hipertensão Arterial (HTA)	19	39,6%
Obesidade	7	14,6%
Diabetes	5	10,4%

*Nota: O número total de respostas (n=66) é superior ao número de participantes (N=48), indicando que alguns indivíduos apresentam mais do que um fator de risco cardiovascular.

Em relação à presença de fatores de risco cardiovascular ou doenças cardiovasculares (DCV) em familiares, considerando uma amostra de N=99, apurou-se que 38,4% dos indivíduos (n=38) reportaram antecedentes em familiares diretos (pais, irmãos ou filhos). Um total de 14,1% (n=14) indicou antecedentes em familiares indiretos (avós, tios ou primos de 1º grau). Por outro lado, 47,5% dos inquiridos (n=47) referiram não possuir familiares com qualquer diagnóstico de fator de risco cardiovascular ou DCV.

No que respeita à percepção dos inquiridos sobre a necessidade de intervenção de profissionais da saúde para alcançar uma vida saudável, 4 indivíduos não responderam ao questionário. Dos que responderam (N=101), 69,3% responderam afirmativamente, o que equivale a 70 indivíduos, enquanto que 30,7% (31 indivíduos) não reconhecem a sua importância. De entre o que responderam positivamente, para N=72, 25% (18 participantes) referiu que gostaria de aprofundar conhecimentos sobre Alimentação, 22,2% (16 participantes) revelaram interesse sobre os sintomas das DCV, 9,7% (7 participantes) nomearam o tabagismo e outros 9,7% (7 participantes) referiram o Colesterol como tema de interesse para ser abordado. Os restantes participantes fizeram referência a outros temas, contudo em número muito reduzido, pelo que se deu ênfase aos temas supracitados. Ainda neste contexto e sobre como os participantes gostavam de ver os temas tratados, para N= 84, 48,8% (41 indivíduos) referiu preferência por uma sessão de esclarecimento, enquanto que 64,3% (54 indivíduos) revelou interesse nos rastreios. À semelhança da análise realizada na variável fatores de risco cardiovascular, o mesmo indivíduo podia assinalar uma ou mais respostas, o que justifica as 101 respostas obtidas entre os diferentes temas propostos para abordagem.

2.2 PROBLEMAS E NECESSIDADES IDENTIFICADAS

De forma geral, os resultados evidenciam que a população apresenta vários fatores de risco modificáveis associados às DCV, nomeadamente a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade que afeta uma grande parte dos participantes. Simultaneamente, observou-se uma frequência relativamente baixa de prática regular de atividade física e uma proporção significativa de participantes fumadores, fatores que contribuem para o aumento do risco cardiovascular.

Embora a maioria dos participantes não tenha diagnóstico prévio de DCV, apurou-se uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular diagnosticados tais como o colesterol elevado e a hipertensão arterial, bem como indivíduos diagnosticados com mais do que um destes fatores. Este aspeto evidencia que, mesmo numa população com baixa prevalência de DCV, a presença de múltiplos fatores de risco cardiovascular é significativa. Este facto é relevante, pois indivíduos com risco acumulado de hipertensão, colesterol elevado, obesidade ou diabetes apresentam maior probabilidade de desenvolver DCV no futuro.

De notar também a existências de antecedentes familiares de fatores de risco cardiovascular.

Importa ainda salientar que a maioria dos participantes reconhece a importância dos profissionais de saúde na promoção de estilos de vida saudáveis, revelando interesse em ver aprofundados temas como sintomas das DCV, tabagismo e alimentação saudável, através principalmente de sessões de educação para a saúde e rastreios.

Assim, os resultados obtidos evidenciam a necessidade de desenvolver intervenções preventivas e programas de promoção da saúde, com foco na modificação de fatores de risco e no acompanhamento contínuo dos indivíduos (promoção da alimentação equilibrada, aumento da prática de exercício físico, cessação tabágica) de modo a reduzir a morbilidade cardiovascular nesta população.

2.2.1 Definição do Problema Prioritário

Na etapa de definição de prioridades selecionam-se os problemas de saúde que pretendemos ver resolvidos, através da utilização de determinados critérios tais como a dimensão do problema ou seja, a população que abrange, a transcendência social que corresponde ao peso que o problema exerce sobre determinados grupos populacionais, a transcendência económica que representa a repercussão do problema pela incapacidade ou perda de produção, bem como a sua vulnerabilidade ou seja, a forma como pode responder à tecnologia disponível (Imperatoni & Giraldes, 1993).

No caso concreto deste projeto, a priorização dos problemas identificados foi realizada com recurso a uma grelha de análise (Quadro 4), permitindo um estudo sistematizado das necessidades em saúde identificadas no diagnóstico de situação. Para tal, foram considerados critérios como a magnitude do problema, a transcendência/gravidade das suas consequências, a vulnerabilidade da população e a exequibilidade da intervenção. A aplicação desta metodologia possibilitou identificar os problemas prioritários e definir áreas de intervenção ajustadas às necessidades da população-alvo e aos recursos disponíveis.

Quadro 4 – Grelha de priorização dos problemas identificados

Problemas Identificados	Impacto Social	Impacto Económico	Magnitude	Vulnerabilidade	Total
Excesso de peso/Obesidade	3	3	3	2	11
Sedentarismo	3	2	3	2	10
Alimentação inadequada	3	2	3	3	11
Tabagismo	3	3	2	2	10
Fatores de risco cardiovascular	3	3	3	2	11
Baixa perceção do papel dos profissionais de saúde	2	1	2	3	8

Fonte: Elaboração própria

3. OBJETIVOS

A fixação de objetivos relativamente aos problemas prioritários identificados requer, primeiramente, determinar a evolução natural dos mesmos, bem como a sua tendência para, que posteriormente, seja passível alterar a tendência da evolução desses mesmos problemas. Por sua vez, a fixação de objetivos deve ser quantificável para que seja possível, depois, proceder à avaliação dos resultados pelo que deve ser feita de forma cuidadosa e realista (Imperatoni & Giraldes, 1993).

Desta forma, delineou-se como **objetivo geral** para este projeto de intervenção comunitária:

- Contribuir para a prevenção das Doenças Cardiovasculares na população em idade ativa, dos 20 aos 64 anos de idade, que exerce a sua atividade profissional numa Câmara Municipal do Alentejo Central, até dezembro de 2026.

De forma a atingir o objetivo geral determinado, foram definidos 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**:

- 1- Sensibilizar a população para os principais fatores de risco cardiovascular identificados;
- 2- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis, através da melhoria dos hábitos alimentares, aumento da prática regular de atividade física e redução do consumo de tabaco;
- 3- Contribuir para a prevenção e controlo dos fatores de risco cardiovascular, através do desenvolvimento de intervenções comunitárias, nomeadamente ações de educação para a saúde e rastreios, de acordo com as necessidades e interesses identificados na população.

Na sequência dos objetivos anteriormente descritos, e de forma a garantir a 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 determinados foram definidos os objetivos operacionais que se pretendem alcançar a curto prazo. Importa destacar que estes foram definidos de forma ajustada às necessidades identificadas e às intervenções implementadas, pelo que foram reformulados ao longo do desenvolvimento do projeto, de acordo com a dinâmica da comunidade.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

4.1 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

A fase de seleção de estratégias possibilita eleger um conjunto de técnicas específicas organizadas com intuito de alcançar um determinado objetivo. Devem ser equacionadas estratégias alternativas para atingir o objetivo em causa que, posteriormente serão sujeitas a decisão superior. Aquando da definição das estratégias alternativas deve ser tido em conta a estimativa grosseira dos custos, bem como uma avaliação e adequação dos recursos futuros. Assim sendo, se os recursos não forem suficientes devem rever-se as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior do planeamento de forma a rever os objetivos definidos. Caso contrário pode avançar-se para a fase de elaboração de programas (Imperatoni & Giraldes, 1993).

O desenvolvimento do presente projeto teve início com a realização de um diagnóstico de situação, etapa fundamental para a identificação das principais necessidades da população-alvo no âmbito da saúde cardiovascular.

Para a concretização deste diagnóstico, foi aplicado um questionário aos funcionários da Câmara Municipal, tendo participado 105 indivíduos, de um total de 166, o que corresponde a uma elevada taxa de adesão. Este instrumento permitiu recolher informação relevante sobre os principais fatores de risco cardiovascular presentes na população em estudo.

Após a análise dos dados obtidos, verificou-se a presença de fatores de risco cardiovascular significativos, o que sustentou a pertinência da implementação de um projeto de intervenção direcionado para a promoção da saúde e prevenção da doença cardiovascular.

Posteriormente, procedeu-se à partilha dos resultados do diagnóstico com a equipa e parceiros envolvidos, tendo sido realizada uma reunião com o objetivo de consensualizar as principais necessidades identificadas e definir prioridades de intervenção. Este momento revelou-se fundamental para alinhar estratégias e garantir uma abordagem adequada à realidade da população.

Com base nesta análise, foram planeadas as atividades a desenvolver, nomeadamente a realização de uma sessão de educação para a saúde (tertúlia) e de um

rastreio cardiovascular, tendo em consideração os recursos disponíveis, a acessibilidade da população e o potencial impacto das intervenções.

Relativamente à tertúlia, realizada no cineteatro, foram considerados diversos aspetos organizacionais, nomeadamente a definição do espaço, a divulgação da atividade e a preparação dos conteúdos a abordar, adequando a linguagem ao público presente. A escolha deste local teve como objetivo facilitar a adesão da população, tratando-se de um espaço acessível e reconhecido pela comunidade.

No que diz respeito ao rastreio cardiovascular, foram assegurados os materiais e equipamentos necessários, bem como a definição dos parâmetros a avaliar, permitindo uma abordagem prática e individualizada dos participantes.

De forma geral, as atividades desenvolvidas permitiram dar resposta às necessidades identificadas no diagnóstico de situação, contribuindo para a sensibilização da população e para a deteção precoce de fatores de risco cardiovascular.

4.2. Fundamentação das Intervenções

Após a realização do diagnóstico da situação e, com base nas necessidades identificadas desenvolveu-se um plano de intervenção no qual são definidos objetivos claros e mensuráveis para a intervenção e selecionadas estratégias de intervenção adequadas.

Relativamente às estratégias, estas tiveram por base o Modelo Teórico de Nola Pender, enfermeira e professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, desenvolveu o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) que identifica os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e serve como um guia para explorar o processo biopsicossocial, incentivando as pessoas a adotarem atitudes que promovam a saúde. O MPS considera três aspetos principais: primeiro, as características e experiências individuais; segundo, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e, por último, o comportamento de promoção da saúde desejável (Santi, Nogueira & Baldissera, 2023).

“No MPS, as afirmações filosóficas e os conteúdos são consistentes e claros, além disso, ele possui uma estrutura lógica e foi aplicado a diversos grupos etários de diferentes culturas, com vários problemas de saúde” (Santi & Baldissera, 2023, p: 993).

De acordo com Pender, a promoção da saúde é uma competência da enfermagem e deve ser oferecida a todos. O MPS constitui uma ferramenta teórico-prática para os profissionais de enfermagem desenvolverem a promoção da saúde baseados em evidências para as mais diversas populações.

O desenvolvimento deste Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Risco Cardiovascular – Impacto na População em idade Ativa, com suporte neste referencial é altamente pertinente, pois o MPS oferece uma estrutura teórica robusta para entender e intervir sobre comportamentos de saúde de forma preventiva e motivacional, considerando os determinantes comportamentais, sociais e ambientais que influenciam a saúde.

No que respeita às intervenções implementadas, foi dinamizada uma tertúlia subordinada ao tema “Prevenção das Doenças Cardiovasculares”, com o objetivo de sensibilizar e aumentar a literacia em saúde dos participantes. Este tipo de intervenção educativa assume particular relevância, considerando que as doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, sendo amplamente influenciadas por fatores de risco modificáveis, como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e consumo de tabaco.

Paralelamente, foi realizado um rastreio cardiovascular, permitindo a avaliação de diversos parâmetros clínicos, nomeadamente a tensão arterial, a glicémia capilar, o peso e a altura, para cálculo do índice de massa corporal, e o perímetro abdominal. Estas avaliações são fundamentais na deteção precoce de fatores de risco cardiovascular, possibilitando uma intervenção atempada e a prevenção de complicações futuras.

Adicionalmente, recorreu-se à utilização de um dispositivo de medição de monóxido de carbono no ar expirado, particularmente direcionado aos participantes fumadores. Este procedimento permitiu não só avaliar a exposição ao tabaco, mas também sensibilizar os indivíduos para os efeitos nocivos do consumo, funcionando como uma estratégia de consciencialização e potencial motivação para a cessação tabágica.

Apresentam-se de seguida as intervenções desenvolvidas, bem como os respetivos indicadores de avaliação, fundamentais para a monitorização da eficácia e impacto das ações implementadas.

- **Atividade 1** – Tertúlia, como estratégia de Educação para a Saúde

Foi realizada uma Tertúlia (ANEXOS K e L) como estratégia de Educação para a Saúde, com o objetivo de sensibilizar os participantes para os principais fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, bem como promover a adoção de estilos de vida saudáveis. Esta estratégia privilegiou uma abordagem participativa e interativa, facilitando a partilha de conhecimentos e experiências entre os participantes, o que vai ao encontro com os princípios da promoção da saúde.

O planeamento desta atividade envolveu a realização de várias reuniões preparatórias, nomeadamente com a coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade e com a vereadora da Câmara Municipal, com vista à definição de objetivos, organização logística e mobilização da comunidade. Foi também estabelecido contacto com um médico cardiologista, que participou na tertúlia enquanto convidado, contribuindo com o seu conhecimento técnico-científico e enriquecendo a discussão.

A intervenção foi ancorada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que enfatiza a importância das perceções individuais, nomeadamente os benefícios esperados, as barreiras percebidas e a autoeficácia, na adoção de comportamentos saudáveis. Neste sentido, a tertúlia procurou reforçar os benefícios da mudança comportamental, esclarecer dúvidas e desmistificar crenças associadas às doenças cardiovasculares, contribuindo para a capacitação dos participantes e aumento da sua literacia em saúde. Simultaneamente, a dinâmica de grupo favoreceu as influências interpessoais positivas, consideradas pelo modelo como determinantes na motivação para a mudança de comportamento.

A sessão decorreu no cineteatro, foi aberta ao público em geral e contou com a participação de 110 indivíduos, sendo que 52 pertenciam à população-alvo. Segundo informação apurada junto da Vereadora da Câmara Municipal, foram solicitados 81 pedidos de dispensa para participação na atividade, contudo não foi possível garantir a dispensa de todos os trabalhadores, uma vez que tal se revelou inexequível no decorrer do horário normal de trabalho, tendo em consideração a necessidade de assegurar o normal funcionamento dos serviços.

A avaliação da tertúlia foi realizada com base em indicadores previamente definidos (Quadro 5), permitindo analisar o grau de concretização e o impacto da atividade. Relativamente à taxa de realização, a atividade foi concretizada conforme o planeado, cumprindo os objetivos delineados e a organização previamente estabelecida. No que diz respeito à participação, registou-se a presença de 110 indivíduos de diferentes faixas etárias, com distintos níveis de literacia e contextos socioculturais, o que contribuiu para a diversidade de perspetivas e para o enriquecimento da discussão.

A taxa de adesão atingiu os 110%, ultrapassando o número de vagas inicialmente previsto (100 participantes), o que evidencia um elevado interesse por parte da comunidade e uma eficaz divulgação da atividade. Este resultado pode ser interpretado como um indicador positivo da pertinência do tema abordado e da adequação da estratégia utilizada.

No que concerne à dinâmica da sessão, observou-se um elevado grau de participação e interação, traduzido no envolvimento ativo dos participantes, nomeadamente através da colocação de questões, partilha de experiências e contributos pertinentes ao longo da tertúlia. De igual modo, o interesse demonstrado foi elevado, sendo visível pela participação contínua e pela qualidade das intervenções realizadas.

Globalmente, os resultados obtidos sugerem que a tertúlia constituiu uma estratégia eficaz de educação para a saúde, promovendo o envolvimento da comunidade e contribuindo para a sensibilização para a temática das doenças cardiovasculares.

Quadro 5 - Indicadores de avaliação da Tertúlia

Indicador	Resultado	Observação
Taxa de realização da atividade	Realizada	Atividade realizada conforme planeado
Número de participantes	110	Público em geral, de várias faixas etárias
Taxa de adesão: (N.º de participantes / N.º de vagas previstas) × 100	$(110/100) \times 100 = 110$	O número de participantes excedeu o previsto (capacidade da sala para 100 pessoas sentadas)
Grau de participação/interação	Elevado	Envolvimento ativo, com colocação de questões e partilha de experiências
Interesse demonstrado	Elevado	Evidenciado ao longo da sessão através da participação contínua e pertinência das intervenções

Fonte: Elaboração própria

- **Atividade 2 – Rastreio Cardiovascular**

Foi realizado um rastreio cardiovascular com o objetivo de avaliar fatores de risco e promover a detecção precoce de alterações associadas às doenças cardiovasculares, contribuindo para a prevenção primária e secundária destas patologias. Estas intervenções assumem particular relevância no contexto da saúde pública, uma vez que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade a nível mundial, estando fortemente associadas a fatores de risco modificáveis (OMS, 2021).

No total participaram 36 indivíduos, aos quais foram avaliados os seguintes parâmetros clínicos e antropométricos:

- Tensão arterial
- Peso
- Altura
- Índice de massa corporal (IMC)
- Perímetro abdominal
- Glicémia capilar
- Níveis de monóxido de carbono no ar expirado, nos participantes fumadores ativos

A seleção destes parâmetros fundamenta-se nas recomendações da Direção-Geral da Saúde (2019) e da Organização Mundial da Saúde (2021), que identificam a hipertensão arterial, o excesso de peso e obesidade, a adiposidade abdominal, a hiperglicemia e o consumo de tabaco como fatores de risco major para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A monitorização destes indicadores permite identificar precocemente situações de risco e implementar medidas preventivas adequadas.

A avaliação dos parâmetros de saúde proporcionou aos participantes uma maior consciencialização do seu estado de saúde, funcionando como um estímulo para a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Os participantes que apresentaram valores alterados foram devidamente encaminhados para acompanhamento médico, garantindo a continuidade de cuidados, de acordo com as boas práticas recomendadas pela Direção-Geral da Saúde. Paralelamente,

todos os participantes beneficiaram de aconselhamento individualizado sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que se refere à alimentação equilibrada, prática de atividade física e cessação tabágica (Apêndice B), áreas prioritárias na promoção da saúde cardiovascular (Apêndice C) (OMS, 2021).

Quadro 6: Indicadores de Avaliação do Rastreio Cardiovascular

Indicador	Resultado	Observações
Realização da atividade	Realizada	Todas as avaliações previstas foram realizadas
Nº de participantes avaliados	36	Faixa etária variada
Avaliação de parâmetros clínicos	Realizada	Medidas padronizadas e registadas
Identificação de valores alterados	Realizada	Encaminhamento sempre que necessário
Encaminhamento de participantes	Realizado	Através de consulta com médico de família
Sensibilização individual	Realizada	Informação personalizada entregue a todos os participantes

Fonte: Elaboração própria

Síntese final:

Ambas as atividades foram cumpridas integralmente, com interesse e interação consistentes e relevantes dos participantes ao longo das sessões. O rastreio permitiu detetar alterações precoces, garantindo encaminhamentos adequados sempre que necessário, reforçando a importância da educação para a saúde e da prevenção de doenças cardiovasculares.

4.3. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A identificação dos recursos é fundamental para o processo de Planeamento e consequente implementação do mesmo. Os recursos podem ser humanos, materiais e financeiros. Segundo Tavares (1990), o planeamento dos recursos envolve três aspetos: “inventariação, análise da adequação e previsão dos recursos necessários” (p. 71). Os

recursos têm que ser ajustados mediante as necessidades encontradas, sendo que também estes podem sofrer alterações aquando a realização do diagnóstico da situação e definidas as intervenções. Segue-se os recursos utilizados no desenvolvimento deste relatório:

Tabela 1 - Recursos necessários para o Projeto

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS FÍSICOS
- Mestranda; - Docente Orientadora; - Enfermeira Supervisora do estágio/ coordenadora da UCC; - Equipa de Enfermagem da UCC; - Nutricionista da UCC - Médico/a Cardiologista do Serviço de Cardiologia do HESE; - Presidente da Câmara Municipal - Vereadora da Câmara Municipal - Colaboradores da Câmara Municipal alvo do projeto - Colaboradores da rádio local	- Computador; - Impressora; - Mesas; - Cadeiras; -Material consumível (Folhas A4, fotocópias, tinteiro da impressora, canetas...); - Viatura automóvel da UCC; - Balança; - Fita métrica, - Esfigmomanómetro; -Estetoscópio; -Gucómetro; - Tiras para glucómetro; - Lancetas descartáveis; - Monitor de monóxido de carbono; - Resguardos descartáveis; - Luvas descartáveis; - Lixo grupo I, II e III; - Compressas não esterilizadas; - Contentor de corto-perfurantes; - Álcool a 70º	- Instalações da USP; - Instalações da UCC; - Instalações da CMVV;

Fonte: construção própria

4.4 PARCERIAS

O desenvolvimento do presente projeto contou com a colaboração de instituições parceiras, pois a intervenção em saúde comunitária exige uma abordagem multidisciplinar. Neste sentido, foram estabelecidas parcerias com diferentes entidades, nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade e a Câmara Municipal, enquanto entidades diretamente envolvidas no desenvolvimento do projeto e no acesso à população-alvo.

A colaboração com a equipa de enfermagem da UCC, a enfermeira supervisora, a nutricionista e outros profissionais de saúde, bem como com elementos da autarquia, nomeadamente o presidente e a vereadora, revelou-se fundamental para a concretização das atividades planeadas. Esta articulação permitiu não só garantir o suporte técnico-

científico necessário, mas também facilitar a organização e implementação das intervenções, sobretudo a realização da sessão de educação para a saúde e do rastreio cardiovascular.

Concretamente, a participação do médico cardiologista revelou-se de extrema importância, não só pelo contributo especializado na área cardiovascular, mas também pela credibilidade e confiança transmitidas à população, potenciando a adesão e o interesse dos participantes nas atividades desenvolvidas. Relativamente à nutricionista, a sua colaboração foi indispensável no âmbito do rastreio realizado, nomeadamente na avaliação de parâmetros antropométricos que permitiram o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), bem como na identificação de fatores de risco cardiovascular e eventual necessidade de encaminhamento para avaliação médica. Por sua vez, a rádio local assumiu um papel relevante na divulgação das atividades desenvolvidas, bem como na cobertura das mesmas, permitindo posteriormente a sua divulgação através das redes sociais e outros meios de comunicação locais, contribuindo para uma maior sensibilização e envolvimento da comunidade.

Desta forma, o trabalho em parceria revelou-se determinante para a adequação das intervenções às necessidades da população, para a otimização dos recursos disponíveis e para o sucesso do projeto, evidenciando a relevância da articulação interinstitucional na resolução de problemas de saúde pública.

4.5 SUSTENTABILIDADE E CONTINUIDADE DO PROJETO

A sustentabilidade e continuidade do projeto assumem-se fulcrais, na medida em que permitem garantir a manutenção dos ganhos em saúde obtidos e a consolidação das mudanças promovidas na população-alvo. Neste sentido, o projeto foi desenvolvido com o intuito de capacitar os colaboradores da Câmara Municipal, promovendo a melhoria da literacia em saúde e incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente ao nível da alimentação, prática de atividade física e cessação tabágica.

A realização de intervenções como a sessão de educação para a saúde e o rastreio cardiovascular, que permitiu a identificação precoce de alterações e o encaminhamento para cuidados de saúde sempre que necessário, contribuiu para aumentar a consciencialização dos participantes relativamente ao seu estado de saúde e à importância da prevenção. Este processo de sensibilização constitui um elemento fundamental para a continuidade dos comportamentos promotores de saúde.

Por sua vez, a articulação com a UCC e restantes parceiros institucionais possibilita a continuidade de iniciativas no âmbito da promoção da saúde, podendo estas ser integradas em atividades futuras ou programas já existentes. O projeto foi concebido desde o início com uma perspetiva de sustentabilidade e continuidade, procurando não ser uma intervenção pontual, mas sim uma estratégia integrada na promoção da saúde cardiovascular na comunidade.

Para o ano de 2026, estão delineadas várias atividades de manutenção e reforço das intervenções já realizadas, nomeadamente:

- Continuidade das sessões de educação para a saúde sobre prevenção do risco cardiovascular, com periodicidade regular (trimestral ou semestral), dirigidas à população trabalhadora e à comunidade em geral;
- Reforço das ações de rastreio de fatores de risco cardiovascular (como tensão arterial, IMC e perímetro abdominal), em articulação com as estruturas locais de saúde;
- Implementação de ações de follow-up dos participantes, de forma a monitorizar a adesão às recomendações e promover mudanças comportamentais sustentadas;
- Manutenção da divulgação das atividades através da rádio local e redes sociais, garantindo a continuidade da literacia em saúde.

Em termos de objetivos para 2026, pretende-se:

- Consolidar ganhos em literacia em saúde cardiovascular;
- Promover a manutenção de estilos de vida saudáveis na população-alvo;
- Reforçar a articulação entre a unidade de saúde, autarquia e parceiros comunitários;
- Garantir a integração das atividades no plano de saúde local, para que deixem de ser apenas do projeto e passem a ser práticas regulares.

Quanto aos envolvidos, a continuidade do projeto assenta numa abordagem multidisciplinar e intersectorial, envolvendo:

- A Unidade de Saúde (enfermeiros, médico de família e, quando necessário, médico cardiologista);

- A nutricionista, no acompanhamento da alimentação saudável;
- A autarquia e recursos comunitários;
- A rádio local, que mantém o papel de divulgação e sensibilização;
- E a própria comunidade, que assume um papel ativo na manutenção dos comportamentos de saúde.

Assim, a continuidade do projeto encontra-se determinada entre a capacitação da população, a articulação com os serviços de saúde e parceiros locais e a possibilidade de integração destas intervenções em estratégias de saúde mais abrangentes, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção de ganhos em saúde sustentados ao longo do tempo.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação e controlo do projeto constituiu uma etapa fundamental para analisar a eficácia das intervenções desenvolvidas e a sua adequação às necessidades identificadas na população-alvo. Ao longo do desenvolvimento do projeto, a avaliação foi um processo contínuo, integrado nas diferentes fases do planeamento em saúde, permitindo assim acompanhar a execução das atividades e refletir sobre os resultados obtidos.

A avaliação do projeto foi efetuada com base na análise SWOT, uma ferramenta estratégica que permitiu identificar e analisar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças inerentes à sua implementação, contribuindo para uma reflexão crítica sobre os resultados obtidos e para a identificação de áreas de melhoria.

A análise SWOT foi sustentada na aplicação de um questionário centrado na identificação dos pontos fortes e fracos do projeto (ANEXO M), o que permitiu recolher a perspetiva dos principais “stakeholders”. Este procedimento possibilitou uma análise mais abrangente e fundamentada, integrando contributos relevantes dos intervenientes diretamente envolvidos, e favorecendo uma compreensão mais crítica dos fatores internos e externos que influenciaram a implementação do projeto.

Importa referir que o processo de avaliação apresentou algumas limitações. O período de tempo disponível para a implementação do projeto não permitiu avaliar alterações ao nível dos comportamentos e estilos de vida a médio e longo prazo, sendo

este um aspeto essencial na prevenção das doenças cardiovasculares. Para além disso, a avaliação centrou-se maioritariamente em indicadores quantitativos, não permitindo explorar de forma mais aprofundada as perceções e dificuldades dos participantes face à mudança de comportamentos.

Por esta razão, a análise SWOT funciona como um instrumento de monitorização qualitativa, permitindo não só o acompanhamento do progresso do projeto, mas também a identificação de áreas que necessitam de ajustes ou reforço estratégico.

Além disso, este tipo de avaliação baseada nos parceiros do projeto contribui para a criação de soluções para melhoria contínua, uma vez que permite alinhar perceções, expectativas e prioridades entre todos os envolvidos, mantendo os objetivos de longo prazo, mesmo quando os efeitos em saúde ainda não são diretamente mensuráveis.

Assim, a avaliação do projeto pelos parceiros envolvidos revela uma perceção positiva, onde destacam a sua pertinência face às necessidades identificadas na comunidade, principalmente no âmbito da prevenção do risco cardiovascular na população em idade ativa. As intervenções desenvolvidas, nomeadamente os rastreios e as sessões de educação para a saúde, foram reconhecidas como adequadas e eficazes na promoção da literacia em saúde, permitindo uma abordagem acessível e próxima da população-alvo.

Os parceiros salientaram ainda o profissionalismo, a disponibilidade e a capacidade de articulação da equipa, fatores que contribuíram para a qualidade da implementação e para a satisfação dos participantes. A realização de atividades com componente prática e interativa foi identificada como um aspeto diferenciador, potenciando o envolvimento da população e facilitando a transmissão de conhecimentos.

Por sua vez, surgiram também algumas limitações relevantes. O reduzido período de tempo para implementação do projeto constituiu o principal constrangimento, condicionando não só a abrangência das intervenções, mas também a possibilidade de avaliação objetiva dos ganhos em saúde, os quais se pretende observar a médio e longo prazo.

Neste sentido, importa salientar que a avaliação do projeto assenta predominantemente na perceção dos parceiros, através de uma abordagem qualitativa. Embora esta permita uma análise contextualizada e fundamentada da implementação, não possibilita, nesta fase, a mensuração direta de indicadores de resultado em saúde. Tal reforça a necessidade de desenvolvimento de estratégias de monitorização

contínua e de follow-up dos participantes, de forma a avaliar o impacto real das intervenções ao longo do tempo.

Relativamente às perspetivas futuras, os parceiros reconhecem o potencial de continuidade e expansão do projeto, destacando a importância do reforço de parcerias e da diversificação de contextos de intervenção. É igualmente sublinhada a necessidade de promover maior envolvimento da população e de assegurar o acompanhamento dos indivíduos identificados em risco, de modo a potenciar ganhos em saúde sustentados.

Assim, os resultados da avaliação revelam que, apesar das limitações inerentes ao contexto e ao período de implementação, o projeto constitui uma intervenção relevante e com potencial de desenvolvimento, devendo ser encarado como uma base para futuras ações estruturadas na área da enfermagem comunitária.

IV – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao longo do meu percurso académico e tendo por base o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária centrado na prevenção do risco cardiovascular na população em idade ativa, considero que consegui adquirir e consolidar, de forma progressiva, as competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a sua aquisição foi contínua durante todo o processo, estando particularmente presente nas diferentes fases do projeto. Desde o momento da definição da metodologia até à implementação das intervenções, o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão foram, para mim, uma constante preocupação. A consideração das questões éticas, nomeadamente no que diz respeito à recolha de dados, ao consentimento dos participantes e à confidencialidade da informação, demonstrou a importância de uma prática responsável e centrada na pessoa. Para além disso, ao desenvolver intervenções com o objetivo de capacitar a população para a adoção de estilos de vida saudáveis, procurei promover a autonomia, o direito à informação e a autodeterminação dos indivíduos, respeitando os seus valores, crenças e contexto sociocultural. A articulação com a equipa multidisciplinar e a participação em momentos de partilha, como os briefings, contribuíram também para uma tomada de decisão mais fundamentada, partilhada e eticamente sustentada, reforçando a minha consciência enquanto profissional responsável.

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, considero que este foi desenvolvido através da estruturação e implementação do projeto de intervenção comunitária. A utilização da metodologia do planeamento em saúde permitiu-me compreender a importância de uma intervenção sistematizada, iniciando-se com o diagnóstico de situação, identificação de necessidades e definição de prioridades, seguindo-se o planeamento, implementação e avaliação das estratégias definidas. Este processo possibilitou não só a adequação das intervenções às necessidades reais da população, mas também a monitorização dos seus resultados, promovendo uma reflexão contínua sobre a prática. O facto do projeto se encontrar alinhado com programas nacionais de saúde reforçou a sua pertinência e integração nas estratégias institucionais, evidenciando o papel do enfermeiro especialista na dinamização de práticas orientadas

para a qualidade e para os ganhos em saúde. Por sua vez, as intervenções desenvolvidas contribuíram para a construção de ambientes mais seguros e promotores de saúde, ao recair na redução de fatores de risco cardiovascular.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, o estágio permitiu-me desenvolver competências ao nível da organização, planeamento e articulação dos recursos disponíveis. A implementação do projeto implicou a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a colaboração com diferentes parceiros, nomeadamente a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade e a autarquia. Esta articulação interinstitucional revelou-se fundamental para a concretização das atividades propostas e para a sua adequação ao contexto. Ao longo deste processo, fui também desenvolvendo a capacidade de adaptar as estratégias às características da população-alvo, nomeadamente trabalhadores em idade ativa, o que exigiu flexibilidade e capacidade de liderança.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considero ter sido um dos mais significativos ao longo do meu percurso académico. A necessidade de fundamentar teoricamente todas as intervenções levou-me a recorrer de forma sistemática à evidência científica atualizada, permitindo sustentar a prática com base em conhecimento válido e rigoroso. A utilização de referenciais teóricos, como o Modelo de Promoção da Saúde, contribuiu para uma intervenção mais estruturada e consciente. Da mesma forma, a realização de momentos de reflexão ao longo do estágio possibilitou o desenvolvimento do autoconhecimento, permitindo-me identificar fragilidades, potencialidades e áreas de melhoria. Este processo reflexivo foi essencial para a construção de uma prática mais crítica, consciente e autónoma. A participação em momentos formativos e de partilha com a equipa reforçou ainda a importância da aprendizagem contínua e da atualização constante enquanto enfermeira em processo de especialização.

De forma conclusiva, considero que todo o meu percurso académico constituiu uma experiência fundamental para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, permitindo-me integrar conhecimentos, desenvolver capacidades e consolidar atitudes essenciais a uma prática diferenciada, crítica e centrada na melhoria contínua dos cuidados e na promoção da saúde das populações.

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

Ao longo do desenvolvimento do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, considero que a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista ocorreu de forma progressiva, sustentada essencialmente na conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária direcionado para a prevenção do risco cardiovascular na população em idade ativa.

Relativamente à competência de **estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**, considero que esta foi central em todo o meu percurso. A definição do diagnóstico de situação constituiu o ponto de partida, permitindo-me integrar conhecimentos sobre determinantes da saúde, nomeadamente fatores socioeconómicos e estilos de vida da população-alvo. A identificação dos principais fatores de risco cardiovascular e das necessidades em saúde dos colaboradores da Câmara Municipal demonstra capacidade de analisar problemas de saúde de forma estruturada e fundamentada. Posteriormente, a definição de prioridades, a formulação de objetivos e a seleção de estratégias adequadas demonstram a aplicação efetiva das diferentes etapas do planeamento em saúde. A conceção e implementação do projeto de intervenção, bem como a sua avaliação, permitiram-me consolidar esta competência, nomeadamente na monitorização dos resultados e na reflexão sobre os ganhos em saúde alcançados, ajustando estratégias sempre que necessário.

No que diz respeito à competência de **contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**, considero que esta esteve fortemente presente nas intervenções desenvolvidas. A implementação de estratégias educativas e de promoção da saúde, direcionadas para a literacia em saúde e adoção de estilos de vida saudáveis, constituiu uma forma de capacitar a população para a autogestão da sua saúde. Ao longo do projeto, procurei não só transmitir informação, mas também envolver ativamente os participantes, promovendo a sua participação e responsabilização no processo de mudança. A mobilização de conhecimentos da área da comunicação e educação para a saúde, bem como a adaptação das estratégias às características da população, foram fundamentais para tornar as intervenções mais eficazes. A articulação com parceiros

comunitários/institucionais reforçou a dimensão participativa e colaborativa do projeto, contribuindo para o empoderamento da comunidade.

Relativamente à competência de **integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**, considero que esta foi desenvolvida através do enquadramento do projeto nos programas e estratégias nacionais de saúde. A articulação com o Plano Nacional de Saúde 2030 e com programas prioritários, como os relacionados com as doenças cardiovasculares, alimentação saudável, atividade física e controlo do tabagismo, permitiu alinhar a intervenção com as orientações estratégicas nacionais. A colaboração com a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Cuidados na Comunidade evidenciou o papel do enfermeiro especialista na otimização e operacionalização de programas de saúde, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde na comunidade.

Por fim, no que concerne à competência de **realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**, reconheço que esta foi desenvolvida sobretudo na fase de diagnóstico e avaliação do projeto. A recolha, análise e interpretação de dados relativos aos fatores de risco cardiovascular permitiram-me compreender os fenómenos de saúde-doença na população em estudo. A utilização de indicadores e a sistematização da informação contribuíram para a construção de um perfil de saúde da comunidade, essencial para a tomada de decisão. Para além disso, o acompanhamento dos resultados das intervenções possibilitou uma monitorização contínua da evolução da situação de saúde, reforçando a importância da vigilância epidemiológica como instrumento fundamental na prática em saúde pública.

Assim, considero que o desenvolvimento deste projeto constituiu uma oportunidade fundamental para a aquisição e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitindo-me mobilizar conhecimentos, desenvolver capacidades de análise e intervenção e adotar uma prática fundamentada, crítica e orientada para a melhoria da saúde das populações.

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE – REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO FORMATIVO

A aquisição de competências de grau de mestre pressupõe não apenas a assimilação de novos conhecimentos, mas também a sua mobilização crítica, reflexiva e contextualizada na prática profissional. Ao longo do percurso formativo e, em particular, no desenvolvimento do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi possível consolidar um conjunto de competências que evidenciam essa evolução.

Em primeiro lugar, destaca-se o desenvolvimento de **conhecimentos aprofundados e capacidade de compreensão numa área especializada**, nomeadamente no domínio da prevenção do risco cardiovascular. A elaboração do enquadramento teórico, sustentado na evidência científica mais recente sobre doenças cardiovasculares, determinantes da saúde e promoção da saúde, permitiu não só consolidar saberes, mas também compreender a complexidade dos fenómenos de saúde numa perspetiva multidimensional.

Paralelamente, foi desenvolvida a competência de **aplicação do conhecimento em contextos novos e complexos**, evidenciada na conceção, implementação e avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária. A capacidade de realizar um diagnóstico de situação, identificar fatores de risco e planejar intervenções ajustadas à população-alvo demonstra a mobilização integrada de conhecimentos teóricos para a prática, num contexto real e com múltiplas variáveis.

Outra competência central prende-se com a **capacidade de resolução de problemas e tomada de decisão em situações novas e não familiares**. Durante o estágio, foi necessário adaptar estratégias face às características da população, recursos disponíveis e constrangimentos institucionais, o que exigiu pensamento crítico, flexibilidade e capacidade de priorização, particularmente na implementação de intervenções de promoção da saúde e prevenção cardiovascular.

A **integração de conhecimentos e formulação de juízos críticos**, incluindo implicações éticas e sociais, foi igualmente desenvolvida. A análise dos determinantes sociais da saúde e o foco na equidade e literacia em saúde evidenciam uma abordagem crítica e consciente do impacto das intervenções na população, respeitando princípios éticos e de justiça social.

No que diz respeito às **competências de comunicação**, estas foram mobilizadas tanto na elaboração do relatório como na interação com a população e equipa multidisciplinar. A implementação de estratégias educativas e de sensibilização exigiu a capacidade de transmitir informação de forma clara, acessível e adequada ao nível de literacia da população-alvo, promovendo a capacitação e a autonomia dos indivíduos.

Destaca-se ainda o desenvolvimento de competências ao nível da **aprendizagem ao longo da vida e autonomia**, refletidas na capacidade de autoavaliação e reflexão crítica sobre o percurso formativo. A realização deste relatório e a análise das competências adquiridas demonstram uma atitude reflexiva, essencial à melhoria contínua da prática profissional.

Por fim, importa salientar o reforço de competências de **liderança, trabalho em equipa e articulação interinstitucional**, evidenciado pela participação em contextos como a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Cuidados na Comunidade. A colaboração com equipas multidisciplinares e a integração em dinâmicas organizacionais complexas contribuíram para o desenvolvimento de uma visão sistémica e integrada dos cuidados de saúde.

Em suma, o percurso desenvolvido permitiu a aquisição e consolidação de competências de grau de mestre, traduzidas na capacidade de integrar conhecimento científico, pensamento crítico e intervenção prática, com autonomia e responsabilidade. Estas competências refletem-se numa prática profissional mais diferenciada, centrada na evidência, na promoção da saúde e na resposta às necessidades da comunidade (*Diário da República*, 1.^a série – N.º 176 – 13 de setembro de 2016)

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente relatório, no âmbito do Mestrado em enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, constituiu uma oportunidade privilegiada para a integração de conhecimentos teóricos e práticos, possibilitando a realização de um projeto de intervenção comunitária centrado na prevenção do risco cardiovascular na população em idade ativa.

As doenças cardiovasculares, enquanto principal causa de mortalidade, exigem uma abordagem adaptada que considere não apenas os fatores biológicos, mas também os determinantes sociais da saúde e os estilos de vida das populações. Neste sentido, a implementação deste projeto, sustentado na metodologia do planeamento em saúde e no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, permitiu intervir de forma estruturada e ajustada ao contexto real da população-alvo, contribuindo para a identificação de fatores de risco e para a promoção de comportamentos saudáveis.

A realização do diagnóstico de situação revelou-se fundamental para a compreensão das necessidades em saúde dos colaboradores da Câmara Municipal, permitindo nortear as intervenções que foram posteriormente desenvolvidas. A implementação de estratégias como a Tertúlia, como forma de educação para a saúde, e o rastreio cardiovascular possibilitou não só aumentar a literacia em saúde, mas também a identificação precoce de situações de risco, reforçando a importância da intervenção do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção da doença.

Apesar dos ganhos evidenciados, nomeadamente ao nível da sensibilização e capacitação dos participantes, reconhece-se que a mudança de comportamentos exige intervenções contínuas, bem como o envolvimento ativo das instituições e dos próprios indivíduos. Neste sentido, é fundamental dar continuidade a iniciativas desta natureza.

O desenvolvimento deste relatório permitiu, ainda, a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, nomeadamente ao nível da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, da capacitação de grupos, da integração em programas de saúde e da utilização de instrumentos de vigilância epidemiológica. Por sua vez, possibilitou o desenvolvimento de uma prática mais crítica, reflexiva e fundamentada, orientada para a melhoria contínua dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde.

Este percurso formativo constituiu um processo de aprendizagem significativo, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na promoção da saúde das populações, na redução das desigualdades em saúde e na intervenção sobre os determinantes sociais, contribuindo para uma prática profissional mais consciente, autónoma e orientada para a qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Borges, E., & Queiroz, C. (2019). Eficácia dos programas de promoção da saúde nos locais de trabalho: Revisão integrativa. *Revista ROL Enfermagem*, 43(1), 322–334. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31461/1/322-334.pdf>
- Almeida, L., Bianco, M., Moraes, T., Alves, R., Bastianello, G., & Vicentini, N. (2021). O trabalho como determinante da saúde e espaço de desenvolvimento de competências. *Revista Psicologia: Organizações & Trabalho*, 21(2). <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.2.21507>
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa: Projeto e_COR*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Camargo, E., & Anez, C. (2020). *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Num piscar de olhos*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9e776de6-adc7-46c1-936f-6dd2bb4f7373/content>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Normas e orientações clínicas na prevenção cardiovascular*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf.pdf>
- Estebarsari, F., Assari, A., Dastoorpoor, M., Rezaei, F., Daryazadeh, S., Tavakoli, M., & Momenyan, S. (2024). Climate change and health: A systematic review and recommendations for future research. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 29(1), 1–12.

Figueiredo, B., et al. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 77–88.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>

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

Hospital Fernando Fonseca. (2025). *Dia Mundial do Acidente Vascular Cerebral (AVC) 2025*. <https://hff.min-saude.pt/dia-mundial-do-acidente-vascular-cerebral-avc-2025/>

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Obras Avulsas.

Martínez-Riera, J., et al. (2022). Educational strategies to promote adherence to treatment in patients with cardiovascular disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9841.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19169841>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1.^a ed.). Lidel.

Mohammadkhah, F., et al. (2023). The effect of climate change on infectious disease incidence: A review. *Journal of Infection and Public Health*, 16(10), 1480–1488.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfa_miliar_sp%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (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*, 2.^a série(135). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série(26).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular* (2.ª ed.). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*.

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organização Mundial da Saúde. (2025). *World report on social determinants of health equity*. [https://bvsms.saude.gov.br/oms-publica-novo-relatorio-mundial-sobre-](https://bvsms.saude.gov.br/oms-publica-novo-relatorio-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-equidade-em-saude/)

[determinantes-sociais-da-equidade-em-saude/](https://bvsms.saude.gov.br/oms-publica-novo-relatorio-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-equidade-em-saude/)

Pan American Health Organization. (n.d.). *Doenças cardiovasculares*.

<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>

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

Santi, D. B., & Baldissera, V. D. A. (2023). O modelo de promoção da saúde de Nola Pender: Aplicação e contribuições para a enfermagem. *Saúde em Debate*, 47(139), 993–996. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313919>

Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). O modelo de Nola Pender para promoção da saúde do adolescente: Revisão integrativa. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 27, e-1507. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Programas de saúde prioritários*.

<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>

Silva, R., et al. (2022). Doenças crônicas não transmissíveis como um problema de saúde pública: Uma revisão sistemática. *Conjecturas*, 22(16).

<https://doi.org/10.53660/CONJ-2040-MP37B>

Sociedade Portuguesa de AVC. (2025). *Guia de enfermagem do acidente vascular cerebral*. Portugal Stroke Nurses Task Force. <https://spavc.org/wp->

[content/uploads/2025/10/2025-FINALGuia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jun25_NTF.pdf.pdf](#)

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Ministério da Saúde.

Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo. (2025). *Manual de acolhimento 2025*.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/944/40007/4071480/QUEM%20SOMOS/Manual%20acolhimento%202025.pdf>

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. (2023). *Normas para realização de trabalhos académicos e científicos escritos na UÉSESJD (Ordem de Serviço n.º 01/2023)*. Universidade de Évora.

ANEXOS

ANEXO A: Classificação da Pressão Arterial em Adultos

PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS (em mmHg)						
PAS < 120 e PAD < 80	PAS 120-129 e/ou PAD 80-84	PAS 130-139 e/ou PAD 85-89	PAS 140-159 e/ou PAD 90-99	PAS 160-179 e/ou PAD 100-109	PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110	PAS ≥ 140 e PAD < 90
Ótima	Normal	↓	↓	↓	↓	↓
Reavaliar até 2 anos		Normal-Alta	↓	↓	↓	↓
		Reavaliação: 1 ano	HTA Grau I	HTA Grau II	HTA Grau III	Hipertensão Sistólica isolada
			Reavaliação: 2 meses	Reavaliação: 1 mês	Reavaliação: 1 semana	

Legenda:

HTA - hipertensão arterial

PAD - pressão arterial diastólica

PAS - pressão arterial sistólica

Fonte: OE, 2022.

ANEXO B: Estratégias de intervenção em função do SCORE e do nível de C-LDL não tratado.

Risco cardiovascular global (SCORE) %	NÍVEIS DE C-LDL NÃO TRATADOS					
	< 1,4 mmol/L (55 mg/dL)	1,4 a < 1,8 mmol/L (55 a < 70 mg/dL)	1,8 a < 2,6 mmol/L (70 a < 100 mg/dL)	2,6 a < 3,0 mmol/L (100 a < 116 mg/dL)	3,0 a < 4,9 mmol/L (116 a < 190 mg/dL)	≥ 4,9 mmol/L (≥ 190 mg/dL)
PREVENÇÃO PRIMÁRIA						
Baixo risco < 1						
Classe ^a /Nível ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A
≥ 1 a < 5, ou risco moderado						
Classe ^a /Nível ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A
≥ 5 a < 10, ou alto risco						
Classe ^a /Nível ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A
≥ 10 ou risco muito alto devido a situação de risco						
Classe ^a /Nível ^b	IIa/B	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA						
Risco muito elevado						
Classe ^a /Nível ^b	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A

LEGENDA:

Aconselhamento sobre o estilo de vida	Intervenção no estilo de vida, considerar adicionar fármaco, se não controlado	Intervenção no estilo de vida e intervenção farmacológica concomitante
---------------------------------------	--	--

C-LDL: colesterol das lipoproteínas de baixa densidade

SCORE: Systematic Coronary Risk Estimation

^aClasse de Recomendação^bNível de Evidência

Fonte: OMS, 2022.

ANEXO C: Grau de Dependência à Nicotina (Teste de Fagerstrom)



GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA (TESTE DE FAGERSTROM)

0	1	2	3
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?			
☐ 60 minutos	☐ 31 - 60 minutos	☐ 6 - 30 minutos	☐ 5 minutos
Tem dificuldade em não fumar em locais proibidos?			
☐ Não	☐ Sim		
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?			
☐ Outros	☐ O 1.º da manhã		
Quantos cigarros fuma por dia?			
☐ Menos de 11	☐ 11 a 20	☐ 21 a 30	☐ Mais de 30
Fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?			
☐ Não	☐ Sim		
Fuma mesmo quando acamado por doença?			
☐ Não	☐ Sim		

GRAU DE DEPENDÊNCIA

- 0 - 2 **MUITO BAIXO**
- 3 - 4 **BAIXO**
- 5 **MÉDIO**
- 6 - 7 **ELEVADO**
- 8 - 10 **MUITO ELEVADO**

Fonte: OMS, 2022.

ANEXO D: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

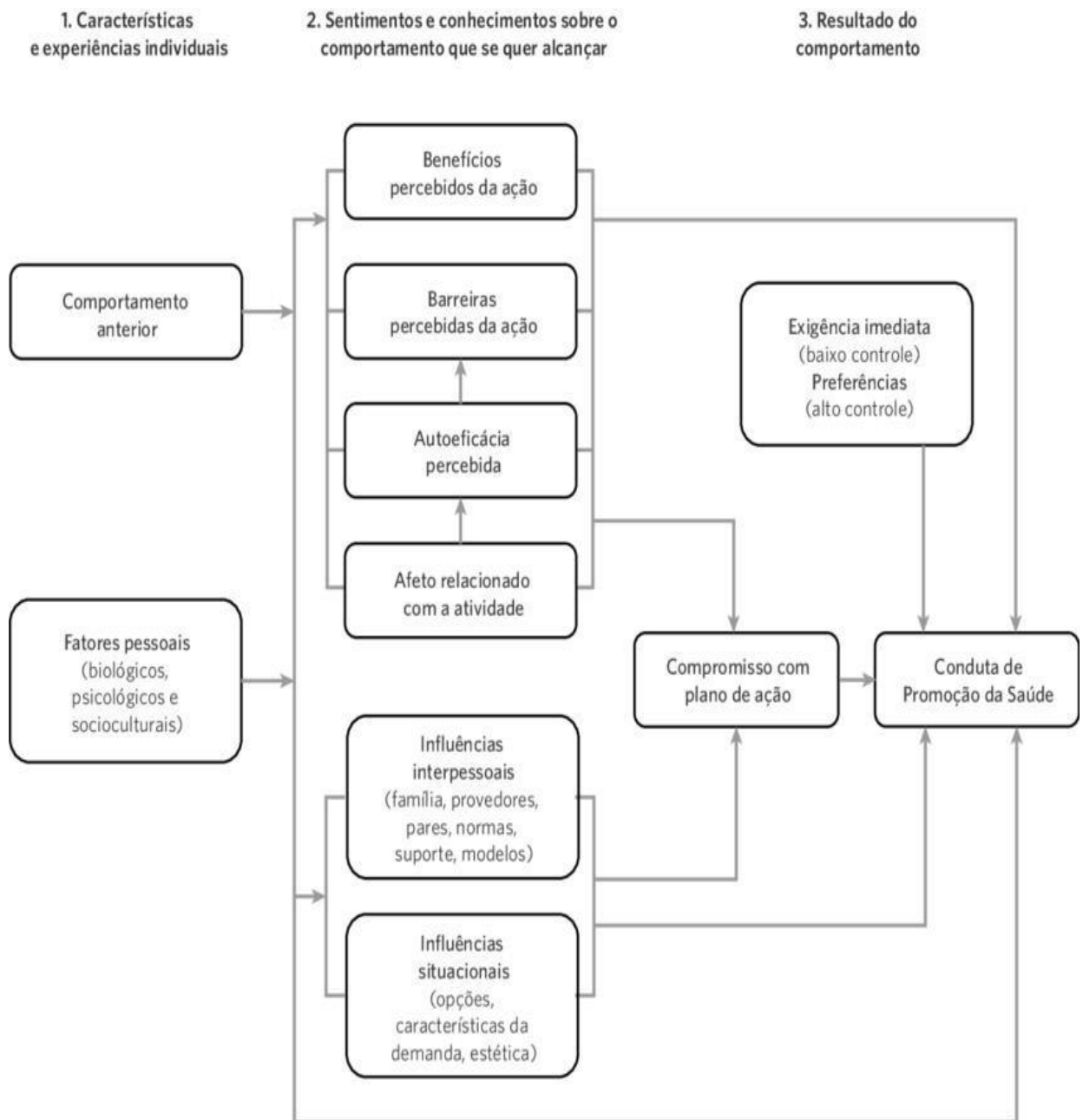


Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde

Fonte: Pender et al (2023)

ANEXO E: Etapas no processo de Planeamento em Saúde

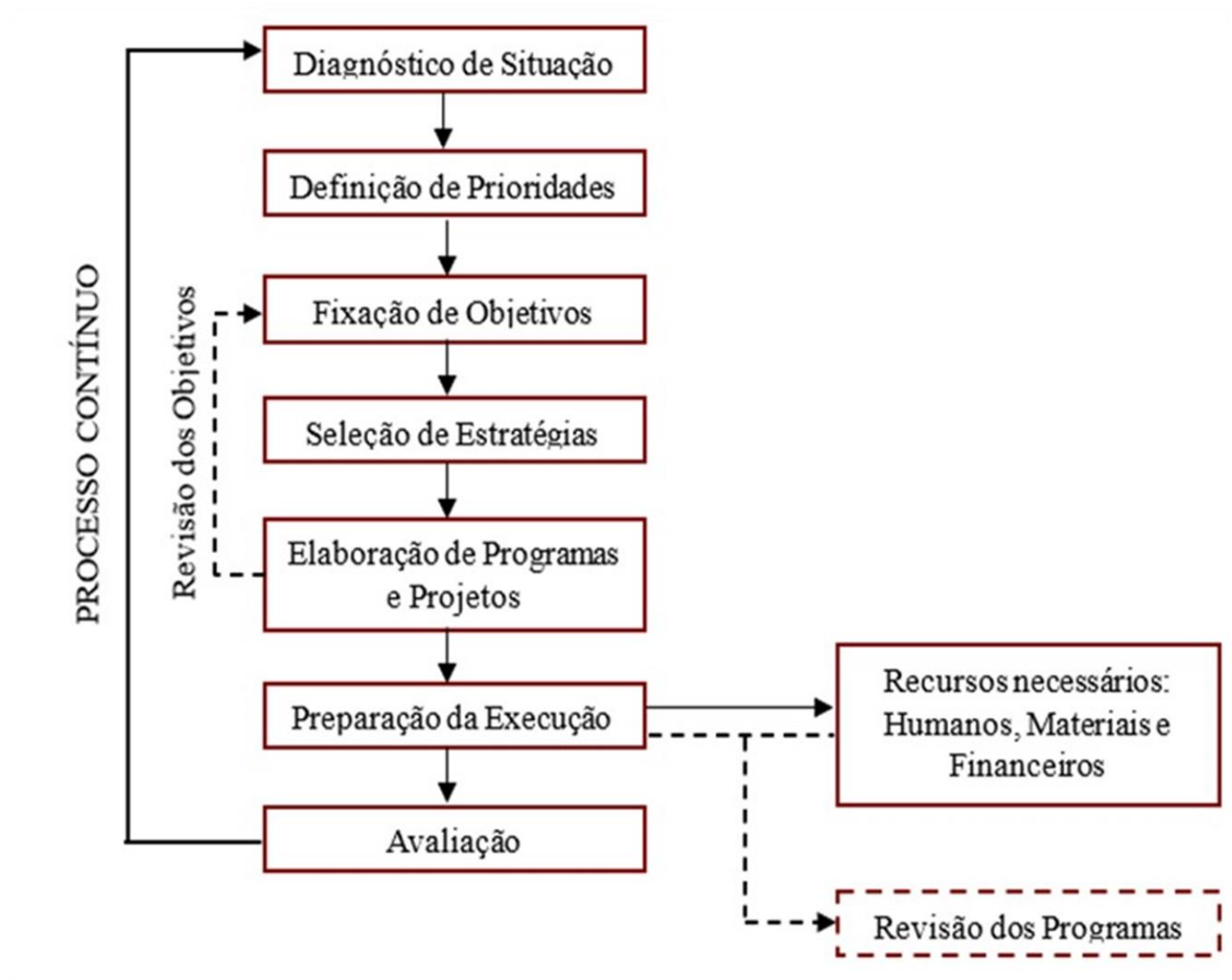


Figura 2 – Etapas do processo de Planejamento em Saúde

Fonte: Melo, 2020 adaptado de Imperatoni & Giraldes, 1983

ANEXO F: Questionário (Capucho & Caldeira, 2013)

Questionário

(Capucho & Caldeira, 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	Às 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	Às 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 resposta)

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

ANEXO G: Pedido de autorização aos autores do questionário e respetiva resposta

Excelentíssima Sr^a Enfermeira Susana Capucho,

Assunto: Pedido de autorização para utilização e adaptação de questionário para Projeto de Intervenção Comunitária de âmbito académico.

Eu, Nádía Sofia Baptista Pires, enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Cruz Vermelha de Vila Viçosa, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção na Comunidade na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED] o qual vai ser orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora da Universidade de Évora e, supervisionado pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED] a exercer funções na UCC de [REDACTED]

O projeto centra-se na prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa, compreendida entre os 20 e os 64 anos, nos trabalhadores da Câmara Municipal de [REDACTED]

Neste sentido, venho solicitar a V.Exa. 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.

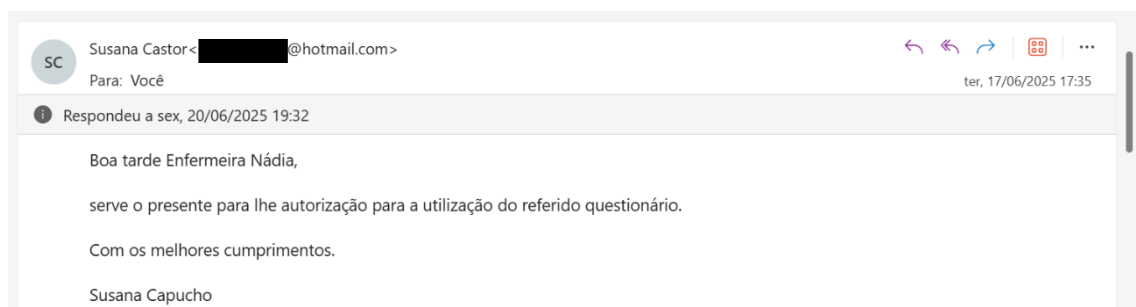
Cordialmente,

A mestranda:

Nádía Pires.

Contactos:

- Endereço eletrónico: [REDACTED]
- Contato telefónico: [REDACTED]



ANEXO H: Pedido de autorização ao Presidente da Câmara

Excelentíssimo Sr. Presidente da

Câmara Municipal [REDACTED]

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

Eu, Nádía Sofia Baptista Pires, enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Cruz Vermelha de Vila Viçosa, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, venho solicitar autorização para desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, junto dos funcionários que V.Ex^a dirige. O projeto é orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora da 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 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 implementação das intervenções decorrentes das necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

Garanto o cumprimento de todos os princípios éticos, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante. Estou inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer questões que lhe possam surgir, através dos seguintes contactos:

[REDACTED]@hotmail.com e [REDACTED]

Agradeço desde já a sua colaboração.

Cordialmente,

[REDACTED] 11 de Novembro de 2025.

Assinado de forma digital
por [REDACTED]

A mestranda

Nádía Pires.

Assinado por: Nádía Sofia Baptista Pires

Data: 2025.11.10 23:17:27+00'00'



ANEXO I: Pedido de autorização à Vereadora da Câmara

Exma. Sra. Vereadora da Câmara Municipal de [REDACTED]

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

Eu, Nádía Sofia Baptista Pires, enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Cruz Vermelha de Vila Viçosa, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, venho solicitar autorização para desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, junto dos funcionários da Câmara Municipal. O projeto é orientado pela Professora Doutora Emelinda Caldeira, professora da 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 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 implementação das intervenções decorrentes das necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

Garanto o cumprimento de todos os princípios éticos, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante. Estou inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer questões que lhe possam surgir, através dos seguintes contactos:

[REDACTED] @hotmail.com e [REDACTED]

Agradeço desde já a sua colaboração.

Cordialmente,

[REDACTED], 11 de Novembro de 2025.

A mestrandia

Nádía Pires.

Assinado por: Nádía Sofia Baptista Pires

Data: 2025.11.10 23:18:32+00'00'



Assinado por: [REDACTED]
Data: 2025.03.20 15:01:18+00'00'

ANEXO J: Consentimento informado, livre e esclarecido

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

"Prevenção do Risco Cardiovascular na População em idade Ativa: Estratégias e Desafios da Enfermagem Comunitária"

Caro (a) participante

Eu, Nádía Sofia Baptista Pires, enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Cruz Vermelha de Vila Viçosa, a frequentar o Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade de Évora, que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção na Comunidade na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED] o qual vai ser orientado pela Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora da Universidade de Évora e, supervisionado pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED], a exercer funções na UCC de [REDACTED]

O projeto centra-se na prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa, compreendida entre os 20 e os 64 anos, nos funcionários da Câmara Municipal de [REDACTED]

Na primeira fase realiza-se o diagnóstico de situação, onde pretendo compreender os estilos de vida, os conhecimentos referentes às doenças cardiovasculares e calcular o risco cardiovascular desta população.

Assim, venho por este meio, solicitar a sua colaboração através do preenchimento de um questionário.

De destacar que não haverá lugar para nenhum 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 os princípios éticos, nomeadamente o anonimato e a 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 única e exclusivamente para fins do projeto supracitado e serão destruídos um ano após a discussão do Relatório Final de Estágio, em 2026. Sublinho que os nomes dos participantes nunca serão utilizados.

No caso de surgirem dúvidas e/ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contato comigo através do endereço eletrónico [REDACTED]@hotmail.com e do contato telefónico [REDACTED]

Agradeço desde já a sua colaboração

[REDACTED], 11 de Novembro de 2025.

A mestrand

Nádía Pires.

Assinado por: Nádía Sofia Baptista Pires

Data: 2025.11.11 00:39:58+00'00'



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

compreendi a informação que me foi fornecida por escrito e verbalmente relativa 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 qualquer momento a minha participação no presente projeto, sem qualquer tipo de consequência. Foi-me dado todo o tempo que necessitei para refletir sobre a proposta de participação. Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste projeto de intervenção comunitária, designadamente no preenchimento do questionário.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

ANEXO K: Cartaz de divulgação da Tertúlia

CONVITE À POPULAÇÃO

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

27 DE JANEIRO

10H30

CINE-TEATRO

[REDACTED]

COM A PARTICIPAÇÃO:

- Drº [REDACTED] - Médico Cardiologista
- Enfermeira Nádia Pires
- Enfermeira [REDACTED]



[REDACTED]

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

[REDACTED]



PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PROGRAMA

10h30 - SESSÃO DE ABERTURA
Enf.^a [REDACTED]
Vereadora [REDACTED]

10h45 - TERTÚLIA
Dr. [REDACTED] - Médico Cardiologista
Enf.^a Nádia Pires

- O que são as doenças cardiovasculares
- Principais fatores de risco (Diabetes, Hipertensão arterial, Sedentarismo, Obesidade...)
- Sinais de alerta
- Como prevenir e reduzir o risco cardiovascular
- Hábitos de vida saudáveis para todas as idades
- O papel do enfermeiro na prevenção das doenças cardiovasculares

11h45 - ESPAÇO ABERTO PARA ESCLARECIMENTOS

12h15 - FIM DA SESSÃO

[REDACTED]



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

ANEXO M: Questionário de avaliação de pontes fortes e fracos do Projeto

QUESTIONÁRIO – PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS

(Avaliação do projeto) Este questionário tem por finalidade conhecer a opinião dos parceiros que integraram o projeto de intervenção comunitária “Prevenção do Risco Cardiovascular na População em idade Ativa: Estratégias e Desafios da Enfermagem Comunitária”, relativamente à avaliação do mesmo.

É garantida a confidencialidade das informações obtidas.

Obrigada pela participação.

1 -FORÇAS:

Na sua opinião quais foram os principais pontos fortes do projeto? *(nomeadamente ao nível da participação nas intervenções realizadas, pertinência dos temas e impacto na comunidade).*

2. FRAQUEZAS:

Que limitações ou aspetos menos conseguidos identifica na realização/desenvolvimento do projeto? *(ex: organização, adesão da população, metodologia utilizada).*

3. OPORTUNIDADES:

Que oportunidades identifica para melhorar ou expandir este tipo de projeto/intervenções na comunidade? *(ex: novas parcerias, novos temas, maior envolvimento da população).*

5. AMEAÇAS:

Que fatores externos poderão dificultar a continuidade ou eficácia deste projeto? (ex: falta de recursos, desinteresse da população, barreiras sociais ou institucionais).

6. SUGESTÕES:

Que sugestões pode apresentar para a melhoria do projeto?

Obrigada pela colaboração

APÊNDICES

Apêndice A: Relação entre faixa etária da população-alvo e IMC

SEXO	FAIXA ETÁRIA	IMC	CLASSIFICAÇÃO	Obesidade (Grau)
Feminino	30-39	25	Sobrepeso	I
Feminino	40-49	25,65	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	24,06	Normal	0
Feminino	40-49	37,98	Obesidade	II
Feminino	50-59	31,16	Obesidade	II
Feminino	40-49	27,68	Sobrepeso	I
Feminino	40-49	28	Sobrepeso	I
Feminino	30-39	23,44	Normal	0
Feminino	60-64	23,71	Normal	0
Feminino	30-39	22,68	Normal	0
Feminino	40-49	23,88	Normal	0
Feminino	60-64	21,30	Normal	0
Feminino	40-49	21,87	Normal	0
Feminino	50-59	22,41	Normal	0
Feminino	40-49	27,34	Sobrepeso	I
Feminino	20-29	25,82	Sobrepeso	I
Feminino	20-29	26,62	Sobrepeso	I
Feminino	60-64	23,05	Normal	I
Masculino	40-49	30,16	Obesidade	II
Feminino	40-49	31,25	Obesidade	II
Feminino	40-49	27,69	Sobrepeso	I
Feminino	30-39	25,28	Sobrepeso	I
Feminino	50-59	31,22	Obesidade	II
Feminino	40-49	27,25	Sobrepeso	I
Masculino	30-39	24-34	Normal	0
Feminino	50-59	26,17	Sobrepeso	I
Feminino	30-39	27,51	Sobrepeso	I
Feminino	50-49	31,74	Sobrepeso	I
Feminino	30-39	21,87	Normal	0
Feminino	40-49	31,25	Obesidade	II
Feminino	20-29	19,53	Normal	0
Masculino	40-49	22,09	Normal	0
Feminino	50-59	24,44	Normal	0
Feminino	50-59	31,25	Obesidade	II
Feminino	40-49	37,78	Obesidade	II
Feminino	20-29	31,24	Obesidade	II
Feminino	60-64	25,34	Sobrepeso	I
Masculino	30-39	24,77	Normal	0
Feminino	30-39	26,5	Sobrepeso	I
Feminino	60-64	24,91	Normal	0
Feminino	30-39	25,71	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	28,37	Sobrepeso	I
Feminino	40-49	30,08	Obesidade	II

Masculino	50-59	26,18	Sobrepeso	I
Feminino	50-59	25,65	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	38,2	Obesidade	II
Feminino	40-49	19,26	Normal	0
Masculino	50-59	27,47	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	27,68	Sobrepeso	I
Feminino	60-64	23,44	Normal	0
Feminino	60-64	25,82	Sobrepeso	I
Feminino	50-59	23,34	Normal	0
Feminino	30-39	27,64	Sobrepeso	I
Feminino	30-39	27,64	Sobrepeso	I
Feminino	40-49	27,77	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	24,07	Normal	0
Feminino	30-39	27,51	Sobrepeso	I
Feminino	40-49	35,86	Obesidade	II
Feminino	50-59	29,38	Sobrepeso	I
Feminino	30-39	25,71	Sobrepeso	I
Masculino	30-39	23,44	Normal	0
Feminino	50-59	20,89	Normal	0
Feminino	40-49	29,38	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	23,88	Normal	0
Feminino	40-49	27,34	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	24,97	Normal	0
Feminino	40-49	26,4	Sobrepeso	I
Masculino	30-39	23,74	Normal	0
Masculino	60-64	28,08	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	22,76	Normal	0
Masculino	50-59	36,67	Obesidade	II
Masculino	50-59	27,78	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	27,47	Sobrepeso	I
Masculino	60-64	29,41	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	32,69	Obesidade	II
Masculino	50-59	29,05	Sobrepeso	I
Masculino	60-64	21,72	Normal	0
Masculino	50-59	35,56	Obesidade	II
Masculino	40-49	21,05	Normal	0
Masculino	50-59	27,97	Sobrepeso	I
Feminino	50-59	25,17	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	25,31	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	34,48	Obesidade	II
Feminino	40-49	27,56	Sobrepeso	I
Feminino	60-64	25,54	Sobrepeso	I
Feminino	40-49	35,17	Obesidade	II
Feminino	60-64	28,51	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	33,73	Obesidade	II
Feminino	40-49	27,34	Sobrepeso	I

Feminino	50-59	26,56	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	23,51	Normal	0
Masculino	40-49	25,31	Sobrepeso	I
Feminino	50-59	24,03	Normal	0
Masculino	50-59	24,49	Normal	0
Feminino	50-59	23,88	Normal	0
Masculino	50-59	30,64	Obesidade	II
Feminino	60-64	30,12	Obesidade	II
Masculino	60-64	30,11	Obesidade	II
Masculino	50-59	39,26	Obesidade	II
Masculino	60-64	22,84	Normal	0
Masculino	50-59	29,39	Sobrepeso	I
Masculino	40-49	29,38	Sobrepeso	I
Masculino	50-59	25,86	Sobrepeso	I

Apêndice B: Folheto Tabagismo

Tabagismo na Gravidez

Fumar durante a gravidez faz mal tanto à mãe como ao bebé que está a crescer. O tabaco aumenta o risco de aborto espontâneo, parto prematuro e bebés com baixo peso à nascença. Também pode aumentar a probabilidade de a criança vir a ter alergias e infeções respiratórias.

Durante a gravidez, a forma mais segura de ajudar a deixar de fumar é através de apoio psicológico e acompanhamento profissional. O uso de medicamentos só é recomendado em situações excecionais e sempre com orientação médica.

Tabagismo Passivo

O tabagismo passivo acontece quando uma pessoa que não fuma respira o fumo do cigarro de outra pessoa. Mesmo não sendo fumador, acaba por inalar substâncias tóxicas, embora em menor quantidade. A curto prazo, pode causar irritação nos olhos, tosse, dor de cabeça, dor de garganta e dificuldade em respirar. A longo prazo, pode provocar problemas de saúde semelhantes aos dos fumadores, aumentando o risco de doenças respiratórias e cardiovasculares.



Consulta de Cessação Tabágica

CRI do Alentejo Central—ICAD

Centro de Respostas Integradas do Alentejo Central
Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e nas Dependências



PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA:

Rua Gil do Monte, Lote 2A, Bairro das Corunheiras
7005-503 Évora
Telefone: 266 009 800

**CADA DIA SEM FUMAR É UMA VITÓRIA
PARA A SUA SAÚDE.**

Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública em
associação com o IPPortalegre, IPBeja, IPCastelo
Branco, IPSetúbal e Universidade do Algarve.

Realizado por:

Enfermeira Nádía Pires

Orientadores:

Professora Doutora Ermelinda Caldeira
Enfermeira Gestora



Deixar de Fumar é Possível



Proteja a sua saúde

FEVEREIRO/2026

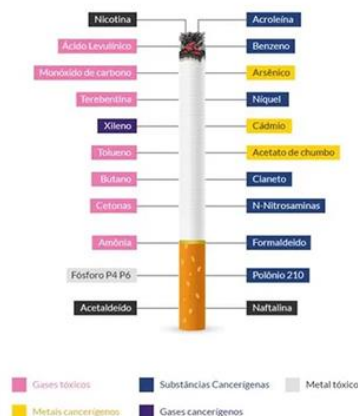
O Tabaco

O tabaco presente em todos os cigarros provem de uma planta com o nome científico de "Nicotiana Tabacum" cujo principal componente é a nicotina.



Substâncias Tóxicas do Cigarro

O fumo do tabaco para além de conter nicotina é constituído por mais de 7000 substâncias com efeitos irritantes e tóxicos.



Nicotina e Dependência

A nicotina é uma substância presente no tabaco que atua no cérebro. Depois de fumar, ela espalha-se rapidamente pelo corpo através do sangue. A nicotina pode provocar sensação de prazer e bem-estar, mas também altera o humor e o comportamento. Por isso, o tabaco cria dependência, ou seja, o corpo e a mente passam a sentir necessidade de fumar.

Síndrome de Abstinência

A síndrome de abstinência acontece quando a pessoa deixa de fumar e o corpo sente falta da nicotina. É uma reação normal do organismo e pode durar cerca de 3 meses. Durante este período podem surgir vários sintomas, como:

- Ansiedade;
- Irritabilidade;
- Perturbações do sono;
- Dores de cabeça;
- Mal-estar físico

Fatores que estimulam a vontade de fumar

- Sair com os amigos;
- O café e as refeições;
- Cigarros, cinzeiro e isqueiro;
- Situações de stress e ansiedade

Terapêutica de Substituição da Nicotina

Esta terapêutica ajuda a deixar de fumar fornecendo nicotina em quantidades mais baixas do que as existentes no cigarro. A dose vai sendo reduzida aos poucos, o que ajuda a diminuir a vontade de fumar e os sintomas de abstinência.

Em Portugal, existem vários medicamentos disponíveis para ajudar no tratamento da dependência da nicotina, tais como:

- Sistemas Transdérmicos de Nicotina (adesivos)
- Pastilhas de Nicotina
- Gomas de Nicotina



Terapêutica farmacológica da dependência tabágica

A **vareniclina** é um medicamento que atua no cérebro de forma semelhante à nicotina. Ajuda a reduzir a vontade de fumar e diminui o prazer associado ao cigarro. Assim, mesmo que a pessoa fume, o cigarro deixa de ter o mesmo efeito agradável. O tratamento pode durar até 12 semanas e, ao longo desse tempo, a vontade de fumar vai diminuindo gradualmente.



Apêndice C: Folheto Doenças Cardiovasculares

O ENFERMEIRO AO SEU LADO

Nos Cuidados de Saúde Primários, o enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção das doenças cardiovasculares, ajudando a identificar fatores de risco e a promover hábitos de vida saudáveis.

Pode recorrer ao seu Centro de Saúde para:

- Consulta de Enfermagem
- Controlo da tensão arterial e glicemia
- Consulta de Diabetes

Pequenos gestos fazem grandes diferenças.

Procure o seu enfermeiro e o seu médico de família.

CUIDAR DO CORAÇÃO É CUIDAR DA VIDA.



DOENÇAS CARDIOVASCULARES



A PREVENÇÃO É SEMPRE A MELHOR MEDIDA

JANEIRO/2026

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Largo D. João IV
7160-235—Vila Viçosa

Telefone: 268886105

E-mail: ucc.vilavicosas@ulsac.min-saude.pt

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Realizado por:

Enfermeira Nádja Pires

Orientadores:

Professora Doutora Ermelinda Caldeira
Enfermeira Gestora

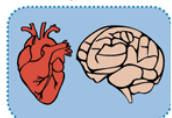
O QUE SÃO ?

As doenças cardiovasculares (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos) são condições que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares).

As doenças cardiovasculares (DCV) são de vários tipos, sendo as mais preocupantes a doença das artérias coronárias (artérias do coração) e a doença das artérias do cérebro.

Quase todas são provocadas por aterosclerose, ou seja, pelo depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias que dificultam a circulação sanguínea nos órgãos e podem mesmo chegar a impedi-la.

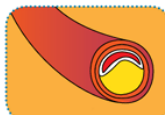
1. Coração / Cérebro



2. Artéria



3. Artéria obstruída



COMO SE MANIFESTA O ENFARTE ?

A dor forte e intensa no peito é o sintoma mais frequente, mas o enfarte agudo do miocárdio pode fazer-se acompanhar de outros sinais como:

- Dor abdominal, que se pode estender para os braços, costas e maxilar
- Náuseas e vômitos
- Suores
- Falta de ar
- Tonturas



Normalmente os sintomas duram mais de 20 minutos, mas também podem ser intermitentes. Podem ocorrer de forma repentina ou gradualmente ao longo de vários minutos.

COMO SE MANIFESTA O AVC ?

Existem três sintomas de alerta principais:

- Paralisia facial, com desvio da boca
- Perda da fala ou dificuldade em falar
- Perda de força num braço ou perna

Deve ainda estar atento se surgir:

- Sensação de formigamento num braço ou perna
- Dor de cabeça fortes
- Perda de visão num dos lados

FATORES DE RISCO

Um fator de risco é uma condição que aumenta o risco cardiovascular, ou seja, aumenta a probabilidade de sofrer uma doença cardiovascular.

ATENÇÃO A:

- Açúcar elevado no sangue (diabetes)
- Colesterol elevado (hipercolesterolemia)
- Triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia)
- Pressão arterial elevada (hipertensão arterial)
- Excesso de peso e obesidade
- Hábito de fumar
- Abuso de bebidas alcoólicas
- Pouco exercício físico (sedentarismo)

COMO PREVENIR

O controlo dos fatores de risco é a melhor forma de prevenir as doenças cardiovasculares. Algumas práticas que deve adotar:

- Pratique exercício físico regularmente
- Faça uma alimentação saudável
- Reduza o sal
- Evite o excesso de peso
- Não fume
- Controle a tensão arterial
- Evite o stress
- Faça análises de sangue regularmente