

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: HIPER(A)TENSÃO AO SEU CORAÇÃO

Community Intervention Project: Hyper(A)Tension To Your Heart

Tércio Nóbrega

ESSS-IPSantarém; Portugal

tercionobrega@gmail.com

Maria do Carmo Figueiredo

ESSS-IPSantarém; UIIPS, Portugal

mcarmo.pereira@essaude.ipsantarem.pt

Catarina Afonso

UCC Arnaldo Sampaio, Portugal

catarinaines.afonso@gmail.com

Inês Pereira

UCC Arnaldo Sampaio, Portugal

ines_catarina_3@hotmail.com

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crónica, sendo o principal fator de risco de doença cardiovascular, causando elevada mortalidade a nível mundial. Pretende-se analisar a experiência realizada no estágio de Enfermagem Comunitária. Desenvolveu-se uma *Scoping Review*, com a questão: *quais as intervenções de enfermagem no empowerment aos idosos com hipertensão arterial?* Nas evidências obtidas identificou-se o *empowerment* como intervenção de enfermagem aos idosos com hipertensão arterial. Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde, e como estrutura de abordagem comunitária para as intervenções, o modelo sistémico de Betty Neuman, elaborou-se o diagnóstico de enfermagem, que levou à intervenção comunitária “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*” com o objetivo de aumentar os conhecimentos face à hipertensão arterial e a potencial adoção de comportamentos saudáveis, nos idosos com 65 ou mais anos de um bairro social. Os resultados apontam um aumento de conhecimentos médio de 22%, demonstrando o impacto positivo do projeto.

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

ABSTRACT

Arterial hypertension is a chronic disease, being the leading risk factor for cardiovascular disease causing high mortality worldwide. It is intended to analyze the experience carried out in the Community Nursing internship. A Scoping Review was developed with the question: what are the nursing interventions in empowering of the aged with hypertension? The evidence obtained identified the importance of empowerment in nursing interventions for the aged with hypertension. Based on the Health Planning methodology, and as a structure of community approach to interventions, Betty Neuman's systemic model, the nursing diagnosis was elaborated, which led to the community intervention "Hyper(A)tension to your Heart" with the objective of increasing knowledge regarding arterial hypertension and the potential adoption of healthy behaviors, in the aged with 65 or more years of a social neighborhood. The results point to an average knowledge increase of 22%, demonstrating the positive impact of the project.

Keywords: Aged, Empowerment, Hypertension, Nursing

1 INTRODUÇÃO

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

A temática abordada surgiu após a realização do diagnóstico de situação realizado num Bairro Social (BS) que permitiu estabelecer vários diagnósticos de enfermagem comunitária, tendo como guia orientador o modelo conceptual de Betty Neuman, uma vez que se constitui num modelo dinâmico, flexível e global, e garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

O diagnóstico de situação evidenciou que 94,0% (31) apresentavam problemas cardíacos; 90,9% (30) HTA e 87,9% (29) problemas circulatórios dos membros. Quando questionados se essas patologias afetavam a sua vida diária, 72,7% (24) referiram que sim quanto à HTA; 51,5% (17) em relação aos problemas circulatórios nos membros e 48,5% (16) em relação aos problemas cardíacos. A partir destes dados e com base na priorização das necessidades, decidiu-se intervir no diagnóstico de enfermagem comunitária: Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por hipertensão arterial. Nesse sentido, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos idosos com 65 ou mais anos de um BS, designado por "*Hiper(A)tensão ao seu Coração*" com o intuito de promover o aumento de conhecimentos face à HTA e a potencial adoção de comportamentos saudáveis. As intervenções delineadas basearam-se na evidência científica, desenvolvendo-se por isso uma prática baseada na evidência através de uma *Scoping Review*, partindo da questão "Quais as intervenções de enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial?" As atividades executadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde e concorreram para a aquisição das competências específicas do EEECS.

2 CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hipertensão Arterial

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool.

Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016). O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional (DGS, 2017).

A HTA também conhecida como Pressão Arterial (PA) alta, é uma condição em que a pressão nas artérias está, persistentemente, elevada (WHO, 2013). É o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação (DGS, 2013a). É uma doença silenciosa, que não provoca quaisquer sintomas, à exceção de valores tensionais elevados, que só se detetam através da medição da tensão arterial (TA). Em alguns casos pode manifestar-se através de sinais como cefaleias, tonturas, dispneia, dor pré cordial, palpitações, epistaxes, ou um mal-estar vago e difuso, comuns a outras patologias (OMS, 2013). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH, 2014) a HTA é a doença cardiovascular (DCV) mais comum e o fator de risco mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, da doença coronária e da insuficiência cardíaca. É desta forma um importante problema de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade a nível mundial. No último quarto de século, o número estimado de mortes atribuíveis à HTA cresceu de forma considerável em todo o mundo (Forouzanfar, et al., 2017). Segundo a WHO (2013), é responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras e 92 milhões de dias de vida perdidos. Também, a nível mundial, aproximadamente metade dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e enfartes agudos do miocárdio correm em pessoas com HTA (DGS, 2017).

Em Portugal, o Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, analisou a TA dos portugueses e concluiu que 2,4 milhões têm HTA. Mais de um terço dos portugueses sofre de HTA, uma doença que afeta mais os homens (quase 40%), do que as mulheres (32%). A prevalência da HTA é mais elevada na faixa etária acima dos 65 anos (70%), e só 6% dos indivíduos entre os 25 e os 34 anos são hipertensos. Segundo a SPH (2010), embora a HTA seja uma doença controlável, ainda existem cerca de 40% de hipertensos na população portuguesa; cerca de 2/3 dos hipertensos não sabem que o são e, dos que estão tratados e medicados, só 11% estão realmente controlados.

O tratamento da HTA, a curto prazo, tem como objetivo o controlo dos valores tensionais, de forma a evitar a progressão da doença e respetivas repercussões, a médio prazo, e a redução da morbilidade e mortalidade por causa cardiovascular, a longo prazo (DGS, 2017). A concretização destes objetivos é conseguida pela redução dos valores elevados da TA e pelo tratamento dos fatores de risco modificáveis e de doenças associadas, através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas têm em conta uma alimentação completa, variada e equilibrada, com baixo teor em gordura e açúcares (Reis, 2014). Aconselhando-se a eliminação ou redução de sal para valores inferiores a 5g, quer na confeção dos alimentos, quer à mesa como condimento adicional, bem como na não ingestão de alimentos ricos em sal (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014). O consumo em excesso de álcool está associado à HTA. Para a pessoa hipertensa é recomendado a ingestão de 20 a 30g/dia (equivalente a dois copos de vinho de mesa) no caso dos homens e 10 a 20g/dia (equivalente a um copo de vinho de mesa) no caso das mulheres (Reis, 2014). A prática de atividade física regular, cinco a sete vezes por semana, com duração de pelo menos 30 minutos, pode reduzir a PA em aproximadamente 10 a 15mmHg. Devem ser opções de atividade física: a marcha, corrida, natação, dança excluindo exercícios que impliquem esforços como levantar pesos, pois podem por vezes aumentar excessivamente a PA (Reis, 2014). Fumar potencia os efeitos nefastos nas paredes das artérias acelerando a arteriosclerose. Admite-se que deixar de fumar é, provavelmente, a medida isolada que mais benefício traz à pessoa (Reis, 2014). É importante para as pessoas com HTA, antes de

adotarem medidas farmacológicas sejam informadas sobre os tipos de medidas não farmacológicas que permitem melhorar a sua PA, como a alteração dos hábitos de vida (Gonçalves & Vilerta, 2004).

O enfermeiro ao promover o projeto de saúde da pessoa portadora de HTA, sensibiliza-a para as melhores opções, tornando-a pró-ativa no seu projeto de saúde, numa atitude promotora da tomada de decisão informada. Ao cuidar a pessoa com HTA, o enfermeiro desenvolve a sua tomada de decisão, através da conceção de um processo de cuidados tendo por foco de atenção o sistema cliente em todas as suas dimensões (Neves, 2004). A EpS é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde, reduzindo os custos financeiros dos serviços de saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas 2014). O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e cliente hipertenso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Assim o conhecimento do cliente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia, com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

2.2 Empowerment

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na promoção da saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a PrS é conceptualizada como um processo, que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da enfermagem comunitária (OMS, 1986). O *empowerment* é assim uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS, assumindo-se não apenas como um fim, mas como um meio. É necessário desta forma, que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

As intervenções de enfermagem podem ser compreendidas como uma ação ininterrupta ao longo do processo de mudança e antecedidas pelo seu entendimento, estas devem proporcionar conhecimento e *empowerment*, no sentido da PrS para incentivar respostas salutaras às mudanças (Machado, Gerónimo & Godinho, 2015). A falta de *empowerment* pode gerar ansiedade, que só é substituída pela devida segurança a partir do momento em que a pessoa consiga fazer uma eficaz gestão da doença e organização da dinâmica nos cuidados (Rocha, Vieira & Sena, 2008). O EEECS tem de ser um ator ativo neste cenário, ao assumir para si o papel de promotor de saúde. Apesar de não existir um modelo universal de *empowerment*, “fazer com” em vez de “fazer para” foi apresentado como chave para um maior envolvimento capacitante das populações (Gubernatis & Franco, 2008). Neste sentido Melo (2020) tendo por base os pressupostos do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), por ele desenvolvido, refere ainda que:

- a) O alvo dos cuidados dos enfermeiros deve ser a comunidade, abordada como unidade de cuidados, enquadrando o todo e as partes da comunidade, num processo dinâmico e contínuo de *empowerment* comunitário;
- b) O enfermeiro, enquanto agente externo, promotor do *empowerment* comunitário, deve trabalhar em parceria com os membros e líderes da comunidade no sentido da sua autonomia na resolução dos seus problemas;
- c) Os cuidados de enfermagem à comunidade potenciam os domínios facilitadores do seu *empowerment*, promovendo a otimização dos recursos e competências da comunidade;
- d) Os cuidados de enfermagem na comunidade focalizam-se tanto na saúde comunitária como um todo, como nos ganhos em saúde específicos do projeto de intervenção comunitária, tendencialmente associados a ganhos em Saúde Pública na população em que a comunidade se integra.

2.3 MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

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

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

Compreende quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem. O conceito de pessoa é apresentado enquanto cliente/sistema de cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. De acordo com este referencial teórico a pessoa é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). Essas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação do equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Braga & Silva, 2011). Quando estas linhas são quebradas por um agente *stressor*, ocorre uma reação na linha normal, afetando o estado de bem-estar normal da pessoa, o que leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio do estado de doença. Estas, ao serem dinâmicas e por poderem mudar rapidamente são uma forma de intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014).

Enquanto modelo holístico pela visão multidimensional da pessoa, considera a existência de um equilíbrio dinâmico entre esta e o meio ambiente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. O modelo analisado tem presente um campo energético aberto (fluxo contínuo de entrada e processo, saída e feedback) em que a pessoa está sujeita a *stressores*, como tal, as linhas de defesa deverão ser reforçadas para o equilíbrio do continuum saúde-doença. É precisamente neste ponto que a atuação de enfermagem tem a sua importância, através da prevenção primária, secundária e terciária, pela ajuda no reforço das diversas linhas de defesa através de intervenções, entendidas como ações de PrS dentro do sistema de saúde (Martins, 2014).

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

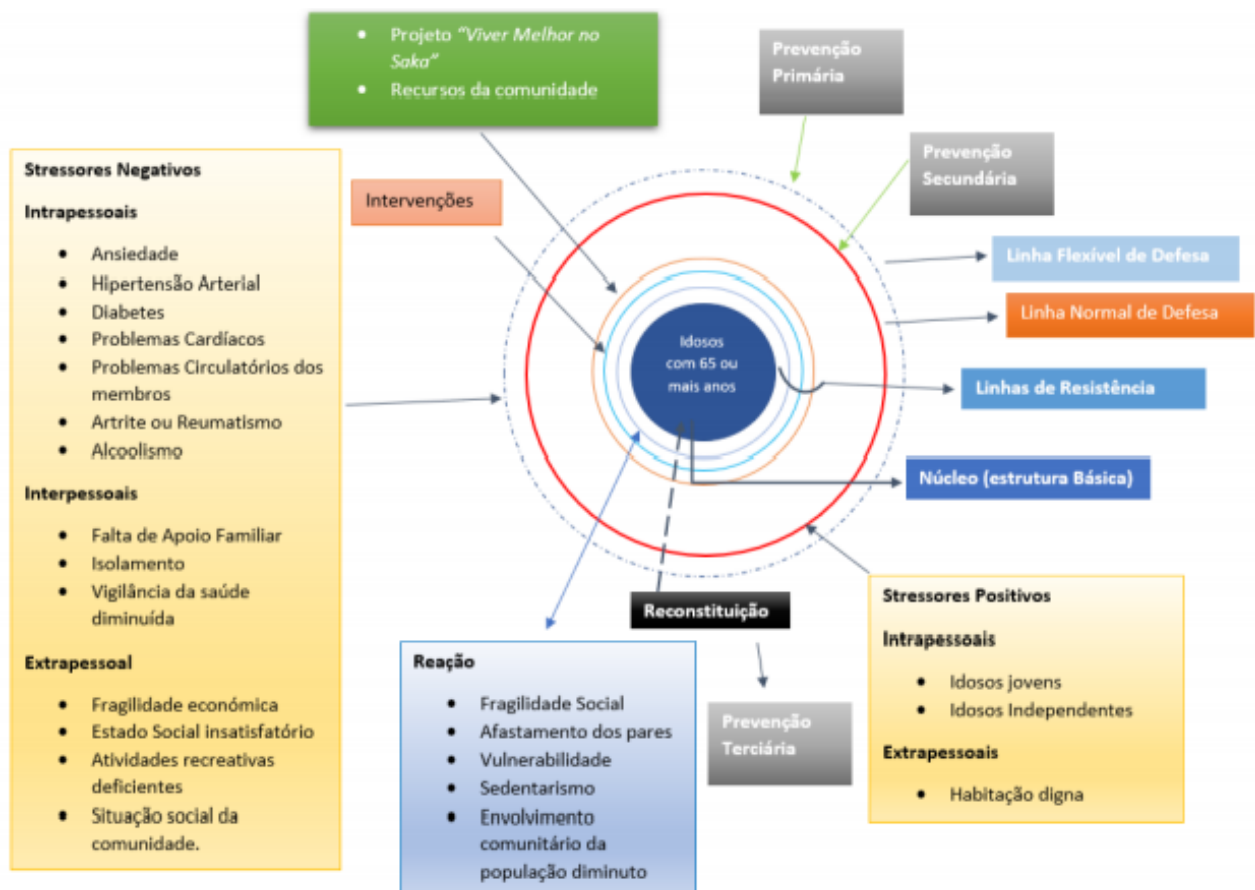


Figura 1 – Modelo conceitual de Betty Neuman adaptado ao grupo populacional estudado

3 MÉTODO

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

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

3.1 Diagnóstico de Situação

A população alvo (sistema cliente) foram 65 idosos com 65 ou mais anos de um BS. Desta forma, foi definida uma amostra de 33 indivíduos pelo método de amostragem probabilística sistemática. Utilizou-se como instrumento de recolha de dados o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos [QAFMI], versão portuguesa do OARS (*Older Americans Resources and Services Program*), após pedido de autorização ao autor. Foi igualmente pedida autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém. Todos os participantes do estudo foram informados relativamente à justificação da pertinência do estudo, seus objetivos, o início e término previsto para a realização do mesmo. Assim, a participação no estudo foi de caráter voluntário, onde se preservou a confidencialidade e anonimato de todos os que aceitaram participar.

Desta forma, relativamente aos dados sociodemográficos, a amostra consistiu em 33 indivíduos, dos quais 27,3% (9) do género masculino e 72,7% (24) do feminino, com idades entre os 66 e os 93 anos, sendo a média de idades de 74 anos. Quanto aos dados mais relevantes que serviram de base para a realização do projeto de intervenção, encontram-se elencados no quadro 1.

Quadro 1 – Dados relevantes do diagnóstico de situação

Dados relevantes do diagnóstico de situação
<ul style="list-style-type: none"> • 94,0% (31) possuem problemas cardíacos; • 90,9% (30) HTA; • 87,9% (29) problemas circulatórios dos membros; • Das patologias apresentadas, a HTA é a que mais influencia os indivíduos com 72,7% (24), seguido de problemas circulatórios nos membros com 51,5% (17) e dos problemas cardíacos, com 48,5% (16).

Com base nestes dados, foi elaborado o diagnóstico de enfermagem comunitária, tendo em conta o referencial teórico de Betty Neuman (1995): Rutura na linha normal de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por HTA, ou seja, comunidade com manutenção da saúde comprometida (por hipertensão arterial) em grau elevado (classificação internacional para a prática de enfermagem comunitária [CIPE® EC],2015).

3.2 Definição de Prioridades e Fixação de Objetivos

A validação e hierarquização das necessidades reais de saúde foi realizada com base no Método de Hanlon. Segundo Nunes (2016), a perceção que a comunidade tem de determinado problema é de suma importância, na hierarquização das prioridades, e a sua aceitação e reconhecimento, poderá envolver a mesma e ditar o sucesso do planeamento delineado. Neste sentido, perante a matriz dos problemas identificados e hierarquizados, os participantes foram incentivados a analisá-los, face à sua vivência quotidiana. Assim, foi realizado um fórum comunitário, onde foram constituídos boletins de voto com todas as necessidades identificadas, sendo que todos os participantes foram convidados a votar. A sessão de validação e hierarquização das necessidades revelou-se um momento de extrema importância, e mostrou que as necessidades sentidas pela população foram ao encontro das necessidades reais, mas com outra ordem de prioridade, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Priorização das necessidades reais e necessidades sentidas

Necessidades reais	Necessidades sentidas
<ol style="list-style-type: none"> 1) Atividade física diminuída; 2) Bem-estar social comprometido; 3) Bem-estar físico comprometido; 4) Padrão de sono alterado; 5) Fragilidade económica; 6) Vigilância diminuída da saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Atividade física diminuída; 2) Bem-estar físico comprometido; 3) Atividade recreativas deficitárias; 4) Vigilância diminuída da saúde; 5) Fragilidade económica; 6) Bem-estar social comprometido;

Tendo em conta os problemas identificados, considerou-se pertinente que a intervenção comunitária se centrasse na área do bem-estar físico, nomeadamente, no que concerne à problemática da HTA, dado que apresentou uma elevada expressão em termos reais e sentidos.

Após a realização do diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, foi fundamental a fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste contexto, definiu-se como objetivos gerais: promover o aumento de conhecimentos face à HTA e a potencial adoção de comportamentos saudáveis, nos idosos com 65 ou mais anos de um BS. Como objetivos específicos foram definidos no decorrer da intervenção comunitária: Instruir para a problemática da HTA; Capacitar para identificação de fatores de risco conducentes ao descontrole da TA; Incentivar à adoção de hábitos alimentares saudáveis; Instruir para a importância da atividade física e da adesão ao tratamento da HTA; Alertar para as complicações inerentes à HTA; Aumentar a vigilância da TA; e Treinar para intervir em situações de emergência mais comuns relacionadas com a HTA.

3.3 Seleção de Estratégias de Intervenção

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

Com base nas orientações do *Joanna Briggs Institute*, de forma a garantir a qualidade metodológica, formulou-se a questão de pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem no *empowerment* aos idosos com hipertensão arterial?

De acordo com a metodologia PCC - a população: idosos com hipertensão arterial; os conceitos: enfermagem, *empowerment*; idosos; hipertensão arterial; e o contexto: procurou-se colher informação sobre atitudes comportamentos dos participantes face à sua saúde. Os estudos foram do tipo quantitativo, qualitativo e misto. A pesquisa foi realizada com os descritores *MeSH* interligados pelo booleano *AND* e *OR* conjugando a seguinte estratégia de pesquisa: *Nurs* AND Empowerment AND Aged OR Hypertension*. Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados nas bases de dados *ProQuest* e *PubMed* e na plataforma *EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Medclatina*. O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o *PRISMA 2009 Flow Diagram*, procedendo-se deste modo à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Assim foram identificados um total de 420 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 12 artigos duplicados. Dos 408 artigos, 391 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 17 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 13. Foram por isso selecionados quatro artigos, todos eles com abordagem quantitativa.

Deste modo, os contributos da evidência científica reforçaram a importância do *empowerment* como intervenção de enfermagem na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis relativamente à abordagem convencional (Shin, et al., 2016; Chang & Lee, 2015), assim como a importância das sessões de EpS, abordando temáticas como atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo e o beber saudável (Shin, et al., 2016). Demonstraram que as intervenções de enfermagem no *empowerment* aos idosos com HTA devem considerar os níveis educacionais, apoio familiar e interação social (Chang & Lee, 2015; Lee & Park, 2017). Que estas devem incluir a partilha em grupo de experiências e o acompanhamento e incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutarres no idoso hipertenso (Shin, et al., 2016; Lee & Park, 2015). Reiteram ainda que o conhecimento do cliente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, associados a um melhor autocuidado e *empowerment* mais eficaz e eficiente (Chang & Lee, 2015; Chang & Sok, 2015). As principais conclusões dos artigos selecionados, serviram de sustentação às intervenções implementadas no projeto de intervenção comunitária.

3.4 Elaboração de Programas e Projetos

Tendo por base os dados obtidos do diagnóstico de situação da priorização das necessidades e, sendo este um problema de Saúde Pública nacional e mundial, definiu-se como prioritário intervir na área das doenças cardiovasculares, especificamente em relação à HTA. Neste contexto, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*”, cujo logotipo se apresenta na figura 2, teve como sistema cliente os idosos com 65 ou mais anos residentes num BS.



Figura 2 - Logótipo do projeto de intervenção

Na busca de enriquecer e dinamizar o projeto de intervenção, estabeleceram-se parcerias com a Câmara Municipal (CM), com uma Clínica de Fisioterapia local e com a Associação Portuguesa de AVC (APAVC), pois as parcerias com envolvimento das organizações comunitárias oferecem meios mais eficazes para as intervenções, porque se envolvem ativamente e apoiam-se nas forças nelas existentes (Stanhope & Lancaster, 2011). A divulgação das atividades foi realizada através de cartazes, afixados em locais estratégicos do BS e pela colaboração da CM na sua página de Facebook e site institucional.

Em relação à preparação da avaliação, nomeadamente, para apurar se haveria melhoria dos conhecimentos dos idosos após participação nas sessões, foram construídas fichas de avaliação de conhecimentos com 10 questões simples, de resposta verdadeiro/falso, que foram entregues antes e após cada sessão. Foi ainda produzida grelha de avaliação da satisfação da sessão pelos formandos de modo a obter a perceção dos mesmos acerca da pertinência dos conteúdos, objetivos, satisfação, desempenho do formador, entre outros. Por ser um grupo aberto, não foi criada ficha de assiduidade, contudo estabeleceu-se como meta a atingir, uma taxa de assiduidade mínima de 15 idosos por sessão. A contabilização dos mesmos foi realizada pelas fichas de avaliação de conhecimentos e de avaliação de satisfação das respetivas sessões. Na fase de execução foram colocadas em prática todas as atividades delineadas, que procuraram dar resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram na sede da Associação de Moradores do BS, em horário laboral, das 10 às 11 horas, de forma a proporcionar uma maior adesão do grupo populacional em estudo. Foram desta forma realizadas quatro sessões, com uma hora de duração, que mais abaixo serão explanadas.

Foram assim realizadas quatro sessões de EpS: Sessão 1 - “*Hiper(A)tensão ao seu Coração – a HTA*”; Sessão 2 - “*Hiper(A)tensão à Alimentação Saudável e Prática de Atividade Física*”; Sessão 3 - “*Hiper(A)tensão à Medicação*” e Sessão 4 - “*Hiper(A)tensão em Situações de Emergência*”, Foram ainda realizadas mais duas atividades de grupo: um *Peddy-Paper*, intitulado “*Hiper Peddy-Paper*”, atividade aberta a toda a população do BS. Para esta atividade foram constituídos quatro postos por todo o bairro, onde os participantes, dois a dois, realizaram atividades, tanto de cariz físico, como respondendo a questões que tinham sido abordadas nas sessões. A última atividade realizada deste projeto foi o rastreio da HTA, intitulado “*Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde*”, que teve a parceira importante da APAVC. O rastreio decorreu no centro do BS, a escolha do local foi propositada, sendo um local mais centralizado, os acessos seriam mais facilitadores para uma maior participação da população. Esta atividade decorreu das 9h às 12h30 e foi aberta a toda a população. Foram elaborados cartões informativos dos parâmetros a avaliar no rastreio, cartões esses que foram entregues às pessoas no final do rastreio, com uma explicação detalhada das atitudes e

comportamentos a realizar para melhorar a sua saúde. Foi igualmente distribuído um folheto informativo sobre a HTA, que foi elaborado especificamente para a atividade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

À medida que o projeto “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*” foi sendo implementado, foram usados alguns instrumentos de recolha de dados que possibilitaram a realização da avaliação. Assim, é apresentado nos quadros 3 e 4 as atividades realizadas e os indicadores de processo e de resultado respetivos, bem como, a avaliação da consecução de todas as metas definidas (Nunes, 2016; Imperatori & Giraldes, 1993). Não foram avaliados os indicadores de estrutura, dado que estes se referem a atributos dos setores onde os cuidados são prestados, incluindo os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros (Donabedian, 1988) e, não foi feita uma avaliação profunda destes dados.

De destacar pela análise dos referidos quadros que todas as metas inicialmente definidas para as diferentes atividades foram atingidas, e em alguns casos até mesmo superadas. A implementação do projeto de intervenção comunitária “*Hiper(A)tensão ao seu Coração*” foi amplamente conseguida. Todas as atividades delineadas, previamente, foram implementadas e tiveram uma taxa de adesão bem acima do esperado, mostrando o grande envolvimento de toda a comunidade na participação deste projeto comunitário. Participação essa que ficou bem espelhada pela taxa de satisfação manifestada em todas as atividades. Houve um aumento de conhecimentos face à HTA, promovendo desta forma o *empowerment* aos idosos desta comunidade, dando-lhes as ferramentas para que se tornem elementos ativos na procura e preservação da sua saúde.

Quadro 3 – Indicadores de processo

Indicadores de Processo	Meta	Avaliação
Taxa de realização das atividades: $\frac{N^{\circ} \text{ de atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atividades programadas}} \times 100$	Realizar 100% das sessões	6/6 x 100 = 100%
Taxa de assiduidade dos participantes nas atividades: $\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas presentes nas atividades}}{N^{\circ} \text{ de pessoas convocadas para as atividades}} \times 100$	Obter 70% de assiduidade	Sessão 1: 17/15 x 100 = 113% Sessão 2: 20/15 x 100 = 133% Sessão 3: 25/15 x 100 = 167% Sessão 4: 17/15 x 100 = 113% Peddy-Paper: 17/15 x 100 = 113% Rastreio HTA: 22/15 x 100 = 147%
Taxa de avaliação das atividades, segundo os participantes (1 - nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões}}{N^{\circ} \text{ total de participantes a avaliar}} \times 100$	Obter 80% dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas	Sessão 1: 17/17 x 100 = 100% Sessão 2: 20/20 x 100 = 100% Sessão 3: 25/25 x 100 = 100%

		<p>Sessão 4: 17/17 x 100 = 100%</p> <p>Peddy-Paper: 17/17 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador (1 - nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): $\frac{N^{\circ} \text{ objetivos atingidos avaliados em 4 e 5}}{N^{\circ} \text{ total de objetivos atingidos a atingir}} \times 100$</p>	<p>Obter 100% dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo formador</p>	<p>Sessão 1: 6/6 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 2: 9/9 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 3: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Sessão 4: 6/6 x 100 = 100%</p>

Quadro 4 – Indicadores de resultado

Indicadores de Resultado	Meta	Avaliação
<p>Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas}} \times 100$</p>	<p>Obter 80% de respostas corretas nas sessões</p>	<p>Sessão 1: 152/170 x 100 = 89%</p> <p>Sessão 2: 180/200 x 100 = 90%</p> <p>Sessão 3: 237/250 x 100 = 95%</p> <p>Sessão 4: 146/170 x 100 = 86%</p>
<p>Taxa de melhoria das classificações: % da média da classificação final - % da média da classificação inicial</p>	<p>Obter 10% de melhoria nas classificações</p>	<p>Sessão 1: 89%-78% = 11%</p> <p>Sessão 2: 90%-58% = 32%</p> <p>Sessão 3: 95%-81% = 14%</p> <p>Sessão 4: 86%-56% = 30%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da HTA: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a HTA}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a HTA}} \times 100$</p>	<p>Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a HTA como problema de saúde pública mundial</p>	<p>14/17 x 100 = 82%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a ingestão de sal máxima: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a quantidade de sal máxima}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a quantidade de sal máxima}} \times 100$</p>	<p>Que 80% dos participantes saibam a quantidade máxima recomendada</p>	<p>19/20 x 100 = 95%</p>

	de ingestão de sal por dia	
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre a importância da atividade física} \times 100}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre a importância da atividade física}}$	Que 80% dos participantes saibam da importância da atividade física no controle da TA	$20/20 \times 100 = 100\%$
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o tratamento da HTA: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre o tratamento da HTA}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre o tratamento da HTA}} \times 100$	Que 80% dos participantes conheçam os tipos de tratamento da HTA	$22/25 \times 100 = 88\%$
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre as complicações mais associadas à HTA: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre as complicações da HTA}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre as complicações da HTA}} \times 100$	Que 80% dos participantes conheçam as complicações mais comuns associadas à HTA	$23/25 \times 100 = 92\%$
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o nº de emergência médica: $\frac{N^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre o nº de emergência médica}}{N^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre o nº de emergência médica}} \times 100$	Que 100% dos participantes conheçam o número de emergência médica	$17/17 \times 100 = 100\%$

Reforçando o aumento de conhecimentos, é possível pela análise da Tabela 1, verificar os valores globais alcançados em cada sessão. Constata-se que a média da percentagem de melhoria foi de 22%, ou seja, superior aos 10% definidos no indicador respetivo.

Tabela 1 – Valores globais alcançados nas sessões

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

Relativamente à atividade “Hiper(A)tensão à Vigilância da sua Saúde” estiveram presentes 32 pessoas, sendo 75% (24) do género feminino e 25% (8) do masculino. A realização do rastreio foi muito bem aceite pela comunidade do BS, com a EpS realizada e distribuição do folheto elaborado, bem como, o encaminhamento para seguimento de situações clínicas anormais para a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Atualmente as exigências de rigor quer técnico-científico, quer financeiro, exigem uma prática sustentada em critérios rigorosos e evidência científica comprovada. O rigor metodológico e

científico fundamenta as intervenções desenvolvidas e contribui para a visibilidade e reconhecimento da enfermagem aos mais diferentes níveis, quer junto dos cidadãos, quer ao nível político e governamental, como uma profissão de excelência e determinante para os ganhos em saúde das pessoas e comunidades. Com a implementação do projeto de intervenção pretendeu-se a consciencialização da comunidade para a obtenção de ganhos em saúde, permitindo desta forma a aquisição de competências como EEECS. O Planeamento em Saúde e a forma como as etapas foram definidas, demonstrou ser um método eficaz na gestão de todo o projeto, de modo a dar resposta ao objetivo proposto. O planeamento de projetos eficazes e eficientes deve ser baseado na identificação das necessidades da população. A apreciação das necessidades pode ser conseguida, quer através da apreciação da população, quer da apreciação das necessidades da população (Stanhope & Lancaster, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que foi adotado como referencial teórico de Enfermagem, revelou também ser um modelo de grande utilidade na intervenção comunitária. Este defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress* (Neuman, 1995). A interpretação e análise do sistema cliente permitiu a definição do diagnóstico de enfermagem comunitária e deu suporte ao delineamento da intervenção. O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica característico da sua disciplina e a transmissão do conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas. Nesta linha de pensamento, o recurso à *Scoping Review* permitiu a seleção de intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica. A reflexão da prática deve ser uma constante no trabalho desenvolvido pelo EEECS, em prol do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

De acordo com Dorigon e Romanowski (2012) a reflexão surge relacionada à forma como se lida com os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções. Ao ter-se efetuado o diagnóstico da situação, definidas as prioridades, selecionadas as melhores estratégias, ter-se planeado, executado e avaliado as intervenções, pode-se afirmar que se promoveu o aumento de conhecimentos sobre a HTA, que era um dos objetivos do projeto definido. A avaliação deste processo realizou-se através das fichas de conhecimento, das próprias sessões e do feedback dos idosos. De referir que um dos objetivos gerais deste projeto (promover a adoção de comportamentos saudáveis), encontra-se em desenvolvimento, para posterior avaliação por parte da equipa da UCC, visto este ser um objetivo que só poderá ser avaliado a longo prazo. Das limitações e constrangimentos inerentes a projetos de intervenção, que se caracterizam por uma participação ativa dos seus intervenientes, o fator tempo foi o mais relevante, pelo que exigiu uma sistematização cuidada de todas as ações e articulação com os diferentes parceiros, não sendo, contudo, dificuldades para a consecução dos objetivos definidos relevantes face aos aspetos facilitadores encontrados.

5 CONCLUSÃO

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

Pelo trabalho realizado, com a implementação do projeto de intervenção comunitária "*Hiper(A)tensão ao seu Coração*", foi possível promover o *empowerment*, numa perspetiva salutogénica da saúde, na medida em que o *empowerment* comunitário não só depende da intervenção de fora (externa), mas também do próprio "poder" e da capacitação da comunidade nas

decisões no processo de desenvolvimento comunitário, na melhoria das condições da vida, dito no sentido de qualidade da vida da própria comunidade afeta a este projeto, uma vez que houve aquisição comprovada dos conhecimentos. Por outras palavras, significa ter-se em consideração que subjaz no próprio sentido de *empowerment* a ideia de “ajuda” e de “estímulo” duma comunidade para aumentar a sua capacidade de decisão e ação na mudança social, dotando as pessoas da capacitação necessária, para identificar os recursos, oportunidades, habilidades/competências para gerir a informação e o conhecimento, para poder participar e decidir “bem” as suas escolhas num processo de desenvolvimento (Costa & Silva, 2018).

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

A proximidade que o EEECSF tem com a comunidade e pelos problemas de saúde que identifica, permite-lhe ter papel privilegiado para o apoio e acompanhamento da saúde das populações, ou seja, é imperioso que o enfermeiro coloque em prática as suas competências específicas em prol da melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção que respondam às necessidades identificadas. As atividades realizadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde, permitindo o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEECSF. O recurso à prática baseada na evidência científica através da *Scoping Review*, constituiu uma estratégia à concretização do projeto delineado tendo sido realizadas intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica e será de futuro uma ferramenta a continuar a usar para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada na evidência e com maiores ganhos em saúde.

6 REFERÊNCIAS

- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>
- Braga, G. & Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Chang, A.K. & Lee, E.J. (2015). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *A International Journal of Nursing Practice*, 21 (5), 584-591. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24954584>
- Chang, A.K & Sok R. S. (2015). Predictors of sedentary behavior in elderly koreans with hypertension. *The Journal of Nursing Research*, 23 (4), 262-270. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26562457>
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38 (4), 473-481. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
- Costa, Z.F. & Silva, C. A. (2018). Lógicas do Empowerment Comunitário e Capital Social em Suco Biqueli, Ataúro, Dili, Timor-Leste. *Desenvolvimento e Sociedade*, 4, 131-152. Disponível em http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/294/538
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011*, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: DGS. Consultado em 10 de setembro de 2019. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. DGS. Consultado em 10 de setembro de 2019. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro cardiovasculares*. Lisboa: DGS.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260 (12), 1743 -1748. Doi <https://doi.org/doi:10.1001/jama.1988.03410120089033>

- Dorigon, T. & Romanowski, J. (2012) A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes*, 3(5), 8-22. Disponível em <https://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/123/96>
- Forouzanfar, M.H., et al., (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*, 317 (2), 165-182. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28097354>
- Gonçalves, A. & Vilerta, R. (2004). *Qualidade de vida e atividade física: explorando a teoria e a prática*. Barueri: Manole.
- Gubernatis, H. & Franco, J. (2008). Conclusões/recomendações. In José Vieira da Silva, et al, *Empowerment. Capacitar para Participar*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde* (3ª ed.), Lisboa: Obras Avulsas Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). *1ª Inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF 2015)*. Lisboa: INSA, IP
- Lee, E. & Park, E. (2015). Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*, 53 (6), 607-621. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28831843>
- Machado, A. Jerónimo C. & Godinho, C. (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. *Revista UIIPS* 3 (5), 24-39. Disponível em www.ipsantarem.pt/arquivo/category/unidades/...uiips/revista-da-uiips.
- Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. (Dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil). Acedido em <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertac%C3%A3o-Nath%C3%A1lia-Alvarenga-Martins.pdf.pdf>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3ª ed.). USA: Library of Congress.
- Neves, M. A. (2004). *Intervenções de enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto).
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as suas ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem comunitária*. Lisboa: OE
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa, Canadá*. 17-21. Consultado em 5 de setembro de 2019. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24199>
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F. & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade, The PHTSA study. *Journal of Hypertension*, 32 (6), 1211 -1221. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24675681>
- Reis, R. (2014). Medidas comportamentais para controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC 8. *Revista Fatores de Risco*, 32, 9-13.
- Rocha, M., Vieira, M. & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6), 801-808. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002>
- Shin, D.S., Kim, C.J. & Choi, Y.J. (2016). Effects of an empowerment program for self-management among rural older adults with hypertension in South Korea. *The Australian Journal of Rural Health*, 24 (3), 213-219. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26669728>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*.39, 4-91. Disponível em http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.), Loures: Lusodidata.
- Tomey, A & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Consultado em 5 de setembro de 2019. Disponível em http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf