



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Envelhecimento Demográfico, Participação Laboral e Mortalidade Prematura: Estudo Ecológico Longitudinal na NUTS III Viseu Dão-Lafões (2011-2023)

Maria Odete Machado Pereira

Viseu, março 2026

Envelhecimento Demográfico, Participação Laboral e Mortalidade Prematura: Estudo Ecológico Longitudinal na NUTS III Viseu Dão-Lafões (2011-2023)

Maria Odete Machado Pereira

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Ana Almeida Ribeiro

Viseu, março de 2026

“Há que promover a vida saudável antes dos cuidados, porque é desse modo que há menos gente doente, gastam-se menos recursos, dá-se independência as pessoas e melhora-se o futuro”

Nola Pender

Agradecimento(s)

Ao meu companheiro que foi incansável no apoio, não apenas durante a elaboração desta investigação, mas ao longo de todo o meu percurso académico.

Aos meus filhos, não tenho palavras, nem lágrimas para descrever o quanto gosto de vocês.

À Professora Doutora Ana Isabel Ribeiro, orientadora deste projeto, por toda a paciência, pela dedicação, carinho, acolhimento, incentivo, acompanhamento e disponibilidade demonstrada ao longo da elaboração do mesmo.

Ao enfermeiro especialista Jorge Silva e à Enfermeira Especialista Elisabete Rodrigues e a todos os profissionais com quem me cruzei durante esta caminhada, grata por todas as aprendizagens, pela colaboração e pelo apoio que me proporcionaram.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me apoiaram e que me permitiram chegar até aqui.

A todos, a minha gratidão!

Resumo

O presente relatório descreve e analisa o percurso formativo desenvolvido no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, realizado em contextos de Unidade de Cuidados na Comunidade e de Saúde Pública, evidenciando a articulação entre prática profissional, desenvolvimento de competências especializadas e produção de conhecimento científico.

O estágio constituiu um processo de aprendizagem progressivo e integrador, permitindo a consolidação de competências no domínio da análise epidemiológica do território, do planeamento em saúde e da implementação de intervenções dirigidas a diferentes grupos populacionais. A intervenção desenvolvida centrou-se na promoção da saúde, prevenção da doença e atuação junto de populações em situação de vulnerabilidade, sustentada na utilização crítica de indicadores de saúde e na tomada de decisão baseada na evidência, possibilitando uma compreensão aprofundada das necessidades em saúde ao nível comunitário.

Foi desenvolvido um estudo de investigação de natureza ecológica e longitudinal, orientado para a análise das relações entre envelhecimento demográfico, a participação laboral em idades mais avançadas e a mortalidade prematura, com enfoque na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, no período compreendido entre 2011 e 2023. Os resultados evidenciaram um padrão de envelhecimento demográfico mais acentuado neste território, comparativamente ao contexto nacional, concomitante com a tendência de aumento da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos e de diminuição do desemprego nos grupos etários mais envelhecidos. Contudo, a análise inferencial não revelou associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, sugerindo que a mortalidade prematura se configura como um fenómeno multifatorial.

A análise integrada aponta para uma associação mais consistente entre envelhecimento demográfico e dinâmicas do mercado de trabalho do que com a dimensão sanitária operacionalizada, reforçando a necessidade de abordagens intersectoriais no planeamento em saúde, particularmente em territórios envelhecidos do interior.

O percurso desenvolvido evidencia a relevância da integração entre prática profissional e investigação como eixo estruturante da formação avançada em enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas e para a produção de conhecimento aplicável à melhoria das respostas em saúde dirigidas à comunidade.

ABSTRACT

This report describes and critically analyses the training pathway developed within the scope of the Master's degree in Community and Public Health Nursing, carried out in Community Care Unit and Public Health settings, highlighting the articulation between professional practice, the development of specialised competencies, and the production of scientific knowledge.

The internship constituted a progressive and integrative learning process, enabling the consolidation of competencies in territorial epidemiological analysis, health planning, and the implementation of interventions targeting different population groups. The interventions developed focused on health promotion, disease prevention, and action directed towards vulnerable populations, supported by the critical use of health indicators and evidence-based decision-making, allowing for an in-depth understanding of community health needs.

An ecological and longitudinal research study was conducted, aimed at analysing the relationships between demographic ageing, labour participation in older age groups, and premature mortality, focusing on the NUTS III sub-region of Viseu Dão-Lafões, between 2011 and 2023. The results revealed a more pronounced pattern of demographic ageing in this territory compared to the national context, accompanied by an increasing trend in employment rates among individuals aged 55–64 and a reduction in unemployment among older age groups. However, inferential analysis did not reveal statistically significant associations between the variables under study, suggesting that premature mortality constitutes a multifactorial phenomenon.

The integrated analysis points to a more consistent relationship between demographic ageing and labour market dynamics than with the health dimension operationalised in this study, reinforcing the need for intersectoral approaches in health planning, particularly in ageing inland territories.

The training pathway developed highlights the relevance of integrating professional practice and research as a core component of advanced nursing education, contributing to the development of specialised competencies and to the production of knowledge applicable to improving community health responses.

SUMÁRIO

Lista de quadros.....	17
Lista de gráficos.....	19
Índice de figuras	21
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	23
Introdução	25
PARTE I – Componente de Prática Clínica e Desenvolvimento de Competências em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....	27
Nota Introdutória	29
1. Enquadramento institucional do estágio.....	31
1.1. Unidade Local de Saúde Viseu Dão- Lafões (ULSVDL).....	31
1.2. Unidade de Saúde Pública de Viseu	33
1.3. Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões	34
2. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	37
2.1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	37
2.2. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garante um ambiente terapêutico e seguro	38
2.3. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	39
2.4. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	40
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	41

3.1. Realiza vigilância epidemiológica e análise da situação de saúde da população.....	41
3.2. Planeia, implementa e avalia intervenções em saúde, com base no diagnóstico da situação de saúde da população.....	42
3.3. Desenvolve processos de intervenção comunitária e de capacitação de grupos e comunidades.....	44
3.4. Promove a articulação intersectorial e o trabalho em rede.....	45
3.5. Desenvolve investigação e produção de conhecimento em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública	46
PARTE II - Componente de Investigação: Envelhecimento Demográfico, Participação Laboral e Mortalidade Prematura: Estudo Ecológico Longitudinal na NUTS III Viseu Dão-Lafões (2011-2023).....	
Resumo	51
Abstract	52
Introdução	53
1. Enquadramento Teórico.....	55
1.1. Envelhecimento demográfico e transição da vida ativa	55
1.2. Capacidade laboral, envelhecimento e saúde ocupacional.....	56
1.3. Indicadores demográficos, laborais e de saúde	58
1.4. Envelhecimento ativo e políticas públicas	60
2. Metodologia	63
2.1. Questão de investigação e objetivos.....	63
2.2. Desenho do estudo.....	64
2.3. Contexto de estudo	65
2.4. População e unidade de análise	65
2.5. Fontes de dados e operacionalização das variáveis.....	66
2.6. Tratamento e análise dos dados.....	67
2.7. Considerações éticas.....	68

3. Resultados.....	69
3.1. Dinâmica demográfica: evolução do envelhecimento	69
3.2. Participação laboral em idades mais avançadas.....	70
3.2.1. Evolução da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos	70
3.2.2. Evolução da taxa de desemprego da população com 45 e mais anos	71
3.3. Mortalidade Prematura e dimensão sanitária.....	73
3.4. Articulação entre dimensões	74
3.5. Análise descritiva e variabilidade dos indicadores	75
3.6. Análise inferencial	76
3.6.1. Teste de Wilcoxon para comparação entre contextos territoriais	76
3.6.2. Teste dos sinais de Wilcoxon	77
3.6.3. Matriz de correlação de Spearman entre os diferentes indicadores	79
3.6.4. Modelo de Regressão Linear Múltipla	81
4. Discussão	89
Conclusão	93
Considerações Finais	95
Referencias. Bibliográficas.....	97
APÊNDICES	105

Lista de quadros

Quadro 1 - indicadores utilizados no estudo	60
Quadro 2 - Evolução dos indicadores (2011-2023).....	74
Quadro 3 - Estatísticas descritivas dos indicadores.....	75
Quadro 4 - Teste de Wilcoxon para comparação entre contextos territoriais (2011-2023)	77
Quadro 5 - Teste dos Sinais (Sign Test) para comparação entre Portugal e NUTS III/Região Centro (2011-2023)	78
Quadro 6 - Matriz de correlação de Spearman entre os diferentes indicadores	79
Quadro 7 - Resultados do modelo de regressão linear (variável dependente: mortalidade prematura <65 anos - Portugal, 2011-2023).....	81
Quadro 8 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla (variável dependente: mortalidade prematura <65 anos - Portugal, 2011-2023).....	83
Quadro 9 - Modelo de regressão linear múltipla (NUTS III Viseu Dão-Lafões).....	84
Quadro 10 - Modelo de regressão linear múltipla (modelo ajustado - NUTS III Viseu Dão-Lafões)	86

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal e na NUTS III Viseu Dão-Lafões, 2011-2023.....	69
Gráfico 2 - Evolução da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, em Portugal e na região Centro, 2011-2023.	71
Gráfico 3 - Evolução da taxa de desemprego da população com 45 e mais anos, em Portugal e na região Centro, 2011–2023.....	72
Gráfico 4 - Evolução da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, em Portugal e na NUTS III Viseu Dão-Lafões, 2011–2023.....	73

Índice de figuras

Figura 1 - Área geográfica da ULS Viseu-Dão-Lafões	32
--	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACT	Autoridade para as Condições do Trabalho
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CIPE	Classificação internacional para a Prática de Enfermagem
CMEC	Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	<i>European Center for Disease Prevention and Control</i>
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
ENEAS	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
ESCSP	Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
KM².	Quilometro quadrado
NUT	Nomenclatura da Unidade Territorial
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OE	Ordem dos Enfermeiros
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde

PNSPI	Plano Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SBV	Suporte Básico de Vida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
ULSVDL	Unidade Local de Saúde Viseu-Dão Lafões
US	Universidade Sénior
USP	Unidades de Saúde Pública
VIF	Variance Inflation Factor
WHO	World Health Organization

Introdução

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública assume um papel estruturante na análise e intervenção sobre os determinantes da saúde das populações, integrando uma abordagem epidemiológica, preventiva e promotora de ganhos sustentáveis em saúde. A sua atuação desenvolve-se numa lógica territorial e populacional, sustentada na identificação de necessidades, na monitorização de indicadores e na implementação de estratégias ajustadas às especificidades demográficas e sociais dos contextos onde se insere, conforme definido no perfil de competências do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As transformações demográficas observadas em Portugal nas últimas décadas, marcadas pelo aumento da esperança de vida e pela diminuição da natalidade, têm conduzido a um envelhecimento progressivo da população. O índice de envelhecimento evidencia uma alteração estrutural da composição etária, com implicações na organização dos cuidados, na dinâmica do mercado de trabalho e na sustentabilidade social (Instituto Nacional de Estatística, 2024). O envelhecimento deixa, assim, de constituir apenas uma questão demográfica, passando a assumir relevância transversal nas dimensões sanitária, económica e social.

A permanência na vida ativa em idades mais avançadas emerge neste contexto como questão central, dependente da interação entre condições de saúde, exigências laborais e contexto socioeconómico. A análise integrada entre envelhecimento demográfico, participação laboral e mortalidade prematura permite explorar dinâmicas estruturais que influenciam a capacidade laboral ao nível coletivo, particularmente em territórios com envelhecimento acentuado.

Apesar da relevância crescente destas dimensões, permanece a necessidade de aprofundar a compreensão das relações entre estes fenómenos ao nível agregado e em contextos territoriais específicos.

A sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões apresenta características demográficas que justificam uma análise contextualizada destas dimensões, possibilitando compreender de que modo os indicadores demográficos, laborais e de saúde evoluem e se articulam ao longo do tempo, em comparação com o contexto nacional.

O estágio que fundamenta o presente relatório foi desenvolvido em dois contextos complementares, a Unidade de Saúde Pública de Viseu e a Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, ambas integradas na Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões. Esta articulação permitiu o contacto com diferentes níveis de intervenção, desde a análise

epidemiológica e apoio ao planeamento em saúde até à intervenção direta junto da comunidade, promovendo a integração entre análise, ação e avaliação.

O percurso formativo foi orientado pelas diretrizes da Ordem dos Enfermeiros, possibilitando o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nos termos do Regulamento n.º 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente relatório assume natureza descritiva, analítica e reflexiva, integrando a análise crítico-reflexiva do percurso de estágio, a apresentação de projetos de intervenção comunitária e um estudo ecológico longitudinal centrado na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões. Neste sentido, o trabalho estrutura-se em duas componentes complementares: uma centrada na prática clínica e no desenvolvimento de competências especializadas, e outra dedicada à componente de investigação.

O estudo analisa a evolução temporal, entre 2011 e 2023, do índice de envelhecimento, da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos e da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos, estabelecendo comparação com o contexto nacional. A investigação não pretende medir diretamente a capacidade laboral individual, mas explorar dinâmicas estruturais que enquadram a sua expressão ao nível territorial, reconhecendo a natureza ecológica dos dados utilizados e as limitações inerentes à inferência causal individual.

O documento organiza-se em capítulos que integram o enquadramento institucional do estágio, a descrição e análise das atividades desenvolvidas, o desenvolvimento de competências profissionais e a apresentação do estudo de investigação, culminando numa síntese conclusiva do percurso realizado.

PARTE I – Componente de Prática Clínica e Desenvolvimento de Competências em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Nota Introdutória

A prática clínica em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública constitui um espaço privilegiado de articulação entre conhecimento científico, intervenção em saúde e tomada de decisão fundamentada, exigindo uma leitura integrada das necessidades da população, dos determinantes da saúde e das especificidades do território.

O percurso desenvolvido em contexto de estágio, realizado na Unidade de Saúde Pública de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, integradas na Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, permitiu o envolvimento em diferentes áreas de intervenção, nomeadamente vigilância epidemiológica, proteção da saúde, promoção da saúde, planeamento em saúde e intervenção comunitária. Esta diversidade de contextos e experiências favoreceu a consolidação de competências especializadas, sustentadas na articulação entre análise, decisão e ação em saúde.

A organização desta parte assenta numa lógica centrada no desenvolvimento de competências, em conformidade com o enquadramento definido pela Ordem dos Enfermeiros, integrando a análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Esta opção estrutural permite evidenciar não apenas as atividades realizadas, mas sobretudo o modo como estas contribuíram para a construção de uma prática profissional autónoma, crítica e fundamentada.

A análise apresentada privilegia, assim, uma abordagem crítico-reflexiva das experiências vivenciadas, articulando-as com referenciais teóricos, normativos e metodológicos da área. As atividades desenvolvidas são mobilizadas enquanto evidência do percurso realizado, sendo interpretadas à luz das exigências da prática especializada e das especificidades dos contextos de intervenção.

Deste modo, esta parte constitui o suporte formativo e contextual que sustenta a componente de investigação apresentada na Parte II, evidenciando a complementaridade entre prática clínica e produção de conhecimento no desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista.

1. Enquadramento institucional do estágio

A caracterização do contexto institucional onde decorreu o estágio assume particular relevância na compreensão das dinâmicas de intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na medida em que permite enquadrar as práticas desenvolvidas nas especificidades organizacionais, funcionais e territoriais dos serviços de saúde.

O estágio foi realizado na Unidade de Saúde Pública de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, ambas integradas na Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, entidade responsável pela prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica. Estes contextos de prática, embora distintos nas suas funções, complementam-se na abordagem à saúde das populações, articulando dimensões de vigilância epidemiológica, planeamento em saúde, promoção da saúde e intervenção comunitária.

Neste sentido, torna-se fundamental proceder à caracterização da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, bem como das unidades funcionais onde o estágio foi desenvolvido, de forma a contextualizar as atividades realizadas e a análise do desenvolvimento de competências apresentada nas secções subsequentes.

1.1. Unidade Local de Saúde Viseu Dão- Lafões (ULSVDL)

A Unidade Local de Saúde Viseu-Dão-Lafões, E. P. E. (ULS Viseu-Dão-Lafões) constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pertencente ao setor público empresarial do Estado e responsável pela prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica. O SNS organiza-se segundo os princípios da universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade no acesso aos cuidados de saúde, tal como estabelecido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), que enquadra juridicamente a organização do sistema de saúde em Portugal (Assembleia da República, 2019).

A atual configuração da ULS Viseu-Dão-Lafões resulta da reorganização institucional introduzida pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que determinou a integração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., e do Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões numa única entidade prestadora de cuidados de saúde (Portugal, 2023). Este modelo organizacional assenta na articulação entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e saúde pública, procurando favorecer maior continuidade assistencial e uma resposta mais integrada às necessidades da população.

A estrutura assistencial da ULS Viseu-Dão-Lafões compreende diferentes níveis de prestação de cuidados. A componente hospitalar é assegurada principalmente pelo Hospital de São Teotónio, em Viseu, e pelo Hospital Cândido de Figueiredo, em Tondela, unidades responsáveis pela prestação de cuidados hospitalares diferenciados dirigidos à população da região. A organização integra ainda serviços especializados, designadamente na área da saúde mental, bem como a rede de cuidados de saúde primários, estruturada através dos centros de saúde distribuídos pelo território (ULS Viseu-Dão-Lafões, 2024).

A área de intervenção da ULS Viseu-Dão-Lafões corresponde essencialmente à sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, abrangendo os concelhos de Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela (INE, 2024). Este território ocupa uma área aproximada de 3238 km² e integra contextos urbanos, semiurbanos e rurais, com diversidade geográfica assinalável. A delimitação geográfica encontra-se representada na Figura 1.



Fonte: ULSVDL (2024).

Figura 1 - Área geográfica da ULS Viseu-Dão-Lafões

A sub-região Viseu Dão-Lafões apresentava, em 2024, uma população residente de 259 590 habitantes. A distribuição por grupos etários evidenciava 28 784 residentes entre os 0 e os 14 anos, 25 636 entre os 15 e os 24 anos, 129 831 entre os 25 e os 64 anos e 75 339 com 65 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025). O índice de envelhecimento situava-se em 194, correspondendo a 194 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos.

A análise por tipologia de áreas urbanas mostrou diferenças expressivas, com um índice de envelhecimento de 178,8 nas áreas predominantemente urbanas, 319,9 nas áreas mediantemente urbanas e 426,5 nas áreas predominantemente rurais, evidenciando um envelhecimento mais acentuado nos territórios rurais (INE, 2025).

Estes dados traduzem uma estrutura demográfica marcada pelo envelhecimento populacional e por assimetrias territoriais relevantes, com maior concentração de população idosa em áreas rurais, configurando desafios acrescidos à organização dos cuidados de saúde.

Esta realidade tem implicações diretas na organização dos cuidados de saúde e na definição de prioridades em saúde, sobretudo no que respeita à acessibilidade, proximidade e continuidade assistencial.

Neste enquadramento, o estágio desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões permitiu o contacto direto com estas dinâmicas, possibilitando a compreensão das implicações práticas das características demográficas e territoriais na organização dos cuidados.

1.2. Unidade de Saúde Pública de Viseu

A Unidade de Saúde Pública de Viseu integra a Unidade Local de Saúde Viseu-Dão-Lafões e assume funções centrais na vigilância do estado de saúde da população, na proteção da saúde coletiva e no controlo de riscos com relevância em saúde pública. A sua ação desenvolve-se segundo uma lógica populacional e preventiva, orientada para a identificação de problemas de saúde, monitorização de determinantes, apoio ao planeamento em saúde e fundamentação técnico-científica da decisão em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023).

A atividade da Unidade de Saúde Pública articula-se com as restantes unidades funcionais da ULS Viseu-Dão-Lafões, designadamente as Unidades de Saúde Familiar, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, as Unidades de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e a Unidade de Apoio à Gestão, bem como com diferentes instituições e entidades da comunidade. Esta articulação permite desenvolver respostas mais integradas e ajustadas às necessidades do território, sustentadas no trabalho em equipa, no rigor técnico e na responsabilidade profissional.

A sede da Unidade de Saúde Pública situa-se no concelho de Viseu. A organização do serviço assenta em serviços locais de saúde pública de âmbito concelhio, suportados por equipas

multidisciplinares constituídas por médicos especialistas em saúde pública, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, técnicos superiores de saúde ambiental e assistentes técnicos, podendo os profissionais exercer funções em diferentes locais da área de intervenção da ULS.

O Centro de Diagnóstico Pneumológico de Viseu integra a Unidade de Saúde Pública desde 1 de setembro de 2016, mantendo autonomia técnica e circuitos próprios de informação. A sua integração reforça a capacidade de resposta na área das doenças respiratórias, particularmente no controlo da tuberculose, assegurando uma intervenção mais articulada com as restantes atividades desenvolvidas em saúde pública.

A Unidade de Saúde Pública desenvolve atividades nos domínios do planeamento, promoção e proteção da saúde, incluindo vigilância epidemiológica e ambiental, avaliação do impacto na saúde, prevenção da doença, investigação em saúde e participação em programas e projetos de saúde pública.

A sua intervenção inscreve-se nas orientações definidas pelo Plano Nacional de Saúde e pelos planos regionais e locais, abrangendo ainda funções associadas ao Centro de Diagnóstico Pneumológico e à participação na formação pré e pós-graduada de profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2023).

1.3. Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Lafões integra a Unidade Local de Saúde Viseu-Dão-Lafões (ULS Viseu-Dão-Lafões) e constitui uma unidade funcional orientada para a prestação de cuidados de saúde de proximidade dirigidos a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis da comunidade (Decreto-Lei n.º 28/2008).

A sua área de intervenção abrange os concelhos de Vouzela e Oliveira de Frades, desenvolvendo a sua atividade junto da população residente nestes territórios, bem como de cidadãos que, não sendo residentes, frequentem instituições públicas ou privadas situadas na sua área geográfica de influência. Ambos os concelhos integram o distrito de Viseu e apresentam características territoriais marcadas pela dispersão geográfica, elemento que assume relevância na organização dos cuidados de proximidade assegurados pela UCC Lafões.

A UCC Lafões articula-se com as restantes unidades funcionais da ULS Viseu-Dão-Lafões e com diferentes entidades da comunidade local, designadamente autarquias,

instituições particulares de solidariedade social e estabelecimentos de ensino, procurando desenvolver respostas integradas e ajustadas às necessidades identificadas no território.

A equipa multidisciplinar integra enfermeiros, maioritariamente especialistas em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, bem como profissionais de outras áreas, nomeadamente nutrição, psicologia, fisioterapia, saúde pública, saúde ambiental e serviço social. Esta composição favorece uma abordagem abrangente, sustentada na complementaridade de saberes e na adequação das intervenções às necessidades da população.

A atividade desenvolvida pela UCC Lafões abrange intervenções nas áreas da saúde familiar e comunitária, saúde infantil e juvenil, saúde da pessoa idosa, intervenção precoce, apoio a cuidadores, cuidados continuados integrados e projetos de promoção da saúde e capacitação da comunidade, em articulação com parceiros locais e de acordo com as orientações nacionais e regionais de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008).

A população abrangida pela UCC Lafões distribui-se por dois concelhos de pequena dimensão populacional. De acordo com os Censos 2021, o concelho de Vouzela apresentava uma população residente de 9 580 habitantes e o concelho de Oliveira de Frades de 9 506 habitantes (INE, 2022).

Em ambos os casos, a estrutura etária evidencia envelhecimento populacional acentuado, com um peso expressivo da população com 65 ou mais anos, superior ao da população jovem.

Globalmente, a análise sociodemográfica destes dois concelhos evidencia territórios de reduzida dimensão populacional, que condicionam a organização da intervenção comunitária e reforçam a necessidade de respostas de proximidade ajustadas às especificidades locais.

2. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista constitui um eixo estruturante do percurso formativo em contexto de estágio, na medida em que traduz a mobilização integrada de conhecimentos científicos, capacidades técnicas, julgamento clínico e reflexão crítica em diferentes cenários de prática. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, estas competências organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A consolidação destas competências ocorreu de forma transversal ao longo do estágio realizado na Unidade de Saúde Pública de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, através da participação em atividades de vigilância epidemiológica, promoção da saúde, planeamento em saúde, intervenção comunitária, formação e produção técnico-científica. Mais do que a execução de tarefas, o percurso realizado exigiu capacidade de análise, tomada de decisão fundamentada, adaptação ao contexto e integração progressiva entre prática clínica e evidência científica, em linha com o perfil esperado do enfermeiro especialista.

2.1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um domínio central da prática especializada, implicando uma atuação sustentada no rigor técnico, no respeito pelos direitos da pessoa e na conformidade com os referenciais legais e deontológicos que regulam o exercício profissional.

Esta competência foi particularmente mobilizada na elaboração do procedimento interno “Consulta e Registo do Processo Clínico dos Utentes da UCC Lafões” (cf. Apêndice IX), desenvolvido na sequência de recomendações decorrentes de auditoria interna. A construção deste documento exigiu análise do enquadramento legal relativo à proteção de dados e ao sigilo profissional, bem como a definição de normas de acesso e registo da informação clínica, contribuindo para a segurança da informação e para a uniformização de práticas institucionais.

No contexto da Unidade de Saúde Pública, a participação em processos de vigilância epidemiológica, nomeadamente no desenvolvimento do diagnóstico de situação relativo à infeção por *Campylobacter* (cf. Apêndice I), permitiu consolidar a compreensão da responsabilidade associada à gestão de informação sensível e à tomada de decisão em saúde pública. De igual modo, o acompanhamento de uma reunião técnica no âmbito da gestão de um caso de doença transmissível evidenciou a necessidade de decisões proporcionais, fundamentadas e eticamente sustentadas.

A dimensão ética foi igualmente mobilizada na visita domiciliária realizada na UCC Lafões, que exigiu respeito pela privacidade, sensibilidade relacional e adequação da intervenção ao contexto familiar. Também nas atividades de educação para a saúde e nas intervenções em contexto escolar e comunitário se revelou essencial garantir uma abordagem centrada na pessoa, respeitando valores, ritmos e autonomia dos participantes.

A componente de investigação contribuiu para reforçar esta competência, nomeadamente no que respeita à utilização responsável de dados agregados e à delimitação do alcance interpretativo dos resultados, assegurando coerência entre metodologia e conclusões.

2.2. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garante um ambiente terapêutico e seguro

O domínio da melhoria contínua da qualidade envolve a capacidade de integrar processos de avaliação, monitorização e aperfeiçoamento das práticas, assegurando a segurança e a eficácia das intervenções.

A conceção do projeto “Caminhar com Confiança” (cf. Apêndice XV) constituiu um exemplo relevante, ao assentar na análise de indicadores epidemiológicos para identificação do risco de quedas como problema prioritário. Este processo evidenciou a importância da fundamentação das intervenções em dados objetivos e da definição de estratégias orientadas para resultados.

De igual modo, o projeto “Quando Cada Segundo Conta” (cf. Apêndices X) integrou uma lógica de planeamento, implementação e avaliação, incluindo aplicação de instrumentos

pré e pós-intervenção e definição de indicadores de processo, traduzindo uma abordagem orientada para a monitorização da qualidade e do impacto.

Na Unidade de Saúde Pública, a participação em visitas de avaliação a instituições e em avaliações de risco em contexto escolar permitiu consolidar a dimensão da segurança em saúde, nomeadamente através da análise de condições ambientais, controlo de riscos associados à *Legionella* e identificação de fatores de risco em estabelecimentos escolares.

A elaboração do procedimento interno (cf. Apêndice IX) reforçou a vertente organizacional da qualidade, ao promover práticas seguras na gestão da informação clínica.

A componente de investigação contribuiu igualmente para este domínio, ao exigir seleção rigorosa de indicadores e interpretação crítica dos resultados, evidenciando o papel da informação epidemiológica no suporte à melhoria contínua.

2.3. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A gestão dos cuidados traduz-se na capacidade de organizar, articular e adaptar intervenções em função das necessidades da população e dos recursos disponíveis, assegurando continuidade e coerência das respostas.

Esta competência foi desenvolvida na conceção e implementação de projetos comunitários, nomeadamente o projeto “Quando Cada Segundo Conta”, que implicou articulação com a comunidade educativa, organização da intervenção formativa e coordenação de recursos humanos, incluindo estudantes em estágio.

O projeto “Caminhar com Confiança” evidenciou igualmente a capacidade de estruturar respostas preventivas ajustadas ao território, integrando diagnóstico, planeamento e definição de estratégias.

A dinamização de sessões de educação para a saúde e de formação em Suporte Básico de Vida (cf. Apêndices XI, XII e XIII) exigiu organização dos conteúdos, gestão do tempo e adaptação metodológica a diferentes públicos, reforçando a dimensão relacional da gestão dos cuidados.

Na Unidade de Saúde Pública, as participações em reuniões de equipa permitiram compreender processos de articulação interprofissional e tomada de decisão, evidenciando a importância da coordenação na operacionalização das intervenções.

A visita domiciliária reforçou esta competência ao exigir avaliação contextualizada e priorização de necessidades, demonstrando a necessidade de adequação das intervenções ao contexto real.

2.4. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais traduz a dimensão reflexiva e científica da prática especializada, promovendo autonomia, pensamento crítico e atualização contínua do conhecimento.

Ao longo do estágio, esta competência foi consolidada através da elaboração de materiais pedagógicos e planos de sessão (cf. Apêndices II, III IV, VII, X e XI), que exigiram pesquisa bibliográfica e tradução de evidência científica em conteúdos adequados aos diferentes públicos.

A construção do estudo de investigação constituiu um momento central neste processo, implicando definição do problema, análise de dados e interpretação crítica de indicadores, reforçando a integração entre conhecimento científico e prática profissional.

A produção de conteúdos de literacia em saúde para o jornal local (cf. Apêndices VIII) contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências comunicacionais e reflexivas, exigindo adaptação da linguagem e síntese de informação científica.

A participação em contextos formativos e interdisciplinares permitiu ainda reforçar a assertividade e a capacidade de comunicação profissional.

O conjunto de experiências desenvolvidas ao longo do estágio permitiu consolidar, de forma integrada, as competências comuns do Enfermeiro Especialista. A articulação entre vigilância epidemiológica, intervenção comunitária, planeamento estruturado, gestão dos cuidados, produção técnico-científica e investigação evidenciou uma evolução consistente da autonomia profissional e da capacidade de decisão fundamentada, em consonância com o perfil regulatório da especialidade.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública constitui um eixo estruturante da prática avançada, refletindo a capacidade de intervir de forma autónoma, sistematizada e baseada na evidência, ao nível das populações, grupos e comunidades.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, estas competências organizam-se em domínios que integram a vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a intervenção comunitária e a capacitação, a articulação intersectorial e a produção de conhecimento, exigindo uma abordagem integrada, contextualizada e orientada para ganhos em saúde (OE, 2018).

A sua consolidação ocorreu ao longo do estágio desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, através da mobilização de conhecimentos e da participação em atividades de natureza epidemiológica, preventiva, educativa e organizacional, permitindo a articulação entre análise da situação de saúde, planeamento e intervenção.

3.1. Realiza vigilância epidemiológica e análise da situação de saúde da população

A vigilância epidemiológica constitui uma competência nuclear da especialidade, implicando a capacidade de recolher, analisar e interpretar informação relevante para a proteção da saúde coletiva e para o apoio à decisão.

No contexto da Unidade de Saúde Pública de Viseu, esta competência foi desenvolvida através da participação na elaboração de um diagnóstico de situação em saúde relativo à infeção por *Campylobacter* (cf. Apêndice I), permitindo consolidar conhecimentos sobre o funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, bem como sobre os processos de notificação, monitorização e análise de doenças transmissíveis. Este trabalho possibilitou a identificação de padrões de ocorrência, fatores de risco e implicações para a saúde pública, reforçando a importância da informação epidemiológica enquanto suporte à decisão.

Ainda neste contexto, o acompanhamento de uma reunião técnica no âmbito da gestão de um caso de doença transmissível permitiu compreender a operacionalização da vigilância epidemiológica em situação real, nomeadamente no que respeita à avaliação do risco, definição de medidas de controlo e articulação interinstitucional.

A competência foi igualmente mobilizada na participação em atividades de avaliação de risco em contexto escolar e institucional, que exigiram capacidade de identificar fatores suscetíveis de comprometer a saúde coletiva, reforçando a ligação entre vigilância, prevenção e proteção da saúde.

No âmbito da Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, a vigilância epidemiológica assumiu uma expressão complementar, nomeadamente através da análise de indicadores demográficos e epidemiológicos utilizados na fundamentação do projeto “Caminhar com Confiança” (cf. Apêndice XV), evidenciando a importância da informação em saúde na identificação de prioridades e na definição de estratégias de intervenção comunitária.

A componente de investigação desenvolvida no relatório contribuiu igualmente para a consolidação desta competência, ao implicar a análise de séries temporais de indicadores populacionais, permitindo aprofundar a compreensão das dinâmicas de saúde ao nível territorial.

Deste modo, a vigilância epidemiológica foi integrada enquanto instrumento essencial de suporte ao planeamento e à intervenção em saúde comunitária, articulando análise de dados, decisão técnica e ação.

3.2. Planeia, implementa e avalia intervenções em saúde, com base no diagnóstico da situação de saúde da população

O planeamento em saúde constitui uma competência estruturante da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, implicando a capacidade de identificar necessidades, definir prioridades, estabelecer objetivos, delinear estratégias de intervenção e avaliar resultados, de forma sistemática e fundamentada na evidência.

Esta competência foi mobilizada de forma particularmente consistente no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, através da conceção e estruturação de projetos de intervenção comunitária. O projeto “Caminhar com Confiança” (cf. Apêndice XV) constituiu um exemplo relevante, tendo sido desenvolvido com base na análise de indicadores demográficos e epidemiológicos do território, que evidenciaram o risco de quedas como

problema prioritário na população idosa. A sua elaboração implicou a aplicação das diferentes etapas do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação até à definição de objetivos, estratégias de intervenção e indicadores de monitorização, permitindo estruturar uma resposta orientada para a prevenção e promoção da funcionalidade.

De igual modo, o projeto “Quando Cada Segundo Conta” (cf., Apêndice, XVI) evidenciou a capacidade de planear intervenções ajustadas a necessidades concretas da comunidade, identificadas pela instituição parceira. A definição de objetivos específicos, a organização da intervenção teórico-prática e a inclusão de instrumentos de avaliação pré e pós-intervenção traduziram uma abordagem sistemática e orientada para a avaliação de resultados, reforçando a importância da monitorização no ciclo de planeamento em saúde.

No contexto da Unidade de Saúde Pública de Viseu, esta competência foi desenvolvida de forma complementar, através do contacto com processos de apoio ao planeamento em saúde, nomeadamente na análise de informação epidemiológica e na participação em atividades de decisão técnica. A elaboração do diagnóstico de situação relativo à infeção por *Campylobacter* (cf. Apêndice I) permitiu compreender o papel da vigilância epidemiológica como base para o planeamento de intervenções em saúde pública, evidenciando a articulação entre produção de conhecimento e definição de estratégias.

A participação em reuniões de equipa e em atividades de organização técnica contribuiu igualmente para compreender a dimensão operacional do planeamento, nomeadamente no que respeita à definição de prioridades, distribuição de recursos e articulação entre profissionais.

A componente de investigação desenvolvida no relatório reforçou esta competência ao exigir uma leitura estruturada das dinâmicas demográficas e de saúde do território, permitindo sustentar decisões com base em evidência estatística e aprofundar a capacidade de análise crítica.

Deste modo, o estágio permitiu consolidar o planeamento em saúde enquanto processo contínuo, dinâmico e fundamentado, que articula diagnóstico, decisão, intervenção e avaliação, orientado para a melhoria dos resultados em saúde e para a adequação das respostas às necessidades da população.

3.3. Desenvolve processos de intervenção comunitária e de capacitação de grupos e comunidades

A intervenção comunitária constitui um eixo central da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, implicando a capacidade de atuar de forma estruturada junto de grupos e comunidades, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e o desenvolvimento de competências individuais e coletivas. Esta competência exige uma abordagem integrada, centrada na identificação de necessidades, na adequação das estratégias de intervenção e na promoção da participação ativa da população.

No contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, esta competência foi amplamente desenvolvida através da dinamização de sessões de educação para a saúde dirigidas à população idosa integrada nas Universidades Sénior de Vouzela e de Oliveira de Frades (cf. Apêndices II; III; IV e V). As intervenções foram estruturadas com base em metodologias participativas, privilegiando a interação, a valorização da experiência prévia dos participantes e a adaptação dos conteúdos às características do grupo. A abordagem adotada permitiu não apenas a transmissão de informação, mas sobretudo a promoção de competências relacionadas com a manutenção da funcionalidade, prevenção da incapacidade e gestão de fatores de risco associados ao envelhecimento.

A intervenção no âmbito do projeto “Quando Cada Segundo Conta” (cf. Apêndices XI) constituiu igualmente uma expressão relevante desta competência, ao integrar uma dimensão clara de capacitação comunitária. A formação em Suporte Básico de Vida dirigida à comunidade educativa permitiu desenvolver competências técnicas essenciais para a resposta a situações de paragem cardiorrespiratória, reforçando simultaneamente a confiança e a perceção de autoeficácia dos participantes. Esta intervenção ultrapassou a lógica informativa, promovendo uma capacitação efetiva orientada para a ação em contexto real.

No contexto da Unidade de Saúde Pública de Viseu, a participação em sessões de educação para a saúde em meio escolar, no âmbito do Projeto ABC, permitiu compreender a importância da intervenção precoce na promoção da literacia em saúde e no desenvolvimento de competências ao longo do ciclo de vida. A utilização de metodologias adaptadas ao público jovem reforçou a necessidade de adequar estratégias de comunicação e intervenção às características dos diferentes grupos populacionais.

A produção de conteúdos de literacia em saúde para o jornal local (cf. Apêndices VIII) contribuiu para ampliar o alcance da intervenção comunitária, permitindo a disseminação de

informação fundamentada junto de um público alargado. Esta estratégia evidenciou a importância da utilização de diferentes canais de comunicação na promoção da saúde, reforçando a responsabilidade do enfermeiro especialista na acessibilidade da informação.

A participação em atividades comunitárias e institucionais, incluindo programas de promoção da saúde mental em contexto escolar, permitiu ainda observar diferentes modelos de intervenção comunitária, reforçando a importância da adaptação das estratégias às necessidades e aos contextos específicos.

Deste modo, o estágio permitiu consolidar a intervenção comunitária como processo contínuo de envolvimento, capacitação e promoção da autonomia, sustentado numa abordagem participativa, contextualizada e orientada para ganhos em saúde.

3.4. Promove a articulação intersectorial e o trabalho em rede

A articulação intersectorial constitui uma competência essencial na Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, reconhecendo que os determinantes da saúde ultrapassam o setor da saúde e exigem respostas integradas, sustentadas na colaboração entre diferentes instituições, serviços e agentes comunitários. Esta competência implica a capacidade de estabelecer parcerias, promover comunicação eficaz, articular intervenções e mobilizar recursos do território, visando respostas mais adequadas, sustentáveis e centradas nas necessidades da população.

Ao longo do estágio, esta competência foi desenvolvida em ambos os contextos de prática, evidenciando a importância do trabalho em rede na operacionalização das intervenções em saúde.

No contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade Lafões, a implementação do projeto “Quando Cada Segundo Conta” (cf. Apêndices XVI) implicou articulação direta com a Escola Profissional de Vouzela, desde a identificação da necessidade até à definição dos objetivos e organização da intervenção. Este processo exigiu negociação, adequação das estratégias ao contexto institucional e alinhamento entre as expectativas da comunidade educativa e os objetivos em saúde, evidenciando que a eficácia da intervenção depende da cooperação entre setores.

A dinamização de sessões de educação para a saúde nas Universidades Sénior (cf. Apêndices II; III; IV; V; VI e VII) constituiu igualmente uma expressão desta competência, ao

envolver articulação com estruturas comunitárias locais, permitindo o acesso a grupos populacionais específicos e favorecendo a implementação de intervenções ajustadas às suas características.

No contexto da Unidade de Saúde Pública de Viseu, a articulação intersectorial assumiu particular relevância na participação em atividades de vigilância epidemiológica e proteção da saúde, que envolveram interação com instituições educativas, estruturas sociais e entidades com responsabilidade na gestão de riscos em saúde. A avaliação de riscos em estabelecimentos escolares e a visita a instituições sociais evidenciaram a necessidade de comunicação técnica clara, fundamentação das recomendações e acompanhamento das medidas implementadas.

A participação em reuniões técnicas e de equipa permitiu ainda observar processos de articulação entre diferentes profissionais e áreas de intervenção, reforçando a importância da coordenação interprofissional na definição de estratégias de atuação em saúde pública.

A utilização de meios de comunicação locais, nomeadamente através da publicação de conteúdos de literacia em saúde (cf. Apêndice VIII), evidenciou uma dimensão alargada da articulação intersectorial, ao mobilizar recursos existentes na comunidade para a disseminação de informação em saúde, ampliando o alcance das intervenções.

Estas experiências permitiram compreender que a articulação intersectorial não se limita à cooperação pontual entre instituições, mas constitui um processo contínuo de construção de parcerias, partilha de responsabilidades e integração de saberes, essencial para a eficácia e sustentabilidade das intervenções em saúde comunitária.

Deste modo, o estágio contribuiu para consolidar a capacidade de trabalhar em rede, mobilizar recursos comunitários e promover respostas intersectoriais ajustadas às especificidades do território, reforçando o papel do enfermeiro especialista como agente de ligação entre diferentes setores e níveis de intervenção.

3.5. Desenvolve investigação e produção de conhecimento em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

A investigação constitui uma dimensão estruturante da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assumindo-se como instrumento fundamental para sustentar a prática clínica, orientar a tomada de decisão e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta competência implica a capacidade de mobilizar conhecimento

científico, desenvolver processos de análise crítica, produzir evidência e integrar os resultados na prática profissional.

Ao longo do estágio, esta competência foi desenvolvida de forma particularmente consistente através da realização do estudo de investigação integrado no presente relatório, centrado na análise da evolução temporal de indicadores demográficos, laborais e de saúde na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões. A construção do estudo exigiu a definição do problema, a revisão da literatura, a seleção criteriosa de indicadores e a análise de dados secundários provenientes de fontes oficiais, implicando rigor metodológico e capacidade de interpretação crítica. Este processo permitiu aprofundar a compreensão da saúde enquanto fenómeno multidimensional, influenciado por determinantes demográficos, sociais e económicos, reforçando a importância da evidência científica no suporte ao planeamento em saúde.

A mobilização de dados epidemiológicos e estatísticos, bem como a análise de séries temporais, contribuiu para o desenvolvimento de uma leitura estruturada da realidade territorial, evidenciando a relevância da investigação enquanto suporte à decisão e à definição de estratégias de intervenção. A necessidade de explicitar limitações metodológicas e de garantir coerência entre dados, análise e conclusões reforçou uma postura de prudência científica e responsabilidade na produção de conhecimento.

Neste contexto, importa destacar que o trabalho desenvolvido deu origem à elaboração de um artigo científico, atualmente em processo de submissão à *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, evidenciando a capacidade de translação do conhecimento produzido em contexto académico para formatos de disseminação científica, contribuindo para a produção e partilha de evidência na área da saúde comunitária.

Para além da investigação formal, esta competência foi igualmente desenvolvida através da produção técnico-científica aplicada. A elaboração de materiais pedagógicos e planos de sessão no âmbito das intervenções comunitárias (cf. Apêndices II, III, IV, V, VII, X, XI e XIV) exigiu pesquisa bibliográfica, seleção de evidência atualizada e adaptação do conhecimento científico aos diferentes contextos de intervenção. Este processo permitiu consolidar a capacidade de traduzir evidência científica em instrumentos operacionais, adequados às características dos grupos-alvo.

A produção de conteúdos de literacia em saúde para o jornal local (cf. Apêndices VIII) constituiu igualmente uma forma de disseminação de conhecimento, exigindo síntese de

informação científica e adequação da linguagem a um público não especializado, contribuindo para a democratização do acesso à informação em saúde.

No contexto da Unidade de Saúde Pública, a participação em atividades de vigilância epidemiológica e análise de informação reforçou a articulação entre produção de conhecimento e aplicação prática, evidenciando a importância da informação científica na definição de medidas de saúde pública. Na Unidade de Cuidados na Comunidade, a integração da evidência no planejamento e implementação de intervenções comunitárias reforçou a dimensão aplicada da investigação, evidenciando a sua relevância na adequação das respostas às necessidades da população.

Deste modo, o estágio permitiu consolidar a investigação como processo transversal à prática especializada, integrando produção, mobilização e aplicação de conhecimento científico. Esta competência traduziu-se no desenvolvimento de uma prática mais fundamentada, crítica e orientada para a qualidade, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto produtor e utilizador de evidência em saúde comunitária.

**PARTE II - Componente de Investigação: Envelhecimento Demográfico,
Participação Laboral e Mortalidade Prematura: Estudo Ecológico
Longitudinal na NUTS III Viseu Dão-Lafões (2011-2023)**

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento demográfico constitui uma transformação estrutural da população portuguesa, com implicações na organização dos sistemas de saúde, no mercado de trabalho e na sustentabilidade social. A análise integrada entre envelhecimento, participação laboral e mortalidade prematura permite compreender dinâmicas que influenciam a capacidade laboral ao nível populacional, particularmente em territórios com envelhecimento mais acentuado.

Objetivos: Analisar a evolução do índice de envelhecimento, da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos e da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, entre 2011 e 2023, na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, comparativamente ao contexto nacional, bem como explorar associações entre estes indicadores.

Métodos: Estudo ecológico longitudinal, baseado em dados secundários provenientes de fontes oficiais. Foram analisadas séries temporais relativas ao período de 2011 a 2023. A análise incluiu estatística descritiva, testes não paramétricos (Wilcoxon e teste dos sinais), correlação de Spearman e modelos de regressão linear, considerando um nível de significância de 5%.

Resultados: Verificou-se um envelhecimento demográfico mais acentuado na sub-região Viseu Dão-Lafões relativamente ao contexto nacional. Observou-se um aumento da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos e uma redução da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos. A mortalidade prematura manteve-se globalmente estável ao longo do período em análise, com variações associadas a fatores conjunturais. A análise inferencial não evidenciou associações estatisticamente significativas entre os indicadores demográficos, laborais e de saúde, embora se tenham identificado diferenças territoriais relevantes.

Conclusões: O envelhecimento demográfico associa-se a transformações nas dinâmicas do mercado de trabalho, nomeadamente ao aumento da participação laboral em idades mais avançadas. Contudo, não se observaram associações estatisticamente significativas com a mortalidade prematura, sugerindo a influência de múltiplos determinantes. Estes resultados reforçam a necessidade de abordagens integradas e territorialmente diferenciadas no planeamento em saúde, articulando saúde pública, saúde ocupacional e políticas sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento demográfico; participação laboral; mortalidade prematura; capacidade laboral; saúde pública; enfermagem comunitária.

Abstract

Background: Population ageing represents a structural transformation of Portuguese society, with significant implications for healthcare systems, labour markets, and social sustainability. The integrated analysis of demographic ageing, labour participation, and premature mortality provides insight into the dynamics influencing work ability at the population level, particularly in territories characterised by accelerated ageing processes.

Objectives: To analyse the evolution of the ageing index, employment rate among individuals aged 55–64, unemployment rate among individuals aged ≥ 45 years, and premature mortality rate before the age of 65, between 2011 and 2023, in the NUTS III Viseu Dão-Lafões sub-region, compared to the national context, and to explore associations between these indicators.

Methods: An ecological longitudinal study was conducted using secondary data from official statistical sources. Time-series data from 2011 to 2023 were analysed. Statistical procedures included descriptive analysis, non-parametric tests (Wilcoxon and sign test), Spearman correlation, and multiple linear regression models, adopting a significance level of 5%.

Results: The findings indicate a more pronounced demographic ageing in the Viseu Dão-Lafões sub-region compared to the national context. An increase in employment rates among individuals aged 55–64 and a reduction in unemployment rates among individuals aged ≥ 45 years were observed. Premature mortality remained globally stable over the study period, with fluctuations associated with contextual factors. Inferential analysis did not demonstrate statistically significant associations between demographic, labour, and health indicators, although relevant territorial differences were identified.

Conclusions: Demographic ageing is associated with structural changes in labour market dynamics, particularly increased labour participation at older ages. However, no statistically significant association was observed with premature mortality, suggesting the influence of multiple determinants. These findings highlight the need for integrated and territorially tailored approaches in health planning, linking public health, occupational health, and social policy.

Keywords: Population ageing; labour participation; premature mortality; work ability; public health; community nursing.

Introdução

O envelhecimento demográfico constitui uma transformação estrutural das sociedades contemporâneas, resultante da conjugação entre a diminuição sustentada da fecundidade e o aumento da esperança média de vida (Eurostat, 2023; World Health Organization, 2023). Este fenómeno tem conduzido a uma reconfiguração da estrutura etária das populações, traduzida no aumento do índice de envelhecimento e na crescente pressão sobre os sistemas de saúde, proteção social e mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2021; Instituto Nacional de Estatística, 2024).

Em Portugal, esta dinâmica assume particular relevância, evidenciando-se através do crescimento contínuo da proporção de pessoas com 65 ou mais anos e da redução relativa da população jovem (INE, 2024). Neste contexto, o envelhecimento emerge como um determinante estrutural da saúde da população, com implicações diretas na organização dos sistemas de saúde e na sustentabilidade socioeconómica (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Paralelamente, as transformações demográficas influenciam as dinâmicas do mercado de trabalho, nomeadamente ao nível da participação laboral em idades mais avançadas. A compreensão destas dinâmicas exige uma abordagem integrada, que articule envelhecimento populacional, participação no mercado de trabalho e condições de saúde, ultrapassando análises fragmentadas destas dimensões. Apesar da relevância destas inter-relações, a literatura tem tendido a analisá-las de forma segmentada, privilegiando isoladamente as dimensões demográfica, laboral ou sanitária, sendo ainda limitada a evidência que explore a sua articulação integrada, particularmente ao nível sub-regional.

Neste enquadramento, a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões assume particular relevância, caracterizando-se por um perfil demográfico marcado por envelhecimento acentuado, o que a torna um território pertinente para a análise destas inter-relações (INE, 2024). A comparação com o contexto nacional permite enquadrar as especificidades territoriais nas tendências globais observadas em Portugal. Em territórios com estas características, a evolução do índice de envelhecimento, dos níveis de participação laboral em idades mais avançadas e da mortalidade prematura pode refletir dinâmicas específicas, cuja análise integrada permanece pouco sistematizada na literatura nacional.

O presente estudo assume natureza ecológica e longitudinal, analisando a evolução, entre 2011 e 2023, do índice de envelhecimento, da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos e da taxa de mortalidade

prematura antes dos 65 anos, com base em dados secundários provenientes de fontes oficiais. Neste sentido, o estudo tem como objetivo analisar os padrões de evolução e de associação temporal entre indicadores demográficos, laborais e de saúde na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, por comparação com o contexto nacional, procurando identificar dinâmicas estruturais relevantes para a compreensão da participação laboral e dos perfis de saúde em contexto de envelhecimento populacional.

Deste modo, pretende-se contribuir para uma compreensão integrada das relações entre envelhecimento, participação laboral e saúde ao nível populacional, reforçando a importância de abordagens territoriais e intersectoriais no planeamento em saúde.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento demográfico e transição da vida ativa

O envelhecimento demográfico tem vindo a afirmar-se como uma das transformações estruturais mais consistentes das sociedades europeias nas últimas décadas. Não se limita a um aumento absoluto da população idosa, traduzindo antes uma reconfiguração profunda da estrutura etária, resultante da conjugação entre a diminuição sustentada da fecundidade e o aumento da esperança média de vida (Eurostat, 2023; OMS, 2015). Esta dinâmica tem conduzido a uma transformação da pirâmide etária, progressivamente marcada por um alargamento dos grupos etários mais envelhecidos e por uma contração da base jovem, conferindo ao envelhecimento um carácter estrutural e persistente, em detrimento de uma leitura conjuntural.

Esta mudança demográfica não ocorre de forma isolada, inserindo-se num conjunto mais amplo de transformações económicas, sociais e institucionais. Em particular, interfere diretamente na composição da população em idade ativa, alterando o equilíbrio entre população potencialmente produtiva e população dependente. Este desequilíbrio demográfico traduz-se em pressões acrescidas sobre os sistemas de proteção social, financiamento público e organização dos mercados de trabalho, colocando desafios à sustentabilidade dos modelos sociais europeus (Comissão Europeia [CE], 2021).

Em Portugal, a evolução da estrutura etária acompanha esta tendência europeia, evidenciando um envelhecimento progressivo da população residente, amplamente documentado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024). Este processo assume particular expressão em regiões do interior, onde a conjugação entre baixa fecundidade, aumento da longevidade e migração seletiva da população jovem intensifica o envelhecimento estrutural. Neste contexto, a transformação demográfica repercute-se diretamente na organização da vida ativa, ao modificar a base populacional que sustenta o emprego, a produtividade e os sistemas contributivos. O envelhecimento deixa, assim, de ser uma questão circunscrita à esfera da saúde ou da proteção social, passando a constituir um eixo central na análise das dinâmicas económicas e laborais.

Paralelamente, a noção tradicional de ciclo de vida, frequentemente estruturada numa sequência linear de formação, trabalho e reforma, tem vindo a sofrer ajustamentos significativos. O prolongamento da vida ativa, impulsionado por reformas nos sistemas de pensões, alterações no mercado de trabalho e aumento da esperança de vida saudável, traduz-

se numa redefinição das trajetórias profissionais, bem como do momento e das condições de transição para a reforma (CE, 2021; OCDE, 2022). Esta transformação não implica apenas uma extensão temporal da participação laboral, mas levanta questões críticas relativas à qualidade do trabalho, à adequação das funções às capacidades individuais e à sustentabilidade dessa permanência ao longo do tempo.

Importa, contudo, evitar uma leitura simplista do envelhecimento como sinónimo de declínio uniforme. A evidência científica tem vindo a demonstrar a heterogeneidade das trajetórias de envelhecimento, fortemente influenciadas por determinantes sociais da saúde, condições de trabalho e estilos de vida acumulados ao longo do curso de vida (OMS, 2015). Neste sentido, a permanência no mercado de trabalho em idades mais avançadas não pode ser explicada exclusivamente pela variável idade, dependendo de um conjunto complexo de fatores que incluem o estado de saúde, a funcionalidade, o nível de qualificação e as oportunidades de participação social e económica.

Neste enquadramento, a transição da vida ativa deve ser entendida como um processo multidimensional e não linear, resultante da interação entre dinâmicas demográficas, condições estruturais do mercado de trabalho e perfis de saúde da população. A análise desta transição em territórios marcados por envelhecimento populacional exige, por isso, uma abordagem integrada, capaz de articular estas dimensões e de captar as suas interdependências.

Assim, a compreensão das dinâmicas associadas ao prolongamento da vida ativa implica a mobilização de indicadores que traduzam, ao nível agregado, a relação entre estrutura demográfica, participação laboral e condições de saúde. Esta perspetiva sustenta a introdução do conceito de capacidade laboral enquanto constructo integrador, permitindo uma leitura mais abrangente das condições que influenciam a permanência no mercado de trabalho em idades mais avançadas.

1.2. Capacidade laboral, envelhecimento e saúde ocupacional

O conceito de capacidade laboral (*work ability*) assume um papel central na análise da relação entre envelhecimento e participação no mercado de trabalho. Originalmente desenvolvido no âmbito da saúde ocupacional por Ilmarinen (2009), este conceito é conceptualizado como o resultado de um equilíbrio dinâmico entre os recursos individuais do trabalhador e as exigências do trabalho, integrando dimensões físicas, mentais, sociais e organizacionais.

A capacidade laboral não constitui um atributo estático, mas sim um constructo dinâmico, evolutivo e sensível ao contexto, que se transforma ao longo do ciclo de vida, sendo influenciado por fatores como o estado de saúde, o nível de qualificação, as condições de trabalho e o enquadramento organizacional (Ilmarinen, 2009; Van den Berg et al., 2010). Neste sentido, o envelhecimento não deve ser interpretado como um processo linear de declínio funcional, podendo coexistir trajetórias diferenciadas em função da interação entre características individuais e determinantes contextuais.

A literatura evidencia que a manutenção da capacidade laboral em idades mais avançadas está fortemente associada à qualidade das condições de trabalho ao longo da vida ativa. Ambientes laborais caracterizados por exigências físicas elevadas, exposição prolongada a riscos ocupacionais e ausência de estratégias de adaptação funcional tendem a acelerar o declínio da capacidade laboral, comprometendo a permanência no emprego (Van den Berg et al., 2010). Em contraste, contextos organizacionais que promovem a saúde no trabalho, a formação contínua e a adaptação ergonómica das funções favorecem trajetórias de envelhecimento laboral mais sustentáveis, contribuindo para o prolongamento da vida ativa.

Adicionalmente, a saúde assume um papel determinante neste processo. A presença de doença crónica, multimorbilidade, limitações funcionais e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde constitui um fator crítico na redução da capacidade laboral, condicionando a permanência no mercado de trabalho e aumentando o risco de saída precoce (World Health Organization, 2015). Assim, a capacidade laboral emerge como um constructo integrador que reflete a interação entre envelhecimento, saúde e participação económica, assumindo relevância crescente no contexto das sociedades envelhecidas.

Importa salientar que a operacionalização empírica deste conceito em estudos de natureza ecológica apresenta limitações, uma vez que a capacidade laboral é tipicamente avaliada ao nível individual, através de instrumentos específicos como o *Work Ability Index*. A utilização de indicadores agregados, como taxas de emprego, desemprego e mortalidade prematura, constitui, neste contexto, uma aproximação indireta, permitindo captar dimensões estruturais associadas à capacidade laboral ao nível populacional.

Deste modo, a análise da capacidade laboral em contextos territoriais específicos exige a integração de múltiplos indicadores que permitam aproximar, ainda que de forma indireta, a complexidade deste fenómeno. Esta abordagem reforça a necessidade de modelos analíticos multidimensionais, capazes de articular determinantes demográficos, laborais e sanitários,

contribuindo para uma compreensão mais integrada das dinâmicas associadas ao envelhecimento e à participação no mercado de trabalho (Eurostat, 2023; WHO, 2015).

1.3. Indicadores demográficos, laborais e de saúde

A análise da relação entre envelhecimento demográfico, participação no mercado de trabalho e condições de saúde exige a utilização de indicadores que permitam operacionalizar estas dimensões de forma mensurável e comparável. A seleção de indicadores assume, neste contexto, não apenas uma função descritiva, mas também um papel determinante na validade analítica dos estudos ecológicos, na medida em que condiciona a interpretação dos fenómenos e a robustez das inferências produzidas (Eurostat, 2023).

No domínio demográfico, o índice de envelhecimento assume particular relevância enquanto indicador sintético da estrutura etária da população. Este índice, definido como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com menos de 15 anos, permite avaliar o grau de envelhecimento de um território, evidenciando o desequilíbrio entre gerações (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Para além da sua simplicidade operacional, este indicador traduz de forma integrada os efeitos cumulativos da redução da fecundidade e do aumento da longevidade, constituindo uma métrica central na análise das dinâmicas populacionais e das suas implicações socioeconómicas (European Commission, 2021).

No que respeita à dimensão laboral, a taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos é amplamente utilizada como indicador da participação económica em idades mais avançadas. Este indicador permite avaliar a capacidade de integração e permanência no mercado de trabalho numa fase do ciclo de vida frequentemente marcada por transições para a reforma (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2022). Complementarmente, a taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos fornece informação relevante sobre situações de vulnerabilidade laboral, refletindo dificuldades de reintegração no mercado de trabalho e potenciais fenómenos de exclusão prolongada (Eurostat, 2023).

A utilização combinada destes indicadores permite captar simultaneamente dimensões de inclusão e exclusão no mercado de trabalho, oferecendo uma leitura mais abrangente das dinâmicas laborais em grupos etários mais envelhecidos.

Importa salientar que, embora estes indicadores se baseiem em grupos etários distintos, a sua utilização conjunta é justificada pela disponibilidade de séries estatísticas harmonizadas e pela sua relevância analítica na caracterização da população em idade ativa avançada. Esta opção metodológica, frequente na literatura internacional, traduz um compromisso entre rigor conceptual e viabilidade empírica, particularmente em estudos de base ecológica.

No domínio da saúde, a taxa de mortalidade prematura, definida como o número de óbitos ocorridos antes dos 65 anos, constitui um indicador relevante da perda precoce de anos potenciais de vida. Este indicador é frequentemente utilizado como medida indireta do estado de saúde das populações, refletindo não apenas fatores biológicos, mas também determinantes sociais, económicos e comportamentais (World Health Organization [WHO], 2015; Nolte & McKee, 2004).

Enquanto indicador agregado, a mortalidade prematura permite captar desigualdades estruturais em saúde e avaliar o impacto de condições socioeconómicas adversas na sobrevivência em idades potencialmente produtivas.

A inclusão da mortalidade prematura na análise permite introduzir a dimensão da saúde enquanto elemento estruturante da capacidade laboral. Embora não constitua uma medida direta de funcionalidade ou capacidade de trabalho, este indicador funciona como proxy da carga de doença e das limitações em saúde ao nível populacional, podendo influenciar, de forma indireta, a participação no mercado de trabalho (WHO, 2015).

Deste modo, a seleção dos indicadores utilizados, índice de envelhecimento, taxa de emprego dos 55 aos 64 anos, taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos e taxa de mortalidade prematura, fundamenta-se na sua relevância teórica, na sua robustez enquanto medidas agregadas e na disponibilidade de dados provenientes de fontes estatísticas oficiais. Em conjunto, estes indicadores permitem operacionalizar, de forma integrada, as dimensões demográfica, laboral e sanitária, constituindo uma base analítica consistente para a exploração da capacidade laboral em contexto territorial.

De forma a sistematizar os indicadores selecionados e clarificar a sua relevância no âmbito do estudo, apresenta-se, na Tabela 1, uma síntese das principais variáveis consideradas, respetiva definição, unidade de medida, fundamentação teórica e fontes de dados.

Quadro 1 - Indicadores utilizados no estudo

Indicador	Definição	Unidade de medida	Justificação teórica	Fonte de dados
Índice de envelhecimento	Relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com menos de 15 anos	Percentagem (%)	Permite avaliar o grau de envelhecimento demográfico e o desequilíbrio intergeracional	INE;
Taxa de emprego (55–64 anos)	Proporção da população entre os 55 e os 64 anos que se encontra empregada	Percentagem (%)	Indicador da participação laboral em idades avançadas e da capacidade de permanência no mercado de trabalho	INE
Taxa de desemprego (≥ 45 anos)	Proporção da população ativa com 45 ou mais anos que se encontra desempregada	Percentagem (%)	Reflete vulnerabilidade laboral e dificuldades de reintegração no mercado de trabalho em idades mais avançadas	INE
Taxa de mortalidade prematura (<65 anos)	Número de óbitos ocorridos antes dos 65 anos por 100.000 habitantes	Taxa por 100.000 habitantes	Indicador indireto do estado de saúde da população e da perda precoce de potencial produtivo	INE;

Fonte: Elaboração própria

A sistematização apresentada permite evidenciar a articulação entre as dimensões demográfica, laboral e de saúde, constituindo a base analítica para a compreensão da capacidade laboral em contexto regional. Adicionalmente, a integração destes indicadores permite enquadrar a análise no âmbito de abordagens orientadas para o envelhecimento ativo, reconhecendo a necessidade de políticas públicas que promovam simultaneamente a participação económica, a funcionalidade e a equidade em saúde ao longo do ciclo de vida.

1.4. Envelhecimento ativo e políticas públicas

O envelhecimento populacional tem sido progressivamente incorporado nas agendas políticas internacionais como um dos principais desafios estruturais do século XXI. A sua abordagem tem vindo a evoluir de uma perspetiva predominantemente demográfica para uma visão integrada, que articula dimensões económicas, sociais e de saúde, refletindo preocupações com a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, a coesão territorial e a promoção da saúde ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, o conceito de envelhecimento ativo tem vindo

a assumir centralidade, traduzindo uma perspetiva que valoriza a participação contínua das pessoas mais velhas na vida social, económica e comunitária, em condições de autonomia, segurança e dignidade (OMS, 2023).

A Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030 reforça esta abordagem ao destacar a necessidade de criar ambientes que promovam a capacidade funcional, reduzam desigualdades e favoreçam a inclusão social, reconhecendo que as trajetórias de envelhecimento resultam de exposições cumulativas ao longo do curso de vida (OMS, 2023). Esta mudança conceptual traduz uma transição de um paradigma centrado na dependência para um modelo orientado para a funcionalidade, a capacidade e a participação, alinhado com os princípios da promoção da saúde e da equidade.

No espaço europeu, o envelhecimento tem sido igualmente enquadrado no âmbito das políticas de emprego e sustentabilidade financeira. A Comissão Europeia sublinha a importância de promover mercados de trabalho mais inclusivos e adaptados à diversidade etária, incentivando a permanência no emprego em idades mais avançadas, em articulação com condições de trabalho adequadas, políticas de envelhecimento ativo e oportunidades de aprendizagem ao longo da vida (Comissão Europeia, 2021). Estas orientações refletem o reconhecimento de que a sustentabilidade dos sistemas sociais depende, em larga medida, da capacidade de integrar populações envelhecidas em trajetórias laborais prolongadas e adaptadas às suas condições funcionais.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2021–2030 integra o envelhecimento como eixo estruturante, destacando a promoção da funcionalidade, a prevenção da incapacidade e a redução de desigualdades em saúde como prioridades estratégicas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023). Esta abordagem evidencia a necessidade de articulação entre políticas de saúde, emprego e proteção social, reconhecendo o envelhecimento como um fenómeno transversal que exige respostas intersectoriais e sustentadas. A promoção de condições que favoreçam trajetórias de envelhecimento saudável e participativo assume, assim, particular relevância no contexto nacional.

Importa, contudo, reconhecer que o impacto destas dinâmicas não é homogéneo no território. Regiões como a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões apresentam níveis mais acentuados de envelhecimento e características demográficas específicas, frequentemente associadas à saída de população jovem, à baixa densidade populacional e à dispersão territorial. Estas assimetrias reforçam a necessidade de abordagens territorialmente diferenciadas, capazes

de integrar as especificidades locais no planejamento de respostas em saúde, emprego e coesão social.

Neste contexto, a análise integrada das dimensões demográfica, laboral e sanitária adquire particular relevância, permitindo explorar a interdependência entre envelhecimento populacional, participação laboral em idades mais avançadas e condições de saúde. A articulação destas dimensões revela-se essencial para compreender os determinantes da capacidade laboral ao nível populacional, especialmente em territórios marcados por envelhecimento estrutural.

Assim, a compreensão destas dinâmicas exige uma abordagem integrada ao nível agregado, que sustente a formulação de problemas de investigação orientados para a análise das interações entre envelhecimento, saúde e participação no mercado de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas mais ajustadas, equitativas e baseadas em evidência científica.

2. Metodologia

A opção metodológica adotada encontra-se ancorada na necessidade de garantir coerência interna entre os objetivos definidos e a estratégia analítica, permitindo uma exploração integrada e conceptualmente sustentada das relações entre envelhecimento demográfico, participação laboral e mortalidade prematura ao nível populacional.

2.1. Questão de investigação e objetivos

Com base no enquadramento teórico apresentado, o presente estudo foi orientado pela seguinte questão de investigação:

Que padrões de evolução e de associação temporal se observam entre indicadores demográficos, laborais e de saúde na sub-região Viseu Dão-Lafões, no período de 2011 a 2023, por comparação com o contexto nacional?

De forma a operacionalizar esta questão, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Analisar a evolução e os padrões de associação temporal entre indicadores demográficos, laborais e de saúde na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, no período de 2011 a 2023, por comparação com o contexto nacional.

Objetivos específicos:

- Descrever a evolução temporal do índice de envelhecimento, da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos e da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, na sub-região Viseu Dão-Lafões e em Portugal;
- Comparar os padrões evolutivos observados na sub-região com os verificados a nível nacional;
- Explorar a existência de associações temporais entre os indicadores demográficos, laborais e de saúde ao nível agregado.

2.2. Desenho do estudo

O presente estudo enquadra-se numa abordagem observacional, ecológica, longitudinal e comparativa, centrada na análise de dados agregados ao nível territorial.

A natureza observacional decorre da ausência de intervenção sobre as variáveis em análise, baseando-se exclusivamente na utilização de dados secundários provenientes de fontes estatísticas oficiais. Esta abordagem revela-se particularmente adequada para a análise de fenómenos demográficos, laborais e de saúde em contexto real, permitindo captar dinâmicas estruturais da população.

O estudo assume um carácter ecológico, uma vez que a unidade de análise corresponde a agregados populacionais e não a indivíduos. Neste tipo de desenho, as variáveis são analisadas ao nível coletivo, permitindo identificar padrões e relações entre indicadores em contextos territoriais específicos, sendo amplamente utilizado em estudos de saúde pública e demografia.

A dimensão longitudinal decorre da análise da evolução dos indicadores ao longo do período compreendido entre 2011 e 2023, possibilitando a identificação de tendências, variações e padrões temporais.

A componente comparativa resulta da análise simultânea da sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões e do contexto nacional, permitindo contextualizar os resultados e identificar especificidades territoriais.

A integração destas dimensões metodológicas possibilita uma análise abrangente das inter-relações entre envelhecimento demográfico, participação laboral e mortalidade prematura ao nível populacional.

Contudo, importa reconhecer as limitações inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente a impossibilidade de estabelecer relações de causalidade e o risco de falácia ecológica, decorrente da utilização de dados agregados.

Este tipo de abordagem é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos e de saúde pública para análise de fenómenos ao nível populacional (Morgenstern, 1995; Rothman, Greenland & Lash, 2008).

2.3. Contexto de estudo

A unidade de análise do estudo corresponde a agregados populacionais ao nível territorial, não incidindo sobre indivíduos. A opção metodológica por uma abordagem ecológica implica que as variáveis são observadas e analisadas enquanto indicadores estruturais de contexto, sendo as interpretações realizadas ao nível coletivo.

O foco territorial centra-se na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, integrada na Região Centro, selecionada pela sua relevância no enquadramento do estágio e pelas características demográficas associadas ao envelhecimento populacional acentuado. Para efeitos comparativos, considerou-se igualmente o contexto nacional (Portugal).

Os indicadores demográficos e de mortalidade foram analisados ao nível da NUTS III Viseu Dão-Lafões e de Portugal. No que respeita aos indicadores de participação laboral, não se encontravam disponíveis séries temporais harmonizadas ao nível NUTS III para o período em análise, nas fontes estatísticas consultadas. Assim, estes indicadores foram analisados ao nível da NUTS II Centro, enquanto escala territorial regional mais próxima com disponibilidade estatística harmonizada.

A utilização de escalas territoriais distintas constitui uma limitação metodológica, devendo a interpretação das associações entre indicadores considerar a diferença de nível espacial e evitar extrapolações diretas entre variáveis observadas em escalas distintas.

2.4. População e unidade de análise

A população de referência do estudo corresponde ao conjunto da população residente na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões e em Portugal, no período compreendido entre 2011 e 2023.

Para os indicadores de participação laboral, considerou-se igualmente a população residente na região NUTS II Centro, de acordo com a disponibilidade das séries temporais harmonizadas.

Atendendo à natureza ecológica do estudo, a unidade de análise corresponde a dados agregados ao nível territorial, não sendo considerados dados individuais, o que permite analisar padrões de evolução e de associação entre variáveis ao nível coletivo, em consonância com os objetivos definidos.

A seleção do indicador relativo à taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos fundamenta-se na sua utilização recorrente na literatura internacional e nas orientações europeias sobre envelhecimento ativo e prolongamento da vida ativa, sendo este grupo etário frequentemente considerado como referência para a análise da permanência no mercado de trabalho em idades próximas do limiar tradicional de reforma.

A utilização de dados agregados implica, no entanto, algumas limitações, nomeadamente no que respeita à interpretação dos resultados, uma vez que as associações observadas ao nível populacional podem não refletir relações ao nível individual. Neste sentido, a análise deve ser interpretada à luz do enquadramento metodológico adotado.

Deste modo, a definição da população de referência e da unidade de análise assegura a coerência entre os indicadores considerados, a escala territorial e o desenho metodológico do estudo.

2.5. Fontes de dados e operacionalização das variáveis

Os dados utilizados são de natureza secundária e foram obtidos a partir do Sistema Estatístico Nacional, designadamente das bases de dados do Instituto Nacional de Estatística, garantindo consistência metodológica, cobertura territorial oficial e comparabilidade temporal.

Os indicadores demográficos e de mortalidade foram extraídos das Estimativas Anuais da População Residente e das estatísticas de Óbitos por Local de Residência (NUTS 2013), disponibilizadas pelo INE. Os indicadores laborais foram recolhidos a partir das estatísticas oficiais do mercado de trabalho, considerando a série 2021, desagregada por local de residência e grupo etário.

O índice de envelhecimento foi utilizado como indicador da estrutura etária da população, correspondendo à relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com menos de 15 anos, expressa por 100 jovens, tendo sido analisado para Portugal e para a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, no período de 2011 a 2023.

A taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos foi considerada como indicador da dimensão sanitária, correspondendo ao número de óbitos de indivíduos com menos de 65 anos por 100 000 habitantes, tendo sido igualmente analisada para Portugal e para a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, com base em séries anuais harmonizadas.

A participação laboral foi operacionalizada através da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos e da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos, ambas expressas em percentagem.

A taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos foi analisada para Portugal e para a região NUTS II Centro, de acordo com a disponibilidade das séries temporais harmonizadas, sendo o mesmo critério aplicado à taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos.

A seleção destes indicadores permitiu operacionalizar, ao nível agregado, três dimensões estruturais, demográfica, laboral e sanitária, assegurando coerência temporal no período compreendido entre 2011 e 2023.

Estes indicadores foram selecionados pela sua relevância teórica e pela disponibilidade de séries temporais harmonizadas, garantindo a robustez e consistência da análise desenvolvida.

2.6. Tratamento e análise dos dados

A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 29.0.2.0 (20), em função dos objetivos definidos e da natureza ecológica, longitudinal e exploratória do estudo.

Numa primeira fase, procedeu-se à análise descritiva dos indicadores em estudo, através do cálculo de medidas de tendência central e de dispersão, bem como da representação gráfica das séries temporais, com o objetivo de caracterizar a evolução dos indicadores entre 2011 e 2023.

Posteriormente, foram aplicados testes não paramétricos de comparação entre contextos territoriais, designadamente o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas e o teste dos sinais, atendendo ao reduzido número de observações e à natureza emparelhada das séries analisadas.

A associação entre os indicadores demográficos, laborais e de saúde foi explorada através do coeficiente de correlação de Spearman, por se tratar de uma medida não paramétrica adequada à análise de relações monotónicas entre variáveis em séries temporais curtas.

Com o objetivo de aprofundar a relação entre as variáveis em estudo, foram estimados modelos de regressão linear múltipla, considerando a taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos como variável dependente. Numa primeira fase, foram incluídos no modelo o índice de

envelhecimento e os indicadores do mercado de trabalho. Numa fase subsequente, face à presença de multicolinearidade elevada entre as variáveis independentes, procedeu-se à reespecificação dos modelos, mediante remoção da variável com maior valor de Variance Inflation Factor (VIF), com o propósito de reduzir a redundância da informação explicativa e melhorar a estabilidade das estimativas.

Nos modelos estimados foram analisados os coeficientes de regressão não padronizados e padronizados, os respetivos erros-padrão, os valores de significância estatística, o coeficiente de determinação (R^2), o R^2 ajustado, a significância global do modelo através da análise de variância (ANOVA) e os valores de VIF.

Atendendo ao reduzido número de observações e à natureza temporal das variáveis, a análise foi conduzida com carácter exploratório, sendo os resultados interpretados com prudência, sem pretensão de estabelecer relações causais.

2.7. Considerações éticas

O estudo baseou-se exclusivamente na utilização de dados secundários de acesso público, agregados ao nível territorial, não envolvendo qualquer recolha de informação individual identificável, pelo que não se verificou necessidade de submissão a apreciação por comissão de ética.

Foram assegurados os princípios de integridade científica, rigor na análise e utilização responsável dos dados, respeitando as normas das entidades promotoras.

A interpretação dos resultados, foi realizada de forma crítica e prudente, considerando as limitações inerentes ao desenho ecológico, nomeadamente o risco de falácia ecológica, evitando extrapolações para o nível individual.

3. Resultados

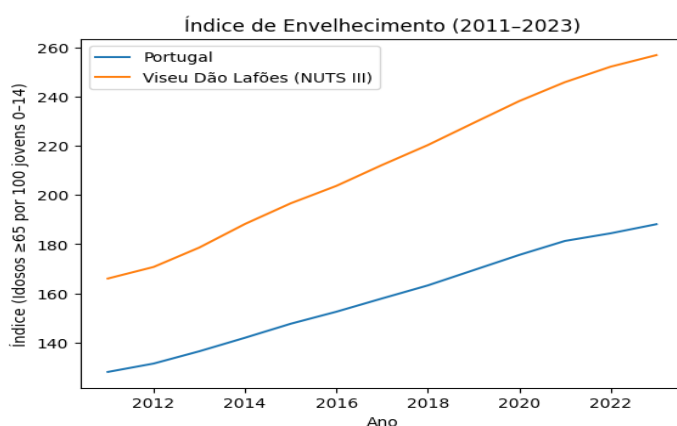
Os resultados são apresentados segundo uma lógica sequencial, iniciando-se com a análise dos indicadores demográficos, laborais e de saúde relativos ao período de 2011 a 2023, seguida da descrição da evolução temporal e da análise das relações entre as variáveis em estudo.

A análise da evolução temporal destes indicadores permite identificar tendências ao longo do período em análise, tanto na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões como no contexto nacional.

3.1. Dinâmica demográfica: evolução do envelhecimento

A dinâmica demográfica foi analisada através da evolução do índice de envelhecimento em Portugal e na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, no período compreendido entre 2011 e 2023, a partir da leitura integrada dos dados apresentados na Tabela 2 e no Gráfico 1.

O Gráfico 1 apresenta a evolução do índice de envelhecimento em Portugal e na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, entre 2011 e 2023.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 1 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal e na NUTS III Viseu Dão-Lafões, 2011-2023

A análise evidencia uma trajetória de crescimento contínuo do índice de envelhecimento ao longo de todo o período em estudo, tanto em Portugal como na sub-região em análise, refletindo um processo de envelhecimento demográfico progressivo. Em Portugal, os valores evoluíram de 128,0 em 2011 para 188,1 em 2023, traduzindo um aumento consistente ao longo dos anos.

Na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, os valores apresentados na tabela e evidenciados graficamente confirmam um padrão sistematicamente superior ao contexto nacional, variando entre 166,0 em 2011 e 256,9 em 2023. Para além de níveis mais elevados, observa-se também uma maior amplitude de variação ao longo do período, indicando um envelhecimento mais acentuado neste território.

A leitura integrada dos dados permite ainda evidenciar uma diferença persistente e crescente entre os dois contextos territoriais. Enquanto o gráfico ilustra de forma clara o afastamento progressivo entre as duas curvas, a tabela quantifica essa diferença, mostrando que o aumento absoluto foi de 60,1 pontos em Portugal e de 90,9 pontos na sub-região Viseu Dão-Lafões entre 2011 e 2023.

Estes resultados indicam que a sub-região em estudo apresenta uma configuração demográfica particularmente marcada pelo peso relativo da população idosa face à população jovem, reforçando a relevância da análise das suas implicações nas dimensões laboral e sanitária. Face a esta evolução, torna-se pertinente analisar os indicadores do mercado de trabalho em articulação com estas dinâmicas.

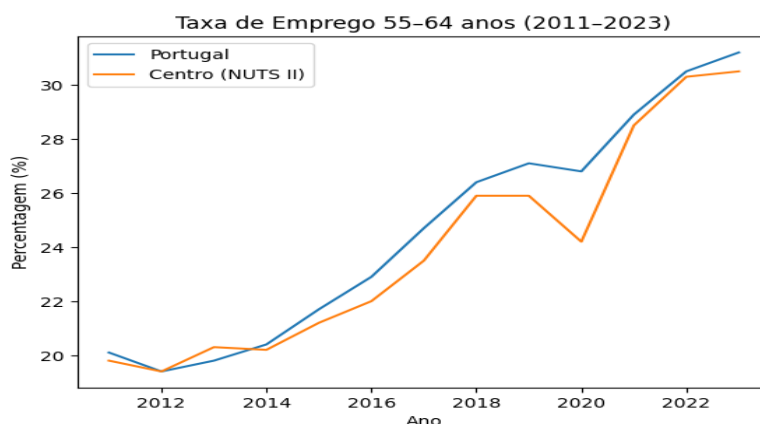
3.2. Participação laboral em idades mais avançadas

A participação laboral em idades mais avançadas foi analisada com base na evolução da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos e da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos, em Portugal e na região Centro, entre 2011 e 2023.

3.2.1. Evolução da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos

A análise conjunta do Gráfico 2 e dos dados da Tabela 2 evidencia uma tendência global de crescimento da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, tanto em Portugal como na região Centro, ao longo do período em estudo.

O Gráfico 2 ilustra a evolução da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos em Portugal e na região Centro, entre 2011 e 2023.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Inquérito ao Emprego (Série 2021).

Gráfico 2 - Evolução da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, em Portugal e na região Centro, 2011-2023.

Em Portugal, a taxa evoluiu de 20,1% em 2011 para 31,2% em 2023, enquanto na região Centro se observou uma evolução semelhante, passando de 19,8% para 30,5%.

Os valores variam entre cerca de 19,4% e 31%, indicando um aumento progressivo da participação laboral nos grupos etários mais envelhecidos. A leitura integrada dos dados permite identificar uma fase inicial de relativa estabilidade até 2013, com valores próximos dos 20%, seguida de um período de crescimento mais consistente a partir de 2014. Esta trajetória ascendente é interrompida por uma ligeira redução em 2020, evidenciada tanto no gráfico como na tabela, sendo posteriormente retomada nos anos subsequentes. Observa-se uma recuperação, com os valores mais elevados da série registados em 2022 e 2023.

Comparativamente, a região Centro apresenta valores ligeiramente inferiores aos observados em Portugal na maior parte da série temporal, embora com evolução paralela e convergente, o que reforça a consistência do padrão observado.

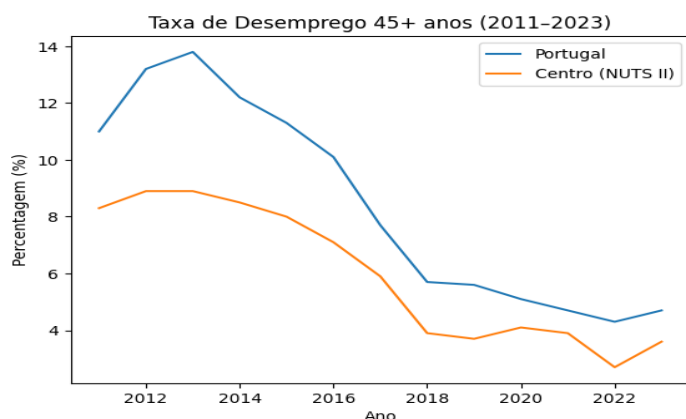
Este comportamento evidencia um aumento sustentado da participação laboral em idades mais avançadas ao longo do período em análise.

3.2.2. Evolução da taxa de desemprego da população com 45 e mais anos

A evolução da taxa de desemprego da população com 45 e mais anos foi analisada com base nos dados apresentados no Gráfico 3 e na Tabela 2, permitindo uma leitura integrada da

dinâmica temporal deste indicador em Portugal e na região Centro, no período compreendido entre 2011 e 2023.

O Gráfico 3 apresenta a evolução da taxa de desemprego da população com 45 e mais anos, em Portugal e na região Centro, ao longo do período em análise.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Inquérito ao Emprego (Série 2021).

Gráfico 3 - Evolução da taxa de desemprego da população com 45 e mais anos, em Portugal e na região Centro, 2011–2023.

O Gráfico 3 evidencia uma tendência global de redução da taxa de desemprego em ambos os contextos territoriais ao longo do período em análise. Em Portugal, a taxa variou entre 11,0% em 2011 e 4,7% em 2023, atingindo o valor máximo de 13,8% em 2013. Na região Centro, os valores oscilaram entre 8,3% em 2011 e 3,6% em 2023, com máximos de 8,9% registados em 2012 e 2013.

A leitura conjunta com a Tabela 2 confirma esta trajetória, evidenciando um período inicial de aumento do desemprego até 2013, seguido de uma redução progressiva e consistente em ambos os territórios, particularmente acentuada a partir de 2014. A partir de 2018, os valores tendem a estabilizar em níveis mais baixos, ainda que com oscilações interanuais.

Apesar desta tendência global de diminuição, a taxa de desemprego apresenta um comportamento irregular ao longo do período analisado, especialmente no contexto nacional. Em Portugal, os valores variam entre 4,3% e 13,8%, evidenciando maior volatilidade. A redução é particularmente acentuada no período entre 2013 e 2019, seguindo-se uma fase de estabilização.

Por sua vez, na região Centro, os valores são globalmente mais baixos, situando-se entre 2,7% e 8,9%, e apresentam menor variabilidade ao longo do tempo.

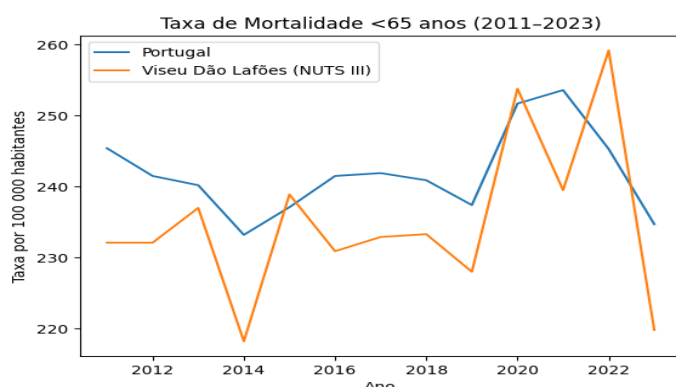
Comparativamente, a região Centro apresenta valores sistematicamente inferiores aos observados em Portugal ao longo de toda a série temporal, o que evidencia diferenças consistentes entre os dois contextos territoriais.

De forma articulada com a evolução da taxa de emprego, observa-se que a participação laboral em idades mais avançadas se caracteriza, no período em estudo, por um aumento da taxa de emprego e uma redução da taxa de desemprego, tanto em Portugal como na região Centro, ainda que com diferenças de intensidade entre os dois contextos territoriais.

3.3. Mortalidade Prematura e dimensão sanitária

A dimensão sanitária foi analisada através da evolução da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, com base nos dados apresentados no Gráfico 4 e na Tabela 2, para Portugal e para a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, no período compreendido entre 2011 e 2023.

O Gráfico 4 apresenta a evolução da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos em Portugal e na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, entre 2011 e 2023.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Óbitos e Estimativas anuais da população residente; cálculo da autora.

Gráfico 4 - Evolução da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, em Portugal e na NUTS III Viseu Dão-Lafões, 2011–2023.

A análise conjunta do Gráfico 4 e da Tabela 2 evidencia que a taxa de mortalidade prematura apresenta uma evolução globalmente estável ao longo do período em estudo, embora marcada por oscilações interanuais em ambos os contextos territoriais.

Em Portugal, os valores variaram entre 233,2 por 100 000 habitantes, registados em 2014, e 253,6 em 2021, mantendo-se relativamente estáveis até 2019. A partir de 2020 observa-se um aumento da mortalidade prematura, seguido de uma redução nos anos subsequentes.

Na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões observa-se um padrão semelhante, com valores a oscilar entre um mínimo de 218,2 por 100 000 habitantes, em 2014, e um máximo de 259,2 em 2022. Verifica-se, contudo, uma maior amplitude de variação ao longo do período.

Até 2019, os valores mantiveram-se relativamente estáveis em ambos os contextos, com pequenas oscilações. A partir de 2020 observa-se um aumento da mortalidade prematura, seguido de uma redução em 2023, ano em que se registam valores de 234,7 por 100 000 habitantes em Portugal e 219,8 na sub-região em estudo.

De forma global, a sub-região Viseu Dão-Lafões apresenta frequentemente valores inferiores aos observados em Portugal, embora com maior variabilidade ao longo do tempo. Este padrão evidencia diferenças na evolução da mortalidade prematura entre os dois contextos territoriais.

3.4. Articulação entre dimensões

Com o objetivo de complementar a análise anterior, apresenta-se na Quadro 2 a sistematização dos principais indicadores demográficos, laborais e de saúde, para Portugal e para a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, ao longo do período compreendido entre 2011 e 2023. A organização destes dados em formato tabular permite uma leitura estruturada e comparativa das variações anuais, facilitando a identificação de padrões e diferenças entre os contextos territoriais em análise.

O quadro 2 sintetiza a evolução dos indicadores demográficos, laborais e de saúde ao longo do período em estudo.

Quadro 2 - Evolução dos indicadores (2011-2023)

Ano	IE Portugal	IE VDL	Mortalidade <65 PT	Mortalidade <65 VDL	Emprego 55-64 PT	Emprego 55-64 Centro	Desemprego ≥45 PT	Desemprego ≥45 Centro
2011	128	166	245,4	232,1	20,1	19,8	11	8,3
2012	131,4	170,7	241,5	232,1	19,4	19,4	13,2	8,9
2013	136,4	178,6	240,2	237	19,8	20,3	13,8	8,9
2014	141,9	188,2	233,2	218,2	20,4	20,2	12,2	8,5
2015	147,6	196,6	237,1	238,9	21,7	21,2	11,3	8
2016	152,5	203,7	241,5	230,9	22,9	22	10,1	7,1
2017	157,9	212,2	241,9	232,9	24,7	23,5	7,7	5,9
2018	163,2	220,3	240,9	233,3	26,4	25,9	5,7	3,9
2019	169,4	229,3	237,4	228	27,1	25,9	5,6	3,7
2020	175,6	238,2	251,7	253,8	26,8	24,2	5,1	4,1
2021	181,3	245,9	253,6	239,5	28,9	28,5	4,7	3,9
2022	184,4	252,2	245,3	259,2	30,5	30,3	4,3	2,7
2023	188,1	256,9	234,7	219,8	31,2	30,5	4,7	3,6

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Em síntese, a análise temporal permite identificar:

- um aumento progressivo do envelhecimento populacional, mais acentuado na sub-região Viseu Dão-Lafões;
- uma relativa estabilidade da mortalidade prematura, com maior variabilidade a nível regional;
- um crescimento da taxa de emprego nos grupos etários mais envelhecidos;
- um comportamento irregular da taxa de desemprego, com maior volatilidade a nível nacional;
- uma evolução da mortalidade prematura caracterizada por oscilações ao longo do período.

3.5. Análise descritiva e variabilidade dos indicadores

O quadro 3 complementa a análise da evolução temporal anteriormente apresentada, sintetizando os principais parâmetros estatísticos dos indicadores em estudo e permitindo uma leitura global das suas distribuições ao longo do período considerado.

O quadro 3 apresenta as estatísticas descritivas dos indicadores analisados.

Quadro 3 - Estatísticas descritivas dos indicadores

Indicador	Contexto	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Índice de envelhecimento	Portugal	158,3	20,6	128	188,1
Índice de envelhecimento	Viseu Dão-Lafões	212,2	31,2	166	256,9
Mortalidade <65 anos	Portugal	241,9	6	233,2	253,6
Mortalidade <65 anos	Viseu Dão-Lafões	235	11,5	218,2	259,2
Emprego 55–64 anos	Portugal	24,6	4,2	19,4	31,2
Emprego 55–64 anos	Centro	24	4	19,4	30,5
Desemprego ≥45 anos	Portugal	8,4	3,6	4,3	13,8
Desemprego ≥45 anos	Centro	6	2,4	2,7	8,9

Fonte: Elaboração própria

No que respeita ao envelhecimento, a análise descritiva confirma a tendência temporal observada, evidenciando valores médios mais elevados do índice de envelhecimento na sub-região Viseu Dão-Lafões (212,2) comparativamente a Portugal (158,3). O desvio padrão mais elevado na sub-região (31,2 vs 20,6) indica uma maior variabilidade ao longo do período.

Relativamente à mortalidade prematura, os valores médios são próximos entre Portugal (241,9) e Viseu Dão-Lafões (235,1), não evidenciando diferenças expressivas. No entanto, o desvio padrão mais elevado na sub-região (11,5 vs 6,0) indica maior variabilidade, em linha com as oscilações observadas ao longo do período.

No que concerne à taxa de emprego, a análise descritiva confirma a tendência de crescimento anteriormente identificada, com valores médios semelhantes entre Portugal (24,6%) e a região Centro (24,0%). A dispersão relativamente moderada (desvio padrão aproximadamente igual a 4) indica uma evolução consistente ao longo do período.

Por último, no que respeita à taxa de desemprego, os valores médios são mais elevados em Portugal (8,4%) do que na região Centro (6,0%). O desvio padrão superior em Portugal (3,6 vs 2,4) indica maior variabilidade, em linha com o comportamento temporal observado.

A análise conjunta da evolução temporal e das estatísticas descritivas evidencia um processo de envelhecimento demográfico progressivo e mais acentuado na sub-região Viseu Dão-Lafões, acompanhado por um aumento da participação laboral nos grupos etários mais envelhecidos e por uma redução do desemprego ao longo do período em análise. Por outro lado, a mortalidade prematura apresenta um comportamento globalmente estável, ainda que com maior variabilidade a nível regional. Estes resultados evidenciam dinâmicas territoriais diferenciadas, reforçando a importância da análise integrada das dimensões demográfica, laboral e de saúde.

3.6. Análise inferencial

De forma a complementar a análise descritiva anteriormente apresentada, procedeu-se à realização de análise inferencial, com o objetivo de avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre contextos territoriais e explorar as associações entre os indicadores demográficos, laborais e de saúde em estudo. Para esse efeito, foram aplicados testes não paramétricos de comparação entre grupos, análise correlacional e modelos de regressão linear múltipla.

3.6.1. Teste de Wilcoxon para comparação entre contextos territoriais

De forma a complementar a análise descritiva anteriormente apresentada e avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os contextos territoriais em estudo, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxon, cujos resultados se apresentam no Quadro 4.

O quadro 4 apresenta os resultados do teste de Wilcoxon para comparação entre contextos territoriais.

Quadro 4 - Teste de Wilcoxon para comparação entre contextos territoriais (2011-2023)

Indicador	Comparação	Z	p-valor	Significância	Interpretação
Índice de envelhecimento	VDL vs Portugal	-3,18	0,001	✓ $p < 0,01$	VDL significativamente superior
Mortalidade <65 anos	VDL vs Portugal	-2,271	0,023	✓ $p < 0,05$	Diferença significativa
Emprego 55–64 anos	Centro vs Portugal	-2,595	0,009	✓ $p < 0,01$	Portugal superior
Desemprego ≥ 45 anos	Centro vs Portugal	-3,181	0,001	✓ $p < 0,01$	Portugal significativamente superior

Fonte: Elaboração própria

A aplicação do teste permitiu avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores analisados nos diferentes contextos territoriais.

No que respeita ao índice de envelhecimento, os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre Portugal e a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões ($Z = -3,180$; $p = 0,001$), sendo os valores sistematicamente superiores nesta última.

Relativamente à mortalidade prematura antes dos 65 anos, verifica-se igualmente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois contextos ($Z = -2,271$; $p = 0,023$), embora com menor magnitude.

No domínio do mercado de trabalho, a taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos apresenta diferenças estatisticamente significativas entre Portugal e a região Centro ($Z = -2,595$; $p = 0,009$), sendo os valores, em média, superiores a nível nacional.

Por sua vez, a taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os dois contextos ($Z = -3,181$; $p = 0,001$), com valores mais elevados em Portugal.

Os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre contextos territoriais, particularmente no que respeita ao envelhecimento demográfico e aos indicadores do mercado de trabalho.

3.6.2. Teste dos sinais de Wilcoxon

A aplicação do teste não paramétrico dos sinais permitiu avaliar a existência de diferenças sistemáticas entre os indicadores observados em Portugal e nas respetivas unidades

territoriais de análise (NUTS III Viseu Dão-Lafões e região Centro), ao longo do período compreendido entre 2011 e 2023.

O quadro 5 apresenta os resultados do teste dos sinais para comparação entre Portugal e as unidades territoriais consideradas.

Quadro 5 - Teste dos Sinais (Sign Test) para comparação entre Portugal e NUTS III/Região Centro (2011-2023)

Variável Comparada	Diferenças Negativas (N)	Diferenças Positivas (N)	Empates (N)	p-value (bilateral)
Índice de envelhecimento (VDL – Portugal)	0	13	0	0,000***
Mortalidade <65 anos (VDL – Portugal)	10	3	0	0,092
Taxa de emprego 55–64 anos (Centro – Portugal)	11	1	1	0,006**
Taxa de desemprego ≥45 anos (Centro – Portugal)	13	0	0	0,000***

Nota: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Fonte: Elaboração própria

Os resultados apuraram, em primeiro lugar, a existência de diferenças estatisticamente significativas no índice de envelhecimento, com um total de 13 diferenças positivas e ausência de diferenças negativas ou empates ($p < 0,001$). Este resultado indica que, em todos os anos analisados, o índice de envelhecimento da sub-região Viseu Dão-Lafões foi sistematicamente superior ao observado em Portugal, confirmando empiricamente o padrão já identificado na análise descritiva e gráfica. Tal evidência reforça a ideia de um envelhecimento demográfico estruturalmente mais acentuado neste território.

Relativamente à taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos, verifica-se igualmente um resultado estatisticamente significativo ($p < 0,001$), com predominância absoluta de diferenças negativas (13 casos). Este padrão indica que, de forma consistente ao longo do período em análise, a região Centro apresentou níveis de desemprego inferiores aos registados a nível nacional. Este resultado sugere uma maior estabilidade relativa do mercado de trabalho regional para os grupos etários mais envelhecidos.

No que concerne à taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, os resultados também apontam para diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,006$). A predominância de diferenças negativas (11 casos) indica que a região Centro apresenta, na maioria dos anos, taxas de emprego inferiores às registadas em Portugal. Este resultado pode refletir

especificidades estruturais do tecido económico regional, nomeadamente menor dinamismo ou menor capacidade de absorção de trabalhadores em idades mais avançadas.

Por outro lado, no caso da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a sub-região Viseu Dão-Lafões e Portugal ($p = 0,092$), apesar de se observar uma tendência para valores inferiores na sub-região (10 diferenças negativas). Este resultado sugere que, embora existam variações ao longo do tempo, estas não são suficientemente consistentes para afirmar, com significância estatística, a existência de diferenças estruturais entre os dois contextos territoriais.

Os resultados do teste dos sinais evidenciam um envelhecimento demográfico sistematicamente mais elevado na sub-região Viseu Dão-Lafões, níveis de desemprego inferiores na região Centro e diferenças consistentes na participação laboral em idades mais avançadas. No caso da mortalidade prematura, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os contextos analisados.

3.6.3. Matriz de correlação de Spearman entre os diferentes indicadores

Efetuuou-se, entretanto, uma matriz de correlação de Spearman entre os indicadores em estudo, em formato triangular, de forma a evitar redundância na apresentação dos coeficientes.

O quadro 6 apresenta a matriz de correlação de Spearman entre os indicadores demográficos, laborais e de saúde.

Quadro 6 - Matriz de correlação de Spearman entre os diferentes indicadores

Variáveis	IE PT	IE VDL	Mort PT	Mort VDL	Emp PT	Emp Centro	Desemp PT
IE PT	1						
IE VDL	1,000**	1					
Mort PT	0,121	0,121	1				
Mort VDL	0,264	0,264	0,626*	1			
Emp PT	0,978**	0,978**	0,126	0,187	1		
Emp Centro	0,971**	0,971**	0,088	0,245	0,974**	1	
Desemp PT	-0,930**	-0,930**	-0,36	-0,3	-0,963**	-0,917**	1
Desemp Centro	-0,926**	-0,926**	-0,132	-0,187	-0,970**	-0,953**	0,953**

Nota: ** $p < 0,01$ | * $p < 0,05$

Fonte: Elaboração própria

A análise da matriz evidencia padrões consistentes de associação entre os indicadores demográficos e laborais, destacando-se a presença de correlações fortes e estatisticamente

significativas particularmente entre o envelhecimento demográfico e as variáveis do mercado de trabalho.

Em primeiro lugar, observa-se uma correlação positiva muito forte entre o índice de envelhecimento e a taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos, tanto para os dados relacionados com Portugal ($\rho = 0,978$; $p < 0,01$) como na região Centro ($\rho = 0,971$; $p < 0,01$). Daí o resultado sugerir que valores mais elevados de envelhecimento demográfico se associam a níveis mais elevados da participação laboral em idades mais avançadas, o que é coerente com as tendências identificadas na análise temporal, sugerindo um possível prolongamento da vida ativa.

Simultaneamente, verifica-se uma correlação negativa muito forte entre o índice de envelhecimento e a taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos ($\rho \approx -0,93$; $p < 0,01$), indicando que contextos com maior envelhecimento estão associados a menores taxas de desemprego neste grupo etário. Este resultado poderá traduzir uma menor pressão sobre o mercado de trabalho ou alterações na estrutura da população ativa.

No que respeita à relação entre os indicadores laborais, destaca-se uma correlação negativa muito forte entre a taxa de emprego e a taxa de desemprego ($\rho \approx -0,96$; $p < 0,01$), confirmando a consistência interna destes indicadores e reforçando a robustez dos resultados obtidos.

Por outro lado, os indicadores de mortalidade prematura apresentam, de um modo geral, correlações fracas e não estatisticamente significativas com os restantes indicadores, com exceção da associação moderada entre a mortalidade para os dados relacionados com Portugal e na sub-região Viseu Dão-Lafões ($\rho = 0,626$; $p < 0,05$). No entanto, a ausência de associações significativas com os indicadores demográficos e laborais aponta para uma relativa autonomia da dimensão da saúde face às restantes variáveis analisadas.

Importa ainda salientar que as correlações muito elevadas observadas entre algumas variáveis poderão refletir, em parte, a influência de tendências temporais comuns ao longo do período em análise, devendo a sua interpretação ser realizada com cautela.

Os resultados evidenciam associações fortes entre envelhecimento demográfico e indicadores do mercado de trabalho, nomeadamente ao nível do aumento da participação laboral e da redução do desemprego, enquanto a mortalidade prematura revela uma menor articulação com estas dimensões, sugerindo dinâmicas parcialmente independentes.

3.6.4. Modelo de Regressão Linear Múltipla

Procedeu-se à estimação de modelos de regressão linear múltipla com o objetivo de explorar a relação entre o índice de envelhecimento, os indicadores do mercado de trabalho e a taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos.

Modelo de regressão linear múltipla para Portugal

A escolha da taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos como variável dependente fundamenta-se na sua relevância enquanto indicador sintético da dimensão sanitária, refletindo não apenas o estado de saúde da população, mas também o impacto indireto de fatores demográficos e socioeconômicos.

A mortalidade prematura constitui um indicador particularmente adequado para analisar as possíveis inter-relações entre o envelhecimento demográfico e as dinâmicas do mercado de trabalho, permitindo avaliar em que medida estas dimensões estruturais influenciam os resultados em saúde.

Esta análise de regressão linear múltipla foi realizada com o objetivo de avaliar a associação do índice de envelhecimento e dos indicadores do mercado de trabalho na taxa de mortalidade prematura antes dos 65 anos em Portugal, no período entre 2011 e 2023.

O quadro 7 apresenta os resultados do modelo de regressão linear múltipla estimado para Portugal.

Quadro 7 - Resultados do modelo de regressão linear (variável dependente: mortalidade prematura <65 anos - Portugal, 2011-2023)

Variável independente	B	Erro padrão	Beta	t	p-valor	VIF
Constante	305.919	50.185	—	6.096	0.000	—
Índice de envelhecimento	0,198	0,428	0,678	0,462	0,655	27.601
Taxa de emprego (55–64 anos)	-2.910	2.610	-2.031	-1.115	0,294	42.545
Taxa de desemprego (≥45 anos)	-2.819	1.663	-1.691	-1.695	0,124	12.752

Estatísticas do modelo

R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	F	p (modelo)	N
0,546	0,298	0,063	5.805	1.271	0,342	13

Nota: B – coeficiente não padronizado; EP – erro padrão; Beta – coeficiente padronizado; VIF – fator de inflação da variância

Fonte: Elaboração própria

Os resultados do modelo evidenciam um coeficiente de determinação ($R^2 = 0,298$), indicando que aproximadamente 29,8% da variabilidade da mortalidade prematura é explicada pelo conjunto das variáveis independentes incluídas no modelo. No entanto, o valor do R^2 ajustado (0,063) revela uma capacidade explicativa bastante reduzida quando ajustada ao número de variáveis e à dimensão da amostra.

O teste global do modelo não se revelou estatisticamente significativo ($F = 1,271$; $p = 0,342$), indicando que, no seu conjunto, as variáveis independentes não explicam de forma significativa a variação da mortalidade prematura.

No que respeita aos coeficientes individuais, nenhuma das variáveis apresenta significância estatística ($p > 0,05$). O índice de envelhecimento apresenta uma relação positiva com a mortalidade prematura ($\beta = 0,678$), enquanto a taxa de emprego e a taxa de desemprego mostram relações negativas ($\beta = -2,031$ e $\beta = -1,691$, respetivamente). Contudo, estas associações não são estatisticamente robustas, pelo que devem ser interpretadas com cautela.

Um aspeto particularmente relevante deste modelo prende-se com os elevados valores do fator de inflação da variância (VIF), especialmente no caso da taxa de emprego ($VIF = 42,545$) e do índice de envelhecimento ($VIF = 27,601$), evidenciando a presença de multicolinearidade severa entre as variáveis independentes. Este resultado sugere que as variáveis estão fortemente correlacionadas entre si, o que compromete a estabilidade e a interpretação dos coeficientes estimados.

Como já referido, os resultados sugerem que a mortalidade prematura não é significativamente explicada pelas variáveis consideradas, podendo estar relacionado com a influência de outros fatores não incluídos no modelo, nomeadamente comportamentais ou contextuais. Por outro lado, a forte multicolinearidade entre as variáveis independentes limita a robustez do modelo, sugerindo a necessidade de reformulação, nomeadamente através da redução do número de variáveis ou da estimação de modelos alternativos.

Modelo ajustado para Portugal

Nesse sentido, processou-se a reformulação do modelo retirando da equação da regressão a variável com maior VIF (Taxa de emprego 55–64 anos) por ser a mais colinear com as restantes.

O quadro 8 apresenta os resultados do modelo ajustado para Portugal.

Quadro 8 - Resultados do modelo de regressão linear múltipla (variável dependente: mortalidade prematura <65 anos - Portugal, 2011-2023)

Variável independente	B	Erro padrão	Beta	t	p-valor	VIF
Constante	288.278	48.199	—	5.981	0.000	—
Índice de envelhecimento	-0,202	0,236	-0,694	-0,857	0,412	8.204
Taxa de desemprego (≥45 anos)	-1.712	1.350	-1.027	-1.268	0,233	8.204

Estatísticas do modelo

R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	F	p (modelo)	N
0,448	0,201	0,041	5.875	1.255	0,326	13

Nota: B – coeficiente não padronizado; EP – erro padrão; Beta – coeficiente padronizado; VIF – fator de inflação da variância

Fonte: Elaboração própria

Os resultados obtidos evidenciam um coeficiente de determinação relativamente reduzido ($R^2 = 0,201$), indicando que cerca de 20,1% da variabilidade da mortalidade prematura é explicada pelas variáveis independentes consideradas. Contudo, o valor do R^2 ajustado (0,041) revela uma capacidade explicativa bastante limitada quando se considera o número de variáveis incluídas no modelo e a dimensão da amostra.

Adicionalmente, o teste global do modelo não apresenta significância estatística ($F = 1,255$; $p = 0,326$), o que indica que, no seu conjunto, as variáveis independentes não explicam de forma estatisticamente significativa a variação da mortalidade prematura.

No que respeita aos coeficientes individuais, verifica-se que nenhuma das variáveis apresenta significância estatística ($p > 0,05$). O índice de envelhecimento apresenta uma relação negativa com a mortalidade prematura ($\beta = -0,694$), enquanto a taxa de desemprego evidencia igualmente uma associação negativa ($\beta = -1,027$). No entanto, estas relações não são estatisticamente significativas, pelo que devem ser interpretadas com prudência.

Em relação à multicolinearidade, observa-se uma redução em relação ao modelo inicialmente estimado, embora os valores de VIF ($\approx 8,2$) continuem a indicar a presença de colinearidade moderada a alta entre as variáveis independentes. Esse resultado sugere que alguma redundância na informação explicativa permanece

Apesar da reformulação do modelo, os resultados sugerem que a mortalidade prematura apresenta uma relação fraca com as variáveis demográficas e laborais consideradas. Este resultado é coerente com a análise correlacional anteriormente realizada, na qual se verificou a ausência de associações estatisticamente significativas entre a mortalidade e os restantes indicadores.

Tal evidência reforça a ideia de que a mortalidade prematura constitui um fenómeno complexo, influenciado por múltiplos fatores não incluídos no modelo, nomeadamente comportamentais e contextuais, o que limita a sua explicação com base apenas m variáveis demográficas e do mercado de trabalho.

É importante também destacar que o tamanho reduzido da amostra ($n = 13$) constitui uma limitação do estudo, podendo afetar a robustez estatística dos resultados obtidos, em particular no contexto da análise de regressão.

Modelo de regressão linear múltipla (NUTS III Viseu Dão-Lafões)

Procedeu-se igualmente à estimação de um modelo de regressão linear múltipla para as correspondentes variáveis da sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões.

O quadro 9 apresenta os resultados do modelo estimado para a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões.

Quadro 9 - Modelo de regressão linear múltipla (NUTS III Viseu Dão-Lafões)

Variável independente	B	Erro padrão	Beta	t	p-valor	VIF
(Constante)	284.452	102.468	—	2.776	0,022	—
Índice de envelhecimento (VDL)	0,102	0,422	0,278	0,243	0,813	14.221
Taxa de emprego (55–64, Centro)	-2.061	3.017	-0,711	-0,683	0,512	11.780
Taxa de desemprego ≥ 45 (Centro)	-3.649	4.759	-0,756	-0,767	0,463	10.563

Estatísticas do modelo

R	R²	R² ajustado	Erro padrão da estimativa	F	p (modelo)	N
0,415	0,172	-0,103	12.068	0,625	0,617	13

Fonte: Elaboração própria

Os resultados evidenciam que o modelo mostra uma capacidade explicativa reduzida, com um coeficiente de determinação de $R^2 = 0,172$, indicando que apenas cerca de 17,2% da variabilidade da mortalidade prematura é explicada pelas variáveis incluídas. O valor do R^2 ajustado negativo (-0,103) reforça a fraca adequação do modelo aos dados.

A análise da significância global do modelo, através do teste ANOVA, revela que o modelo não é estatisticamente significativo ($F(3,9) = 0,625$; $p = 0,617$), não permitindo validar a existência de uma relação linear conjunta entre as variáveis explicativas e a mortalidade prematura.

No que respeita aos coeficientes individuais, verifica-se que nenhuma das variáveis apresenta significância estatística ($p > 0,05$). Ainda assim, é possível identificar algumas tendências: O índice de envelhecimento apresenta uma associação positiva ($\beta = 0,278$), sugerindo que níveis mais elevados de envelhecimento poderão estar associados a um ligeiro aumento da mortalidade prematura, embora sem significância estatística; A taxa de emprego mostra uma relação negativa ($\beta = -0,711$), sugerindo que níveis mais altos de participação no trabalho poderiam estar associados a níveis mais baixos de mortalidade prematura; A taxa de desemprego também apresenta uma relação negativa ($\beta = -0,756$), o que pode refletir efeitos estruturais ou limitações da amostra.

Contudo, estas interpretações devem ser realizadas com elevada cautela, dado que os coeficientes não são estatisticamente significativos.

Importa ainda destacar a presença de multicolinearidade elevada entre as variáveis independentes, evidenciada pelos valores elevados do VIF (superiores a 10). Esta situação indica forte correlação entre os preditores, o que compromete a estabilidade dos coeficientes estimados e limita a interpretação individual dos efeitos. Face a estes resultados, justifica-se a reespecificação do modelo, nomeadamente através da remoção da variável explicativa com maior valor de VIF, a fim de reduzir a redundância de informação e melhorar a robustez da estimação.

A ausência de significância estatística e a reduzida capacidade explicativa do modelo sugerem que a mortalidade prematura não é diretamente explicada pelas variáveis demográficas e laborais consideradas, pelo menos no contexto e período em análise. Estes resultados reforçam a ideia, já evidenciada na análise correlacional, de que a dimensão sanitária apresenta uma relativa autonomia face às dinâmicas demográficas e do mercado de trabalho.

Modelo ajustado para a NUTS III Viseu Dão-Lafões

Nesse sentido, e com o objetivo de reduzir os problemas de multicolinearidade identificados no modelo inicial, procedeu-se à reespecificação do modelo de regressão, mantendo como variáveis explicativas o índice de envelhecimento da sub-região Viseu Dão-Lafões e a taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos na região Centro.

O quadro 10 apresenta os resultados do modelo ajustado para a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões.

Quadro 10 - Modelo de regressão linear múltipla (modelo ajustado - NUTS III Viseu Dão-Lafões)

Variável independente	B	Erro padrão	Beta	t	p-valor	VIF
(Constante)	264.275	95.462	—	2.768	0,02	—
Índice de envelhecimento (VDL)	-0,066	0,332	-0,18	-0,2	0,845	9.327
Taxa de desemprego ≥ 45 (Centro)	-2.537	4.351	-0,525	-0,583	0,573	9.327

Estatísticas do Modelo

R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	F	p (modelo)	N
0,306	0,13	-0,045	11.742	0,744	0,5	13

Fonte: Elaboração própria

Os resultados obtidos continuam a evidenciar uma capacidade explicativa reduzida do modelo, com um coeficiente de determinação de $R^2 = 0,130$, indicando que apenas 13,0% da variabilidade da taxa de mortalidade prematura é explicada pelas variáveis incluídas, e, uma vez mais, o valor negativo do R^2 ajustado (-0,045) sugere que o modelo apresenta um ajustamento fraco aos dados.

A análise da significância global do modelo revela que este não é estatisticamente significativo ($F(2,10) = 0,744$; $p = 0,500$), não sendo possível rejeitar a hipótese nula de ausência de relação linear entre as variáveis independentes e a mortalidade prematura.

Relativamente aos coeficientes estimados, observa-se que nenhuma das variáveis apresenta significância estatística ($p > 0,05$). O índice de envelhecimento apresenta uma associação negativa de reduzida magnitude ($\beta = -0,180$), enquanto a taxa de desemprego evidencia igualmente uma relação negativa ($\beta = -0,525$). Contudo, a ausência de significância estatística impede a validação destas associações.

Apesar da redução do número de variáveis, persistem ainda indícios de multicolinearidade, com valores de VIF próximos do limiar crítico ($\approx 9,3$), o que sugere a existência de correlação elevada entre os preditores e limita a robustez das estimativas.

A fraca capacidade explicativa do modelo e a ausência de significância estatística sugerem que a mortalidade prematura, no contexto da sub-região Viseu Dão-Lafões, não é adequadamente explicada pelas variáveis demográficas e laborais consideradas. Este resultado é consistente com a análise correlacional previamente realizada, que evidenciou associações fracas entre a mortalidade e os restantes indicadores, podendo indicar a influência de outros determinantes não incluídos no modelo, de natureza potencialmente estrutural, social ou comportamental.

4. Discussão

A presente investigação teve como objetivo analisar a relação entre o envelhecimento demográfico, a participação laboral em idades mais avançadas e a mortalidade prematura, considerando simultaneamente o contexto nacional e a sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões. A interpretação dos resultados permite enquadrar os achados à luz da literatura, contribuindo para uma compreensão integrada destas dinâmicas.

Os resultados obtidos encontram consonância com a literatura que tem descrito o envelhecimento demográfico como uma das transformações estruturais mais marcantes das sociedades europeias contemporâneas. O aumento contínuo do índice de envelhecimento observado em Portugal e, de forma mais acentuada, na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, confirma a tendência identificada por organismos internacionais e nacionais, que apontam para o reforço progressivo do peso relativo da população idosa e para a redução da base etária jovem, com implicações relevantes na sustentabilidade social, económica e sanitária (Comissão Europeia, 2021; Eurostat, 2023; Instituto Nacional de Estatística, 2024). Este padrão é particularmente evidente em territórios do interior, onde os processos de envelhecimento tendem a assumir maior intensidade, associados a dinâmicas acumuladas de baixa fecundidade, aumento da longevidade e mobilidade seletiva da população em idade ativa (Rechel et al., 2020).

No plano laboral, os resultados acompanham tendências descritas na literatura europeia. O aumento da taxa de emprego da população entre os 55 e os 64 anos ao longo da série temporal é consistente com a evidência que aponta para um prolongamento progressivo da vida ativa, associado a alterações nos sistemas de pensões e à necessidade de adaptação das economias ao envelhecimento populacional (Eurostat, 2023; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2022). Contudo, esta relação não deve ser interpretada de forma linear. A coexistência entre envelhecimento demográfico e aumento da participação laboral observada neste estudo sugere que o envelhecimento não se traduz necessariamente numa retração da atividade económica, antes evidenciando uma reconfiguração das trajetórias laborais em idades mais avançadas, que pode refletir simultaneamente oportunidades de envelhecimento ativo e constrangimentos económicos.

Esta leitura é coerente com o referencial conceptual proposto por Ilmarinen (2009), segundo o qual a capacidade laboral resulta da interação dinâmica entre os recursos individuais, as exigências do trabalho e o contexto organizacional. À luz deste modelo, o prolongamento da

participação laboral em grupos etários mais envelhecidos não pode ser interpretado apenas como efeito da idade, mas como expressão de alterações estruturais nas condições de trabalho, nos sistemas de proteção social e nas trajetórias profissionais.

A redução da taxa de desemprego da população com 45 ou mais anos é igualmente consistente com a literatura relativa à recuperação do mercado de trabalho após a crise económica iniciada em 2008 e à subsequente reconfiguração das estruturas laborais (OCDE, 2022; Eurofound, 2024; Mackenbach et al., 2021). Neste quadro, a diminuição do desemprego pode traduzir simultaneamente a recuperação económica, a menor renovação geracional e o prolongamento da vida ativa.

Relativamente à dimensão sanitária, a mortalidade prematura apresentou um comportamento globalmente estável até 2019, seguido de um aumento em 2020 e 2021 e posterior redução, padrão consistente com o impacto da pandemia de COVID-19 descrito na literatura (Islam et al., 2021). A maior variabilidade observada na sub-região poderá estar relacionada com a menor dimensão populacional.

Importa destacar que, apesar da relevância deste indicador, a mortalidade prematura não evidenciou associações estatisticamente significativas com os indicadores demográficos e laborais. Este resultado sugere que a dimensão sanitária, quando operacionalizada desta forma, apresenta uma relativa autonomia face às dinâmicas demográficas e do mercado de trabalho, sendo influenciada por múltiplos determinantes não incluídos no modelo (Solar & Irwin, 2020).

A análise inferencial reforça esta interpretação. Os modelos de regressão linear múltipla apresentaram reduzida capacidade explicativa e ausência de significância estatística global, indicando que as variáveis consideradas não explicam, de forma isolada, a variação da mortalidade prematura. Este resultado deve ser interpretado com cautela, tendo em conta o reduzido número de observações, a presença de multicolinearidade e a natureza multifatorial do fenómeno em análise.

No plano das políticas públicas, os resultados evidenciam a necessidade de abordagens integradas. O prolongamento da vida ativa, defendido por organismos internacionais, só é sustentável quando acompanhado por condições de trabalho adequadas, promoção da saúde e redução das desigualdades (Comissão Europeia, 2021; OMS, 2023). Neste sentido, os resultados não devem ser interpretados como evidência automática de melhoria das condições laborais, mas como expressão de uma transformação estrutural que exige resposta intersectorial.

Os resultados evidenciam implicações relevantes para a saúde pública e para a saúde ocupacional, particularmente em territórios envelhecidos do interior. A intensificação do envelhecimento demográfico na sub-região Viseu Dão-Lafões reforça a necessidade de integrar esta variável no planeamento em saúde, promovendo estratégias que articulem participação laboral, funcionalidade e qualidade de vida.

A promoção da capacidade laboral exige a adaptação das condições de trabalho, a valorização da formação ao longo da vida e a implementação de políticas que favoreçam a empregabilidade em idades mais avançadas. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assumem um papel central na análise do território, na identificação de necessidades e na implementação de intervenções dirigidas à população em idade ativa envelhecida.

O estudo apresenta um conjunto de limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados obtidos.

Em primeiro lugar, a natureza ecológica do estudo, baseada em dados agregados, não permite estabelecer inferências ao nível individual, limitando a interpretação das associações identificadas. Este tipo de abordagem pode estar sujeito ao denominado erro ecológico, na medida em que relações observadas ao nível populacional não refletem necessariamente relações ao nível individual.

Em segundo lugar, a dimensão reduzida da amostra temporal ($n = 13$ anos) constitui uma limitação relevante, condicionando o poder estatístico das análises realizadas, particularmente no contexto dos modelos de regressão linear. Este fator pode ter contribuído para a ausência de significância estatística em algumas das associações analisadas.

Adicionalmente, a presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes, evidenciada pelos valores elevados do fator de inflação da variância (VIF), compromete a estabilidade dos coeficientes estimados e limita a interpretação isolada dos efeitos de cada variável nos modelos de regressão.

Importa ainda considerar que a análise foi baseada em dados secundários provenientes de fontes oficiais, o que, embora assegure qualidade e comparabilidade, pode implicar limitações associadas à disponibilidade e natureza dos indicadores. Em particular, a utilização da mortalidade prematura como único indicador da dimensão sanitária poderá não captar integralmente a complexidade do estado de saúde da população, nomeadamente no que respeita à morbilidade, funcionalidade e incapacidade.

Por outro lado, a ausência de variáveis adicionais, designadamente relacionadas com determinantes sociais da saúde, condições de trabalho, rendimento, escolaridade ou acesso a cuidados de saúde, limita a capacidade explicativa dos modelos e a compreensão mais aprofundada das relações entre envelhecimento, mercado de trabalho e saúde.

Por fim, importa referir que a análise de séries temporais pode estar influenciada por tendências comuns entre variáveis, o que pode originar associações elevadas sem que exista uma relação causal direta, devendo os resultados ser interpretados com prudência.

Conclusão

A análise realizada permitiu evidenciar a existência de um processo de envelhecimento demográfico contínuo e mais acentuado na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, confirmando a presença de assimetrias territoriais relevantes no contexto nacional. Este padrão reforça a necessidade de considerar a dimensão territorial na análise das dinâmicas populacionais e das suas implicações estruturais.

Observou-se um aumento da participação laboral em idades mais avançadas, acompanhado por uma redução do desemprego nos grupos etários mais envelhecidos, traduzindo uma reconfiguração das dinâmicas do mercado de trabalho num contexto de envelhecimento populacional. Estes resultados sugerem que o envelhecimento não se associa necessariamente a uma retração da atividade económica, antes evidenciando transformações nas trajetórias laborais ao longo do ciclo de vida.

No domínio da saúde, a mortalidade prematura apresentou um comportamento globalmente estável, ainda que influenciado por fatores conjunturais, nomeadamente o impacto da pandemia de COVID-19. A ausência de associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas reforça a natureza multifatorial deste indicador, não explicável de forma isolada pelos determinantes demográficos e laborais considerados.

Neste sentido, os resultados evidenciam a importância de abordagens integradas e territorialmente diferenciadas na análise das relações entre envelhecimento, mercado de trabalho e saúde, reconhecendo a complexidade e interdependência destas dimensões.

Do ponto de vista das políticas públicas, torna-se evidente a necessidade de desenvolver estratégias ajustadas ao envelhecimento demográfico, que promovam simultaneamente a sustentabilidade da participação laboral, a adaptação das condições de trabalho e a melhoria dos determinantes da saúde. Estas estratégias devem assentar em abordagens integradas e intersectoriais, capazes de responder à complexidade das relações entre envelhecimento, participação laboral e saúde, particularmente em territórios com envelhecimento mais acentuado.

A presente investigação contribui para a compreensão das dinâmicas associadas ao envelhecimento populacional em contexto territorial específico, evidenciando a complexidade das relações entre envelhecimento, participação laboral e mortalidade prematura, bem como a limitada capacidade explicativa das variáveis consideradas. Estes resultados reforçam a

importância de análises integradas e contextualizadas no suporte à tomada de decisão em saúde e no planejamento de respostas ajustadas às especificidades territoriais.

Considerações Finais

O percurso desenvolvido no âmbito do estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública configurou-se como um processo formativo progressivo e integrador, permitindo articular, de forma consistente, a prática profissional com a produção de conhecimento científico. Esta articulação revelou-se fundamental para a consolidação de uma compreensão aprofundada das dinâmicas de saúde ao nível comunitário, bem como para o desenvolvimento de uma prática sustentada em evidência, crítica e orientada para as necessidades reais das populações.

Ao longo deste percurso, foi possível mobilizar e integrar referenciais teóricos, metodológicos e práticos, promovendo uma evolução significativa na capacidade de análise epidemiológica, planeamento em saúde e tomada de decisão fundamentada. A experiência de estágio não se limitou à aplicação de conhecimentos previamente adquiridos, mas constituiu um espaço de construção ativa de saber, permitindo uma leitura mais complexa, contextualizada e crítica dos fenómenos em saúde.

No plano da investigação, os resultados evidenciaram que o envelhecimento demográfico constitui uma dinâmica estrutural particularmente expressiva na sub-região NUTS III Viseu Dão-Lafões, assumindo maior intensidade face ao contexto nacional. A evolução observada ao longo do período analisado revelou, em simultâneo, um aumento da participação laboral em idades mais avançadas e uma redução do desemprego nos grupos etários mais envelhecidos, traduzindo uma reconfiguração das dinâmicas do mercado de trabalho em contexto de envelhecimento populacional.

A análise integrada dos indicadores sugere que a capacidade laboral, ao nível agregado, se encontra mais estreitamente associada à estrutura demográfica e às dinâmicas do mercado de trabalho do que à dimensão sanitária considerada neste estudo. Este resultado reforça a complexidade do fenómeno, evidenciando que a saúde, embora central, não se traduz de forma linear em indicadores agregados como a mortalidade prematura, sendo mediada por múltiplos determinantes de natureza social, económica e contextual.

Neste sentido, os resultados obtidos sustentam a necessidade de integrar o envelhecimento demográfico como eixo estruturante no planeamento em saúde pública e saúde ocupacional, particularmente em territórios do interior caracterizados por envelhecimento mais acentuado. A compreensão destas dinâmicas exige abordagens intersectoriais, capazes de

articular políticas de saúde, emprego e proteção social, promovendo condições que favoreçam a funcionalidade, a capacidade laboral e a participação ao longo do ciclo de vida.

Ao nível do desenvolvimento profissional, o estágio contribuiu de forma determinante para a consolidação de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Destacam-se, neste âmbito, a capacidade de análise epidemiológica do território, a identificação de necessidades em saúde com base em indicadores, o planeamento e implementação de intervenções dirigidas a grupos populacionais e a utilização crítica da evidência científica como suporte à decisão.

A integração entre prática e investigação constituiu um dos principais ganhos deste percurso, permitindo não apenas compreender a realidade, mas também problematizá-la e transformá-la. Esta articulação reforça o papel do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na produção de conhecimento e na melhoria contínua dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de respostas mais adequadas, contextualizadas e sustentáveis.

Importa ainda reconhecer que, apesar das limitações inerentes ao desenho ecológico e à utilização de dados secundários, o estudo constitui um contributo relevante para a compreensão das inter-relações entre envelhecimento, mercado de trabalho e saúde em contexto territorial específico. Os resultados obtidos abrem espaço para o desenvolvimento de investigações futuras mais aprofundadas, que integrem variáveis adicionais, nomeadamente relacionadas com funcionalidade, condições de trabalho e determinantes sociais da saúde.

Este percurso evidencia que a prática de enfermagem em saúde comunitária exige uma abordagem holística, integradora e baseada em evidência, capaz de responder à complexidade dos fenómenos contemporâneos, como o envelhecimento populacional. A experiência desenvolvida reforça a importância de uma atuação profissional crítica, reflexiva e comprometida com a melhoria dos ganhos em saúde das populações.

A conclusão deste processo formativo permitiu consolidar e aprofundar um conjunto de competências relevantes para o exercício qualificado, autónomo e eticamente responsável enquanto enfermeira mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Este percurso constitui uma base estruturante para o desenvolvimento profissional e científico contínuo, orientado para a produção de conhecimento e para a melhoria das práticas em saúde.

Referências. Bibliográficas

- Alves, A., Silva, M., & Pereira, J. (2023). Quedas na pessoa idosa: Fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 41(2), 45–53.
- Andrade, L., & Almeida Ribeiro, A. (2025). *Intervenção comunitária e envelhecimento ativo: Abordagens integradas em saúde pública*. Lidel.
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para a investigação médica envolvendo seres humanos*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Comissão europeia. (2021). *The 2021 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2019–2070)*. <https://economy-finance.ec.europa.eu>
- Eurofound. (2024). *Keeping older workers in the labour force*. Publications Office of the European Union. <https://assets.eurofound.europa.eu/f/279033/5bb30e837e/ef24029en.pdf>
- Eurofound. (2024). *Labour market trends and ageing workforce in Europe*. <https://www.eurofound.europa.eu>
- European Commission. (2021). *Green paper on ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations*. https://ec.europa.eu/info/publications/green-paper-ageing_en

- European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021*. <https://cprguidelines.eu/>
- Eurostat. (2023). *Active ageing and employment statistics*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat. (2023). *Ageing Europe — Statistics on population developments*. Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat. (2023). *Population structure and ageing*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Eurostat. (2023). *Preventable and treatable mortality statistics*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.
- Fortin, M.-F. (2019). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (6.^a ed.). Lusociência.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024). *Livro Verde do Futuro da Segurança e Saúde no Trabalho*. https://www.dgert.gov.pt/wp-content/uploads/2024/11/LivroVerde-SST_17.06.2024.pdf
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability — A comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1–5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1304>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Vers%C3%A3o-1-1a-Edi%C3%A7%C3%A3o-2021_6Out2021.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos*.

<https://censos.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas demográficas 2023*. <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas do emprego e população ativa 2023*. <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estimativas anuais da população residente*. <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2023). *Relatório do estado de saúde em Portugal 2023*. <https://www.insa.min-saude.pt>

International Liaison Committee on Resuscitation. (2020). *ILCOR CoSTR: Basic life support recommendations and consensus on science with treatment recommendations*. <https://costr.ilcor.org/>

Islam, N., Jdanov, D. A., Shkolnikov, V. M., Kawachi, I., White, M., Lewington, S., & Lacey, B. (2021). Effects of COVID-19 pandemic on life expectancy. *BMJ*, 375, e066768. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066768>

Jacob, S. A., & Wallis, C. J. (2019). Quantitative research designs in health sciences. *Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(2), 123–130.

Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., Neter, J., & Li, W. (2005). *Applied linear statistical models* (5th ed.). McGraw-Hill/Irwin.

Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Artnik, B., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., & Nusselder, W. J. (2021). Trends in health inequalities in Europe. *The Lancet Public Health*, 6(6), e418–e427. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00089-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00089-6)

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.^a ed.). ReportNumber.

- Morgenstern, H. (1995). Ecologic studies in epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 16, 61–81. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.16.050195.000425>
- Nolte, E., & McKee, M. (2004). *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. The Nuffield Trust.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 16 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Código deontológico do enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (inclui o Código Deontológico)*. Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/pt/publications/2023/12/portugal-country-health-profile-2023_eebec3f5.html
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Pensions at a glance 2021: OECD and G20 indicators*. <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *OECD employment outlook 2022: Building back more inclusive labour markets*. <https://doi.org/10.1787/1bb305a6-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Working better with age*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/employment/working-better-with-age-9789264201996-en.htm>

Organização Internacional do Trabalho. (2023). *Older workers and the future of work*. International Labour Office. <https://www.ilo.org>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Portugal. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1.ª série, n.º 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Portugal. (2019). Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. *Diário da República, 1.ª série* (151). <https://dre.pt>

Portugal. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde). *Diário da República, 1.ª série* (169). <https://dre.pt>

Portugal. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República, 1.ª série* (215). <https://dre.pt>

Portugal. Conselho de Ministros. (2023). Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt>

- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Norma n.º 010/2013*. <https://www.dgs.pt>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar*. <https://www.dgs.pt>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Extensão 2018–2020*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2023). *Relatório do estado de saúde em Portugal 2023*. <https://www.dgs.pt>
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2020). Ageing in the European Union. *The Lancet*, 395 (10239), 191–192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30099-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30099-5)
- Kenneth J. Rothman, Sander Greenland, & Timothy L. Lash. (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization. <http://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Sousa, F., & Baptista, C. (2020). *Investigação em enfermagem: Da teoria à prática* (2.^a ed.). Lusodidacta.
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento*

Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial da União Europeia, L 119, 1–

88. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões. (2024). *Informação*

institucional. <https://www.ulsmdl.min-saude.pt>

van den Berg, T. I. J., Elders, L. A. M., de Zwart, B. C. H., & Burdorf, A. (2010). The effects

of work-related and individual factors on the Work Ability Index. *Occupational and*

Environmental Medicine, 67(9), 638–646. <https://doi.org/10.1136/oem.2008.039883>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2023). *Decade of healthy ageing 2021–2030: Baseline*

report. <https://www.who.int>

APÊNDICES

Apêndice I
Diagnóstico Campylobacter



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Diagnóstico de Situação: Infecção por Campylobacter

Alexandra Marisa Gonçalves Cabral, nº29665

Maria Odete Machado Pereira, nº4992

Sarah de Almeida Serpa, nº4578

Sónia Lúcia Monteiro Leal, nº494

Diagnóstico de Situação: Infecção por Campylobacter

Alexandra Marisa Gonçalves Cabral, nº29665

Maria Odete Machado Pereira, nº4992

Sarah de Almeida Serpa, nº4578

Sónia Lúcia Monteiro Leal, nº494

Trabalho Projeto

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação Pedagógica de

→ Professora Doutora Ana Ribeiro

Trabalho efetuado sob a orientação Tutorial de

→ Enfermeira Especialista Alice Duarte Venâncio

→ Enfermeira Especialista Goreti Ferreira

→ Enfermeira Especialista Inês Costa

→ Enfermeiro Especialista Jorge Silva

Maio 2025

Sumário

Lista de Figuras

Lista de Siglas

Introdução	13
1. Infeção por Campylobacter	15
2. Metodologia.....	19
3. Caracterização do Território de Intervenção	21
4. População Alvo	27
5. Indicadores de Saúde Pública	33
6. Problemas e Necessidades	39
7. Diagnósticos de Enfermagem Comunitária	41
8. Considerações Finais	43
Bibliografia	45

Lista de figuras

Figura 1 - Área Geográfica da ULSVDL	22
Figura 2 - Pirâmide Etária da População Residente em Portugal por Sexo, 2023	27
Figura 3 - Evolução da População Residente em Portugal de 1864 a 2021	28
Figura 4 - Índice de envelhecimento, 2011 - 2021, NUTS II	29
Figura 5 - População Residente por Nível de Ensino Completo, 2001 – 2021	30
Figura 6 - Distribuição Percentual de crianças/jovens e pessoas idosas no concelho de Viseu [2011, 2019, 2020]	31
Figura 7 - Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários, 2025	31
Figura 9 - Casos Humanos Confirmados de Campilobacteriose por 100.000 Habitantes em Portugal, 2018 – 2022	34
Figura 10 - Taxa de Notificação de Campilobacteriose por 100.000 Habitantes em Portugal, 2018 – 2022	35
Figura 11 - Água segura (%) por concelho, em Viseu, 2023	37

Lista de tabelas

Tabela 1 - Boas práticas de prevenção da infeção por <i>Campylobacter</i>	17
Tabela 2 - Áreas de intervenção, programas e projetos	23
Tabela 3 - Taxa de hospitalizações e casos de mortalidade reportados devido à campilobacteriose em casos humanos confirmados na União Europeia em 2015 Fonte: Adaptado de Castro Neto, 2017	35
Tabela 4 - Resistência a diversos antibióticos de estirpes de <i>Campylobacter jejuni</i> e <i>Campylobacter coli</i> de origem humana, isoladas em Portugal entre 2009 – 2012 Fonte: Adaptada de Duarte, Santos, Benoliel, Domingues & Oleastro, 2013	36
Tabela 5 - Análise SWOT dos principais problemas e necessidades	39
Tabela 6 - Diagnósticos de Enfermagem do caso e do contacto com diagnóstico de campilobacteriose	41

Lista de siglas e acrónimos

CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEC	Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ESCSP	Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
GNR	Guarda Nacional Republicana
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Km ²	Quilómetro quadrado
NUT	Nomenclatura da Unidade Territorial
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OLS	Observatório Local de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSP	Polícia de Segurança Pública
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
ULSVDL	Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões
USP	Unidade de Saúde Pública

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que, a cada ano, ocorram pelo menos 96 milhões de casos de infeções intestinais causadas por bactérias do género *Campylobacter* a nível mundial (Ahmed & Gulhan, 2022). A campilobacteriose foi a zoonose mais frequente notificada nos países da União Europeia, com 220.682 casos humanos confirmados, apenas no ano de 2019 (European Union One Health, 2019). Por esse motivo, a campilobacteriose é considerada uma questão relevante de saúde pública a nível mundial (Igwaran e Okoh, 2019 in Ahmed & Gulhan, 2022).

Desde 2015, a taxa reportada de campilobacteriose em Portugal tem mostrado uma tendência crescente, passando de 2,6 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 5,8 em 2017, e subindo ainda mais para 8,6 em 2019. Contudo, em 2020, a taxa reportada registou uma ligeira diminuição, fixando-se em 7,7. Por outro lado, as taxas de incidência de doenças diarreicas causadas por outros patógenos bacterianos, como *Salmonella*, *L. monocytogenes*, *Yersinia* e *STEC*, foram muito mais baixas em 2020 (Autoridade Europeia para a Segurança Alimentar, 2021).

Tendo em conta a crescente incidência da campilobacteriose e a crescente preocupação com a resistência antimicrobiana em *Campylobacter*, é imperativo realizar um diagnóstico de situação que permita avaliar a magnitude do problema, identificar os fatores de risco associados e propor medidas eficazes para a sua prevenção e controlo. O presente trabalho foi realizado no âmbito da Opção 1: Estágio II - Enfermagem em Saúde Pública em Unidades de Saúde Pública (USP) do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (CMEC-ESCSP), com o objetivo de aprofundar a epidemiologia da campilobacteriose na Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL), assim como os desafios sentidos pelos profissionais de saúde na gestão desta infeção.

O diagnóstico de situação envolveu a análise de dados epidemiológicos, a identificação das práticas de prevenção implementadas a nível local e nacional e a avaliação do impacto da resistência antimicrobiana nas opções de tratamento disponíveis. Além disso, foram considerados como principais fatores de risco, o consumo de alimentos contaminados, especialmente carne de aves, e as condições sanitárias em ambientes de produção e distribuição de alimentos.

Este estudo também procurou explorar as lacunas existentes na educação e sensibilização da população sobre a importância da higiene alimentar e da manipulação segura

dos alimentos. A resistência antimicrobiana é particularmente relevante neste contexto, visto que o aumento da resistência em *Campylobacter* pode dificultar o tratamento de casos mais graves, aumentando a morbilidade e a mortalidade associada a esta infecção.

Com base nos dados recolhidos e na análise realizada, foram formuladas recomendações para melhorar a resposta à campilobacteriose, nomeadamente a implementação de programas de prevenção eficazes, o reforço das práticas de vigilância e a promoção de estratégias para minimizar a resistência antimicrobiana. O diagnóstico de situação contribui, assim, para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais informadas e adaptadas à realidade atual, com o objetivo de reduzir a carga da campilobacteriose e os seus impactos na saúde da população.

1. Infecção por *Campylobacter*

A campilobacteriose é uma infecção intestinal, causada por espécies patogénicas da *Campylobacter*, consideradas bactérias gram-negativas com uma forma curva ou espiral, e é considerado um problema relevante para a saúde pública (Liu, Lee, Xue, Riordan & Zhang, 2022).

Existem vários tipos de *Campylobacter*, porém a maior parte dos casos de campilobacteriose em seres humanos advém da *Campylobacter jejuni*, e a doença manifesta-se, na sua maioria, como uma gastroenterite. As pessoas infetadas por *Campylobacter* costumam apresentar sintomas como diarreia, febre e dor abdominal, podendo, em alguns casos, sofrer de náuseas e vômitos. Geralmente, a doença resolve-se de dois a cinco dias, mas pode durar várias semanas. É, na sua maioria, autolimitada, com 5-10% dos casos a necessitarem de hospitalização e uma taxa de mortalidade de 5 em cada 10.000 pessoas. Em casos muito raros (1 em cada 1.000), o *Campylobacter jejuni* pode causar a síndrome de *Guillain-Barré*, uma doença neurológica autoimune desencadeada pela semelhança molecular entre os lipooligossacarídeos da membrana externa do *Campylobacter jejuni* e os gangliosídeos dos nervos periféricos humanos (Liu, Lee, Xue, Riordan & Zhang, 2022).

Esta doença é frequentemente causada pelo consumo de carne de aves contaminadas, embora ruminantes como gado, ovelhas e cabras também possam ser fontes de infecção (Liu, Lee, Xue, Riordan & Zhang, 2022).

Em Portugal foi publicado no despacho nº 15385-A/2016 de 21 de dezembro de 2016 a Campilobacteriose como uma doença de declaração obrigatória no Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), sendo o seu objetivo, a vigilância epidemiológica, e mantém-se na atualização do Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro (Direção Geral de Saúde, 2021).

A bactéria *Campylobacter* encontra-se normalmente no trato digestivo de muitos animais na agropecuária (incluindo gado, carneiros, porcos e aves). As fezes desses animais podem contaminar lagos e massas de água superficiais, levando à infecção da população. Esta pode ocorrer através da ingestão de carne crua ou mal confeccionada, carne de aves mal processada, consumo de água contaminada (não tratada) ou leite não pasteurizado. Pode ocorrer ainda por contato com água ou alimentos contaminados, contato com uma pessoa infetada (por contaminação de alimentos com material fecal ou contato sexual) e, por fim, pelo contacto direto através de animais portadores (Bush & Vazquez-Pertejo, 2024).

De entre as possíveis complicações da infecção pelo *Campylobacter* incluem-se a bacteremia (infecção na corrente sanguínea), a síndrome de *Guillain-Barré* e a artrite reativa. O diagnóstico é realizado através de cultura ou PCR de uma amostra de fezes e, por vezes, através da cultura de uma amostra de sangue (Bush & Vazquez-Pertejo, 2024).

Os primeiros sintomas aparecem de 2 a 5 dias após a infecção, embora o período de incubação possa variar entre 1 a 10 dias. Muitas pessoas recuperam ao fim de cerca de uma semana sem tratamento específico, apresentando sintomas ligeiros, que podem incluir: diarreia, por vezes com sangue, dor abdominal, febre, cefaleias, náuseas e/ou vômitos e câibras abdominais intensas. Em casos de agravamento do quadro clínico, pode ser necessário recorrer a antibioterapia ou mesmo a internamento hospitalar (Bush & Vazquez-Pertejo, 2024).

O diagnóstico da campilobacteriose é feito através da análise de uma amostra de fezes, que é enviada para o laboratório por um profissional de saúde, onde é realizada a cultura para identificar a presença da bactéria *Campylobacter*. Este processo pode demorar alguns dias e a maioria das pessoas recupera sem necessidade de tratamento específico. Porém, em casos mais graves, ou quando há risco de transmissão para outras pessoas devido às condições de trabalho ou habitação, pode ser necessário o uso de antibióticos (Massachusetts Department of Public Health, 2014).

A resistência antimicrobiana é considerada um dos maiores desafios globais do século XXI, e tem sido observada em bactérias do género *Campylobacter* (Ahmed & Gulhan, 2022), acabando por agravar o tratamento clínico da infecção.

A *Campylobacter* está exposta a antibióticos utilizados tanto em animais de produção alimentar, como em animais domésticos, e ainda, em seres humanos. Esta bactéria possui uma elevada capacidade de adaptação à pressão seletiva dos antibióticos, tendo desenvolvido vários mecanismos de resistência. A resistência às fluoroquinolonas é particularmente preocupante, dado que, em muitos países, a maioria das estirpes de *Campylobacter* já não responde a esta classe de antibióticos. Um estudo realizado na Austrália demonstrou que, apesar destas substâncias nunca terem sido usadas em aves de capoeira no país, a taxa de resistência em estirpes de *Campylobacter jejuni* de origem avícola aumentou recentemente para cerca de 15% (Dai, Sahin, Grover & Zhang, 2020).

A OMS (OMS, 2006) definiu alguns princípios fundamentais para uma alimentação mais segura, sendo a prevenção da doença alcançada através da adoção das seguintes orientações:

Tabela 1 - Boas práticas de prevenção da infecção por *Campylobacter*

FATOR DE RISCO	EXEMPLOS	BOAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO
1. Contaminação microbiológica	Mãos sujas, utensílios contaminados, alimentos crus mal lavados	• Lavar bem as mãos com frequência • Higienizar utensílios e superfícies • Usar água potável e alimentos seguros • Lavar frutas e vegetais
2. Contaminação cruzada	Utilizar a mesma faca para carne crua e salada, o armazenamento conjunto de alimentos	• Separar alimentos crus e cozinhados • Usar utensílios e tábuas diferentes • Guardar carnes/crus em recipientes fechados
3. Temperatura inadequada de cozimento ou conservação	Alimentos, mal confeccionados ou deixados fora do frigorífico	• Cozinhar bem os alimentos • Manter quentes >60°C e frios <5°C • Arrefecer e refrigerar rapidamente
4. Presença de pragas e animais	Moscas na cozinha, roedores, insetos	• Proteger áreas de preparação • Armazenar alimentos fechados • Manter limpeza e vedação adequada
5. Ingredientes inseguros	Água contaminada, produtos fora de validade	• Usar água potável • Verificar prazos de validade • Escolher alimentos frescos e processados de forma segura

2. Metodologia

O presente estudo é um estudo descritivo com o objetivo principal de avaliar a situação epidemiológica da campilobacteriose na ULSVDL e identificar possíveis fatores de risco associados à infecção.

A pesquisa é de natureza descritiva, com foco em colheita e análise de dados epidemiológicos sobre a campilobacteriose, com base em informações já disponíveis e análise de fatores de risco. A colheita dos dados será feita com base em informações quantitativas para descrever a prevalência, as taxas de incidência e fatores associados, e será realizado inicialmente uma revisão da literatura abrangente para obter informações atualizadas sobre a infecção, os fatores de risco, formas de transmissão e resistência antimicrobiana. Esta pesquisa será conduzida nas seguintes bases de dados: *PubMed*, Instituto Nacional de Estatística (INE), SINAVE, Pordata e *Worldometer*.

Após a pesquisa bibliográfica, serão analisados os dados epidemiológicos das fontes oficiais, com foco em informações sobre taxas de incidência da campilobacteriose em Portugal, com uma análise mais detalhada da população abrangente da ULVDL. Os fatores de risco que procuramos aprofundar neste estudo são: fatores ambientais, ou seja, as condições sanitárias em ambientes de produção e distribuição de alimentos, sistemas de água potável e saneamento, fatores alimentares, como o consumo de carne de aves e outros alimentos potencialmente contaminados e ainda, fatores comportamentais, como hábitos alimentares e práticas de higiene alimentar da população.

A pesquisa inclui como população de estudo indivíduos residentes na área de abrangência da ULSVDL, notificados pelo SINAVE.

Haverá uma análise qualitativa dos dados recolhidos para identificar padrões e estratégias de prevenção implementadas na ULSVDL.

Como a pesquisa será realizada com base em dados secundários e já disponíveis em bases de dados oficiais, não se prevê a recolha direta de dados pessoais identificáveis. Ainda assim, será assegurado que toda a informação utilizada será tratada de forma anónima e confidencial, respeitando os princípios éticos da investigação científica.

Não está prevista a aplicação de questionários ou entrevistas a indivíduos, nem o contacto direto com populações vulneráveis, como crianças. No entanto, caso surja a necessidade de interações futuras com participantes para complementar os dados (por exemplo, através de

inquéritos adicionais), será solicitado consentimento informado, garantindo-se que os participantes sejam devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, a voluntariedade da participação, e a garantia de anonimato e confidencialidade das informações fornecidas.

Todas as etapas da investigação serão conduzidas em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à investigação em saúde pública, assegurando o respeito pelos direitos dos participantes e pela integridade científica do estudo.

3. Caracterização do Território de Intervenção

A Unidade de Saúde Pública é uma das unidades funcionais que integra a ULSVDL. Para dar cumprimento à sua missão, coopera com as restantes unidades funcionais da ULSVDL (Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Unidade de Apoio à Gestão), com as diversas instituições de saúde e outras existentes na comunidade, bem como com entidades externas, no sentido de contribuir para a melhoria do estado de saúde da comunidade. Neste sentido, privilegia o trabalho em equipa, a satisfação profissional, a excelência técnica, a eficiência, a responsabilidade, o respeito e a partilha.

A USP integra médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde ambiental e assistentes técnicos. A partir 1 de setembro de 2016, o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Viseu passou a integrar a USP mantendo os seus circuitos de informação e autonomia.

A ULSVDL está integrada na Região Centro e abrange os concelhos de Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela, pertencentes ao distrito de Viseu e ainda o concelho de Aguiar da Beira, pertencente ao distrito da Guarda. Esta área é coincidente com a Nomenclatura de Unidades Territoriais (NUT) III Viseu Dão Lafões. É limitado a norte pela NUT III do Douro, Tâmega e Sousa e Área Metropolitana do Porto, a leste pela NUT III das Beiras e Serra da Estrela, a sul pela NUT III da Região de Coimbra e a Oeste pela NUT III da Região de Aveiro.

Viseu é uma região do interior centro de Portugal, com forte componente rural e presença significativa de explorações agropecuárias, sobretudo avícolas. O abastecimento de água é maioritariamente público, mas ainda existem zonas com captações particulares (furos, poços...).



Figura 1 - Área Geográfica da ULSDV

Ocupa uma superfície de 3.237,74 Km² e apresenta uma densidade populacional de 252.793 habitantes, segundo os censos de 2021. O concelho de Vila Nova de Paiva é o concelho com menor número de população residente (4.662), seguido de Aguiar da Beira (5.231). Comparativamente aos Censos de 2011. A ULSDV registou uma variação negativa da população residente de 5,5%, superior à registada no Centro (-4,3%). Os concelhos do Sátão, Castro Daire e Tondela foram os que verificaram uma variação negativa superior, e o concelho de Viseu o único que registou uma variação positiva (+0,3%).

A sede da USP está situada no concelho de Viseu, no Centro de Saúde Viseu nº1.

Dada a dispersão geográfica da ULSDV, a USP organiza-se em Serviços Locais de Saúde Pública de âmbito concelho, assente numa equipa constituída por médicos(as) especialistas em saúde pública, enfermeiros(as) especialistas em saúde comunitária e saúde pública, técnicos superiores de saúde ambiental e assistentes técnicos(as) da USP, ou com a colaboração de assistentes técnicos(as) de outras Unidades Funcionais.

Atendendo às necessidades e à carência de recursos, um profissional pode desempenhar as suas funções em vários locais de Saúde Pública situados na área geográfica de influência da ULSDV.

Ocorrem reuniões gerais da equipa e setoriais. Estes períodos são também utilizados para formação interna da equipa.

A USP desenvolve atividade de planeamento, de promoção e proteção de saúde, incluindo a avaliação do impacto na saúde, de prevenção da doença, de vigilância em saúde ambiental,

de vigilância epidemiológica, de investigação em saúde e de gestão e participação em programas e projetos de saúde pública, enquadrados no Plano Nacional de Saúde (PNS) ou nos respectivos planos regionais e locais. Assim, assume funções de prestação, coordenação e monitorização de cuidados de saúde.

São desenvolvidas, ainda, as atividades inerentes ao Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Participa também na formação pré-graduada e pós-graduada e continua dos diversos grupos profissionais que a integram.

Tabela 2 - Áreas de intervenção, programas e projetos

Áreas de Intervenção	Programa/Projeto
<i>Doenças de Evolução Prolongada</i>	Programa Nacional para a Diabetes
	Programa de Prevenção das Doenças Oncológicas
<i>Intervenção sobre os Determinantes de Saúde</i>	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
	Programa de Saúde Escolar
	Programa de Saúde Oral
	Programa de Saúde Ocupacional
	Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo
	Programa de Promoção da Atividade Física
<i>Saúde Ambiental</i>	Programa de Vigilância Sanitária da Água para Consumo Humano
	Programa de Vigilância Sanitária das Zonas Balneares Interiores
	Programa de Vigilância e Controlo da Qualidade da Água Mineral Natural em Estabelecimentos Termais
	Programa de Vigilância Sanitária de Piscinas
	Plano de Contingência Saúde Sazonal
	Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE)
	Prevenção da Doença dos Legionários

	Programa Nacional de Vacinação
Vigilância, Prevenção e	Vigilância Epidemiológica de Doenças de Notificação Obrigatória
Controlo das Doenças Transmissíveis	Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
	Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA
Observatório Local de Saúde	Observatório Local de Saúde
	Programa de Intervenção em Saúde dos ex-trabalhadores das Minas da Urgeiriça
Outros Programas	Programa de Prevenção de Acidentes
	Programa de Vigilância Sanitária de Instalações Radiológicas
	Rastreio de Saúde Visual Infantil
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico

As funções de autoridade de saúde asseguram o poder de intervenção do Estado na defesa, proteção e promoção da saúde pública. São exercidas, a nível das ULS, por médicos de saúde pública, nomeados nos termos de legislação própria, integrando-se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde regional e nacional, nos termos do disposto na Base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e Dec. Lei nº 82/2009 de 2 de abril, alterado e republicado pelo Dec. Lei 135/2013 de 4 de outubro. Para além das áreas de intervenção já referidas, são exemplos de atividades realizadas no âmbito das funções de Autoridade de Saúde:

- Juntas Médicas para Avaliação de Incapacidades para obtenção de Atestado
- Médico de Incapacidades Multiusos;
- Exame médico para emissão de atestados médicos a condutores;
- Avaliação de pedidos para isenção de cinto de segurança;
- Verificações de óbito;
- Verificações de doença;
- Vistorias de vigilância sanitária;
- Emissão de pareceres;

- Análise de queixas de insalubridade;
- Intervenção no âmbito da Lei de Saúde Mental;
- Análise de pedidos de intervenção de outras instituições (ex. PSP, GNR, Ministério Público).

4. População Alvo

Para compreender o perfil demográfico da população em estudo, foi analisada a distribuição da população residente em Portugal e em específico na área de abrangência da ULSVDL. Esta caracterização permite identificar os grupos mais representativos, e qual a população vulnerável a infeções por *Campylobacter*, como é o exemplo das crianças e dos idosos, pois apresentam uma maior suscetibilidade por imaturidade ou fragilidade do sistema imunitário. A seguir, apresenta-se uma pirâmide etária que ilustra a distribuição, servindo de apoio à definição da população-alvo do presente estudo.

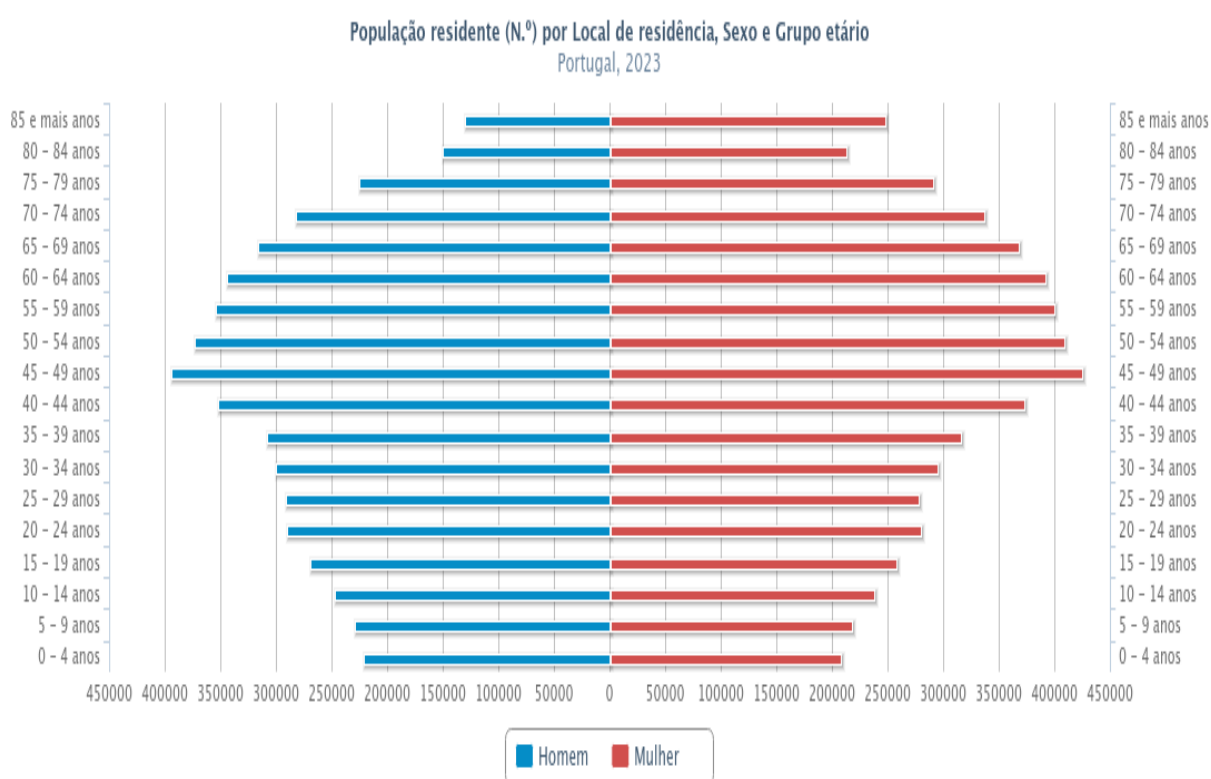


Figura 2 - Pirâmide Etária da População Residente em Portugal por Sexo, 2023
Fonte: Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023

Com base nesta pirâmide etária, observa-se uma estrutura demográfica envelhecida, com uma maior concentração de indivíduos nas faixas etárias entre os 40 e os 64 anos. A base da pirâmide é relativamente estreita, refletindo uma baixa taxa de natalidade. Além disso, nota-se uma predominância de mulheres nas idades mais avançadas, particularmente a partir dos 65 anos, o que está de acordo com a maior longevidade feminina.

Esta distribuição etária é relevante para a definição da população-alvo no estudo da campilobacteriose, uma vez que os grupos mais vulneráveis a infeções por este agente patogénico incluem crianças pequenas, idosos e indivíduos com o sistema imunitário

comprometido. Assim, o perfil demográfico atual de Portugal sugere a necessidade de especial atenção aos extremos etários, tanto na vigilância epidemiológica como na implementação de medidas de prevenção e controlo da doença.

A análise da evolução da população residente em Portugal permite compreender as principais dinâmicas demográficas do país ao longo do tempo. Verifica-se (figura 3) um crescimento contínuo da população. Apesar de existir uma ligeira descida entre 1960 e 1970, que possivelmente estará associada à emigração e às mudanças políticas e sociais da época, observa-se um novo crescimento até 2011. A partir daí, nota-se uma ligeira tendência de decréscimo, o que pode estar relacionado com o envelhecimento populacional e a baixa natalidade. Estes dados são relevantes para o estudo uma vez que a exposição e resposta a determinadas doenças pode influenciar mudanças demográficas.

População Residente em Portugal, 1864 - 2021

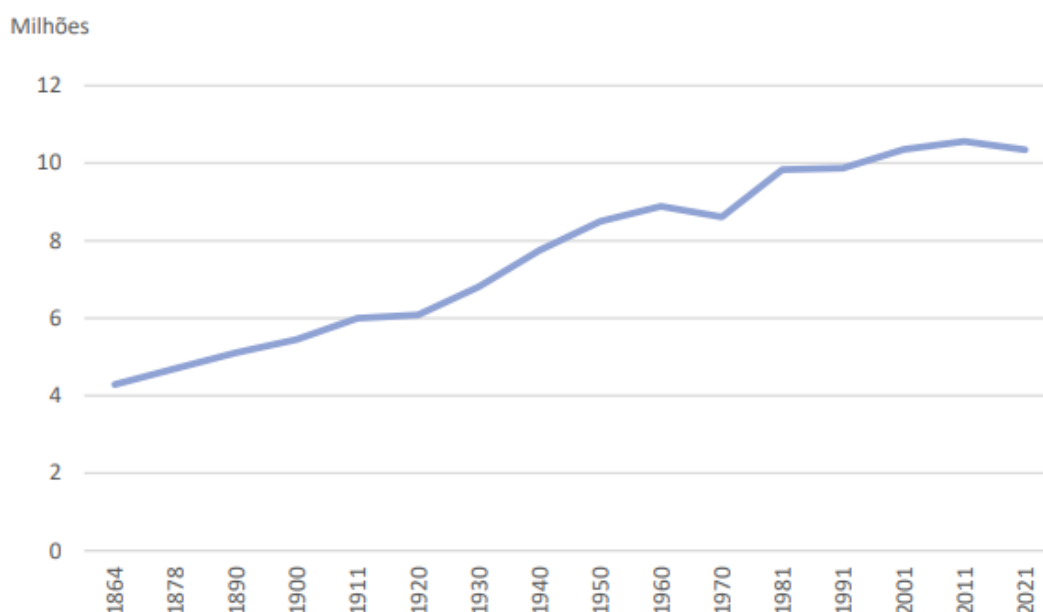


Figura 3 - Evolução da População Residente em Portugal de 1864 a 2021

Fonte: INE, 2021

O envelhecimento demográfico em Portugal tem vindo a intensificar-se de forma acentuada. Segundo os dados dos Censos 2021, o índice de envelhecimento atingiu os 182, ou seja, existem atualmente 182 idosos por cada 100 jovens. Este valor representa um crescimento significativo face aos 128 registados em 2011.

Este fenómeno verifica-se em todas as regiões do país, com destaque para o Centro e o Alentejo, que apresentam os índices mais elevados, com 229 e 219, respetivamente. Estes dados reforçam a tendência de envelhecimento populacional em Portugal e a necessidade de

considerar essa realidade na definição de estratégias de saúde pública, incluindo a vigilância e prevenção de infeções.

Índice de envelhecimento, 2011 - 2021, NUTS II

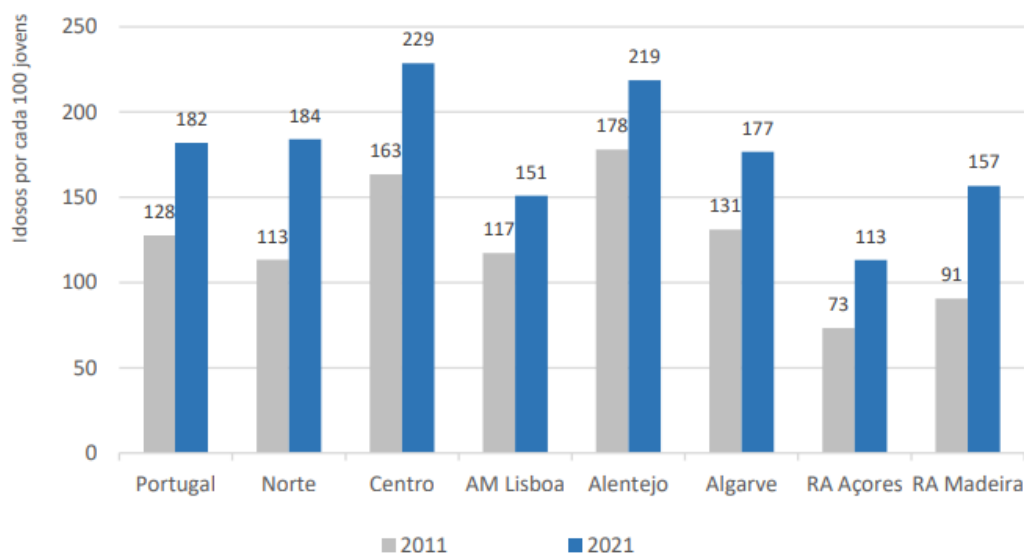


Figura 4 - Índice de envelhecimento, 2011 - 2021, NUTS II

Fonte: INE, 2021

Relativamente ao nível de escolaridade da população portuguesa, consegue-se perceber que, ao longo da última década, houve um aumento expressivo no nível de escolaridade da população em Portugal. Cerca de 1,8 milhões de pessoas possuem ensino superior, o que corresponde a 17,4% da população, um crescimento notável face aos 11,8% em 2011 e aos 7,2% em 2001. Paralelamente, também se verificou uma melhoria significativa nas qualificações ao nível do ensino secundário e pós-secundário, que passaram de 14,2% em 2011 para 21,3% em 2021. Esta evolução traduz-se num perfil populacional mais qualificado, fator relevante para a compreensão dos comportamentos de risco, práticas de higiene e adesão a medidas de prevenção no âmbito de doenças (INE, 2021).

População residente por nível de ensino completo, 2001 -2021

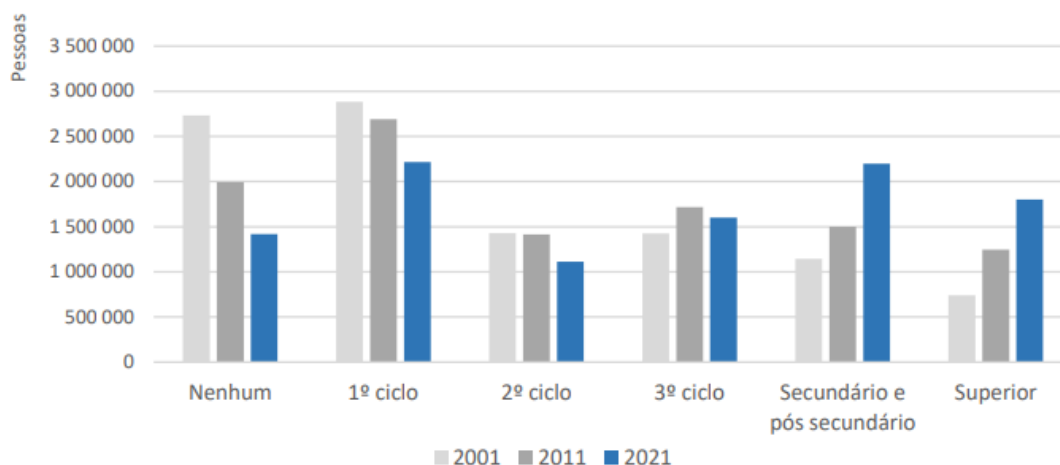


Figura 5 - População Residente por Nível de Ensino Completo, 2001 – 2021

Fonte: INE, 2021

Na figura 6 conseguimos observar uma inversão gradual na estrutura etária da população entre 2011 e 2020. A proporção de crianças e jovens (0-14 anos) registou uma diminuição, passando de 15,3% em 2011 para 13,2% em 2020. Pelo contrário, a população idosa (mais de 65 anos) aumentou de 18,3% para 21,7% no mesmo período.

Esta distribuição percentual evidencia um envelhecimento populacional no concelho, o que tem implicações relevantes no contexto da vigilância e controlo de infeções por *Campylobacter*. Os idosos constituem um grupo de risco para complicações associadas a esta infeção, exigindo maior atenção dos serviços de saúde pública. Além disso a redução da população jovem pode igualmente modificar os cenários de exposição, como contextos escolares e familiares. Assim, é crucial que as estratégias locais de prevenção e resposta considerem esta transição demográfica.

Distribuição percentual de crianças/jovens e pessoas idosas no concelho de Viseu

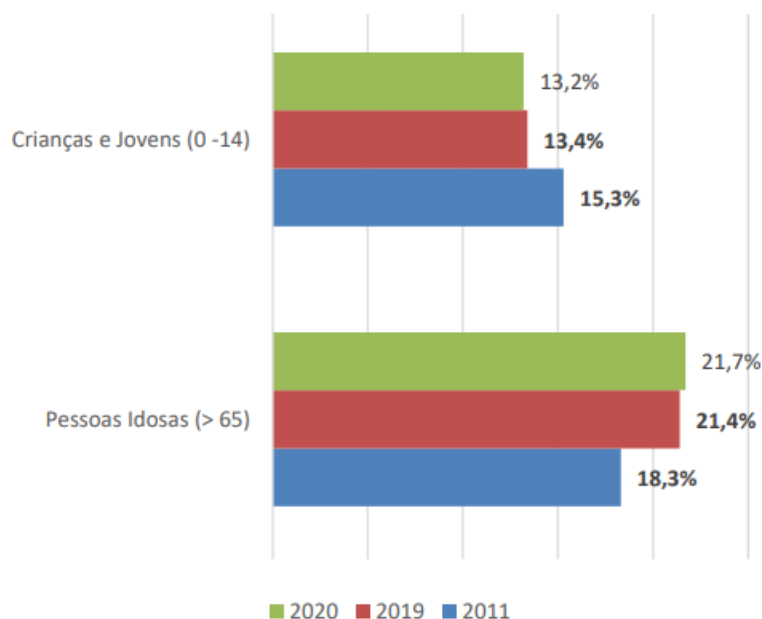


Figura 6 - Distribuição Percentual de crianças/jovens e pessoas idosas no concelho de Viseu [2011, 2019, 2020]
Fonte: Relatório de Diagnóstico do Município de Viseu, 2022

De modo a enriquecer ainda mais o diagnóstico de situação sobre a *Campylobacter*, integrando a distribuição etária dos utentes inscritos e os dados de cobertura dos cuidados de saúde primários no concelho de Viseu, segue-se uma figura com a distribuição das inscrições.

Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários na ULSVDL

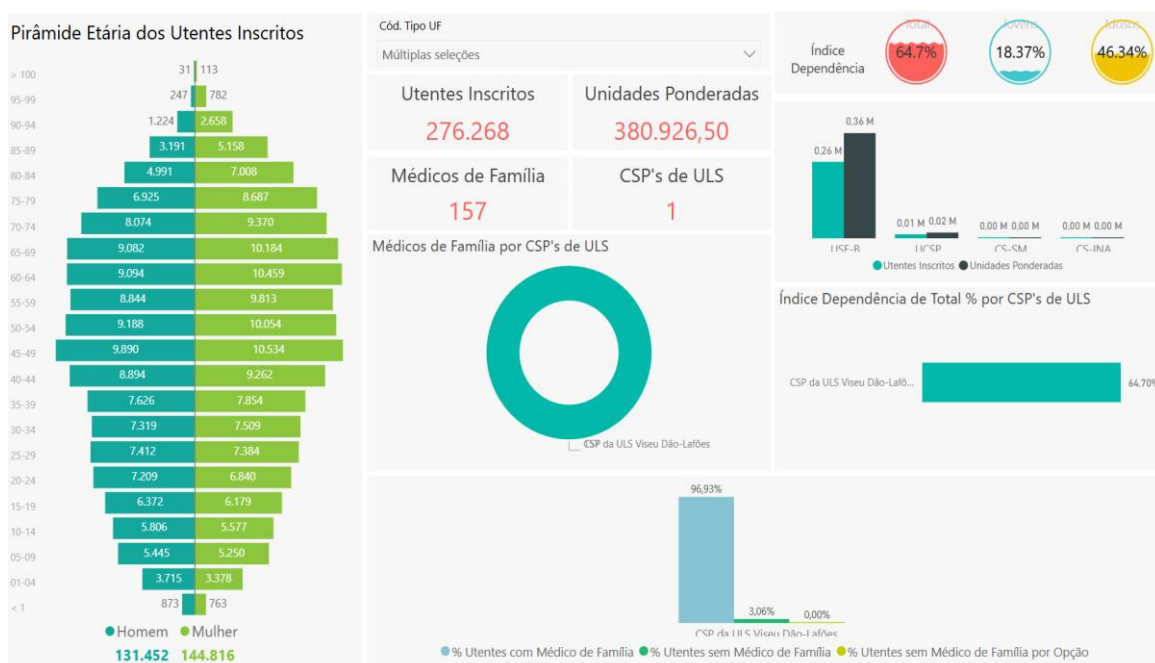


Figura 7 - Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários, 2025
Fonte: Ministério da Saúde. (n.d.)

A análise demográfica e de organização dos cuidados de saúde primários no concelho de Viseu evidencia um contexto populacional envelhecido e fortemente dependente do sistema de saúde. A pirâmide etária dos utentes inscritos mostra um volume expressivo de população nos grupos etários acima dos 60 anos, o que é compatível com o elevado índice de dependência total (64,7%), especialmente impulsionado pelo índice de dependência de idosos (46,34%). Estes dados reforçam o cenário já identificado anteriormente: o envelhecimento progressivo da população local.

Este perfil demográfico tem implicações diretas no risco e gestão de infeções como a campilobacteriose. Os idosos são particularmente vulneráveis a formas mais graves da doença, devido à fragilidade imunológica associada à idade e à maior probabilidade de coexistência de comorbilidades.

Adicionalmente, observa-se que cerca de 3,06% dos utentes estão ainda sem médico de família atribuído, o que pode comprometer a vigilância precoce e o acompanhamento adequado de infeções de origem alimentar, como a provocada pela *Campylobacter*. No entanto, a cobertura global é elevada (96,93% com médico de família), o que representa uma boa base para ações de prevenção e resposta rápida a surtos.

Neste contexto, torna-se essencial adaptar as estratégias de saúde pública a esta realidade local, reforçando a educação para a segurança alimentar entre os idosos e melhorando a vigilância epidemiológica nos cuidados de saúde primários.

5. Indicadores de Saúde Pública

Para avaliar a magnitude, distribuição e evolução da campilobacteriose em Portugal, bem como a eficácia das medidas implementadas, são analisados neste capítulo alguns indicadores de saúde pública relevantes. Através destes indicadores, é possível estabelecer uma base sólida para a definição de estratégias de intervenção e políticas de saúde mais eficazes e direcionadas às reais necessidades da população.

Em Portugal, os dados sobre a prevalência da campilobacteriose são muito limitados e baseiam-se sobretudo em estudos regionais, o que dificulta o conhecimento da realidade a nível nacional. Para colmatar esta lacuna, foi criado em 2009 um grupo de trabalho coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), com o objetivo de estudar a campilobacteriose em humanos. Atualmente, este grupo conta com a colaboração ativa de 17 laboratórios, na sua maioria hospitalares, abrangendo uma boa parte do território nacional. Estes laboratórios realizam regularmente a deteção de *Campylobacter* em amostras de fezes e enviam parte das estirpes isoladas ao INSA, acompanhadas de dados epidemiológicos, o que permite a sua caracterização detalhada, incluindo a monitorização da resistência a antibióticos (Duarte, Santos, Benoliel, Domingues & Oleastro, 2013).

De acordo com o relatório mais recente do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), a campilobacteriose é a zoonose mais frequentemente registada em seres humanos. Em 2011, a taxa de incidência nos países da União Europeia foi 69,73 por 100.000 habitantes, sendo que destes, o grupo mais afetado, foram crianças do sexo masculino com menos de 5 anos, com incidência de 157.3 casos por 100.000 crianças (Oleastro, Santos & Júlio, 2014).

No caso de Portugal, as informações sobre a morbilidade associada à infeção por *Campylobacter* são limitadas, no entanto, sabemos que a evolução dos casos de campilobacteriose em Portugal tem vindo a aumentar, embora com algumas oscilações. Em 2020, registou-se uma ligeira descida, possivelmente associada às alterações de comportamento e à redução de notificações durante o primeiro ano da pandemia por COVID-19. No entanto, em 2021, a incidência voltou a subir, atingindo o pico do período analisado, com cerca de 970 casos por 100.000 habitantes.

Num contexto de planeamento local, estes dados devem ser articulados com os perfis demográficos e com a organização dos serviços de saúde, de modo a garantir a capacidade de resposta adequada, especialmente junto dos grupos mais vulneráveis.

Casos Humanos Confirmados de Campilobacteriose por 100.000 Habitantes em Portugal

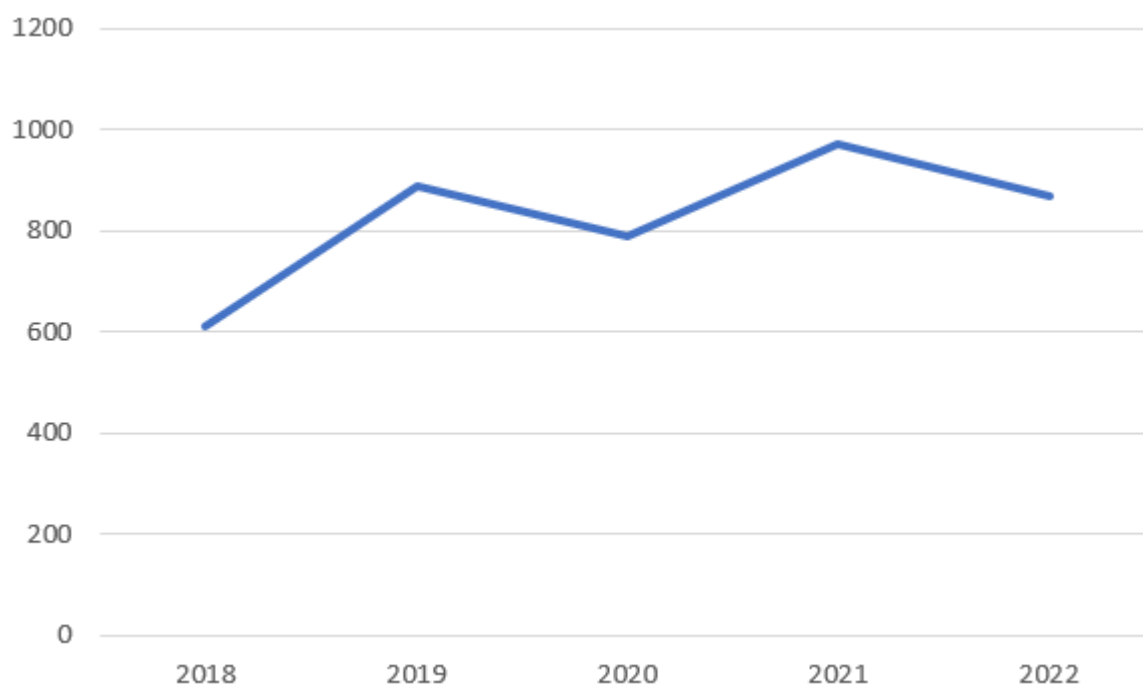


Figura 8 - Casos Humanos Confirmados de Campilobacteriose por 100.000 Habitantes em Portugal, 2018 – 2022
Fonte: European Food Safety Authority (EFSA), 2023

No que respeita à evolução da taxa de notificação da verifica-se (figura 10) um aumento entre 2018 e 2019, seguido de uma ligeira descida em 2020, um novo pico em 2021 e uma redução acentuada em 2022. Estas oscilações podem refletir variações na vigilância epidemiológica, impacto da pandemia de COVID-19 e/ou alterações nos hábitos alimentares e nas práticas de higiene alimentar da população.

Embora os dados sejam nacionais, é fundamental que seja monitorizada a situação local para identificar possíveis padrões semelhantes ou específicos da região, de forma a orientar adequadamente as ações de prevenção.

Taxa de Notificação de Campilobacteriose por 100.000 Habitantes em Portugal

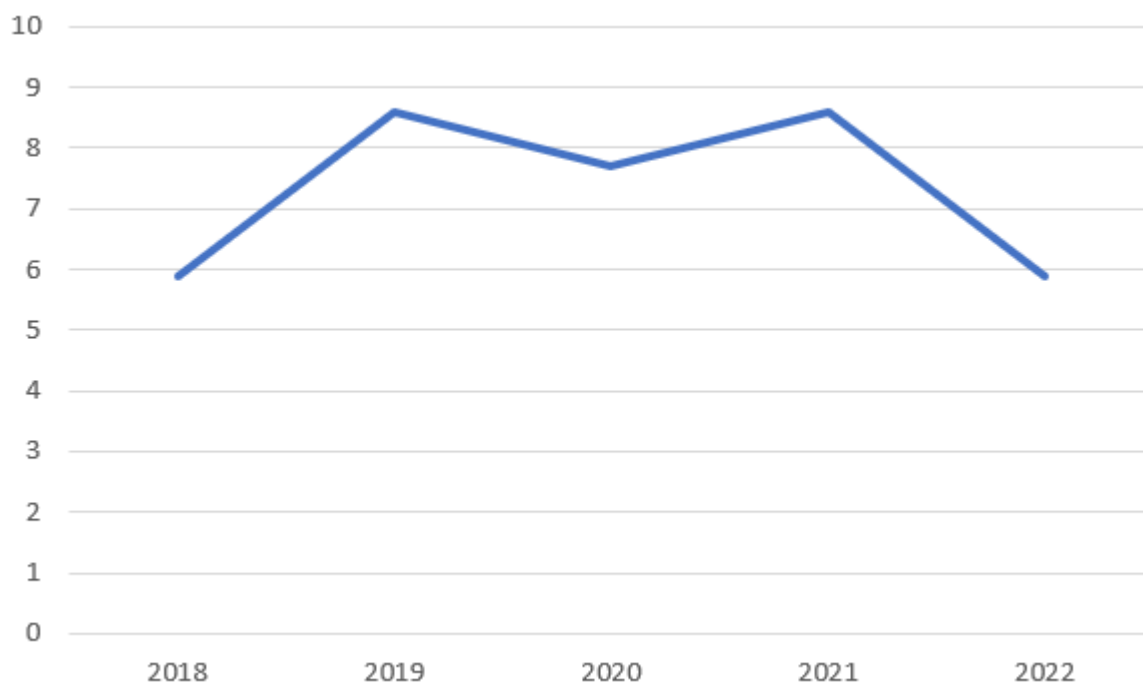


Figura 9 - Taxa de Notificação de Campilobacteriose por 100.000 Habitantes em Portugal, 2018 – 2022
Fonte: European Food Safety Authority (EFSA), 2023

Segundo dados da União Europeia de 2015 (tabela 3), existe um elevado número de casos confirmados (229.213), mas com uma proporção relativamente baixa de hospitalizações (31,2%) e uma taxa de mortalidade muito reduzida (0,03%). Estes dados indicam que, apesar de ser uma infeção comum geralmente não apresenta complicações graves. Esta informação reforça a importância da existência de estratégias de prevenção focadas na segurança alimentar e educação da população, já que a carga sobre o sistema hospitalar e o risco de mortalidade são baixos, mas a elevada incidência continua a justificar atenção epidemiológica constante.

Tabela 3 - Taxa de hospitalizações e casos de mortalidade reportados devido à campilobacteriose em casos humanos confirmados na União Europeia em 2015
Fonte: Adaptado de Castro Neto, 2017

	Hospitalizações			Mortes	
	Nº de casos confirmados	Nº de casos reportados	Proporção de hospitalizações (%)	Nº de mortes reportadas	Proporção de mortes (%)
<i>Campylobacter</i>	229.213	19,302	31.2	59	0.03

Tendo em conta a importância da resistência antimicrobiana, faz todo o sentido olharmos para os níveis preocupantes da resistência destes quando falamos na

campilobacteriose. Na tabela 4 conseguimos ver que os antibióticos de uso comum como o ácido nalidíxico e a ciprofloxacina, frequentemente utilizados no tratamento de infeções gastrointestinais têm uma elevada percentagem de resistência à *Campylobacter*. A resistência também é elevada à amoxicilina e às tetraciclinas, particularmente em *Campylobacter coli*. Estes dados sublinham a importância de promover o uso racional de antibióticos e reforçar a vigilância microbiológica de modo a orientar adequadamente o tratamento das infeções e prevenir a disseminação de estirpes resistentes na comunidade.

Tabela 4 - Resistência a diversos antibióticos de estirpes de Campylobacter jejuni e Campylobacter coli de origem humana, isoladas em Portugal entre 2009 – 2012
Fonte: Adaptada de Duarte, Santos, Benoliel, Domingues & Oleastro, 2013

	<i>Campylobacter jejuni</i> (n=78)	<i>Campylobacter coli</i> (n=47)
Antibióticos	Resistência % (n)	Resistência % (n)
Ác. Nalidixico	100 (78)	100 (47)
Amoxicilina	57,7 (45)	72,3 (34)
Ciprofloxacina	91 (71)	95,7 (45)
Doxiciclina/Tetraciclina	65,4 (51)	93,6 (44)
Eritromicina	9 (7)	38,3 (18)
Gentamicina	0 (0)	4,3 (2)

Segundo os Serviços Municipalizados de Água e Saneamento de Viseu (SMAS) o índice de cumprimento da qualidade de água para consumo humano é de 100%, num universo de 53.820 clientes que possuem contrato de abastecimento de serviços de água e saneamento.

O controlo da qualidade da água ao longo do ano de 2024, foram realizadas 2,743 análises, no âmbito do Programa de Controlo da Qualidade da Água (PCQA) para consumo humano, verificando-se um índice de cumprimento de 100%.

A análise da percentagem de água segura nos diversos concelhos do distrito de Viseu em 2023 revela que, de forma geral, a qualidade da água é elevada, com a maioria dos concelhos a apresentar valores superiores a 97% de água considerada segura. Concelhos como São Pedro do Sul, Viseu e Carregal do Sal atingem mesmo os 100%, o que indica uma gestão eficaz do abastecimento público. No entanto, concelhos como Sátão e Vila Nova de Paiva apresentam percentagens ligeiramente inferiores, situando-se próximas dos 95%, o que pode justificar uma

vigilância acrescida, especialmente em áreas com abastecimento autónomo ou populações mais vulneráveis. Esta elevada qualidade da água sugere que o risco de infeções por *Campylobacter* associadas ao consumo de água da rede pública é reduzido na região, embora seja necessário considerar outras vias de transmissão, como alimentos contaminados ou água não controlada, particularmente em zonas rurais.

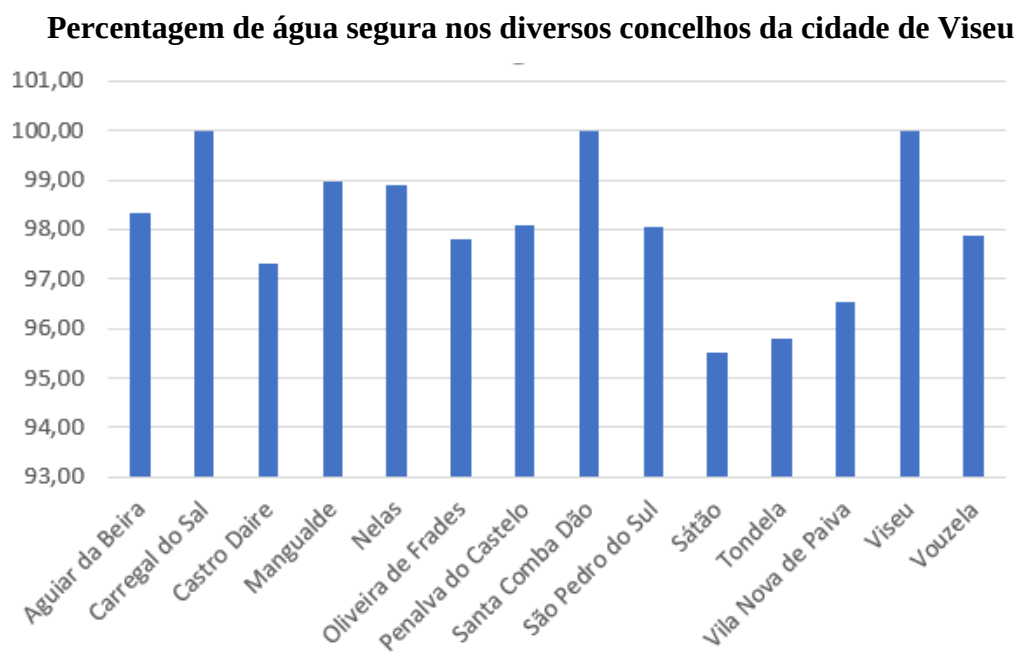


Figura 10 - Água segura (%) por concelho, em Viseu, 2023

A ausência de dados epidemiológicos relativos à transmissão da infeção por *Campylobacter* através de alimentos impediu uma avaliação concreta dessa via específica. Esta lacuna de informação limita a compreensão global dos principais fatores de risco na região e reforça a importância de investigações futuras que integrem dados sobre a contaminação alimentar para uma caracterização mais completa da epidemiologia da infeção.

6. Problemas e Necessidades

A identificação dos principais problemas e necessidades relacionados com a campilobacteriose é essencial para compreender os fatores que contribuem para a sua persistência e subnotificação em Portugal. Através da análise dos dados disponíveis e da observação das práticas atuais, é possível destacar fragilidades ao nível da vigilância epidemiológica, das condições de produção alimentar e dos comportamentos da população. Esta abordagem permite não só reconhecer as limitações existentes, mas também orientar a definição de estratégias mais eficazes de prevenção, controlo e educação para a saúde. Seguem-se os principais problemas detetados e os determinantes que os influenciam, apresentados de forma integrada numa análise SWOT.

Tabela 5 - Análise SWOT dos principais problemas e necessidades

Forças

Existência de um grupo de trabalho nacional coordenado pelo INSA, com colaboração de laboratórios hospitalares e cobertura geográfica alargada.
Implementação de metodologias laboratoriais para identificação e caracterização de *Campylobacter*.
Iniciativas de vigilância da resistência aos antibióticos em estirpes isoladas.

Fraquezas

O principal veículo de transmissão da *Campylobacter* é alimentar.
Subnotificação dos casos devido à natureza autolimitada da doença.
Falhas nas práticas de higiene alimentar, tanto em ambiente doméstico como industrial.
Ausência de campanhas sistemáticas de sensibilização e educação para a segurança alimentar.
Barreiras organizacionais à vigilância epidemiológica e ao reporte laboratorial.

Oportunidades

Possibilidade de implementar campanhas de educação alimentar dirigidas à comunidade, promovendo práticas seguras.
Reforço da regulamentação e monitorização da produção avícola, especialmente nas áreas de higiene e controlo de pragas.
Integração mais eficaz entre unidades de saúde pública, laboratórios e entidades de inspeção alimentar.
Adoção de políticas que incentivem o reporte sistemático e a notificação obrigatória da campilobacteriose.

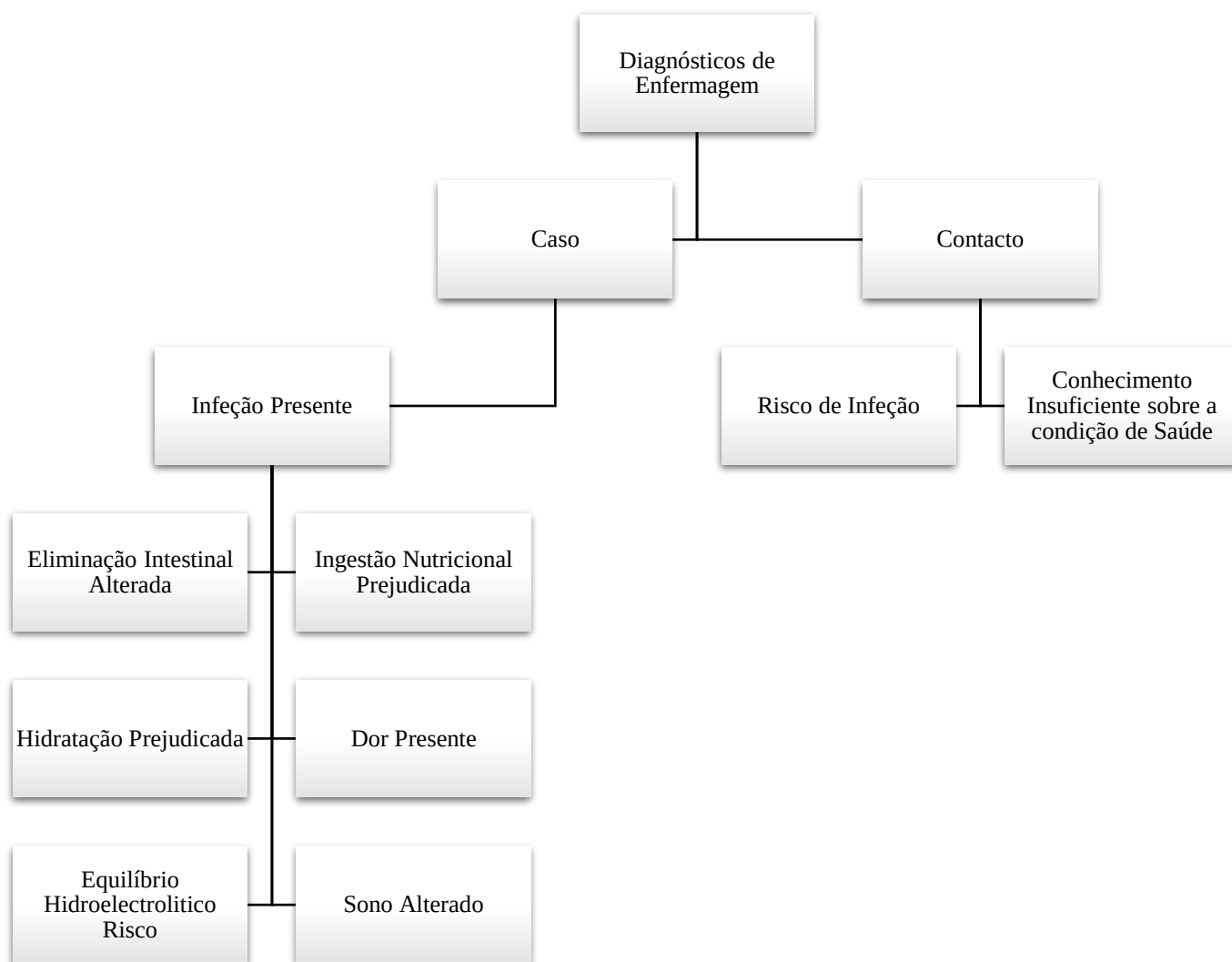
Ameaças

Manutenção de práticas de risco em meios rurais, como o consumo de leite cru e água não tratada.
Contaminação persistente na cadeia alimentar, especialmente na carne de aves.
Resistência crescente aos antibióticos em estirpes de *Campylobacter*, dificultando o tratamento de casos graves.
Falta de sensibilização pública e desvalorização da doença devido à sua apresentação geralmente ligeira.

7. Diagnósticos de Enfermagem Comunitária

Tendo em conta o aumento de número de casos reportados nos últimos anos, e tendo em conta as causas identificadas podemos levantar como diagnóstico de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®):

Tabela 6 - Diagnósticos de Enfermagem do caso e do contacto com diagnóstico de campilobacteriose



Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, é fundamental proceder ao seu registo de forma estruturada e acessível, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Para esse efeito, utiliza-se a plataforma SClínico, um sistema informático adotado no Serviço Nacional de Saúde para o registo e gestão da informação clínica.

Neste sentido, foi proposto durante o estágio a realização de um Guia de Registos no SClínico Relativo à Infecção por *Campylobacter*, que consiste na apresentação de ilustrações

que demonstram, passo a passo, como realizar o registo dos diagnósticos de enfermagem no programa, de modo a facilitar a sua aplicação prática no contexto assistencial. Esse Guia foi fornecido à Unidade de Saúde Pública de Viseu e não será apresentado neste trabalho por questões éticas.

8. Considerações Finais

A campilobacteriose representa um problema de saúde pública subestimado na região de Viseu, dada a ausência de dados regionais sistematizados e a subnotificação crónica dos casos. A elevada prevalência de contaminação em produtos avícolas, aliada a fatores ambientais e comportamentais, justifica a necessidade de reforço da vigilância epidemiológica e laboratorial, implementação de programas de educação alimentar dirigidos à população e aos profissionais do setor e à melhoria das práticas de higiene ao longo da cadeia alimentar, desde a produção até ao consumidor final.

A presente investigação proporcionou uma compreensão mais aprofundada da realidade epidemiológica da campilobacteriose no território Nacional comparativamente a outros países da Europa, e ainda, da região afeta à ULSVDL, evidenciando a relevância desta infeção como problema de saúde pública. Observou-se um aumento anual da incidência da doença, bem como uma resistência progressiva das estirpes de *Campylobacter* aos antimicrobianos, o que dificulta o seu controlo. Esta tendência, aliada ao risco conhecido de complicações hepáticas nos indivíduos infetados, representa um desafio substancial para os profissionais de saúde, exigindo uma resposta coordenada e eficaz.

A ingestão de alimentos contaminados, especialmente carne de aves malcozida, e a fraca higiene alimentar continuam a ser os principais fatores de risco. Por isso, torna-se imperativa a implementação de ações de educação e sensibilização da população. Paralelamente a isto, é essencial reforçar a vigilância epidemiológica e sanitária ao longo das cadeias de produção alimentar, instrumentos comprovadamente eficazes na contenção da disseminação desta zoonose.

Este estudo revelou algumas limitações operacionais enfrentadas pelos serviços de saúde regionais, como a escassez de recursos humanos e a insuficiente articulação intersectorial entre os setores da saúde, educação, veterinária e segurança alimentar. Apesar da carência de dados atualizados e detalhados a nível da ULSVDL, os resultados aqui apresentados contribuem para uma melhor compreensão da situação atual e para o desenvolvimento de estratégias relevantes de prevenção e controlo.

Nesse sentido, a implementação integrada de medidas de saúde pública como programas de educação alimentar, inspeções mais rigorosas (incluindo às cadeias de supermercados nacionais) e a promoção do uso responsável de antibióticos em humanos e animais, torna-se essencial. Este diagnóstico de situação oferece, assim, subsídios fundamentais para decisões

políticas informadas e sustentadas, com o objetivo de mitigar o impacto da campilobacteriose e os riscos associados à resistência antimicrobiana.

Para a Saúde Pública a importância da detecção da *Campylobacter* revela-se crucial uma vez que a região tem uma forte componente rural e presença significativa de explorações agropecuárias, sobretudo avícolas, além dos vários matadouros existentes, exige uma maior responsabilidade de higiene sanitária visto que oferece riscos à saúde pública por contaminação nos equipamentos dos matadouros, nos frigoríficos, lençõs freáticos ou até na preparação dos alimentos por parte dos restaurantes e das famílias.

Bibliografia

- Águas de Viseu. (2025). Águas de Viseu. <https://www.aguasdeviseu.pt/>
- Ahmed, N. A., & Gulhan, T. (2022). Campylobacter in wild birds: Is it an animal and public health concern? *Frontiers in Microbiology*, 12, 812591. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.812591>
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE). (2021, março). *Casos de Campylobacter e Salmonella estáveis na União Europeia*. ASAEnews, (n.º 122). <https://www.asae.gov.pt/newsletter2/asaenews-n-122-marco-2021/casos-de-campylobacter-e-salmonella-estaveis-na-uniao-europeia.aspx>
- Bush, L. M., & Vazquez-Pertejo, M. T. (2024, junho). *Infecções por Campylobacter*. Manual MSD – Versão Saúde para a Família. <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-bact%C3%A9rias-gram-negativas/infec%C3%A7%C3%B5es-por-campylobacter>
- Câmara Municipal de Viseu. (2022, maio). *Relatório de diagnóstico do Município de Viseu*.
- Dai, L., Sahin, O., Grover, M., & Zhang, Q. (2020). *New and alternative strategies for the prevention, control, and treatment of antibiotic-resistant Campylobacter*. *Translational Research*, 223, 76–88. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2020.04.009>
- Direção-Geral da Saúde. (2021, 28 de janeiro). *Despacho n.º 1150/2021: Atualiza a lista de doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE ou no SI-Vida*. Diário da República, 2.ª série, n.º 19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1150-2021-155575942>
- Duarte, A., Santos, A., Benoliel, J., Domingues, F., & Oleastro, M. (2013). A infecção humana por *Campylobacter* em Portugal: Alguns dados epidemiológicos. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2(Supl 1), 17–19.
- European Food Safety Authority (EFSA) & European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2021). *The European Union One Health 2019 Zoonoses Report*. *EFSA Journal*, 19(2), 6406. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2021.6406>
- European Food Safety Authority (EFSA) & European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2023). *The European Union One Health 2022 Zoonoses Report*. *EFSA Journal*, 21(12), e8442. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2023.8442>

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021, 16 de dezembro). Censos 2021 – Divulgação dos resultados provisórios.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *Pirâmide Etária da População Residente em Portugal por Sexo*, 2023. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?contexto=pe&menuBOUI=13707095&selTab=tab4&xpgid=ine_p_etarias&xpid=INE
- Liu, F., Lee, S. A., Xue, J., Riordan, S. M., & Zhang, L. (2022). *Global epidemiology of campylobacteriosis and the impact of COVID-19*. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 12, 979055. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.979055>
- Massachusetts Department of Public Health. (2014, abril). *Campylobacter* [Folheto informativo em português]. <https://www.mass.gov/doc/portuguese-campylobacter-0/download>
- Ministério da Saúde. (n.d.). *Área dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Viseu Dão-Lafões*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/Pages/default.aspx>
- Castro Neto, C. D. (2017). *Infeções alimentares por Campylobacter* (Trabalho de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- Oleastro, M., Santos, A., & Júlio, C. (2014). Estudo observacional da infeção por *Campylobacter* spp. em doentes com diarreia aguda. *Boletim Epidemiológico Observações*, 3(Supl 3), 34–36. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Five Keys To Safer Food Manual*. Organização Mundial da Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43546/9789241594639_eng.pdf

Apêndice II

Planos de sessão de educação para a saúde (Universidade sénior)

Universidade Sénior de Vouzela

Disciplina de “Saúde e Bem-Estar”

Tema: Importância da atividade física na 3ª idade	Data: 14/01/2026
Duração: 1h	Profissional: Enf. Joana Oliveira, Enf. Odete Pereira

Conteúdos	Objetivos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
- Envelhecimento em Portugal: enquadramento demográfico e implicações para a saúde; - Conceito de atividade física na 3ª idade; - Benefícios da atividade física na 3ª idade: - Benefícios físicos - Benefícios mentais e emocionais - Benefícios sociais;	- Promover a Literacia em saúde sobre a importância da atividade física na 3ª idade, incentivando a adoção de comportamentos ativos seguros no quotidiano. No final da sessão os participantes deverão ser capazes de: - Reconhecer a atividade física como determinante da saúde e da autonomia funcional; - Identificar os principais benefícios físicos, mentais e sociais da atividade física;	- Método interrogativo - Método expositivo - Demonstração prática - Reforço positivo da participação e	- Apresentação em suporte digital (PowerPoint) - Computador e Projetor	- Questionário oral e feedback verbal no final da sessão - Observação do interesse

• Sedentarismo e as suas consequências para a saúde e autonomia funcional; • Recomendações gerais de atividade física para pessoas com 65 ou mais anos; • Segurança na prática de atividade física; • Segurança na prática de atividade física; • Demonstração prática de exercícios simples de mobilidade, força ligeira e equilíbrio.	• Reconhecer os riscos associados ao sedentarismo; • Identificar exemplos de atividade física adequada à idade e condição funcional; • Participar de forma segura em exercícios simples de mobilidade e equilíbrio.	autonomia dos participantes • Adequação do ritmo e intensidade às capacidades individuais dos participantes		dos participantes
---	---	--	--	--------------------------

Universidade Sénior de Oliveira de Frades

Disciplina de “Promoção da Saúde”

Tema: Importância da atividade física na 3ª idade	Data: 14/01/2026
Duração: 1h	Profissional: Enf. Joana Oliveira, Enf. Odete Pereira

Conteúdos	Objetivos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
- Envelhecimento em Portugal: enquadramento demográfico e implicações para a saúde; - Conceito de atividade física na 3ª idade; - Benefícios da atividade física na 3ª idade: - Benefícios físicos - Benefícios mentais e emocionais - Benefícios sociais;	- Promover a Literacia em saúde sobre a importância da atividade física na 3ª idade, incentivando a adoção de comportamentos ativos seguros no quotidiano. No final da sessão os participantes deverão ser capazes de: - Reconhecer a atividade física como determinante da saúde e da autonomia funcional; - Identificar os principais benefícios físicos, mentais e sociais da atividade física;	- Método interrogativo - Método expositivo - Demonstração prática - Reforço positivo da participação e	- Apresentação em suporte digital (PowerPoint) - Computador e Projetor	- Questionário oral e feedback verbal no final da sessão - Observação do interesse

• Sedentarismo e as suas consequências para a saúde e autonomia funcional; • Recomendações gerais de atividade física para pessoas com 65 ou mais anos; • Segurança na prática de atividade física; • Segurança na prática de atividade física; • Demonstração prática de exercícios simples de mobilidade, força ligeira e equilíbrio.	• Reconhecer os riscos associados ao sedentarismo; • Identificar exemplos de atividade física adequada à idade e condição funcional; • Participar de forma segura em exercícios simples de mobilidade e equilíbrio.	autonomia dos participantes • Adequação do ritmo e intensidade às capacidades individuais dos participantes		dos participantes
---	---	--	--	--------------------------

Universidade Sénior de Oliveira de Frades

Disciplina de “Promoção da Saúde”

Tema: Demências	Data: 21/01/2026
Duração: 1h	Profissional: Enf. Joana Oliveira; Enf. Odete Pereira

Conteúdos	Objetivos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
• Envelhecimento e demência. • Conceito de demência. • Envelhecimento normal vs. Demência. • Principais tipos de demência. • Sinais de alerta. • Importância do diagnóstico precoce. • Impacto da demência na pessoa e na família. • Fatores de risco e fatores de proteção.	• Promover a literacia em saúde sobre demências, capacitando os participantes da Universidade Sénior para compreender o conceito de demência, reconhecer sinais de alerta e adotar comportamentos protetores da saúde cognitiva ao longo da vida. • Definir o conceito de demência, distinguindo-o do envelhecimento normal; • Identificar os principais sinais de alerta associados às demências; • Reconhecer os principais tipos de demência;	• Método interrogativo • Método expositivo • Atividade prática de estimulação cognitiva em grupo • Atividade prática de estimulação cognitiva individual	• Apresentação em suporte digital (PowerPoint) • Computador e Projetor • Folhas A4 com Atividades práticas	• Questionário oral com avaliação qualitativa e informal com feedback verbal no final da sessão • Observação da participação e envolvimento

• Prevenção e promoção da saúde cognitiva. • Papel da Universidade Sénior e da Comunidade. • Estimulação cognitiva	• Compreender o impacto da demência na pessoa e na família; • Identificar fatores de risco e fatores de proteção associados ao declínio cognitivo; • Valorizar a estimulação cognitiva, a atividade física e a participação comunitária como estratégias de prevenção			dos participantes ao longo da sessão.
--	---	--	--	---------------------------------------

Universidade Sénior de Vouzela

Disciplina de “Saúde e Bem-estar”

Tema: Demências	Data: 21/01/2026
Duração: 1h	Profissional: Enf. Joana Oliveira; Enf. Odete Pereira

Conteúdos	Objetivos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
• Envelhecimento e demência. • Conceito de demência. • Envelhecimento normal vs. Demência. • Principais tipos de demência. • Sinais de alerta. • Importância do diagnóstico precoce. • Impacto da demência na pessoa e na família. • Fatores de risco e fatores de proteção.	• Promover a literacia em saúde sobre demências, capacitando os participantes da Universidade Sénior para compreender o conceito de demência, reconhecer sinais de alerta e adotar comportamentos protetores da saúde cognitiva ao longo da vida. • Definir o conceito de demência, distinguindo-o do envelhecimento normal; • Identificar os principais sinais de alerta associados às demências; • Reconhecer os principais tipos de demência;	• Método interrogativo • Método expositivo • Atividade prática de estimulação cognitiva em grupo • Atividade prática de estimulação cognitiva individual	• Apresentação em suporte digital (PowerPoint) • Computador e Projetor • Folhas A4 com Atividades práticas	• Questionário oral com avaliação qualitativa e informal com feedback verbal no final da sessão • Observação da participação e envolvimento

• Prevenção e promoção da saúde cognitiva. • Papel da Universidade Sénior e da Comunidade. • Estimulação cognitiva	• Compreender o impacto da demência na pessoa e na família; • Identificar fatores de risco e fatores de proteção associados ao declínio cognitivo; • Valorizar a estimulação cognitiva, a atividade física e a participação comunitária como estratégias de prevenção			dos participantes ao longo da sessão.
--	---	--	--	---------------------------------------

Apêndice III

**Sessão de educação para a saúde “A importância da atividade física
na 3ª idade**

A importância da Atividade Física na 3ª idade



Universidade sénior

14/01/2026

Objetivo geral

Promover a literacia em saúde sobre a importância da atividade física na 3.ª idade, incentivando a adoção de comportamentos ativos e seguros.

Objetivos Específicos

- ✓ Reconhecer a atividade física como determinante da saúde e da autonomia funcional;
- ✓ Identificar benefícios físicos, mentais e sociais da atividade física;
- ✓ Reconhecer os riscos associados ao sedentarismo;
- ✓ Identificar exemplos de atividade física adequada à idade e condição funcional;
- ✓ Participar de forma segura em exercícios simples.

Atividade Física em Portugal

- ✓ A Direção-Geral da Saúde desenvolveu o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física;
- ✓ A atividade física é reconhecida como um determinante fundamental da saúde;
- ✓ O Plano Nacional de Saúde 2021–2030 integra a promoção do envelhecimento ativo e saudável;

(Portugal, DGS, 2017; PNS, 2023)



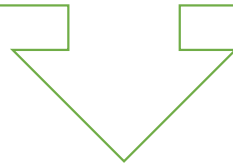
**ATIVIDADE
FÍSICA**
PROGRAMA NACIONAL PARA A
PROMOÇÃO



Conceito de Saúde (OMS)



A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”



Talvez nenhuma outra medida possa contribuir de um modo tão global para este fim como a atividade física

(World Health Organization, 1948)



Envelhecer em Portugal

- ✓ A esperança média de vida tem aumentado.
- ✓ Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa.
- ✓ Viver mais anos não significa necessariamente viver com qualidade.
- ✓ A atividade física é determinante para envelhecer com saúde.

Envelhecimento ativo, porque é importante?



- ✓ Promove saúde, participação e segurança;
- ✓ Contribui para a autonomia e qualidade de vida;
- ✓ A atividade física é um dos seus pilares fundamentais;

Atividade física

Qualquer movimento corporal com gasto de energia:

- ✓ Caminhar e deslocações diárias;
- ✓ Tarefas domésticas e Jardinagem;
- ✓ Atividades recreativas e Exercício estruturado;



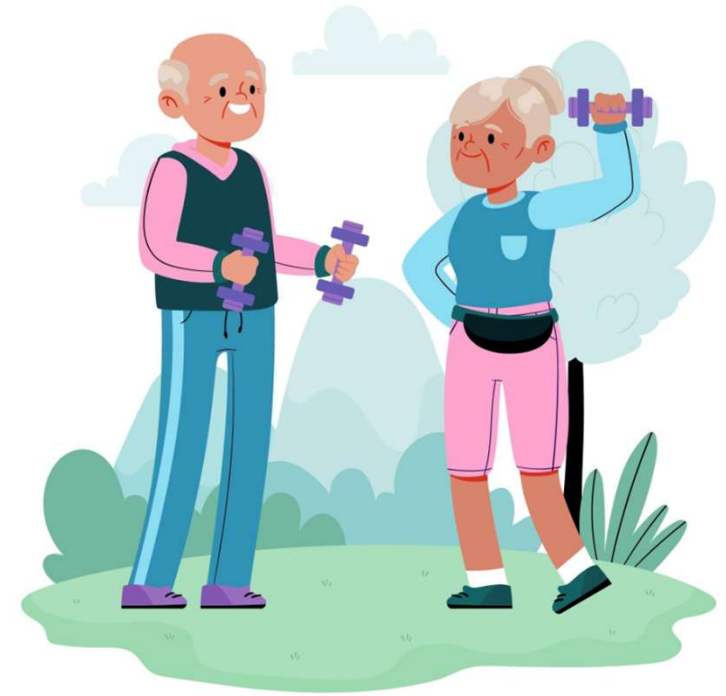
“Toda a atividade conta”

(World Health Organization, 2020)

O que muda com a idade?

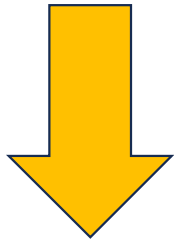
Alterações associadas ao envelhecimento:

- ✓ Redução de força e da massa muscular;
- ✓ Diminuição do equilíbrio e do tempo de reação;
- ✓ Maior rigidez articular;



A atividade física atua como fator protetor da capacidade funcional.

Consequências do envelhecimento



Diminuição da massa magra:

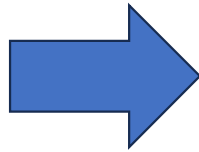
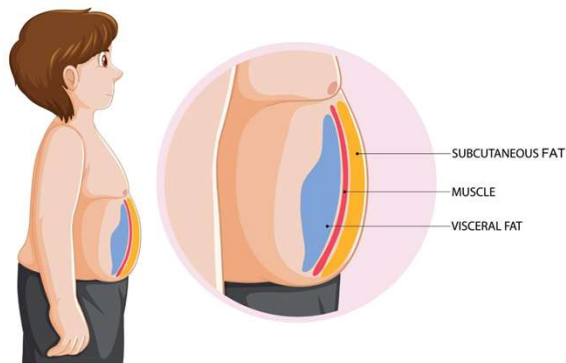
- ✓ Água
- ✓ Músculo
- ✓ Osso



Aumento da massa gorda, sobretudo abdominal.

Consequências do envelhecimento

Aumento da gordura abdominal



Maior risco de:

- ✓ Diabetes;
- ✓ HTA;
- ✓ Aterosclerose;
- ✓ Osteoporose e Fraturas;



Outras consequências



- ✓ Desidratação mais rápida e perigosa;
- ✓ Diminuição da capacidade muscular;
- ✓ Diminuição da capacidade funcional;



Benefícios físicos da Atividade Física

- ✓ Força: facilita levantar-se, subir escadas, carregar compras;
- ✓ Equilíbrio e marcha: reduz risco de quedas;
- ✓ Saúde cardiovascular e metabólica: ajuda a controlar a tensão arterial, glicémia e peso;
- ✓ Saúde óssea e articular: previne fragilidades;

(World Health Organization, 2020; Portugal, DGS, 2017)



Prevenção de quedas

Exercícios de força e equilíbrio são fundamentais;

- ✓ Melhoram equilíbrio, a coordenação e o tempo de reação;
- ✓ Reduzem o risco de quedas e fraturas;



Benefícios mentais e cognitivos

- ✓ Melhora o humor e a autoestima
- ✓ Redução de sintomas ansiosos e depressivos;
- ✓ Estimulo cognitivo (atenção, memória) associada a estilos de vida ativos





Benefícios sociais

- ✓ Promove convívio e sentimento de pertença;
- ✓ Combate o isolamento e a solidão;
- ✓ A atividade em grupo aumenta a motivação e a adesão;



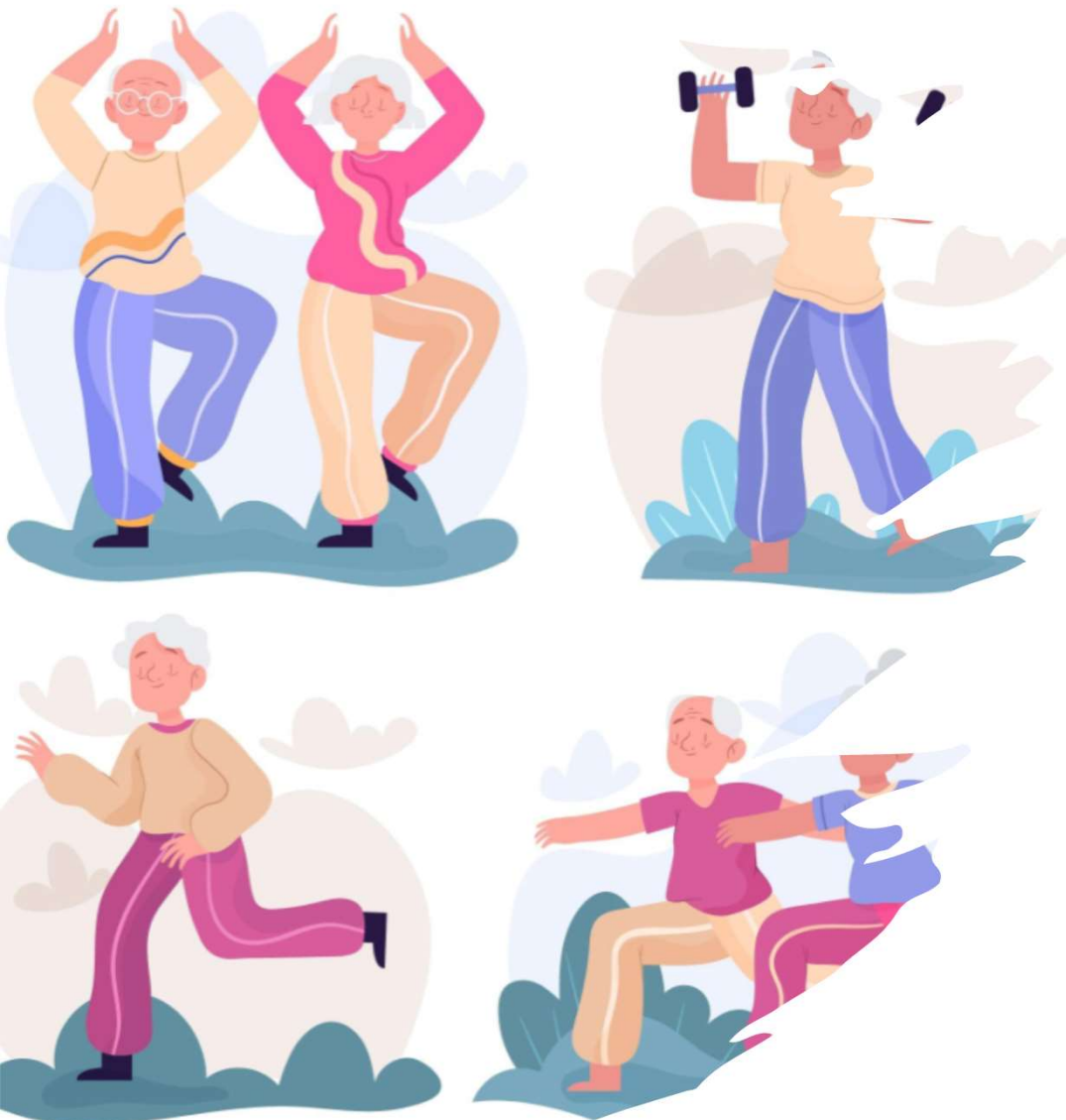
(World Health Organization, 2020; Plano Nacional de Saúde, 2023)

Sedentarismo

- ✓ Perda acelerada de força e equilíbrio;
- ✓ Aumento do risco de quedas;
- ✓ Mais tempo sentado associa-se a piores indicadores de saúde;



(World Health Organization, 2020)



Recomendações de atividade física (OMS)

Recomendações (≥ 65 anos)

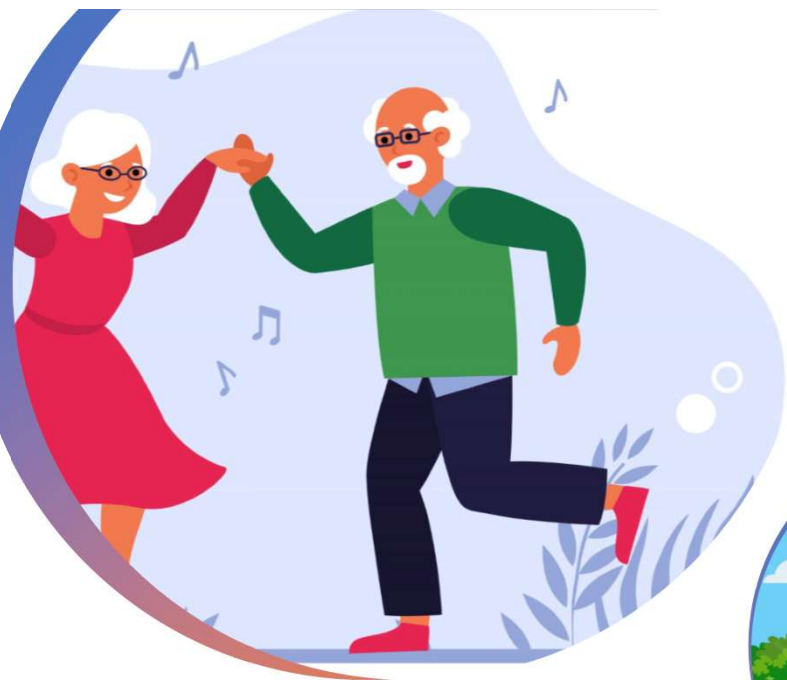
✓ 150–300 min/semana de atividade moderada;

OU

✓ 75–150 min/semana vigorosa (ou equivalente);

✓ Fortalecimento muscular (≥ 2 dias/semana);

✓ Exercícios de equilíbrio (≥ 3 dias/semana) sobretudo em risco de quedas;



+ Exemplos de atividade física



✓ Caminhar (com progressão gradual);

✓ Dança , hidroginástica ou bicicleta estática;

✓ Ginástica suave com elásticos;

✓ Exercícios de equilíbrio com apoio e segurança;



Segurança

- ✓ Hidratação adequada, calçado confortável e antiderrapante;
- ✓ Começar devagar e progredir;



Parar e pedir ajuda se:



- ✓ Dor no peito;
- ✓ Tonturas persistentes;
- ✓ Falta de ar intensa;
- ✓ Queda;

(World Health Organization, 2020; SNS 24, 2025)



ATIVIDADE FÍSICA



Autonomia; Prevenção de Quedas;
Bem-Estar

Nunca é tarde para começar !

“Pouco é melhor do que nada”



(World Health Organization, 2020; Plano Nacional de Saúde, 2023)

Momento prático

Cada pessoa adapta, sem dor; quem tiver tonturas, dor torácica ou falta de ar, Pára!.

1. Mobilização cervical e ombros (30–45 s)
2. “Marcha sentada”: elevar joelhos alternados (60 s)
3. Extensão do joelho (uma perna de cada vez) (60 s)
4. Elevação dos calcanhares e pontas dos pés (60 s)
5. “Aperta e solta”: mãos e antebraços (45 s)
6. Equilíbrio com apoio: transferir peso esquerda/direita (60 s)
7. Alongamento suave dos braços (60–90 s)

Exercícios (sentados ou em pé com apoio):





“Que atividades
vocês já
fazem?”



Obrigada!

Referências bibliográficas

Eurostat. (2024). *Population structure and ageing*. Comissão Europeia.
<https://ec.europa.eu/eurostat>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Esperança de vida à nascença e aos 65 anos*. INE – Estatísticas Demográficas.
<https://www.ine.pt>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS.
<https://www.sns.gov.pt>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Saúde da população em Portugal*. DGS.
<https://pns.dgs.pt>

Portugal, Ministério da Saúde. (2023). *Plano nacional de saúde 2021–2030*. Ministério da Saúde.
<https://pns.dgs.pt>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Prevenção de quedas em pessoas idosas*. SNS.
<https://www.sns.gov.pt>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde 24. (2025). *Tropeções, quedas e trambolhões: Guia para pessoas idosas*. SNS 24.
<https://www.sns24.gov.pt>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
<https://www.who.int>

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. WHO.
<https://www.who.int>

Apêndice IV

Sessão de educação para a saúde “Demências”



Demências

Universidade Sénior

21/01/2026

Objetivo geral

Promover a literacia em saúde sobre as demências, capacitando os participantes da Universidade Sénior para compreender o conceito de demência, reconhecer sinais de alerta e adotar comportamentos protetores da saúde cognitiva ao longo da vida.

Objetivos específicos

- ✓ Definir o conceito de demência, distinguindo-o do envelhecimento normal;
- ✓ Identificar os principais sinais de alerta associados às demências;
- ✓ Reconhecer os principais tipos de demência;
- ✓ Compreender o impacto da demência na pessoa e na família;
- ✓ Identificar fatores de risco e fatores de proteção associados ao declínio cognitivo;
- ✓ Valorizar a estimulação cognitiva, a atividade física e a participação comunitária como estratégias de prevenção;



O que é a demência?

A demência é uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas, que surge quando o cérebro deixa de funcionar como antes.

Caracteriza-se por uma diminuição progressiva das capacidades mentais, como:

- ✓ A memória;
- ✓ A atenção;
- ✓ A linguagem;
- ✓ O raciocínio e a capacidade de tomar decisões;

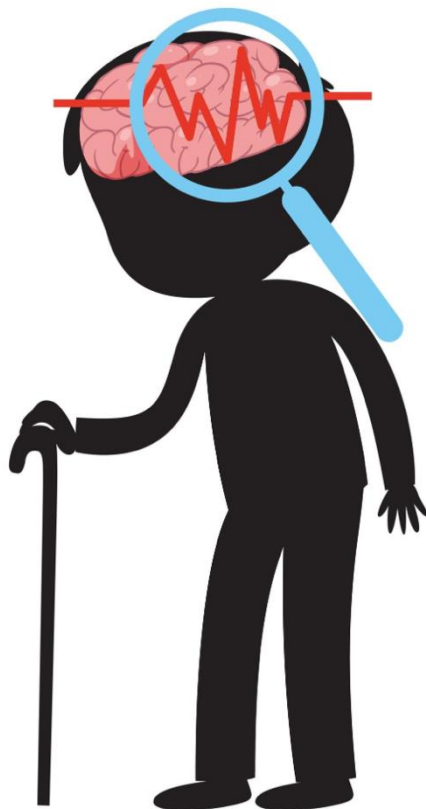
Esta diminuição é suficientemente importante para interferir com a vida diária da pessoa, dificultando tarefas como gerir dinheiro, orientar-se, preparar refeições ou manter conversas.



Envelhecimento normal vs. Demência

Envelhecimento normal

- Pequenos esquecimentos ocasionais;
- Ligeira lentificação do raciocínio;
- A pessoa mantém a autonomia e independência no dia a dia;



Demência

- Esquecimentos frequentes e progressivos;
- Dificuldade em realizar tarefas habituais;
- Desorientação e alterações do comportamento ou da personalidade;
- Perda gradual da autonomia;

Principais tipos de demência

Doença de Alzheimer

- Forma mais frequente de demência;
- Evolução lenta e progressiva;
- Afeta sobretudo a memória e a orientação;



Demência vascular

- Relacionada com problemas de circulação cerebral;
- Associada a AVC e a fatores de risco cardiovasculares (hipertensão, diabetes, colesterol elevado);

Outros tipos de demência

- Demência com corpos de Lewy;
- Demência frontotemporal;
- Menos frequentes, com características específicas;



Sinais de alerta

- Esquecimentos frequentes de acontecimentos recentes;
- Dificuldade em realizar tarefas do dia a dia que antes eram simples;
- Problemas em encontrar palavras ou em acompanhar conversas;
- Desorientação no tempo e no espaço;
- Alterações de humor, comportamento ou personalidade;

(Alzheimer Portugal, s. d.)

Se estes sinais forem novos, persistentes e progressivos, deve procurar o médico de família

Diagnóstico precoce: porquê é importante?

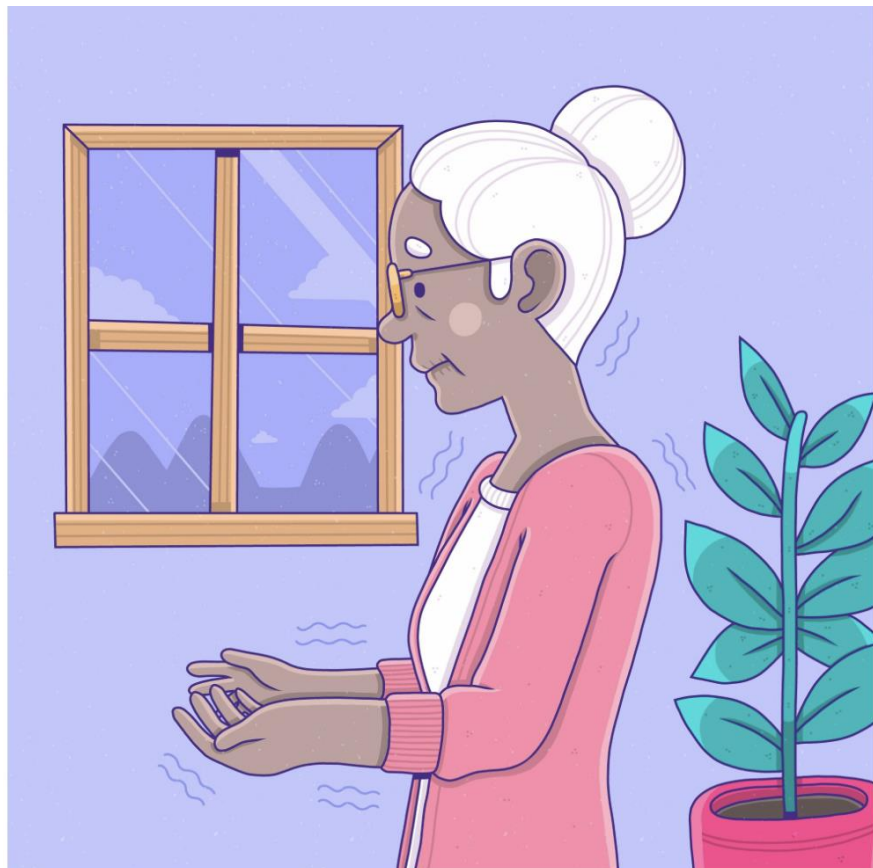
- Permite identificar causas tratáveis e excluir outras doenças;
- Facilita o planeamento dos cuidados e do acompanhamento;
- Ajuda a pessoa e a família a compreender a situação e a adaptar-se;
- Contribui para uma melhor qualidade de vida;



Como é feito o diagnóstico?

- Avaliação clínica pelo médico;
- Recolha da história clínica, incluindo informação do cuidador/família;
- Avaliação cognitiva com instrumentos apropriados;

Fatores de risco

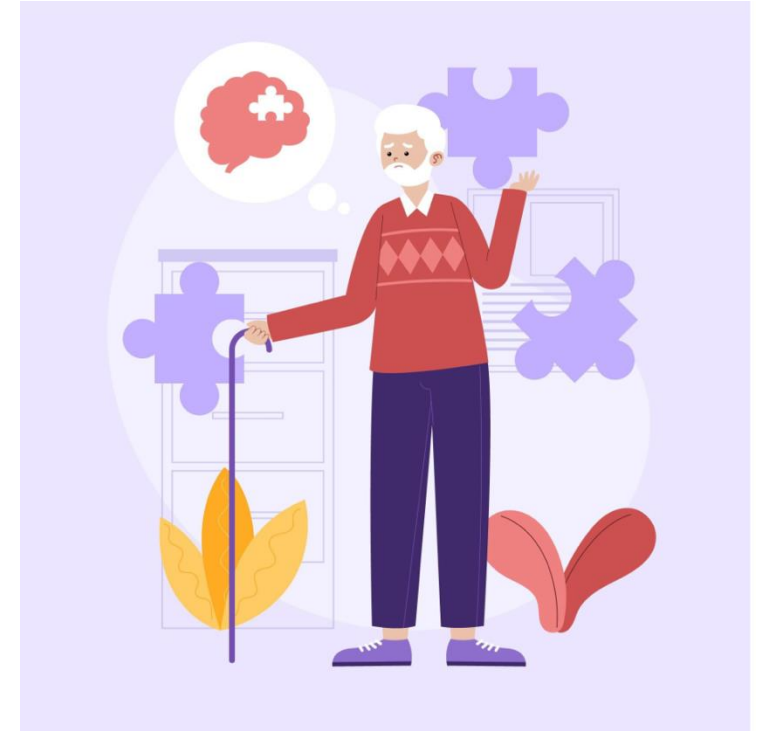


- Doenças cardiovasculares e fatores associados: Hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado;
- Estilo de vida pouco saudável: Sedentarismo, tabagismo e consumo nocivo de álcool;
- Isolamento social e reduzida participação comunitária

Muitos destes fatores podem ser prevenidos ou controlados

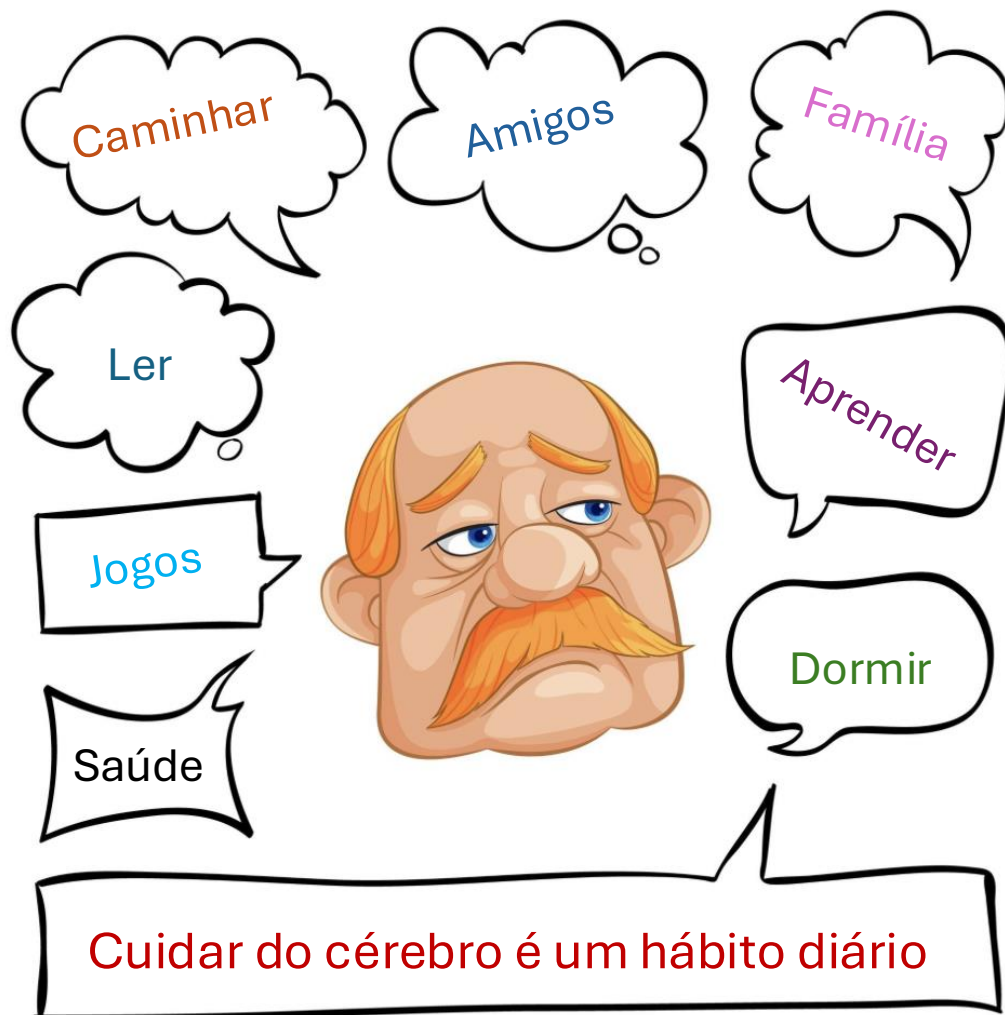
Fatores de proteção

- Atividade física regular, adaptada à idade e às condições de saúde;
- Estimulação cognitiva ao longo da vida;
(ler, escrever, jogos, aprender coisas novas)
- Vida social ativa e participação em atividades comunitárias;
- Controle dos fatores cardiovasculares;
(tensão arterial, diabetes e colesterol)



Pequenas mudanças diárias ajudam a proteger o cérebro

Prevenção: o que podemos fazer a partir de hoje?



- Mexer o corpo todos os dias;
Caminhar, exercícios de força e equilíbrio, de forma segura e adaptada.
- Estimular o cérebro regularmente;
Ler, fazer jogos, aprender coisas novas.
- Dormir bem e cuidar da saúde emocional;
- Controlar os fatores de risco;
Tensão arterial, diabetes e colesterol.

Impacto na pessoa e na família

- A demência compromete de forma progressiva a autonomia, a comunicação e as relações interpessoais;
- Pode provocar alterações emocionais, isolamento social e diminuição da qualidade de vida;
- A família e os cuidadores enfrentam um aumento das exigências físicas, emocionais e sociais;

O apoio à pessoa com demência não deve ser isolado

As respostas comunitárias e o apoio aos cuidadores são essenciais



Papel das Universidades Seniores e da comunidade

- Promover envelhecimento ativo e saudável;
- Estimular a participação social e cognitiva;



- Reduzir o isolamento social;
- Combater o estigma associado à demência;
- Apoiar redes informais de cuidado e solidariedade;

A comunidade é parte essencial da resposta às demências

Vamos JOGAR

Objetivo: estimular a memória, a atenção e a linguagem



Linguagem e memória

Atenção e rapidez mental

Atenção visual



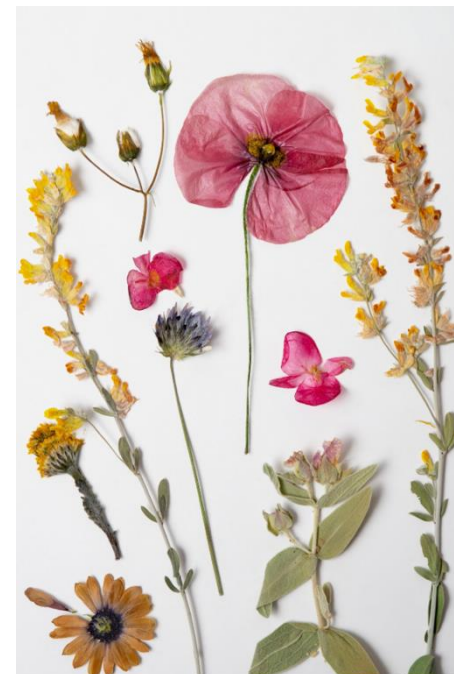
Provérbios populares

Quem espera, sempre alcança

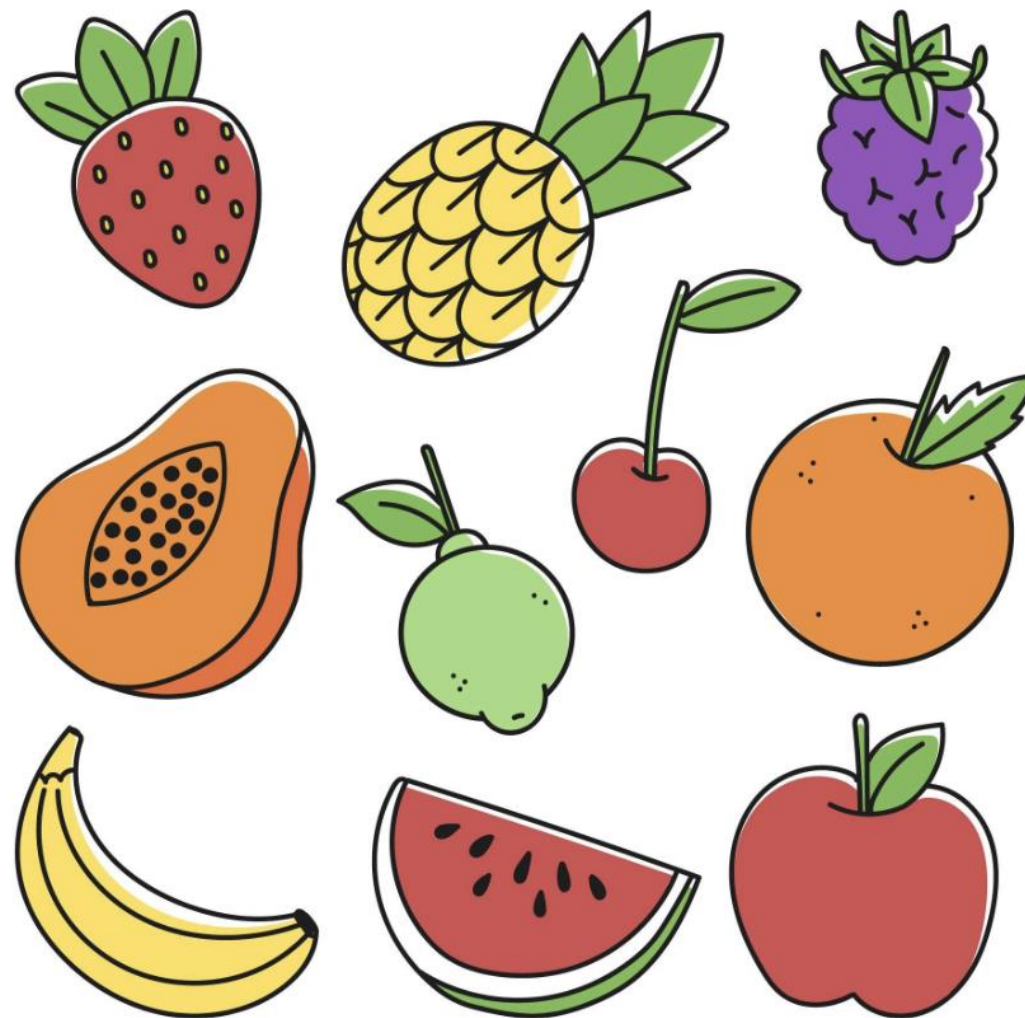
Mais vale tarde do que nunca

Devagar se vai ao longe

Águas passadas não movem moinhos



30 Segundos



30 Segundos

10
ANIMAIS





A demência não faz parte do envelhecimento normal;

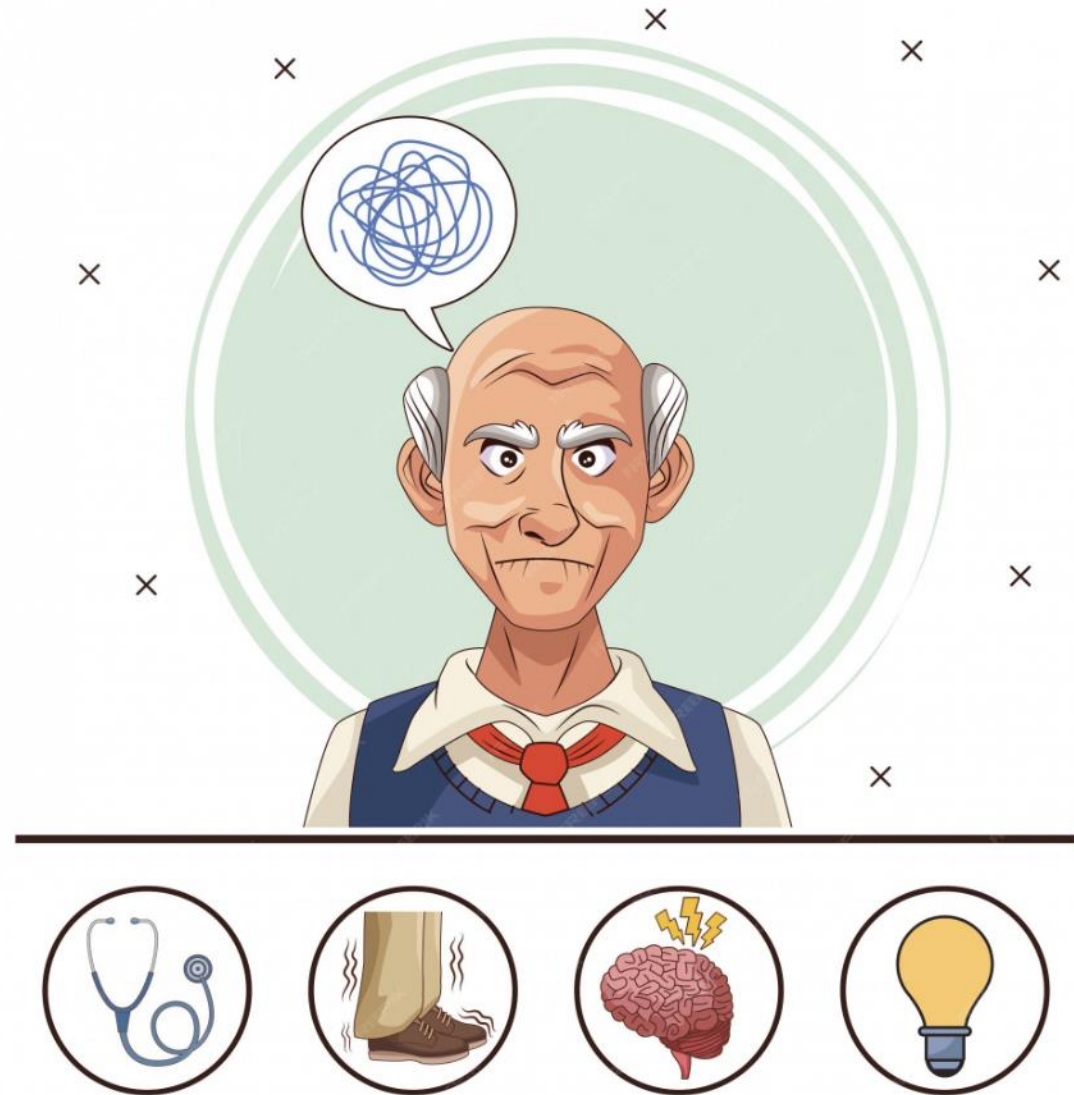
Sinais novos, persistentes e progressivos devem ser avaliados por um profissional de saúde;

É possível reduzir o risco através de hábitos de vida saudáveis;

Cuidar do cérebro é um compromisso ao longo da vida.

Obrigada pela vossa participação

**Cuidar do cérebro é
cuidar da autonomia, da
qualidade de vida e das
relações ao longo dos
anos.**



Recursos úteis em Portugal

Alzheimer Portugal

Informação, apoio a pessoas com demência e cuidadores

www.alzheimerportugal.org

Direção-Geral da Saúde (DGS)

Orientações e informação em saúde

www.dgs.pt

Comunidade local / Universidade Sénior

Promoção do envelhecimento ativo, convívio e estimulação cognitiva

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Médico de família

Avaliação, diagnóstico e acompanhamento

Referências bibliográficas

Alzheimer Portugal. (s. d.). *10 sinais de alerta da demência*. Alzheimer Portugal. <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-40-10-sinais-de-alerta>

American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed., texto rev.). Artmed.

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 053/2011 — Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com défice cognitivo ou demência* (Atualização de 21 de abril de 2023). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>

Portugal, Diário da República. (2018, 19 de junho). *Despacho n.º 5988/2018 — Estratégia da Saúde na Área das Demências*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt>

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-19.1>

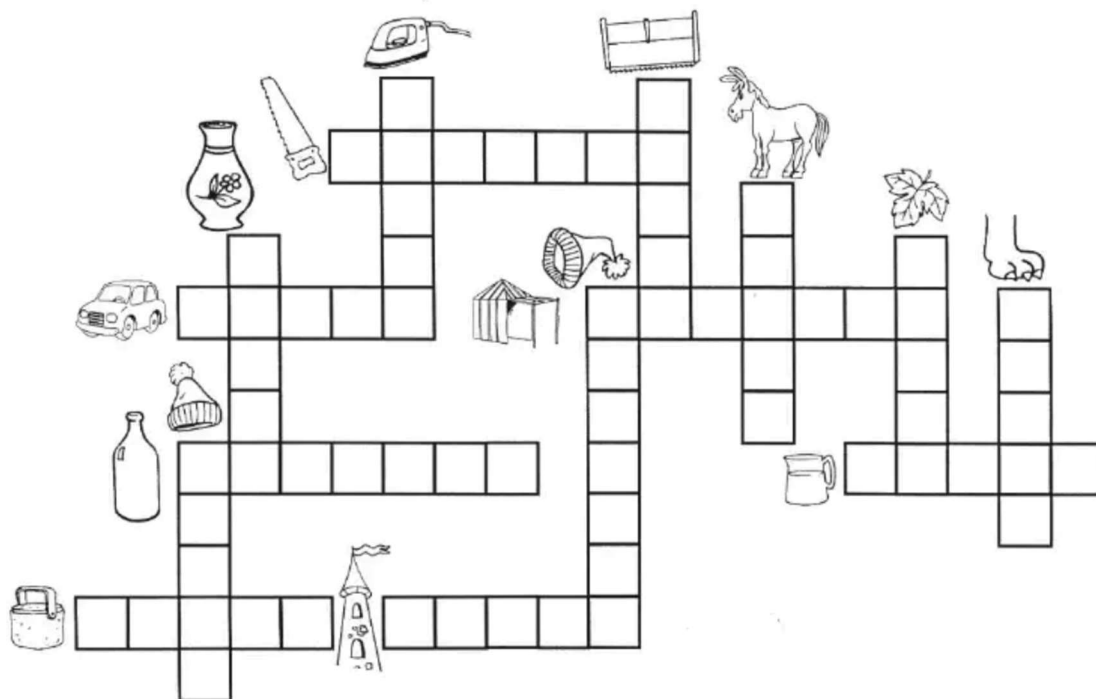
Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

Apêndice V

Atividades de estimulação cognitiva (Demências)

ATIVIDADES

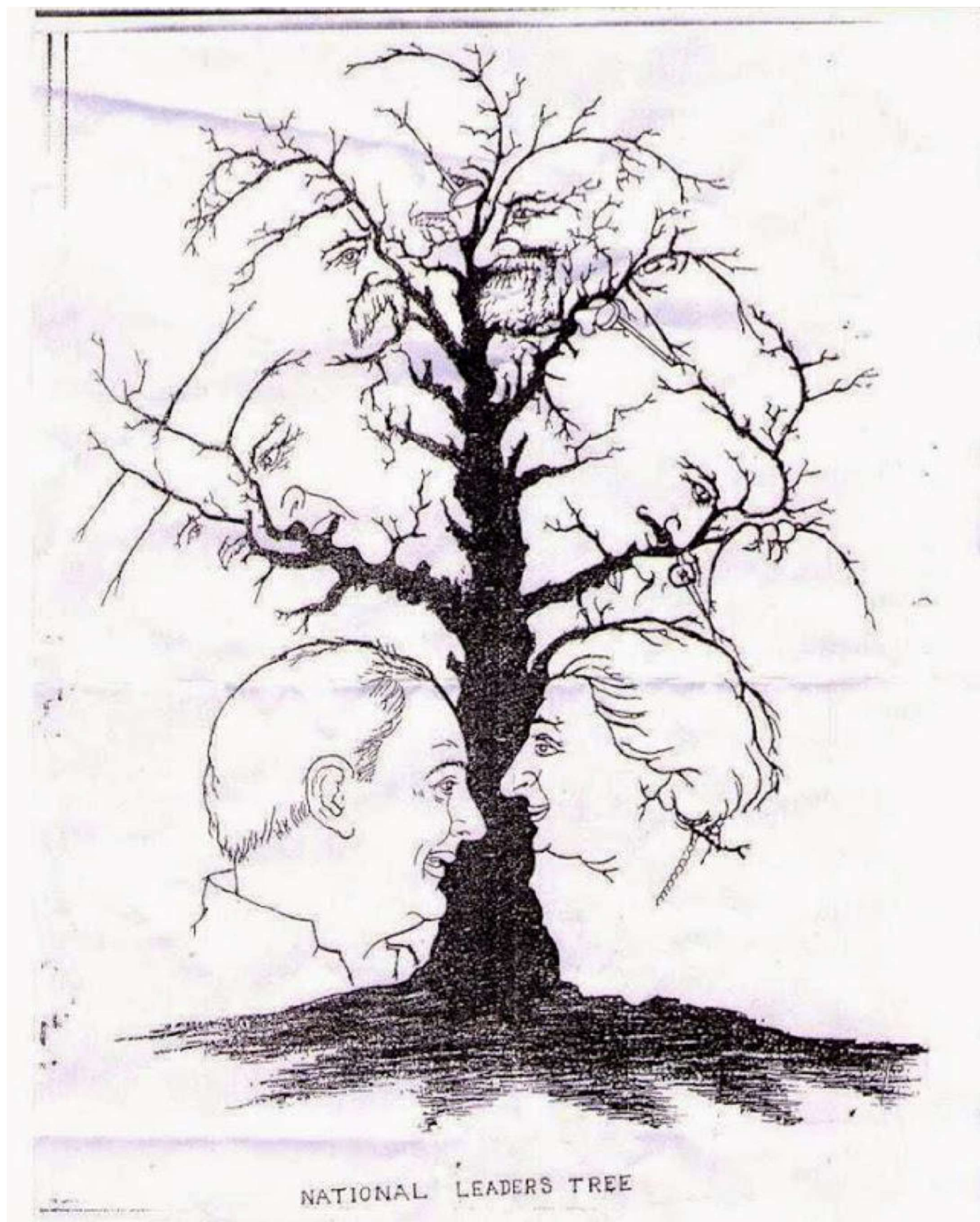
PALAVRAS CRUZADAS - ESCREVA AS PALAVRAS COM RR



Encontre as 10 diferentes entre as imagens abaixo



QUANTOS ROSTOS VÊ NA IMAGEM?



Apêndice VI

Certificado de dinamização “Vacinação”



UNIVERSIDADE SÊNIOR
ROTARY CLUB MANGUALDE
2005 - 2025



Certificado de Dinamização

UNIDOS
PARA FAZER
O BEM

A Universidade Sênior do Rotary Club de Mangualde, certifica que a *Enf. Maria Odete Machado Pereira*, dinamizou no dia 15 de outubro de 2025 nas instalações da União de Freguesias de Mangualde, Mesquitela e Cunha Alta, uma sessão de informação/esclarecimento, subordinada à temática:



“VACINAÇÃO”

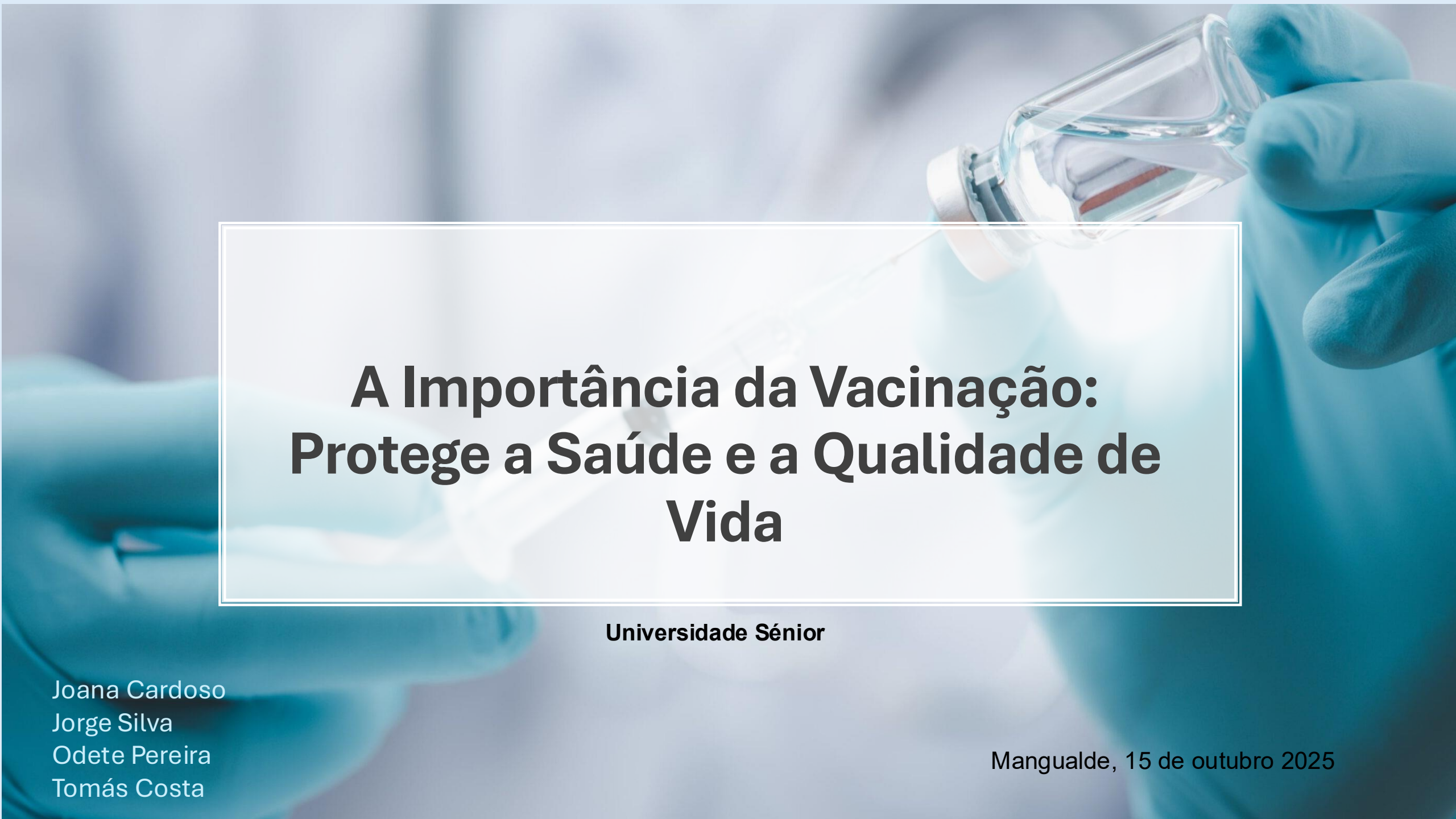
Paula Alexandra Mota Almeida
Paula Alexandra Mota Almeida
(Presidente do Rotary Club de Mangualde)

João Carlos Pinto Ramos Alves
João Carlos Pinto Ramos Alves
(Diretor da Universidade Sênior de Mangualde)

15 de outubro de 2025

Apêndice VII

Sessão de educação para a saúde “Vacinação”



A Importância da Vacinação: Protege a Saúde e a Qualidade de Vida

Universidade Sénior

Joana Cardoso
Jorge Silva
Odete Pereira
Tomás Costa

Mangualde, 15 de outubro 2025

Índice

- Introdução
- Conceitos Fundamentais
- Os idosos são mais vulneráveis
- Benefícios da vacinação
- Contraindicações das vacinas
- Reações adversas
- Vacinas recomendadas
- Outras vacinas
- Impacto real da vacinação
- Desmistificando a vacinação
- Passos Práticos
- Conclusão
- Bibliografia



Introdução

Vacinação:

- Direito e dever dos cidadãos;
- Obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível.

Programa Nacional de Vacinação (PNV):

- Implementado em 1965;
- Universal, gratuito e acessível a todas as pessoas em Portugal;
- Tem o objetivo de proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças que poderão representar uma ameaça à saúde individual e pública e para as quais há proteção eficaz por vacinação.

Programa Nacional de Vacinação (PNV)

Vacina/ Infecção-Doença	nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
VHB Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Hib infecção por <i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
DTPa difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
VIP poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
Pn20 infecção por <i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₂₀ ¹	Pn ₂₀ ²		Pn ₂₀ ³							
MenB infecção por <i>Neisseria meningitidis B</i>		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
MenACWY <i>Neisseria meningitidis ACWY</i>					MenACWY							
VASPR sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
HPV infecção por vírus do papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria								Td	Td	Td	Td	Td



**"Vacinar é uma
responsabilidade
e um ato de
solidariedade."**

Fonte: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020. 2020.



Conceitos fundamentais



- A vacinação é o meio mais eficaz e seguro de proteção contra doenças infecciosas, estimulando o sistema imunitário sem causar a doença.
- Nos idosos, a imunossenescência reduz a resposta imunitária natural, tornando a vacinação essencial para prevenir infecções graves.

Fontes:

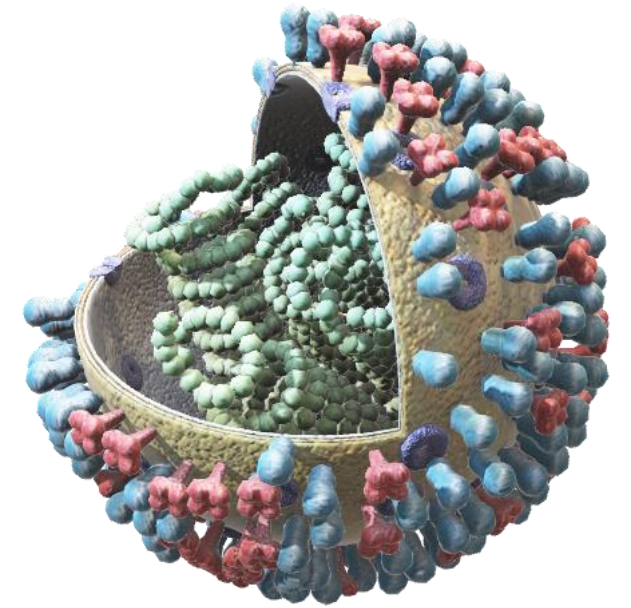
Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020. 2020.

SNS24.

Os idosos são mais vulneráveis?

Os idosos apresentam maior risco de complicações devido a comorbilidades crónicas, como diabetes ou doenças cardiovasculares, agravadas por infeções respiratórias.

Infeções como gripe e pneumonia contribuem para elevadas taxas de hospitalizações em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos em Portugal.



Benefícios da vacinação na prevenção de doenças



A vacinação reduz a incidência de doenças graves em idosos, diminuindo hospitalizações e custos para o Serviço Nacional de Saúde.

Promove o envelhecimento saudável, melhora a qualidade de vida e reduz a dependência funcional.

Contraindicações das vacinas



Vacinas vivas:

- Contraindicadas em **grávidas**;
- Podem estar contraindicadas em pessoas com **deficiências imunitárias graves** (transplantados, realização de terapêutica imunossupressora), sendo que a vacinação deve ser sempre efetuada sob orientação e prescrição do Médico Assistente.

Reações adversas às vacinas

Reações ligeiras (no local a injeção)

- Dor;
- Rubor;
- Tumefação.

Reações Sistémicas

- Febre;
- Cefaleias;
- Fadiga;
- Arrepios;
- Mal-Estar.

Reações Adversas graves: Raras

- Reação Anafilática.



Vacinas recomendadas no PNV



- **Reforço Td (tétano-difteria):** Aos 65 anos e de 10 em 10 anos, gratuito no SNS para prevenção de infeções graves.

Os adultos que nunca foram vacinados contra o tétano e difteria, cujo estado vacinal se desconheça ou com a primovacinação incompleta, devem ser vacinados até completarem 3 doses de Td.

Esquema vacinal de reforços da vacina contra o tétano e a difteria, ao longo da vida.

Idade da última dose da vacina contra o tétano e a difteria	Próxima dose da vacina
18-44 anos	20 anos depois da última dose
45-55 anos	65 anos
Igual ou superior a 56 anos	10 anos depois da última dose

Outras vacinas recomendadas



- **Vacina da Gripe Sazonal (Influenza):** Anual e gratuita para maiores de 60 anos. Dose elevada para ≥ 85 anos, reduzindo risco de complicações.

Esquema	1 dose anual, antes do inverno (Outubro a Dezembro)
Grupos-alvo	Todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e crianças com idade igual ou superior a 6 meses de idade e inferior a 5 anos Profissionais de saúde, cuidadores, grávidas e indivíduos residentes em instituições, nomeadamente Estruturas Residenciais para Idosos Doentes crónicos ou com imunossupressão, com 6 ou mais meses de idade
Objetivo	Reduzir hospitalizações e mortalidade por gripe e complicações respiratórias

Outras vacinas recomendadas

- ➔ **Vacina contra COVID-19 (SARS-CoV-2):** Reforço sazonal para ≥ 60 anos. Combinada com gripe para proteção integrada.

Esquema	1 dose de reforço anual preferencialmente no Outono (em simultâneo com a gripe se possível)
Grupos-alvo	Todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com 18 a 59 anos com patologias de risco, ou com 6 meses a 17 anos com condições de imunossupressão grave Grávidas, profissionais de saúde, estudantes em estágio clínico, bombeiros envolvidos no transporte de doentes, cuidadores, indivíduos em situação de sem-abrigo e os respetivos profissionais de apoio e utentes e profissionais residentes em Estruturas Residenciais para Idosos, em Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou em estabelecimentos prisionais
Objetivo	Reduzir formas graves, hospitalizações e mortalidade

Reforços adicionais podem ser necessários em surtos ou em novas variantes.

Outras vacinas recomendadas

- **Vacina contra Herpes Zóster:** Recomendada para ≥ 50 anos, reduzindo risco de nevralgia pós-herpética.

Esquema	2 doses (0 e 2-6 meses)
Grupos-alvo	Indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos com imunossupressão ou com outras patologias que aumentam o risco de desenvolvimento de herpes zóster
Objetivo	Prevenir herpes zóster e nevralgia pós-herpética

Está prevista a integração progressiva no PNV mas ainda não é universal.

Outras vacinas recomendadas

- **Vacina pneumocócica:** Previne pneumonia e meningite em populações vulneráveis.
- Adultos ≥ 65 anos;
- Adultos imunocomprometidos;
- Adultos com:
 - Doença cardíaca crónica;
 - Doença hepática crónica;
 - Dador de medula óssea (antes da doação);
 - Diabetes *mellitus*;
 - Doença respiratória crónica;
 - Insuficiência respiratória crónica.

Outras vacinas com indicação específica

Vacina	Indicação	Observações
Hepatite B	Idosos não vacinados com risco (Hemodialisados, Institucionalizados, profissionais.)	3 doses
Hepatite A	Viagens a zonas endémicas, hepatopatias crónicas.	2 doses
Meningocócica ACWY/B	Apenas se indicado (imunodeprimidos ou surtos)	PNV
Febre Amarela/Tifoide/Outras	Viajantes para zonas endémicas	1 dose

Fontes:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020. 2020.

SNS24.

Dados Nacionais: Impacto Real da Vacinação

RELATÓRIO SEMANAL | VACINAÇÃO SAZONAL | 07-10-2025

VACINAÇÃO SAZONAL CONTRA A COVID-19 E CONTRA A GRIPE

COVID-19

Número de pessoas vacinadas contra a COVID-19

	Acumulado	Varição últimos 7 dias
TOTAL	304.554	+ 198.029
Farmácias	162.005	+ 103.769
SNS	142.522	+ 94.233

GRIPE

Número de pessoas vacinadas contra a gripe

	Acumulado	Varição últimos 7 dias
TOTAL	514.906	+ 330.961
Farmácias	272.984	+ 172.693
SNS	241.672	+ 158.065

NÚMERO DE PESSOAS VACINADAS E COBERTURA VACINAL POR GRUPO ETÁRIO

	COVID-19		GRIPE	
Grupo etário	Nº pessoas vacinadas	Cobertura vacinal	Nº pessoas vacinadas	Cobertura vacinal
85+ anos	55.288	16,18%	77.401	22,65%
80-84 anos	45.345	13,03%	70.120	20,14%
70-79 anos	109.392	10,75%	180.010	17,69%
60-69 anos	69.122	5,33%	121.574	9,37%
Total 65+	253.330	10,85%	402.275	17,23%
Total 60+	279.147	9,29%	449.105	14,94%

Dados até: 05-10-2025 23:59

Fonte: VACINAS | DGS



Desmistificando a vacinação



Mito: "Vacinas causam a doença".



Falso, as vacinas são totalmente seguras.

Mito: " Aos 70 anos, já não vale a pena".



Falso, existem vacinas recomendadas aos 70 anos.

.

Mito: " As vacinas são só para crianças".



Falso, as vacinas protegem em todas as idades.

.

Mito: " Imunidade natural basta ".



Falso, os vírus são mutáveis e requerem reforço .

.

Passos Práticos Para Vacinação



**Agende no Centro de
Saúde Local ou numa
Farmácia Comunitária.
Gratuita para elegíveis.**

Fonte: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde.
Norma n.º 009/2025. Campanha de Vacinação
Sazonal contra a Gripe: outono-inverno 2025-2026.



**Leve boletim de
vacinas.** Disponível em
todo o país, incluindo
Mangualde.

Fonte: Ministério da Saúde. Direção-Geral
da Saúde. Norma nº 018/2020. Programa
Nacional de Vacinação 2020. 2020.

Conclusão:



Todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal.



Pessoas vacinadas: Doenças de menor gravidade e com menor risco de transmissão.



Em caso de dúvidas: Falar com o Médico Assistente.



**" Vacine-se Para Viver
Melhor"**

Bibliografia

- A importância da vacinação na população idosa – SPMI.
- Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal – INEM.
- <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-n-2-da-vacinacao-sazonal-20252026-pdf.aspx>.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 013/2024. Atualização da Estratégia de Vacinação Pneumocócica – Programa Nacional de Vacinação e Grupos de Risco. 2024.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma n.º 009/2025. Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: outono-inverno 2025-2026. 2025.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 010/2025. Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Esquema Vacinal Primário e Campanha de Vacinação Sazonal Outono-Inverno 2025-2026. 2025.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020. 2020.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Recomendações para a Vacinação contra o Herpes Zoster em Portugal. 2023.
- SNS24.

Apêndice VIII

Artigos publicados no jornal (literacia em saúde)

SAÚDE

Viver com stress entre o risco e a resiliência

Vivemos tempos marcados por incerteza, exigências crescentes e mudanças. O stress, outrora visto como um fenómeno pontual, tornou-se uma presença constante no nosso quotidiano, mas qual é o verdadeiro impacto deste stress prolongado na nossa saúde mental? E, mais importante, como podemos transformar esta pressão em resiliência, em vez de exaustão?

O stress é uma resposta natural do nosso organismo a desafios

e ameaças, e em doses moderadas, pode até ser benéfico porque ajuda-nos a reagir rapidamente e a superar os obstáculos, mas, em doses elevadas deixa de ser um aliado e transforma-se num dos principais inimigos da saúde; pode afetar o sono, a memória, a concentração e o humor, podendo até desencadear ansiedade, depressão e outras doenças. Os sintomas são: irritabilidade, fadiga, isolamento, dificuldade em relaxar, alterações do sono e uma sensação persistente

tente de sobrecarga.

A pressão constante pode levar ao esgotamento, as novas tecnologias, a busca incessante pela perfeição impulsiona pelas redes sociais, o excesso de trabalho sem momentos de relaxamento prejudica a saúde, diminui a autoestima e causa prejuízos para todos.

Mas, a forma como encaramos o stress pode fazer toda a diferença segundo estudos recentes. Adotar uma mentalidade de que o stress pode ser um

motor de crescimento e aprendizagem, em vez de apenas um farol, está associado a melhor desempenho e menor risco de burnout. Estratégias como a prática regular de exercício físico, o sono de qualidade, o apoio social e a procura de ajuda profissional são fundamentais para gerir o stress e proteger a saúde mental.

É urgente quebrar o estigma em torno da saúde mental e reconhecer que pedir apoio é sinal de força, não de fraqueza.

Num mundo em constante mudança, cuidar da mente é tão vital quanto cuidar do corpo. Transformar o stress em resiliência é possível e é uma responsabilidade de todos nós, enquanto indivíduos, famílias, empresas e sociedade.

A saúde mental não pode continuar a ser um tema secundário. Em tempos de stress, é tempo de agir.

Odete Pereira,
aluna do Curso de Mestrado
em Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública da
ESSV, a realizar ensino clínico
na UCC Lafões



CARDIOLOGIA

Gina Alves / Carlos Lopes

- Clisacor - Clínica de Saúde do Coração, Lda
- Clínica Cardiológica A. Moreira da Silva, Lda

CONSULTAS DE CARDIOLOGIA

EXAMES: ELECTROCARDIOGRAMA, PROVA DE ESFORÇO,
HOLTER, ECOCARDIOGRAMA, DOPPLER CARDIACO, MAPA
REABILITAÇÃO CARDIACA

Aguada: Rua Rio Grande - Nº11, 2º Andar, Loja M.º 3750-137 Águada
Tlf: 234 603 468 • Fax: 234 603 401 • Tlm: 917 620 728

Aveiro: Rua Nova N.º 40 - Bloco C - Bairro de Santiago - 3814-501 Aveiro
Tlf: 234 385 220 • Fax: 234 385 221 • Tlm: 912 973 311

Coimbra: Rua Aníbal Góes - Lote 15 - Loja 3 - Quinta da Várzea - 3040-390 Coimbra
Tlf: 239 810 310 • Fax: 239 810 311 • Tlm: 912 342 829

O inverno e a saúde

Durante o inverno, a diminuição da temperatura e a alteração das rotinas diárias podem aumentar o risco de problemas de saúde, sobretudo em pessoas idosas e em pessoas com doença crónica. O frio, a humidade e a permanência prolongada no domicílio contribuem para um maior risco de acidentes e o agravamento de situações clínicas pré-existentes.

Um dos principais riscos nesta época do ano é a ocorrência de quedas, particularmente no domicílio. Tapetes soltos, pisos escorregadios, ausência de apoios nas escadas ou nas casas de banho e o uso de vestuário ou calçado inadequado, aumentam a probabilidade de acidente. As quedas podem ter consequências graves, como fraturas, perda de autonomia funcional e necessidade de internamento. Medidas simples, como a fixação adequada dos tapetes, a utilização de calçado fechado e antiderrapante e a reorganização dos espaços para facilitar a circulação, reduzem significativamente este risco.

As baixas temperaturas podem agravar doenças respiratórias e cardiovasculares, aumentar o risco de desidratação e, em situações extremas, conduzir à hipotermia. É fundamental manter as divisões mais utilizadas da habitação aquecidas de forma segura, utilizar vestuário adequado em camadas e evitar variações bruscas de temperatura.

O uso inadequado de equipamentos de aquecimento representa um risco adicional. A utilização de braseiras, lareiras ou outros aparelhos sem ventilação adequada pode provocar intoxicação por monóxido de carbono um gás incolor e inodoro. Sintomas como dor de cabeça, tonturas, náuseas, sonolência ou confusão exigem a saída imediata do local e contacto com os serviços de emergência.

A prevenção passa por medidas simples e eficazes: garantir calçado e vestuário adequado, promover a hidratação regular mesmo sem sensação de sede, rever a medicação com o enfermeiro ou médico e estar atento a sinais de alerta, como confusão ou fraqueza. Para prevenir intoxicações por monóxido de carbono, nunca devem ser utilizadas braseiras ou lareiras em espaços fechados sem ventilação adequada, devendo ser assegurada a renovação diária do ar na habitação.

A prevenção no inverno é uma responsabilidade partilhada, que envolve as famílias, os vizinhos e as redes comunitárias. A adoção de medidas preventivas contribui para reduzir riscos, evitar acidentes e promover a segurança e o bem-estar durante esta época do ano.

Odete Pereira

Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Publica (ESSV)

Ensino clínico na UCC Lafões

De: Noticias de Vouzela <jnoticiasdevouzela@gmail.com>

Enviado: 20 de janeiro de 2026 15:02

Para: UCC Lafões <ucc.lafoes@ulsvdl.min-saude.pt>

Assunto: Re: Artigo - O Inverno e a Saúde

Boa tarde

Agradecemos o artigo. Em princípio sairá na edição da próxima semana.

Atentamente,

UCC Lafões <ucc.lafoes@ulsvdl.min-saude.pt> escreveu (terça, 20/01/2026 às 10:55):

Bom dia,
um excelente ano de 2026.
Envio um artigo para publicação, se possível.

Com os melhores cumprimentos,
Elisabete Vieira
Enfermeira Coordenadora UCC Lafões

UCC Lafões-Unidade de Cuidados na Comunidade
email- ucc.lafoes@ulsvdl.min-saude.pt
Telefone-913891324

Morada Sede
Centro de Saúde de Vouzela
Rua Ribeiro Cardoso
3670-257- Vouzela

Morada Polo
Centro de Saúde de Oliveira de Frades
Largo da Feira
3680-076 Oliveira de Frades



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO LAFÕES E RE

Apêndice IX

Procedimento interno – Consulta e registo do processo clínico

PROCEDIMENTO

Consulta e registo do Processo Clínico dos Utentes da UCC Lafões
Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL).

UCC Lafões_PC 14

V1.0

Elaboração:

Proposta de revisão: SQN

Revisão:

Aprovação:

Elisabete Vieira
Coordenadora da UCC Lafões

1. OBJETIVOS

Definir as regras aplicáveis à consulta e ao registo dos processos clínicos dos utentes da área de abrangência da UCC Lafões, integrada na Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL), assegurando que o acesso à informação clínica ocorre no exercício das funções profissionais, em conformidade com a legislação em vigor, as normas institucionais e o dever de sigilo profissional.

2. ÂMBITO

A aplicação é obrigatória e vincula todos os elementos da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Lafões, integrada na Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL).

Abrange qualquer ato de pesquisa, consulta, registo, visualização, extração ou utilização de informação constante dos processos clínicos dos utentes, quando realizado no exercício das funções profissionais no âmbito da atuação da UCC Lafões, independentemente do local da intervenção ou do meio tecnológico utilizado.

Aplica-se às intervenções desenvolvidas no âmbito dos programas e áreas em vigor na UCC Lafões, integradas na carteira básica de serviços e monitorizadas através do BI de Indicadores da ULS, designadamente:

- Saúde do Idoso;
- Saúde Escolar;
- Intervenção Precoce;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ);
- Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- Rede Social;
- Núcleo Local de Inserção (NLI);
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Vacinação;
- Rastreio de Saúde Visual Infantil;
- Estatuto do Cuidador Informal (ECI).

A consulta e o registo dos processos clínicos no âmbito destes programas encontram-se condicionados à existência de uma finalidade profissional concreta, atual e comprovável, sendo expressamente interditos quaisquer atos não necessários à intervenção, bem como qualquer acesso motivado por curiosidade, conveniência ou interesse pessoal.

Aplica-se a intervenções realizadas em contexto comunitário, domiciliário e institucional, incluindo, designadamente:

- Domicílio do utente;
- Estabelecimentos de ensino;
- Instituições públicas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS);
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e estruturas similares;
- Respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Entidades parceiras no âmbito da proteção e apoio a crianças, jovens, adultos e pessoas idosas em situação de risco.

A população abrangida inclui os utentes residentes na área geográfica de intervenção da UCC Lafões, bem como os utentes não residentes que frequentem instituições públicas ou respostas sociais do concelho e que, no âmbito das intervenções da UCC Lafões, exijam a consulta do processo clínico para assegurar a continuidade, segurança e adequação da intervenção.

Os sistemas e plataformas abrangidos correspondem às plataformas clínicas institucionais disponibilizadas para suporte ao processo clínico, designadamente o SClinico, o SIRONCCI e o respetivo aplicativo de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo o acesso efetuado exclusivamente através de credenciais individuais e intransmissíveis, em conformidade com os perfis e permissões definidos pela ULSVDL.

O acesso aos processos clínicos deve ser realizado exclusivamente através de equipamentos institucionais autorizados, incluindo os utilizados em contexto comunitário, domiciliário ou institucional, sendo expressamente proibido o acesso a partir de equipamentos não autorizados, não registados ou fora das condições institucionais definidas.

Em qualquer contexto, a consulta da informação clínica deve limitar-se ao estritamente necessário, em respeito pelo princípio da minimização da informação.

3. ENQUADRAMENTO

O presente procedimento insere-se no exercício das competências legalmente atribuídas às Unidades de Cuidados na Comunidade e no cumprimento do regime jurídico aplicável à proteção de dados pessoais, à confidencialidade da informação clínica e ao dever de sigilo profissional, observando os referenciais legais, deontológicos e institucionais em vigor, nomeadamente:

Referenciais normativos:

- a) Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, que cria as Unidades de Cuidados na Comunidade e define as respetivas competências na prestação de cuidados de proximidade, promoção da saúde, prevenção da doença, proteção de grupos vulneráveis e garantia da continuidade e integração dos cuidados;
- b) Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral de Proteção de Dados), que estabelece os princípios aplicáveis ao tratamento de dados pessoais de saúde enquanto dados de categoria especial;
- c) Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução do Regulamento Geral de Proteção de Dados no ordenamento jurídico nacional;
- d) Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde), que consagra o direito dos utentes à proteção dos seus dados pessoais e à confidencialidade da informação clínica;

- e) Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e respetivo Código Deontológico, que vinculam os enfermeiros ao dever de sigilo profissional e à utilização ética, responsável e proporcional da informação clínica;
- f) Normas técnicas, orientações e políticas internas da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões, relativas à segurança da informação, à gestão de acessos e à utilização dos sistemas de informação em saúde.

4. RESPONSABILIDADES

O presente procedimento é aprovado em reunião de equipa, assegurando-se a sua divulgação junto de todos os profissionais abrangidos e o conhecimento das regras aplicáveis à consulta e ao registo nos processos clínicos.

Sempre que se verifiquem situações suscetíveis de configurar incumprimento do procedimento ou acesso indevido à informação clínica, compete à Coordenadora da UCC Lafões proceder ao respetivo reporte, acompanhamento e articulação com as instâncias competentes da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL).

5. DESCRIÇÃO

A consulta e o registo dos processos clínicos dos utentes no âmbito da atuação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Lafões apenas são permitidos quando exista uma finalidade profissional concreta e atual, devidamente enquadrada nas competências da unidade.

O acesso aos processos clínicos pressupõe a existência de perfil de utilizador ativo e adequado às funções exercidas, sendo expressamente proibida a utilização de credenciais de terceiros ou de perfis que não correspondam às responsabilidades atribuídas.

A informação clínica acedida deve limitar-se ao estritamente necessário à intervenção desenvolvida, não sendo admissível a consulta ou utilização de dados sem relação direta com a finalidade que legitima o acesso.

Na ausência de contacto presencial com o utente, a consulta e o registo apenas se legitimam quando decorrentes de contacto efetuado em âmbito comunitário ou de outra intervenção enquadrada nas competências da UCC Lafões, devendo a respetiva legitimidade ser objetivamente justificável no contexto da atuação desenvolvida.

A partilha de informação clínica ocorre exclusivamente nos termos legalmente previstos e através dos canais institucionais definidos.

Os registos clínicos devem ser efetuados de forma clara, completa e adequada, assegurando a coerência, a continuidade e a qualidade da informação clínica, em conformidade com as normas e orientações institucionais em vigor.

6. BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde. (s.d.). SClínico: *Enquadramento funcional e princípios de utilização*. ACSS.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 020/2015 – *Registo clínico e confidencialidade da informação em saúde*. DGS.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.

Portugal, Lei n.º 58/2019. (2019, 8 de agosto). *Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho*. Diário da República, 1.ª série, n.º 151.

Portugal, Lei n.º 95/2019. (2019, 4 de setembro). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.ª série, n.º 169.

Portugal, Ministério da Saúde. (2009, 16 de abril). *Despacho n.º 10143/2009 – Criação das Unidades de Cuidados na Comunidade e definição das respetivas competências*. Diário da República, 2.ª série, n.º 79.

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Registo de Saúde Eletrónico: Princípios e enquadramento*. SNS.

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Sistema de Informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIRNCCI)*. SNS.

União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho*, de 27 de abril de 2016. Jornal Oficial da União Europeia, L 119.

Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões. (s.d.). *BI de Indicadores das Unidades Funcionais*. ULS Viseu Dão Lafões.

Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões. (s.d.). *Carteira de Serviços de Cuidados de Saúde Comunitários*. ULS Viseu Dão Lafões.

Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões. (s.d.). *Política de segurança da informação e gestão de acessos aos sistemas de informação em saúde*. ULS Viseu Dão Lafões.

Apêndice X

Plano de sessão (Projeto “Quando Cada Segundo Conta”)

Plano detalhado da sessão

Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública:
“Quando Cada Segundo Conta” - Capacitação da Comunidade Educativa para a Resposta à Paragem Cardiorrespiratória

Entidade promotora: Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões

Local: Escola Profissional de Vouzela

População-alvo: Docentes e não docentes

Sessão Suporte Básico de Vida (teórico-prática)

Duração: 90 minutos

Modalidade: Presencial | Expositivo–interativa

Responsável: Enfermeiro(a) da UCC Lafões

Objetivo geral

Capacitar a comunidade educativa, para uma resposta segura e confiante a situações de emergência, assente no reconhecimento precoce da situação, na ativação adequada do sistema de emergência médica e no treino prático das intervenções iniciais de Suporte Básico de Vida do adulto, da Posição Lateral de Segurança e da abordagem à Obstrução da Via Aérea, até à chegada de ajuda diferenciada.

Objetivos específicos

No final da sessão, os participantes deverão ser capazes de:

- Reconhecer situações de emergência e enquadrar a atuação do cidadão no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).
- Compreender a Cadeia de Sobrevivência e a importância da intervenção precoce do cidadão nos primeiros elos.
- Avaliar o estado de consciência e a respiração da vítima.
- Ativar corretamente o SIEM através do número europeu de emergência (112), seguindo as orientações do operador.
- Executar, em contexto de treino prático supervisionado, as intervenções iniciais adequadas em Suporte Básico de Vida do Adulto, Posição Lateral de Segurança

ou Abordagem à Obstrução da Via Aérea, de acordo com as recomendações em vigor.

- Demonstrar segurança e autoconfiança na resposta a situações simuladas de emergência, mantendo uma atuação adequada até à chegada de ajuda diferenciada.

Conteúdos

- Papel do Cidadão
- Sistema Integrado de Emergência Médica
- Ativação do SIEM: quando e como ligar 112
- Cadeia de Sobrevivência
- Desobstrução da Via Aérea
- Posição Lateral de Segurança
- Suporte Básico de Vida no adulto
- Atualização Científica – ERC 2025

Metodologia

- Exposição oral com recurso a suporte audiovisual
- Questionário orientado
- Discussão breve de cenários simples (tomada de decisão inicial)
- Demonstração prática pelo formador
- Treino supervisionado
- Reforço da confiança e gestão do receio de errar

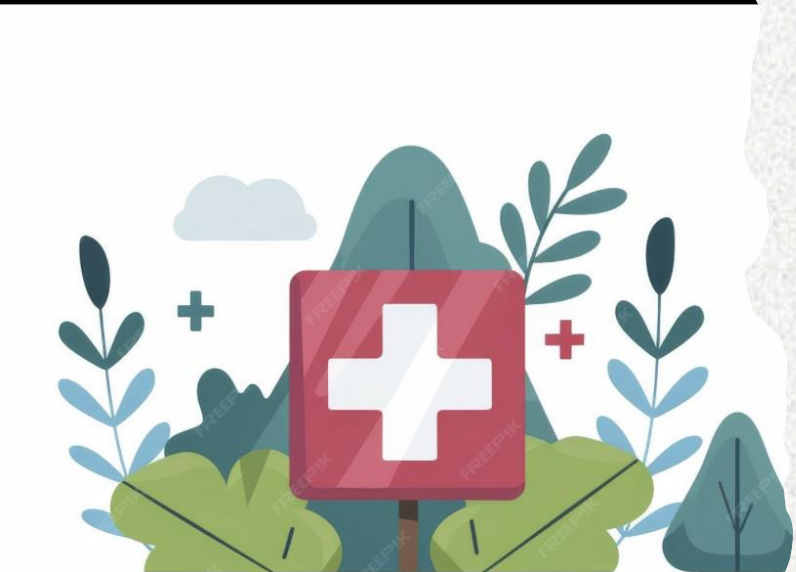
Recursos

- Computador e projetor
- Apresentação em diapositivos PPT
- Manequins de SBV (adulto)
- Espaço amplo para treino prático

Avaliação

- Aplicação do **Questionário de Avaliação de Conhecimentos (pré e pós intervenção)** (*em Anexo*)
- Feedback oral final

Apêndice XI
Formação SBV



“QUANDO CADA SEGUNDO CONTA”

**Suporte Básico de Vida
(Adulto)**



Ambulance



Plano de formação

- Papel do Cidadão
- Sistema Integrado de Emergência Médica
- Estrela da Vida, INEM e CODU
- Cadeia de Sobrevivência
- Ativar 112
- Desobstrução das Vias Aéreas
- Posição Lateral de Segurança
- Suporte Básico de Vida no Adulto
- Atualização Científica – ERC 2025

Objetivo geral

Capacitar a comunidade educativa, para uma resposta segura e confiante a situações de emergência, assente no reconhecimento precoce, na ativação adequada do sistema de emergência médica e no treino prático das intervenções iniciais de Suporte Básico de Vida no adulto, da Posição Lateral de Segurança e da Abordagem à Obstrução das Vias Aéreas, até à chegada de ajuda diferenciada.

Objetivos Específicos

- Reconhecer situações de emergência e enquadrar a atuação do cidadão no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).
- Compreender a Cadeia de Sobrevivência e a importância da intervenção precoce do cidadão nos primeiros elos.
- Avaliar o estado de consciência e a respiração da vítima.
- Ativar corretamente o SIEM através do número europeu de emergência (112), seguindo as orientações do operador.
- Executar, em contexto de treino prático supervisionado, as intervenções iniciais adequadas em Suporte Básico de Vida do Adulto, Posição Lateral de Segurança ou Abordagem à Obstrução das Vias Aéreas, de acordo com as recomendações em vigor.
- Demonstrar segurança e autoconfiança na resposta a situações simuladas de emergência, mantendo uma atuação adequada até à chegada de ajuda diferenciada.

Enquadramento

O Suporte Básico de Vida integra um conjunto de atitudes e manobras simples destinadas a preservar funções vitais até à chegada de ajuda diferenciada.



A intervenção precoce do cidadão é determinante para o prognóstico da vítima.

Papel do Cidadão

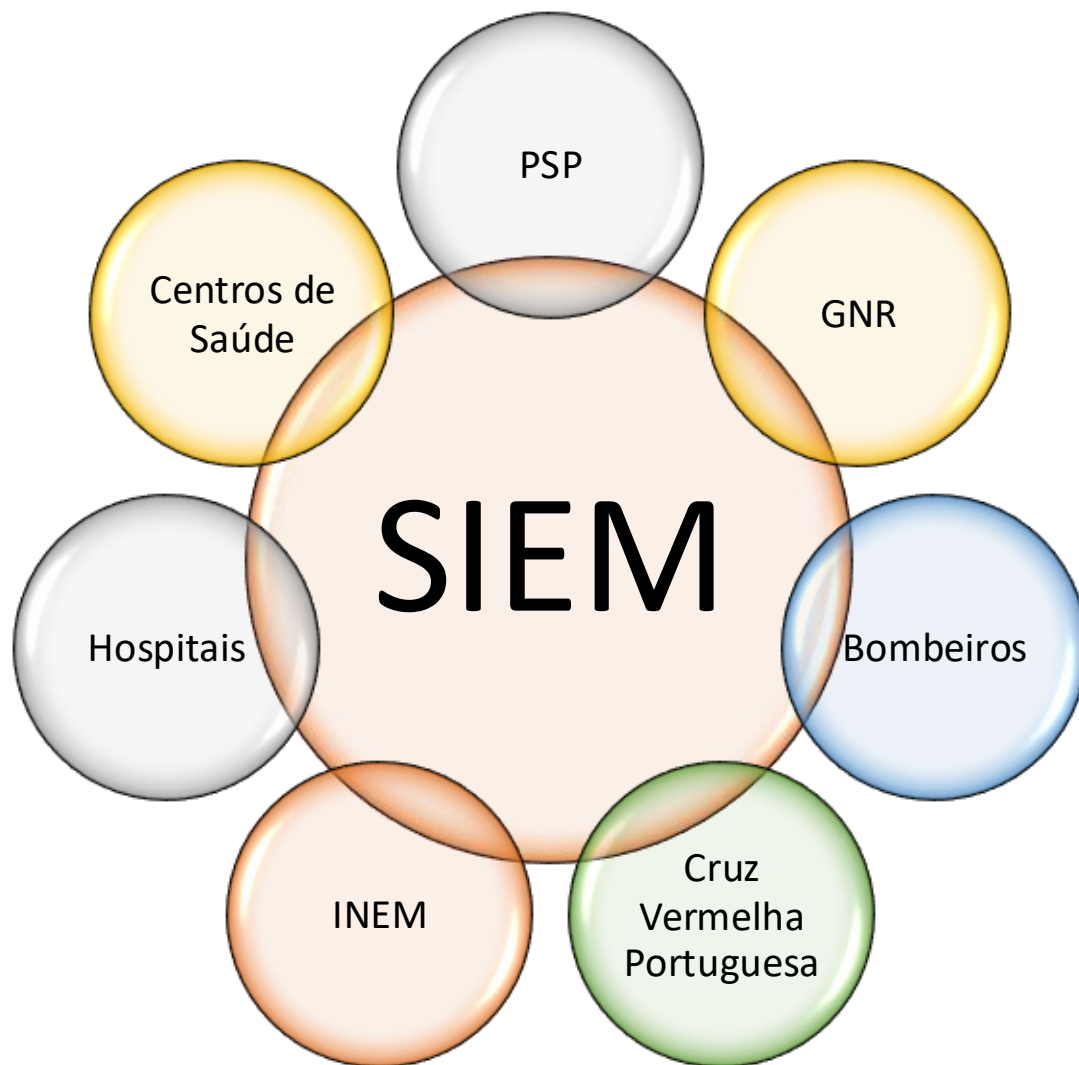
Na maioria das situações de emergência, o cidadão é o primeiro interveniente.

A sua atuação precoce permite ganhar tempo e aumentar a probabilidade de sobrevivência.

A resposta eficaz em emergência médica depende da sequência correta de ações iniciadas pelo cidadão.



Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)



SIEM



A PSP faz o atendimento das chamadas.



Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.



O CODU aciona o meio de emergência e procura que o mesmo seja o que está mais perto do local.



Estrela da Vida



O que é o
INEM?



Instituto Nacional de Emergência Médica

É o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.





O que são os CODU?



Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)

Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência – 112.

O funcionamento : **24 horas do dia.**

Equipa: **Médicos e Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar.**

Atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros).



Os meios são seleccionados de forma criteriosa de acordo com:

- 1) A situação clínica das vítimas;
- 2) A proximidade do local da ocorrência;
- 3) A acessibilidade ao local da ocorrência;

Cadeia de Sobrevivência



Cadeia de Sobrevivência

Os primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência dependem diretamente da atuação do cidadão, sendo determinantes nos primeiros minutos após o colapso da vítima.

A atuação do cidadão incide, sobretudo, nos primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência, sendo determinante para:

- Reduzir o tempo até ao início do SBV;
- Limitar lesões neurológicas;
- Melhorar a sobrevivência;



O Suporte Básico de Vida constitui a principal intervenção associada a estes elos iniciais.

Pedido de ajuda – Ligar 112



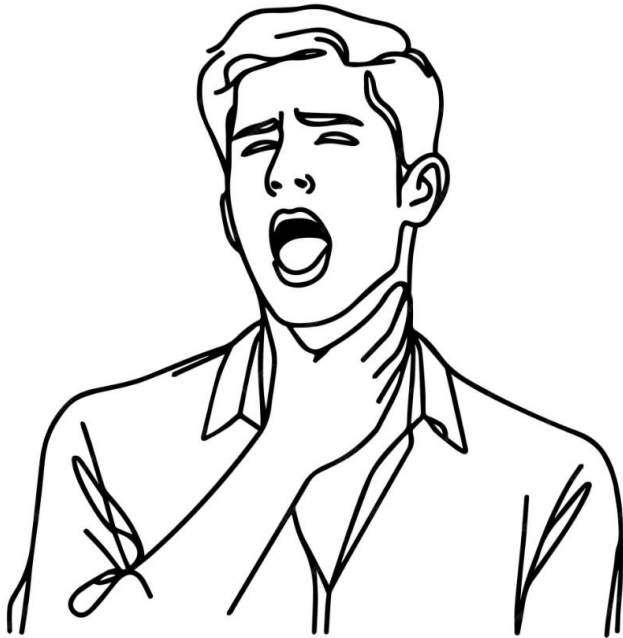
Que informações deve ter “à mão”?

- Tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.)
- Contacto telefónico
- Localização exata e sempre que possível pontos de referência
- A gravidade aparente da situação
- Número de vítimas, género e idade aparente de quem necessita de socorro
- Queixas principais e outras as alterações que observa
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo: perigo de incêndio, libertação de gases, etc.)



Mesmo depois de achar que já deu as informações necessárias, não desligue a chamada até que lhe seja dada essa indicação.

Obstrução das Vias Aéreas (OVA)

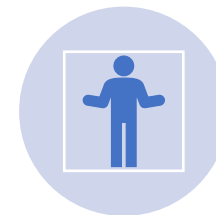


A obstrução das vias aéreas ocorre quando a passagem do ar é parcial ou totalmente impedida, constituindo uma situação de emergência com risco de vida.

Obstrução das Vias Aéreas



CONSISTE NO QUE
HABITUALMENTE SE
DESIGNA POR
“ENGASGAMENTO”.

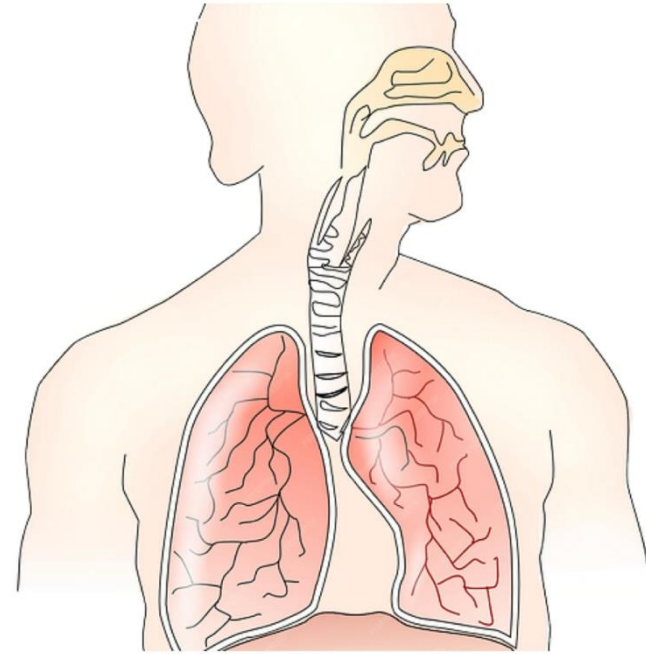


QUANDO SE TRATA DE UMA
OBSTRUÇÃO POR UM
CORPO ESTRANHO A VÍTIMA
VAI TER DIFICULDADE EM
RESPIRAR PORQUE O AR
NÃO CHEGA AOS PULMÕES.

Tipos de obstrução das vias aéreas

A obstrução da via aérea pode ser:

- **Parcial**, quando existe passagem de ar;
- **Total**, quando a passagem de ar é inexistente;



A identificação do tipo de obstrução orienta a intervenção.

Obstrução das Vias Aéreas



LIGEIRA

- Reativo
- Tosse
- Respira
- Fala
- Chora

GRAVE

- Incapaz de Chorar
- Ruído agudo alto é inspiração ou ausência total de ruído
- Incapaz de falar
- Agarra o pescoço com as mãos
- Tosse ineficaz ou ausente
- Movimentos paradoxais (Tórax dentro, abdómen fora)

Algoritmo de Desobstrução da Via Aérea

Condições de Segurança

TOSSE EFICAZ

Encorajar a tossir

Até resolver ou tosse ineficaz

TOSSE INEFICAZ

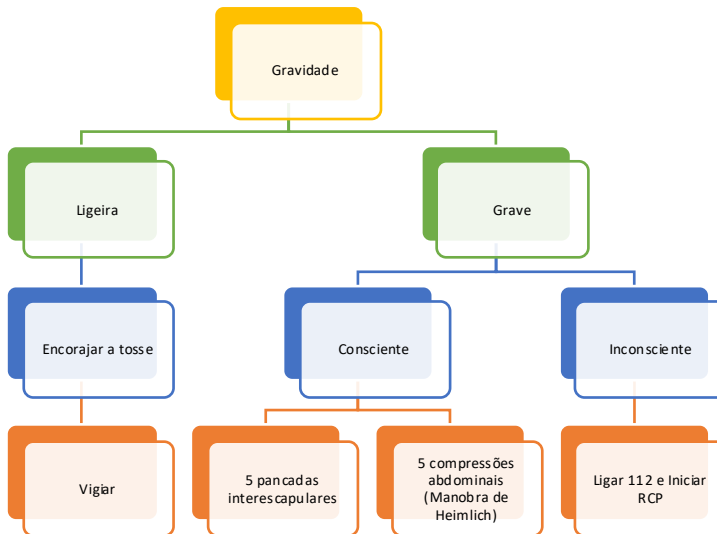
Até 5 pancadas nas costas

Até 5 compressões abdominais

Até resolver ou inconsciente

Se ficar inconsciente, ligar 112

Iniciar SBV



Desobstrução da Via Aérea



Até 5 Pancadas Interescapulares



Até 5 Compressões Abdominais
(Manobra de Heimlich)

Desobstrução da Via Aérea

Pancadas Interescapulares



Coloque-se ao lado e ligeiramente detrás da vítima;

Suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se o objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca;

Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas (região interescapular);

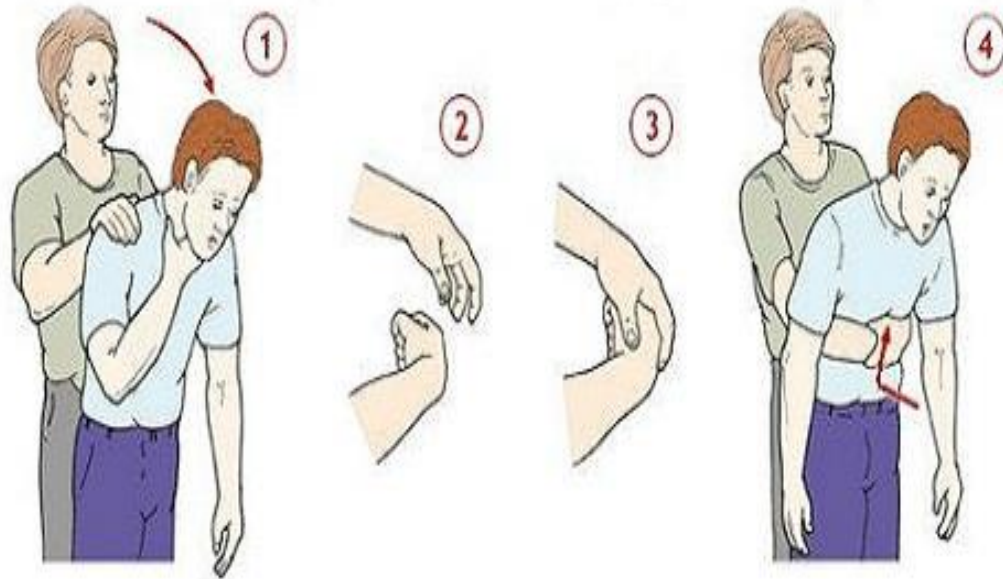
Cada pancada deverá ser efetuada com uma força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução;

Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida;

Aplique até 5 pancadas no total;

Desobstrução da Via Aérea

Compressões abdominais ou Manobra de Heimlich (com a vítima em pé ou sentada)



Fique por trás da vítima e circunde o abdômen superior da vítima com os seus braços;

Feche o punho de uma mão;

Posicione o punho acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdômen da vítima;

Sobreponha a 2ª mão á já aplicada;

Aplicar uma compressão rápida para dentro e para cima;

Repita as compressões até que o objeto seja expelido da via aérea;

Aplique cada nova compressão (até 5) como um movimento separado e distinto;

Posição Lateral de Segurança



Indicações para a PLS

A Posição Lateral de Segurança está indicada em vítimas que:

- Se encontram inconscientes;
- Apresentam respiração normal;
- Não apresentam suspeita de trauma grave;



A decisão de aplicar a PLS depende da avaliação respiratória.

1



2



Finalidade da PLS

➤ Prevenir a obstrução da via aérea pela língua;

4

➤ Reduzir o risco de aspiração de vômitos ou secreções;

➤ Facilitar a vigilância da respiração;

3



Situações em que a PLS não deve ser aplicada

- A vítima não respira normalmente;
- Existe suspeita de paragem cardiorrespiratória;
- Há suspeita de trauma grave com risco de instabilidade da coluna;



Princípios de execução da PLS

A execução da PLS deve assegurar:

- Estabilidade da posição lateral;
- Alinhamento adequado da cabeça e do tronco;
- Manutenção da via aérea permeável;



A técnica deve ser simples, segura e eficaz.

Posição Lateral de Segurança

- Ajoelhar-se ao lado da vítima;
- Remover corpos estranhos do corpo da vítima, que ao posicionar a vítima possam eventualmente causar lesões (Ex. Óculos, Canetas,...);
- Assegurar de que as pernas da vítima estão estendidas;
- Colocar o braço mais perto (do seu lado) em ângulo reto com o corpo, e com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;



Posição Lateral de Segurança



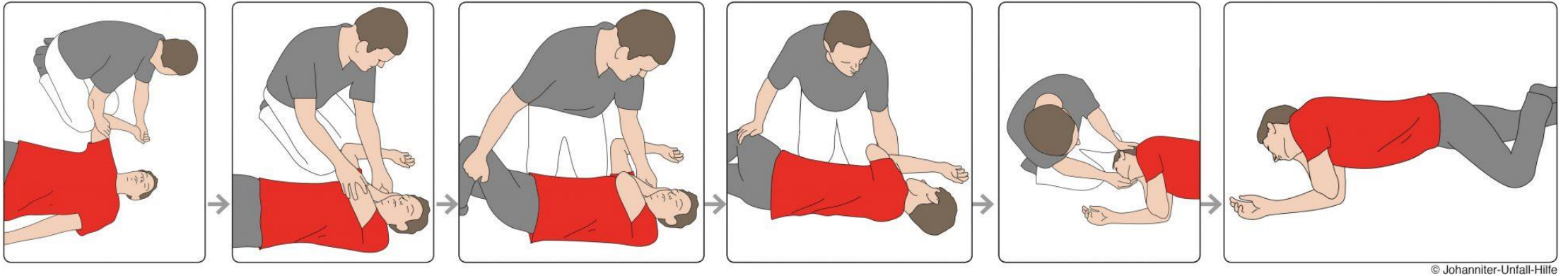
Segure o outro braço (mais afastado) cruzando o toráx e fixe o dorso dessa mão na face do seu lado;

Posição Lateral de Segurança

- Enquanto uma mão apoia a cabeça a outra mão puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;
- Estabilizar a perna para a anca e joelho formem ângulos retos;



Posição Lateral de Segurança



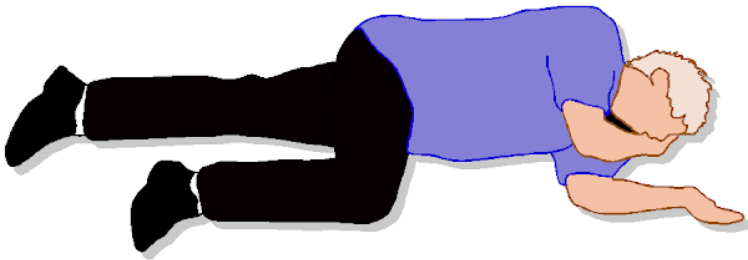
© Johanniter-Unfall-Hilfe

- Efetuar a inclinação da cabeça para trás assegurando a permeabilidade da via aérea;
- Ajustar a mão debaixo do queixo para manter a extensão da cabeça;
- Reavaliar regularmente a respiração;

Posição Lateral de Segurança

Vítimas pesadas

- Usar ambas as mãos;
- Agarrar a roupa no ombro e na anca e puxar o corpo da vítima ao encontro das coxas do socorrista;
- Pedir auxílio na lateralização;

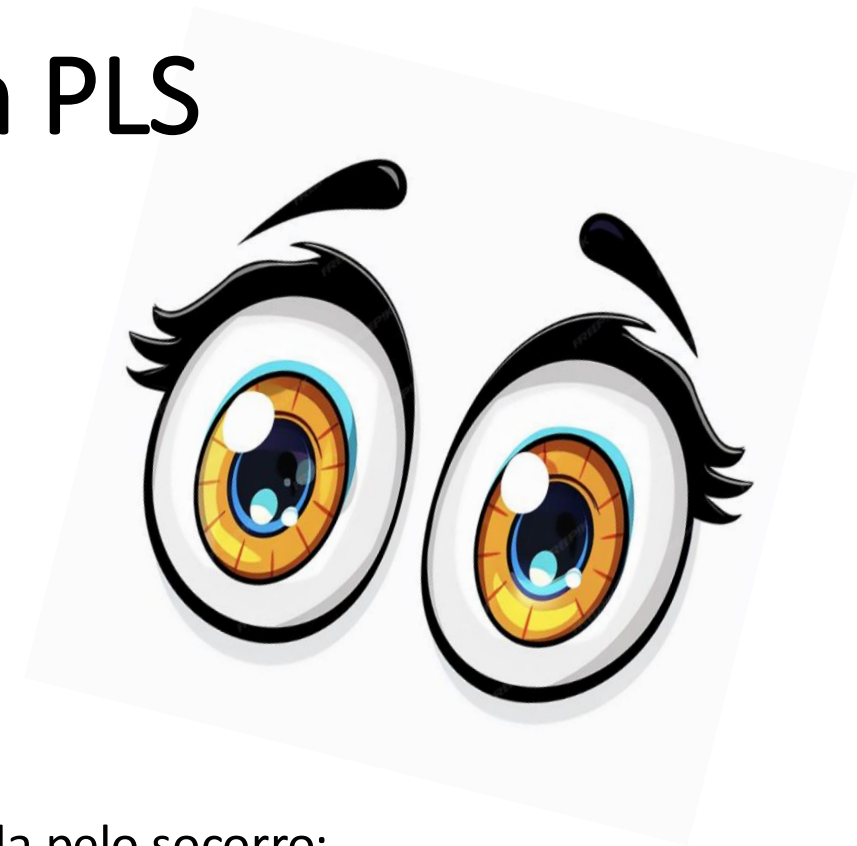


Fraturas ou espaços apertados

- Utilizar um cobertor enrolado para manter a lateralidade do corpo, sem realizar grandes movimentos;

Vigilância após colocação em PLS

- Confirmar a manutenção da respiração normal;
- Vigiar continuamente o estado da vítima;
- Reavaliar periodicamente a respiração;
- Fique atento a alterações do estado da vítima enquanto aguarda pelo socorro;

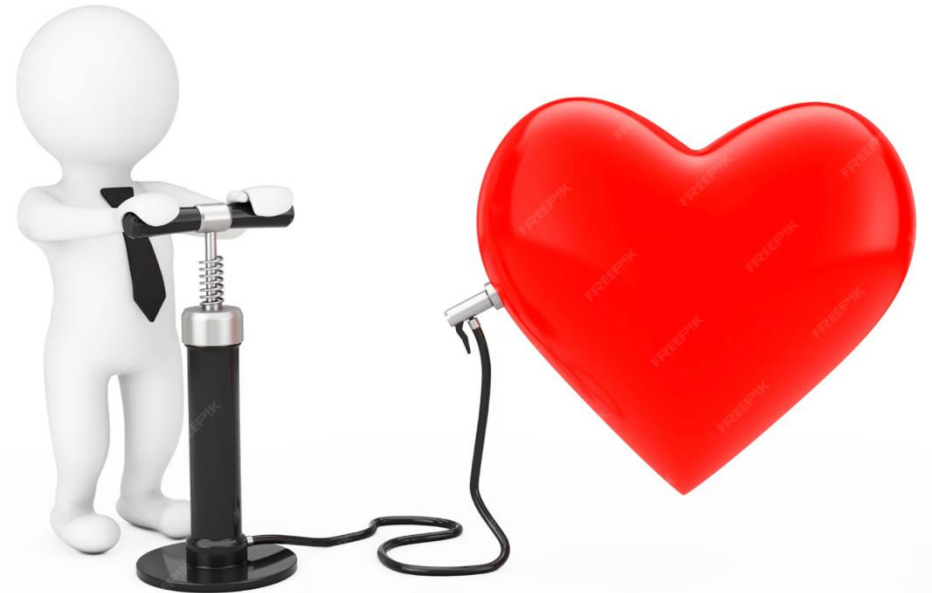


A PLS não substitui a vigilância ativa.

Reavaliação e transição

Sempre que a vítima:

- Deixar de respirar normalmente;
- Apresentar deterioração do estado clínico;



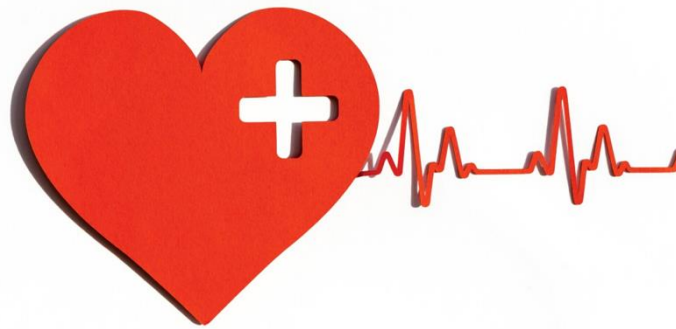
Deve abandonar-se a PLS e **iniciar imediatamente o Suporte Básico de Vida.**



Suporte Básico de Vida

Suporte Básico de Vida do Adulto

O Suporte Básico de Vida (SBV) constitui o primeiro nível de resposta organizada perante uma situação de emergência, integrando um conjunto de atitudes e manobras destinadas a manter funções vitais (Coração e Cérebro) até à chegada de cuidados diferenciados.



SBV compreende um conjunto estruturado de procedimentos destinados a manter a circulação e a oxigenação mínimas, em situações de paragem cardiorrespiratória, até à chegada de cuidados diferenciados.

Importância do SBV precoce

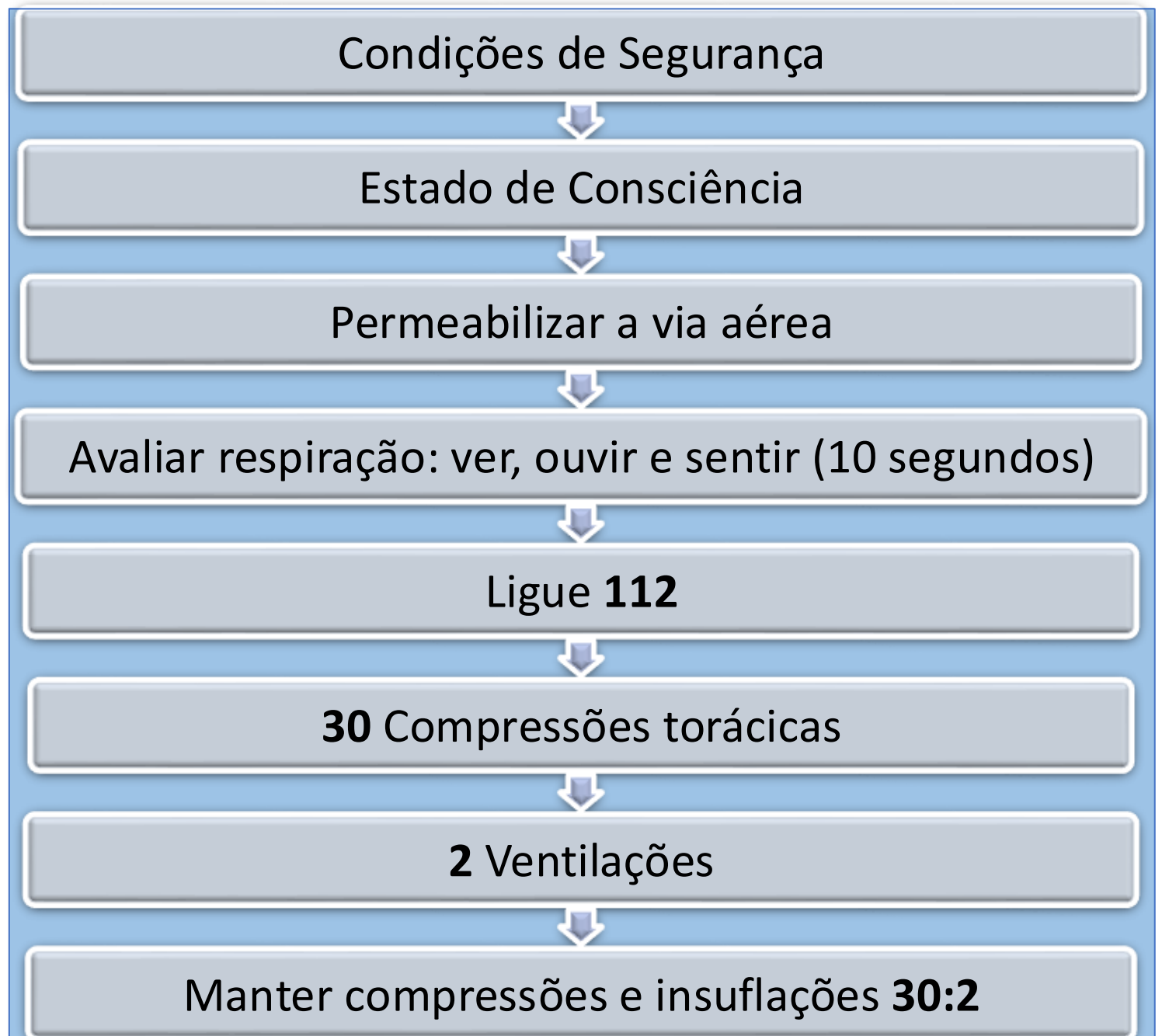
A implementação precoce e correta do SBV:



- Reduz a mortalidade;
- Diminui a probabilidade de lesão neurológica;
- Melhora o prognóstico funcional da vítima;

Suporte Básico de Vida

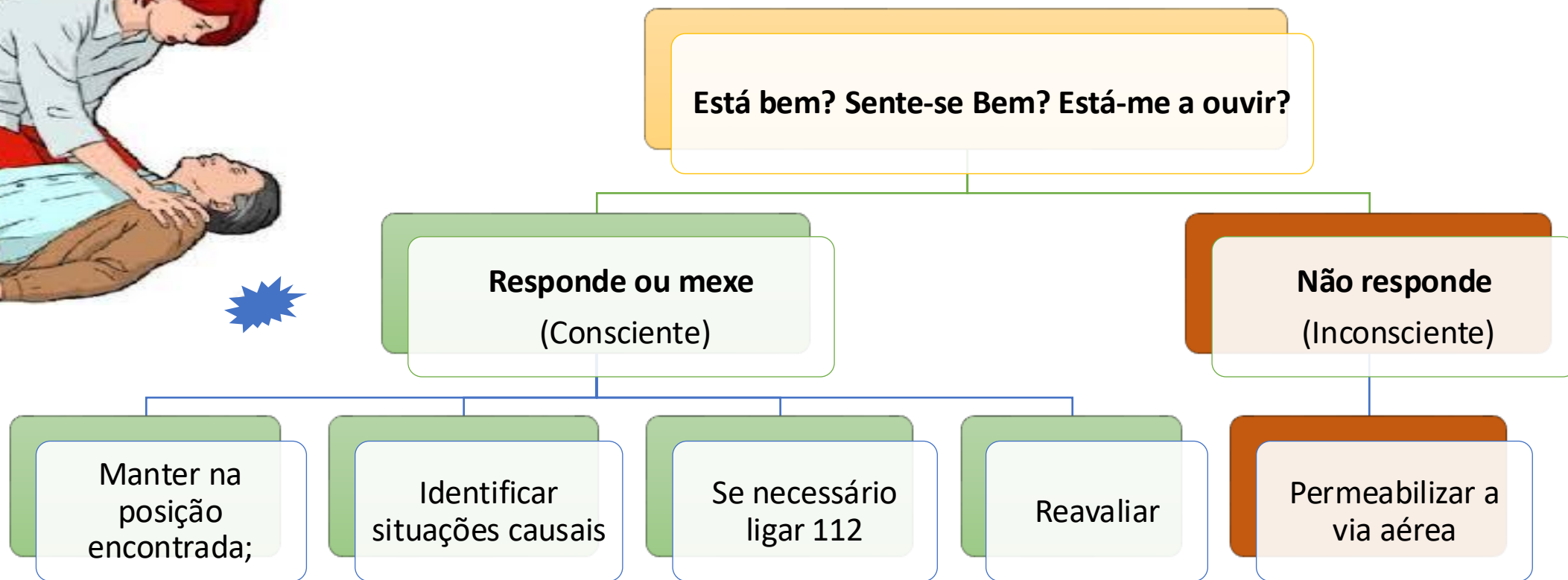
Algoritmo Adulto





Condições de Segurança

Avaliar estado de Consciência



Permeabilizar a via aérea

- Coloque a vítima em decúbito dorsal (deitada de costas);
- Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
- Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás;



Avaliar respiração(VOS): VER, OUVIR e Sentir (10 seg)

Respira normalmente

➤ Coloque em PLS

Não Respira

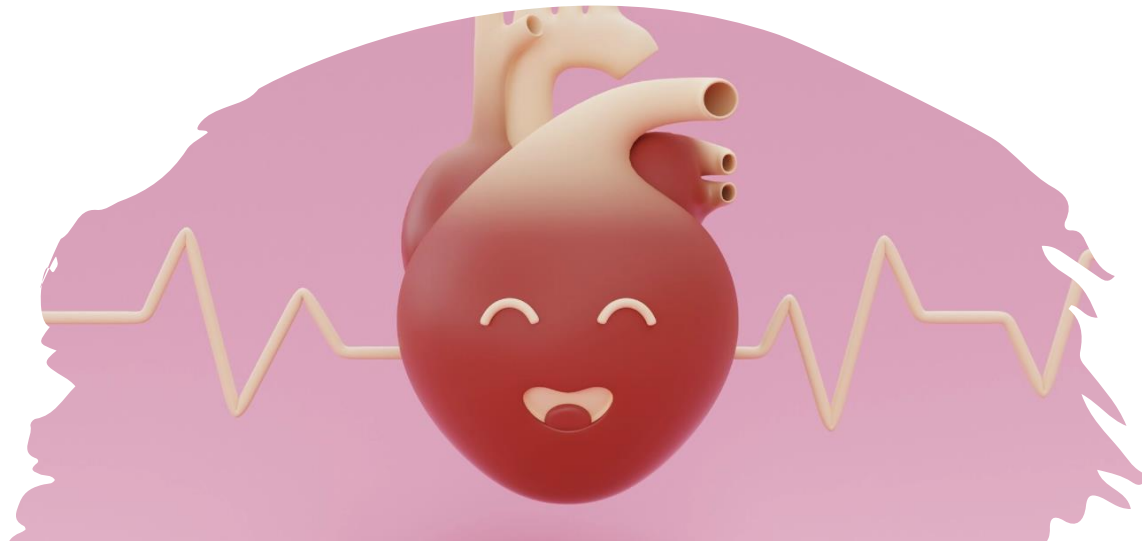
➤ Ligar 112 (Pedir ajuda diferenciada)





Ligar 112

- O quê?
- Onde?
- Como?
- Quem?



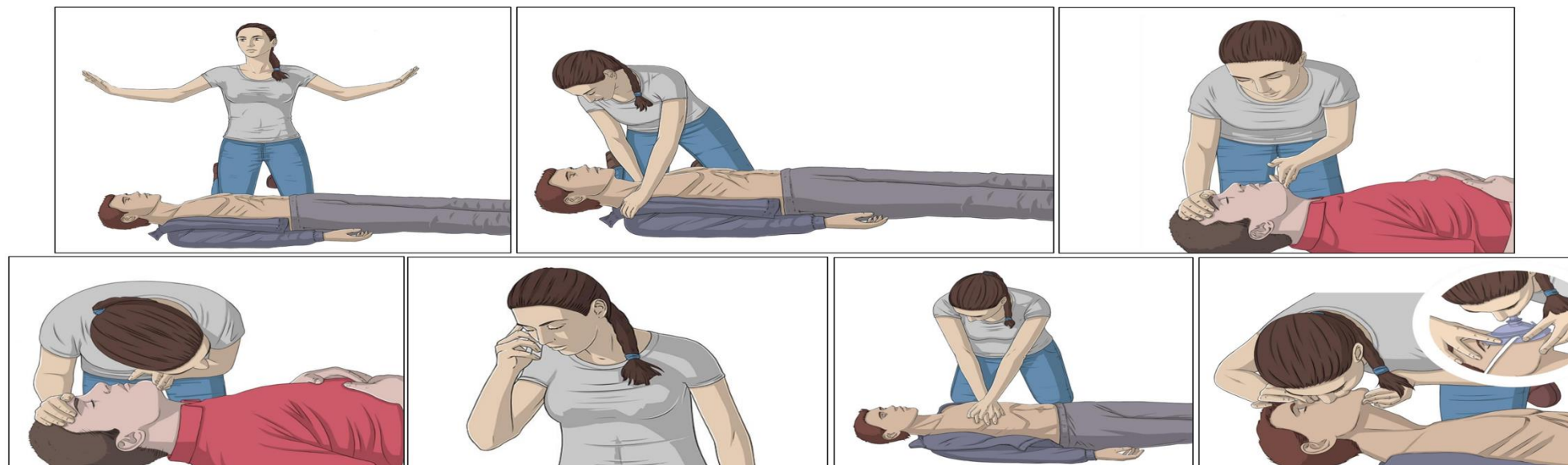
Compressões Torácicas





Insuflações

Suporte básico de vida



Fonte: INEM

RCP 30:2

Manter as compressões e as ventilações numa relação de **30 compressões** para **2 ventilações**.

Se apenas compressões, mantê-las ao ritmo de **100 a 120 compressões por minuto**.

O Suporte Básico de Vida deve ser mantido:

- Sem interrupções desnecessárias;
- Até à chegada dos meios de socorro;
- Garantindo a continuidade da circulação e oxigenação;



Suporte Básico de Vida

Exaustão do
socorrista;

Um
profissional
de saúde dar
essa
indicação
(chegada de
ajuda
diferenciada;

A vítima
demonstrar
sinais de
estar
“acordada”

O local
tornar-se
inseguro

Síntese final

O cidadão desempenha um papel determinante através de:

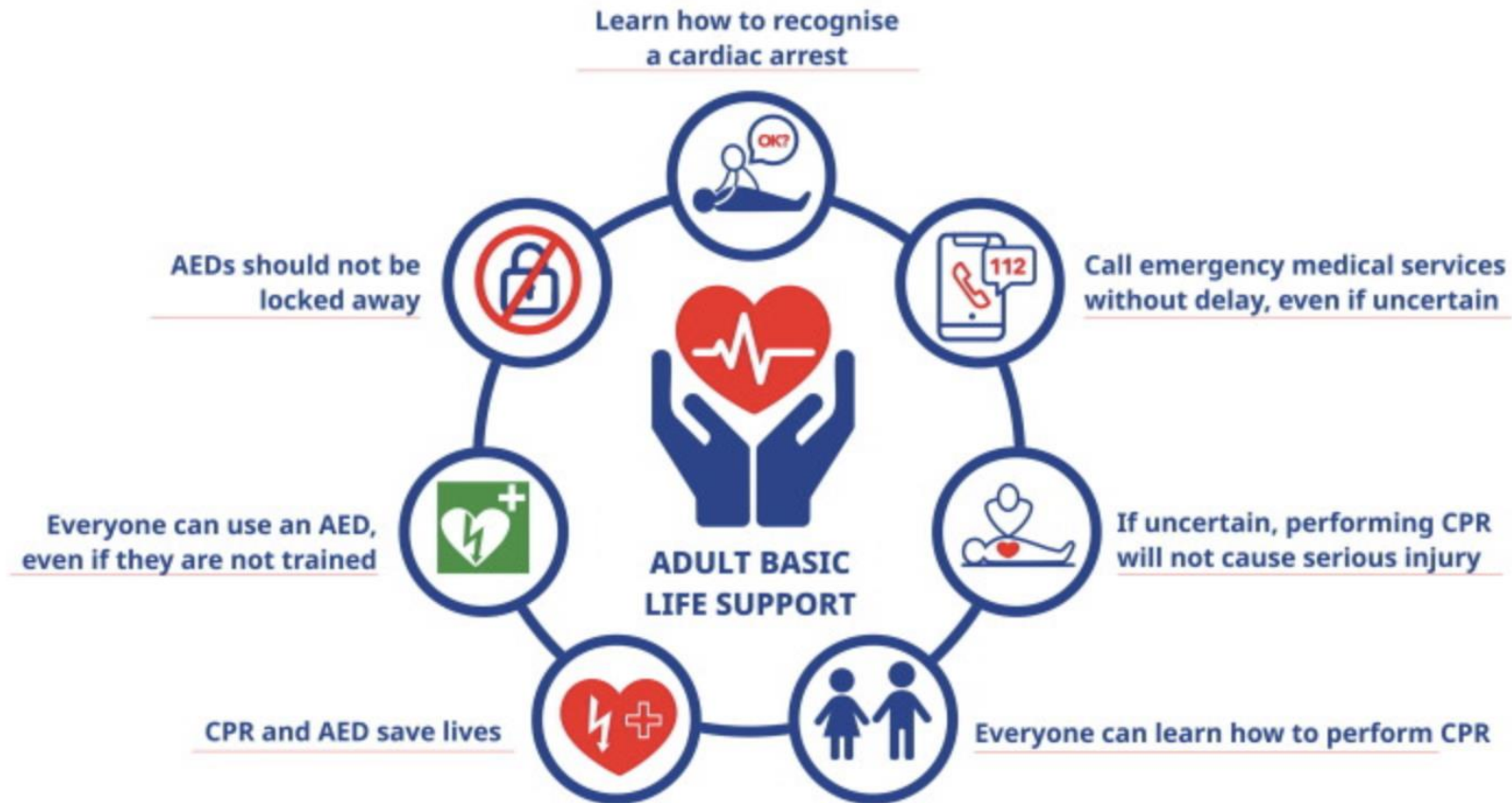


- Reconhecimento precoce da emergência;
- Ativação atempada do sistema de emergência;
- Intervenção inicial adequada e segura;

(INEM, 2021; ERC, 2021)

De acordo com vários estudos citados nas diretrizes de 2025 lançadas pelo European Resuscitation Council, quando as pessoas presentes intervêm para ajudar, cerca de 15% das vítimas de PCR sobrevive. (ERC, 2025)

ADULT BASIC LIFE SUPPORT KEY MESSAGES



Atualização científica - ERC 2025 (SBV do Adulto)



As orientações de 2025 do European Resuscitation Council reforçam o Suporte Básico de Vida como uma competência comunitária essencial, integrada numa resposta organizada à emergência.

É enfatizada a importância do reconhecimento precoce, da tomada de decisão informada, da qualidade das compressões torácicas e da articulação do cidadão com a Cadeia de Sobrevivência e o Sistema Integrado de Emergência Médica, destacando-se o treino prático como determinante para a confiança e eficácia da intervenção até à chegada de ajuda diferenciada.



Intervir
precocemente
salva vidas.



Obrigada pela
atenção.

Referências Bibliográficas

European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council guidelines 2021: Basic life support*. ERC. <https://cprguidelines.eu/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Manual de suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa*(Versão 1.1). INEM, I. P. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Versão-1-1a-Edição-2021_6Out2021.pdf

Smyth, M. A., van Goor, S., Hansen, C. M., Fijačko, N., Nakagawa, N. K., Raffay, V., ... & Perkins, G. D. (2025). *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult Basic Life Support*. *Resuscitation*, 215(Suppl 1), 110771.

World Health Organization. (2019). *Basic emergency care: Approach to the acutely ill and injured*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/basic-emergency-care>

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on emergency care systems for universal health coverage*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005112>

Apêndice XII

Certificado de Dinamização de Formação de Suporte Básico de Vida

Certificado



Certifica-se que

Maria Odete Machado Pereira

Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESSV)

dinamizou a Formação de Suporte Básico de Vida
(Adulto), no dia 22 de janeiro de 2026, promovida
pela UCC Lafões.

João Luís Soares
Diretor Pedagógico



Cofinanciado pela
União Europeia

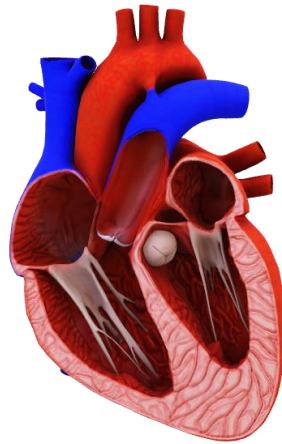
Apêndice XIII
Divulgação SBV

QUANDO CADA SEGUNDO CONTA

Formação em Suporte Básico de Vida (Adulto)



Reconheça a emergência e atue com segurança.



22 de janeiro pelas 16h

Local: EPV

Formadora: Odete Pereira
Mestranda em Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública (ESSV)
Ensino Clínico UCC Lafões

Referências: INEM | European Resuscitation Council

Apêndice XIV

Poster Prevenção de Quedas



Prevenção de quedas



A minha casa é segura?



Está bem **iluminada**?

O piso **escorrega**?



Tenho **corrimão ou apoio** nas escadas e casa-de-banho?

A mobília está bem **organizada**?

Tenho **tapetes**?



Recomendações

- Mantenha o ambiente iluminado quando se desloca dentro da habitação
- Não ande apressado
- Use calçado seguro e confortável
- Não suba a cadeiras instáveis
- Coloque fita aderente nos tapetes
- Instale um apoio nas escadas e casa-de-banho

O que fazer em caso de queda?



MANTENHA A CALMA!

SE CONSEGUIR LEVANTAR-SE

- Chame alguém para o ajudar
- Permaneça o tempo necessário até recuperar
- Levantou-se sozinho? Comunique a alguém que caiu

SE NÃO CONSEGUIR LEVANTAR-SE

- Chame por ajuda!
- Mantenha a calma!



Apêndice XV

Projeto de Intervenção Comunitária na UCC Lafões

“Caminhar com Confiança:

Projeto de Redução de Quedas nos Idosos”



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Projeto de Intervenção Comunitária na UCC Lafões

“Caminhar com Confiança: Projeto de Redução de Quedas nos Idosos”

Maria Odete Machado Pereira

Julho de 2025

Projeto de Intervenção Comunitária na UCC Lafões

“Caminhar com Confiança: Projeto de Redução de Quedas nos Idosos”

Maria Odete Machado Pereira – N°4992

Turma de Mestrado de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Unidade Curricular Estágio I – Intervenção na Comunidade em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)

Trabalho efetuado sob a orientação Pedagógica de:

Professora Doutora Ana Ribeiro

Trabalho efetuado sobre orientação Tutorial de:

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Coordenadora da UCC Lafões:

Elisabete Pereira Rodrigues Vieira

Julho de 2025

ÍNDICE

LISTA DE IMAGENS	5
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	6
1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA.....	9
1.1. ENVELHECIMENTO	9
1.2. QUEDAS.....	10
2. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	11
3. OBJETIVOS	11
3.1. OBJETIVO GERAL.....	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. METODOLOGIA	11
4.1. TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INTERVENÇÃO	11
4.2. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	11
4.3. LOCAL DE INTERVENÇÃO	12
4.4. EQUIPA DE INTERVENÇÃO	12
4.5. FASES DA INTERVENÇÃO	13
4.6. RECURSOS NECESSÁRIOS	14
4.7. INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	14
5. PLANO DE AÇÃO	15
5.1. EDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS	15
5.2. AVALIAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO DOMICÍLIO	16
5.3. PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA SEGURA	16
6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	16
7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	17
8. AVALIAÇÃO DO PROJETO	17
9. ORÇAMENTO	18
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
12. ANEXOS.....	25

Lista de imagens

	Pág.
1 Cronograma	17

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADL – Acidentes domésticos e de Lazer

AVD – Atividades de Vida Diárias

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Comunitária

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

NOTIFICA – Sistema Nacional de Notificações de Incidentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Projeto de Intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidades Locais de Saúde

ULSVDL – Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

US – Universidade Sénior

WHO – World Health Organization

Introdução

No âmbito da unidade curricular do Estágio I – Intervenção na Comunidade em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) realizado na UCC Lafões do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, sob a orientação da docente Professora Doutora Ana Ribeiro, foi-me proposto a realização de um Projeto de Intervenção (PI) com aplicabilidade prática.

Este estágio, tem como objetivo adquirir e consolidar competências para que possamos dar resposta aos crescentes desafios, identificando quais os determinantes que condicionam a saúde na comunidade e quais as necessidades de saúde dessa mesma comunidade. Assim, a participação nas atividades desenvolvidas nos locais de estágio é necessária para que possamos consolidar conhecimentos e desenvolver competências relacionadas com a intervenção de enfermagem nomeadamente nos programas e projetos, bem como ao nível dos planos de ação de forma a tornamo-nos um agente de mudança através de intervenções especializadas junto dos indivíduos, famílias e comunidades.

Deste modo, pretendo constituir um documento, que traduza o Projeto de Intervenção Comunitária, com incidência sobre todas as etapas do processo de Planeamento em Saúde, tendo por linhas orientadoras as competências definidas nos estatutos da Ordem dos Enfermeiros, bem como as competências para o grau de Mestre.

Segundo o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, publicado no Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19354 - 19359 emitido pela Ordem dos Enfermeiros define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que incluem:

Artigo 2º - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

1- As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O projeto selecionado, intitulado “Caminhar com Confiança: Projeto de Redução de Quedas nos Idosos”, foi desenvolvido em resposta à necessidade identificada pela UCC Lafões de intervir de forma integrada na área da Saúde do Idoso, com ênfase na prevenção de quedas. Esta necessidade tornou-se evidente a partir da análise do indicador 372 – Taxa de internamento hospitalar por queda com fratura do colo do fêmur, que evidencia a relevância do tema para a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Ao realizar este projeto, identifiquei também lacunas como:

- ✓ Baixo nível de literacia da comunidade;
- ✓ Sobrecarga e ou falta de capacitação dos cuidadores consequentemente escassez de estratégias a adotar;
- ✓ Espaços/ ambientes domésticos não adaptados;
- ✓ Idosos polimedicados e não institucionalizados;
- ✓ Fragilidades na avaliação do risco;

Durante a minha pesquisa bibliográfica (Pereira, 2021), refere que a lacuna mais crítica é a desconexão entre dados comunitários e hospitalares, que impede a correlação direta entre intervenções e redução do indicador 372.

Assim, foram delineadas metodologias e estratégias inovadoras e capacitantes, orientadas para a promoção de práticas desafiadoras que potenciem a autonomia e a segurança dos idosos, visando uma intervenção comunitária eficaz na prevenção de quedas.

1. Enquadramento do Problema

As quedas constituem um dos principais motivos de morbilidade e mortalidade entre os adultos mais velhos, representando uma preocupação de saúde pública crescente. Em Portugal, os dados da DGS evidenciam um aumento da prevalência de quedas na população com mais de 65 anos. De acordo com o indicador nacional ID 372 – Quedas em pessoas com ≥ 65 anos, por 1000 utentes com idade ≥ 65 anos, existe uma necessidade premente de implementar estratégias comunitárias de prevenção de quedas nos cuidados de saúde primários.

Sendo a prevenção de quedas nos idosos na comunidade o foco principal deste projeto, parece-me pertinente apresentar alguns conceitos: envelhecimento, as quedas bem como o papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária.

1.1. Envelhecimento

Segundo a Organização Mundial da Saúde. (2022), envelhecimento é o processo e a consequência de tornar-se velho ou antigo. Dependendo do contexto, o termo pode referir-se a fenómenos específicos relacionados a essa condição. À medida que um ser vivo envelhece, ele passa por diversas mudanças fisiológicas e morfológicas ao longo do tempo, de modo geral, o envelhecimento envolve uma redução das capacidades do organismo, que, devido ao desgaste, enfrenta dificuldades progressivas para se defender, reagir e adaptar-se. Há várias décadas, observa-se um envelhecimento global da população, associado ao aumento da expectativa de vida, à redução das taxas de fecundidade e à queda dos índices de mortalidade. Esse fenómeno resulta no aumento da idade média da população mundial.

A evolução demográfica tem levado a um aumento muito significativo do índice de envelhecimento da população portuguesa que, em 2021, era de 178,4 idosos por cada 100 jovens (Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável, (2023-2026)).

O envelhecimento demográfico em Portugal continuou a agravar-se. Em 2022, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (181,3 em 2021), (INE, 2023)

O Plano Nacional de Saúde para o Idoso, em Portugal, está atualmente integrado no Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 92/2023. Este plano estratégico visa responder aos desafios do envelhecimento demográfico, promovendo a autonomia, a qualidade de vida e a inclusão social das pessoas idosas, em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde 2030.

1.2. Quedas

Tanto em Portugal como noutros países, tem-se verificado um aumento no número de Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) ocorridos no domicílio, representando 73,2% do total (Alves et al., 2021). Em relação ao local das ocorrências, 68,2% dos ADL em 2019 aconteceram em casa, percentagem que subiu para 73,2% em 2020. Quanto ao mecanismo de lesão, as quedas foram responsáveis por 88,8% dos ADL em 2019 e por 89,4% em 2020 (Alves et al., 2021)

Os indivíduos com mais de 65 anos enfrentam uma variedade de problemas de saúde, muitos deles complexos, entre esses desafios, as consequências das quedas têm-se destacado como um grande ónus, tanto para o próprio idoso e para a sua família quanto para a sociedade. Todos os anos ocorrem inúmeras quedas, algumas das quais resultam em hospitalizações e até mesmo em óbitos. (Alves et al., 2023)

Estima-se que cerca de 30% dos idosos com 65 anos ou mais sofram quedas anualmente, as quais frequentemente provocam lesões graves, redução da mobilidade e perda da autonomia (Vieira et al., 2018). Dificuldades na mobilidade, no equilíbrio e a diminuição da força muscular aumentam o risco de queda (Hicks et al., 2020).

Segundo os dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022 registaram-se 1.147 óbitos provocados por quedas acidentais em Portugal.

A maioria das quedas acontece dentro de casa, geralmente devido a pequenos acidentes, como tropeçar em tapetes ou cair ao levantar-se de cadeiras ou camas. Por isso, é fundamental sensibilizar para a importância da prevenção de quedas, o que pode ser feito com pequenas mudanças nos comportamentos do dia a dia. (Alves, et. al, 2023)

No estudo, referente ao ano de 2023 e divulgado no mais recente Boletim Observações do INSA, o sistema EVITA registou 40.842 episódios de quedas em pessoas com 65 ou mais anos, dos quais 31% ocorreram em indivíduos com 85 anos ou mais. Verificou-se ainda que as quedas são mais comuns entre mulheres e que cerca de dois terços dos episódios ocorreram em casa. O estudo destaca também que mais de 70% das lesões nos idosos que recorrem às urgências são provocadas por quedas, sublinhando a importância de implementar programas de prevenção

No âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, a prevenção de quedas nos idosos é considerada um objetivo estratégico prioritário para o Serviço Nacional de Saúde em Portugal.

2. Justificação do Tema

Este projeto justifica-se pelo elevado impacto das quedas na qualidade de vida, autonomia e funcionalidade das pessoas idosas, especialmente nos concelhos de Vouzela e Oliveira de Frades, que apresentam um elevado índice de envelhecimento. A intervenção da UCC nestes contextos permitirá reforçar a vigilância epidemiológica, a capacitação dos cidadãos e a implementação de cuidados preventivos, reduzindo a incidência de quedas e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde comunitária.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Reduzir a incidência de quedas na comunidade dos concelhos de Vouzela e Oliveira de Frades, através de ações educativas, preventivas e de intervenção multidisciplinar, implementadas pela UCC Lafões.

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar fatores de risco de queda na população ≥ 65 anos;
- ✓ Sensibilizar a comunidade para os riscos e consequências das quedas.
- ✓ Promover ambientes seguros nos domicílios dos utentes em risco.
- ✓ Fomentar a prática de atividade física adaptada.
- ✓ Avaliar o impacto das intervenções na taxa de quedas reportadas á UCC.

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo e Desenho da Intervenção

O presente projeto adota a metodologia de investigação-ação, caracterizada por uma abordagem participativa e cíclica que visa, simultaneamente, intervir e produzir conhecimento no contexto real. Esta metodologia possibilita a identificação de necessidades concretas da comunidade, o planeamento e implementação de ações fundamentadas nessas necessidades, bem como a reflexão sistemática sobre os resultados obtidos, permitindo a reorientação de futuras intervenções. O ciclo de investigação-ação integra as fases de diagnóstico, planeamento, ação, observação e reflexão, garantindo o envolvimento direto da comunidade-alvo, dos parceiros locais e da equipa de saúde.

4.2. População Alvo e Amostra

A população-alvo abrange adultos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes nos concelhos de Vouzela e Oliveira de Frades, não institucionalizados, com potencial

risco de queda. Estarão também envolvidos cuidadores informais, técnicos locais e representantes da comunidade. A amostra será constituída por participantes voluntários, identificados por contacto direto com os municípios e com as juntas de freguesia, as universidades seniores, e as redes de apoio locais.

4.3. Local de Intervenção

A intervenção decorrerá em contextos comunitários, nomeadamente:

- ✓ Sede dos Municípios de Vouzela e de Oliveira de Frades
- ✓ Juntas de Freguesia dos concelhos de Vouzela e Oliveira de Frades
- ✓ Universidades Sénior
- ✓ Salas de convívio e centros paroquiais
- ✓ Clubes de grupos informais

Estes espaços serão mobilizados como parceiros ativos na promoção da saúde e prevenção de quedas, facilitando o acesso à população idosa e promovendo o empowerment local.

4.4. Equipa de Intervenção

A equipa será constituída por:

- ✓ Enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária;
- ✓ Enfermeiros da UCC Lafões;
- ✓ Fisioterapeutas, em articulação com a UCC ou por protocolos locais;
- ✓ Representantes institucionais dos municípios, juntas de freguesias e universidades sénior;
- ✓ Voluntários e agentes comunitários capacitados para apoio às sessões
- ✓ Alunos de Licenciatura em Enfermagem em ensino clínico na UCC Lafões

4.5. Fases da Intervenção

1) Diagnóstico Participativo

Diagnóstico Participativo

- Aplicação de questionários ou entrevistas sobre a percepção de risco de queda;
- Avaliação ambiental dos espaços e hábitos dos idosos;

2) Planeamento Partilhado

Planeamento Partilhado

- Co-construção das atividades com as entidades locais e a população
- Definição de metas realistas e adaptadas ao contexto;

3) Ação

Ação

- Sessões educativas e interativas
- Dinâmicas de grupo e sessões práticas de treino de equilíbrio e força;

4) Observação e Reflexão

Observação e Reflexão

- Monitorização do envolvimento e dos efeitos imediatos;
- Registo de sugestões e dificuldades emergentes;

5) Reorientação

Reorientação

- Ajuste das estratégias com base na experiência prática e nos resultados observados; (alteração dos horários das sessões, inclusão de novos temas sugeridos pelos participantes ou parcerias com outras instituições para aumentar o alcance.)

4.6. Recursos Necessários

No âmbito deste projeto de intervenção comunitária, a identificação e o planeamento dos recursos necessários assumem um papel central para garantir a implementação eficaz das estratégias de prevenção de quedas em idosos. Estes recursos incluem a mobilização de equipas multidisciplinares, a disponibilização de materiais e equipamentos adequados, a gestão do tempo e a alocação do orçamento, elementos indispensáveis para alcançar os objetivos propostos e promover a qualidade de vida da população idosa da UCC Lafões.

- ✓ Instituições parceiras como Autarquias de Vouzela e de Oliveira de Frades e juntas de freguesia, ESSV, Jornal Noticias de Vouzela, Gazeta da Beira, Jornal do Centro, Notícias de Lafões, VFM – Rádio Voz de Lafões (94.6FM, Vouzela), Rádio Lafões (93.0, 95.4 e 98.2 FM, São Pedro do Sul), Fisioterapeutas, Farmácias.
- ✓ Mesas e cadeiras;
- ✓ Projetor;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Impressora;
- ✓ Papel;
- ✓ Materiais de suporte as sessões educativas (Manual de prevenção de quedas, Folhetos, PPT, etc....)
- ✓ Apoio logístico local (Transportes, Voluntários, Espaços físicos cedidos pelas Instituições parceiras)
- ✓ Telefone / Telemóvel
- ✓ Dispositivos para treino de força (Halteres leves, Faixas de resistência, Plataformas de equilíbrio, Pedaleiras de fisioterapia, Bolas de exercício, Colchões, etc....)

4.7. Indicadores de Avaliação

No contexto do Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, os indicadores permitem monitorizar a evolução do bem-estar, autonomia, qualidade de

vida e saúde da população idosa, refletindo o sucesso das políticas e ações desenvolvidas.

a) Indicadores de Processo

- Número de instituições envolvidas;
- Número de ações realizadas: (Nº Sessões Educativas para idosos, Nº de Sessões realizadas para cuidadores formais, Nº de avaliações sobre o risco de queda, Nº de Visitas Domiciliárias, Nº de Revisões de medicação, Nº de sessões de promoção de atividade física como treino de força, equilíbrio)
- Taxa de adesão da população ≥ 65 anos;

b) Indicadores de Resultado

- Variação na percepção de risco e conhecimento sobre prevenção de quedas (pré e pós-questionário)
- Alterações no comportamento (prática de atividade física regular);
- Melhoria da percepção de segurança e autoconfiança (percentagem de idosos que referem sentir-se mais seguros e confiantes nas Atividades de Vida Diária (AVD))
- Evolução do indicador nacional de quedas ≥ 65 anos (ID 372 – SDM)
- Aumento da autonomia funcional (Proporção de idosos que mantem ou melhora a sua pontuação em escalas de avaliação funcional, como a escala de Barthel ou a Escala de Morse;
- Redução de fatores de risco ambientais e comportamentais; (Diminuição de obstáculos em casa, melhoria na iluminação, utilização de auxiliares de marcha, adoção de comportamentos preventivos;
- Redução do medo de cair; (nº de idosos que relata menor medo de cair);

5. Plano de Ação

5.1. Educação para a prevenção de quedas

Objetivo: Aumentar a literacia em saúde da população-alvo relativamente aos fatores de risco de queda e às estratégias preventivas.

Atividades:

- ✓ Realização de sessões educativas com recurso a materiais audiovisuais e demonstrações práticas; (Universidades sénior, juntas de freguesia)
- ✓ Distribuição de folhetos informativos adaptados ao nível de literacia da população;
- ✓ Ações de sensibilização nas feiras, igrejas, eventos comunitários e redes sociais e mídia locais como jornais locais, rádios locais;

5.2. Avaliação e Adaptação do Domicílio

Objetivo: Identificar e corrigir fatores de risco ambiental nos lares das pessoas idosas.

Atividades:

- ✓ Visitas domiciliárias com avaliação do risco de queda (Entrevistas semiestruturadas a idosos e cuidadores)
- ✓ Recomendação de alterações simples (remoção de tapetes, instalação de corrimões, melhoria da iluminação, etc.).
- ✓ Encaminhamento para serviços de apoio social e técnico quando necessário.
- ✓ Aplicação de questionários (US, Telefone)

5.3. Promoção da Atividade Física Segura

Objetivo: Promover o equilíbrio, força muscular e coordenação motora através de atividades físicas adaptadas.

Atividades:

- ✓ Sessões de ginástica suave, exercícios de marcha e equilíbrio e força.
- ✓ Parcerias com universidades sénior e ginásios locais.
- ✓ Entrega de plano de exercícios domiciliários com supervisão periódica.

6. Procedimentos Formais e Éticos

Em Portugal, a profissão de Enfermagem está sujeita a uma regulamentação específica, baseada em princípios gerais que orientam o desempenho dos enfermeiros. Estes princípios estão definidos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que inclui o Código Deontológico, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Este projeto será conduzido com base nos princípios da ética em saúde, garantindo a proteção dos direitos, dignidade e bem-estar dos participantes, em conformidade com a legislação nacional e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

Será submetido à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (ULSVDL), ou, em alternativa, à comissão de ética do IPV – ESSV.

Para a realização de um projeto na UCC Lafões, é necessário obter consentimento formal da unidade, normalmente sob a forma de uma autorização por escrito emitida pela direção ou coordenação da UCC.

Será obtido consentimento informado escrito antes de qualquer intervenção. Nos casos em que os participantes apresentem incapacidade cognitiva, será solicitado o consentimento ao representante legal ou cuidador formal.

Os dados recolhidos serão tratados com o máximo rigor no que diz respeito à confidencialidade e segurança; será garantido o cumprimento integral das normas do RGPD (Regulamento UE 2016/679).

A participação neste projeto será totalmente voluntária e não implica qualquer custo ou benefício financeiro.

7. Cronograma de atividades

Atividades	2025				2026
	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Diagnóstico participativo					
Contacto com entidades parceiras					
Capacitação da equipa					
Elaboração de Materiais Educativos					
Implementação das Sessões Educativas					
Rastreios Telefónicos					
Continuação das atividades					
Visitas domiciliárias					
Encerramento					
Avaliação e Disseminação dos Resultados					

1 CRONOGRAMA

*Esquema que pode ser alterado consoante as necessidades.

8. Avaliação do Projeto

"Avaliar é comparar uma situação observada com um padrão ou modelo previamente estabelecido, com o objetivo de corrigir ou melhorar as ações desenvolvidas" (Imperator, citado em Monteiro, A avaliação nos projetos de intervenção social).

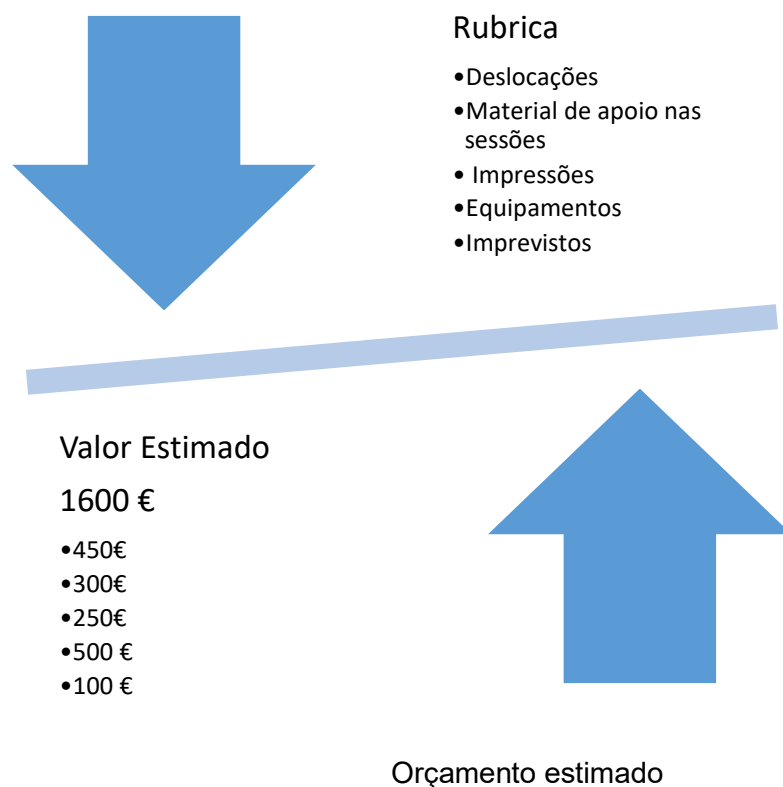
Avaliação de Processo:

- ✓ Monitorização da execução das atividades planeadas;
- ✓ Grau de participação e envolvimento da comunidade;
- ✓ Avaliação de Resultado:
- ✓ Variação dos conhecimentos (pré e pós-questionários).
- ✓ Registo de quedas e encaminhamentos clínicos;

- ✓ Impacto no indicador ID 372 (SDM);

9. Orçamento

A estimativa de custos é o processo de prever o montante necessário para concluir um projeto, sendo fundamental para o planeamento, viabilidade e sucesso da intervenção.



*Os valores podem ser alterados consoante as necessidades

10. Considerações finais

O presente projeto pretende promover a saúde, prevenir quedas e reforçar a autonomia funcional da população idosa não institucionalizada. O envolvimento ativo da comunidade e das instituições locais é fundamental para o sucesso da intervenção. A investigação-ação permite reavaliar continuamente as estratégias adotadas e sustentar a intervenção na realidade observada, tornando-a mais eficaz e sustentável.

A prevenção de quedas em idosos constitui um desafio central para a promoção da saúde e qualidade de vida na população envelhecida, especialmente em contextos comunitários como a UCC Lafões. A continuidade e o reforço destas iniciativas são essenciais para garantir um envelhecimento mais ativo, saudável e seguro na comunidade.

A experiência na UCC Lafões reforçou a importância do papel do enfermeiro de saúde comunitária enquanto agente de educação, mobilizador de recursos e promotor da

autonomia dos idosos. A implementação de programas educativos, baseados em evidência e adaptados à realidade local, revela-se fundamental para aumentar a literacia em saúde e fomentar estilos de vida mais seguros e saudáveis.

11. Referências bibliográficas

- Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (2023). *Relatório de atividades 2022*. ARS Centro. Recuperado em 19 de junho de 2025, de <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2024/02/Relatorio-de-Atividades-2022.pdf>
- Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental. (s.d.). *Quedas pessoas idosas*. ACeS Porto Ocidental. Recuperado em 16 de junho de 2025, de <https://acesportoocidental.org/pt/quedas-pessoas-idosas>
- Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Dias, C. M. (2023). *Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA*. Boletim Epidemiológico Observações, (35), artigo 15. [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/9178/1/Boletim Epidemiologico Observacoes N35 artigo15.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/9178/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N35_artigo15.pdf)
- Andrade, A., Almeida Ribeiro, A. (2025). *Caderno Pedagógico em Intervenção Comunitária*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu
- Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). *A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura* [The influence of active aging in the quality of life of the elderly: Integrative literature review]. *Ano IV, Vol VII, Nº 1*, 17–27.
- Azevedo, L. S. (2015). *A queda no idoso: Fatores de risco e prevenção* [Trabalho de revisão, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31984/1/Factores%20de%20risco%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%202.pdf>
- Câmara Municipal de Vouzela. (n.d.). Concelho. Recuperado em 15 de junho de 2025, de <https://www.cm-vouzela.pt/concelho/>
- Câmara Municipal de Oliveira de Frades. (s.d.). Município de Oliveira de Frades. Recuperado em 15 de junho de 2025, de <https://cm-ofrades.pt/>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Facts about falls: Older adult fall prevention*. Recuperado em 19 de junho de 2025, de <https://www.cdc.gov/falls/data-research/facts-stats/index.html>
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu. (2025). *Primeiro simpósio do NEMC: Síntese de evidências*. <https://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2025/02/Primeiro-simposio-do-NEMC-Sintese-de-evidencias.pdf>
- Cordeiro, I. (2021). *Indicadores de saúde: uma abordagem à avaliação em saúde pública*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97784/1/Tese%20In%C3%AAs%20Cordeiro.pdf>
- Dias, S. M. da S. (2023). Capacitar para evitar – *Intervenção de enfermagem comunitária na prevenção de quedas nos idosos* (Relatório de Estágio de Mestrado, Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/e9005b51-804c-4706-87c7-31b71ca06e46>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: *Saúde sustentável: de tod@s para tod@s* [Documento em consulta pública]. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 017/2022 – Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/12/19/notificacao-e-gestao-de-incidentes-de-seguranca-do-doente/>
- Florence, C. S., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 693–698. <https://doi.org/10.1111/jgs.15304>

- Hospital Lusíadas Lisboa. (s.d.). *Perigos da queda no idoso*. Lusíadas. Recuperado em 16 de junho de 2025, de <https://www.lusiadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/saude-familia/perigos-queda-idoso>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estimativas provisórias de população residente 2022_ https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). Estatísticas da Saúde: 2023. INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66625391>
- Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. (s.d.). *Como reduzir quedas no idoso*. Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de junho de 2025, de <https://www.into.saude.gov.br/lista-dicas-dos-especialistas/186-quedas-e-inflamacoes/272-como-reduzir-quedas-no-idoso>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024). Índice das Revistas Médicas Portuguesas destaca artigo publicado no Boletim Epidemiológico Observações. INSA. Recuperado em 16 de junho de 2025, de <https://www.insa.min-saude.pt/index-das-revistas-medicas-portuguesas-destaca-artigo-publicado-no-boletim-epidemiologico-observacoes-2/>
- Melo, P. (2016). *Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC): Desenvolvimento e validação de um modelo de Enfermagem Comunitária de prática avançada centrado no empoderamento*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21289>
- Melo, P. (2023). *Saúde comunitária e de saúde pública: Enfermagem*. Lidel – Edições Técnicas. <https://recursos.bertrand.pt/recurso?id=25931618>
- Melo, P. (2023). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (pp. 49-56). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Ministério da Saúde. (2024). *BI de Indicadores – SDM*. Sistema de Dados em Saúde. Disponível em: <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=428&clusters=S>

O papel da família na prevenção de quedas em idosos. (s.d.). *Como Evitar Quedas em Idosos*. Recuperado em 19 de junho de 2025,

de <https://comoevitarquedasemidosos.com.br/o-papel-da-familia-na-prevencao-de-quedas-em-idosos/>

Pereira, J. A. R. (2021). *Eficácia de intervenções na prevenção de quedas em idosos na comunidade: Uma revisão sistemática* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/e057d093-f674-4429-ae18-a9fc905f476b>

Pérez-Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais: Casos práticos* (pp. 13-47). Porto: Porto Editora.

Portugal, Coordenação Nacional para as Políticas de Envelhecimento Ativo e Saudável. (2023). *Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026* (Versão 1). https://envelhecimentoativo.pt/wp-content/uploads/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023_2026_v1.pdf

Portugal.(1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 205/1996, Série I-A, 4 de setembro de 1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Portugal, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023). *Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*. https://cceativo.pt/wp-content/uploads/2024/03/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023_2026-1.pdf

Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2017, dezembro 19). *Tropeções, quedas e trambolhões*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/19/tropecoes-quedas-e-trambolhoes/>

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros. (2024, 12 de janeiro). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo*

e Saudável 2023-2026. Diário da República: 1.^a série, n.º 9, 31-

78. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho:*

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Diário da República, 2.^a série, n.º

135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115370191>

Rento, A. (2020). *Do risco à prevenção de quedas no idoso* (Dissertação de Mestrado,

Escola Superior de Saúde de Viseu). Instituto Politécnico de Viseu. Disponível

em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33212/1/BCTFC78.pdf>

Rodrigues, D. (2022). *Prevenir para não cair: Projeto de intervenção comunitária* [Relatório de projeto de intervenção]. Unidade de Cuidados na

Comunidade. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48640/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20Diana%20Rodrigues.pdf>

Smartsheet. (2023, 26 de fevereiro). *Guia completo para estimar custos de projeto.*

Recuperado de <https://pt.smartsheet.com/ultimate-guide-project-cost-estimating>

UCC Lafões. (s.d.). Missão, visão, valores e recursos humanos. Recuperado em 15 de junho de 2025, de [https://bicsp.min-](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2182451/Paginas/default.aspx)

[saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2182451/Paginas/default.aspx](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2182451/Paginas/default.aspx)

Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões. (2025). Unidade Local de Saúde de Viseu

Dão-Lafões, EPE. Recuperado em 16 de junho de 2025,

de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-viseu-dao-lafoes/>

World Health Organization. (2021). Falls.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

12. Anexos

Apêndice XVI

**Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública: Quando cada segundo conta**

**Capacitação da Comunidade Educativa para a Resposta à Paragem
Cardiorrespiratória**



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de
Saúde Pública: Quando cada segundo conta
Capacitação da Comunidade Educativa para a Resposta à Paragem
Cardiorrespiratória**

Maria Odete Machado Pereira

**Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública: Quando cada segundo conta**

**Capacitação da Comunidade Educativa para a Resposta à Paragem
Cardiorrespiratória**

Maria Odete Machado Pereira

Trabalho Projeto

Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Ana Isabel Ribeiro

Janeiro de 2026

Resumo

Abstract

Sumário

.....	9
INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	11
1.1. ENQUADRAMENTO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM SAÚDE PÚBLICA	12
1.2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM CONTEXTO ESCOLAR	13
1.3. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL DA INTERVENÇÃO	13
1.3.1. UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)	13
1.3.2. ENQUADRAMENTO DA UCC LAFÕES.....	13
1.3.3. POPULAÇÃO-ALVO DA INTERVENÇÃO: DOCENTES E NÃO DOCENTES.....	14
1.3.4. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	14
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2.1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE	15
2.2. PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	15
2.3. IMPORTÂNCIA DA RESPOSTA PRECOCE E DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA	15
2.4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
2.4.1. SUPORTE BÁSICO DE VIDA E CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	16
2.4.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, LITERACIA EM SAÚDE E CAPACITAÇÃO COMUNITÁRIA.....	17
2.4.3. MODELO PRECEDE-PROCEED E O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	18
2.4.4. SAÚDE ESCOLAR E INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
2.5. ENQUADRAMENTO NORMATIVO E LEGAL	19
2.5.1. NORMAS NACIONAIS DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)	19
2.5.2. ORIENTAÇÕES DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	20
2.5.3. REFERENCIAIS INTERNACIONAIS (ILCOR, ERC, OMS).....	20
2.5.4. ENQUADRAMENTO ÉTICO-DEONTOLÓGICO (ORDEM DOS ENFERMEIROS)	21
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA	22
3.1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	22
3.2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	22

3.2.1.	DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	22
3.2.2.	ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES.....	23
3.2.3.	ÂMBITO DO PROJETO	23
3.3.	FINALIDADE E OBJETIVOS DO PROJETO.....	23
3.3.1.	OBJETIVO GERAL	24
3.3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4.	DESENHO E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO	24
4.1.	POPULAÇÃO-ALVO E CONTEXTO DE INTERVENÇÃO.....	24
4.2.	ENTIDADES E PARCEIROS ENVOLVIDOS	25
4.3.	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	25
4.4.	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM SBV	26
4.5.	PREPARAÇÃO OPERACIONAL	26
4.5.1.	RECURSOS HUMANOS	27
4.5.2.	RECURSOS MATERIAIS	27
4.5.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	27
4.6.	COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	27
5.	AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	28
5.1.	INDICADORES DE PROCESSO.....	28
5.2.	INDICADORES DE RESULTADO	28
5.3.	METAS DO PROJETO	29
5.4.	MONITORIZAÇÃO E FOLLOW-UP	30
5.5.	ANÁLISE SWOT	30
5.6.	GESTÃO DO RISCO.....	31
6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	32
6.1.	PRINCÍPIOS ÉTICOS APLICÁVEIS.....	32
6.2.	CONSENTIMENTO INFORMADO	32
6.3.	CONFIDENCIALIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	32
7.	LIMITAÇÕES DO PROJETO	33
8.	IMPLICAÇÕES EXPECTÁVEIS PARA A SAÚDE COMUNITÁRIA.....	33

9. CONCLUSÃO.....	33
-------------------	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AHA – American Heart Association

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção-Geral da Saúde

EPV - Escola Profissional de Vouzela

ERC - European Resuscitation Council

ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSVDL – Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

^WHO - World Health Organization

Introdução

A paragem cardiorrespiratória (PCR) constitui uma emergência médica de elevada gravidade, particularmente quando ocorre fora do contexto hospitalar, estando associada a elevadas taxas de mortalidade. A evidência científica mais recente demonstra que a sobrevivência da vítima depende de muitos fatores nomeadamente da rapidez do reconhecimento da situação, da ativação atempada do sistema de emergência médica e do início precoce das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) até à chegada de cuidados diferenciados (World Health Organization, 2021; European Resuscitation Council, 2021).

O Suporte Básico de Vida corresponde a um conjunto de procedimentos simples e padronizados, passíveis de serem iniciados por cidadãos treinados, com impacto direto nos resultados em saúde das vítimas de PCR. As orientações internacionais em reanimação reconhecem que a intervenção precoce por testemunhas constitui um elemento determinante da Cadeia de Sobrevivência, assumindo-se como um pilar essencial da resposta a este tipo de emergência. O European Resuscitation Council, em articulação com o International Liaison Committee on Resuscitation, publicou uma atualização das recomendações em 2025, reforçando a importância da resposta imediata, da qualidade das compressões torácicas e do papel das pessoas presentes no local na sobrevivência da vítima (ERC, 2025).

Em Portugal, a resposta à PCR fora do contexto hospitalar encontra-se enquadrada nas orientações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entidade responsável pela coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica. A formação da população em SBV é reconhecida como um elemento fundamental da resposta inicial, em articulação com a ativação do número europeu de emergência 112, assumindo particular relevância no reforço da capacidade de resposta comunitária a situações de emergência vital (INEM, 2021).

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) assumem um papel central na promoção da saúde e na capacitação da população, através do desenvolvimento de intervenções comunitárias estruturadas em diferentes contextos. A intervenção junto da comunidade educativa enquadra-se neste domínio de atuação, permitindo reforçar a segurança e a preparação de grupos que desempenham funções relevantes em ambientes frequentados diariamente por populações diversas (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O presente projeto, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, surge na sequência de uma solicitação formal da Escola Profissional de Vouzela à Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões, integrada na Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões. A intervenção tem como foco a capacitação da comunidade educativa, nomeadamente docentes e não docentes, em Suporte Básico de Vida, sendo desenvolvida no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, enquanto resposta organizada a uma necessidade expressa pela instituição, visando o reforço da segurança da comunidade educativa e a melhoria da resposta a situações de emergência médica.

1. Contextualização do tema

A paragem cardiorrespiratória constitui um evento súbito e imprevisível, suscetível de ocorrer em diferentes contextos da vida quotidiana, incluindo espaços públicos, locais de trabalho e estabelecimentos de ensino. Quando ocorre fora do contexto hospitalar, o tempo decorrido até à chegada dos meios de emergência médica assume particular relevância para o prognóstico da vítima, sendo determinante para a sobrevivência (European Resuscitation Council, 2021).

A resposta a situações de emergência vital em contexto comunitário não depende exclusivamente dos serviços de saúde, mas também da capacidade de atuação das pessoas que se encontram no local. O reconhecimento precoce da situação e a ativação adequada do sistema de emergência médica constituem etapas fundamentais da resposta inicial, com impacto direto nos resultados em saúde (World Health Organization, 2021).

A escola, enquanto espaço comunitário, caracteriza-se pela presença diária de crianças, jovens e adultos, bem como pela diversidade de atividades pedagógicas, administrativas e funcionais que nela decorrem. Esta concentração de pessoas, associada à responsabilidade institucional pela proteção da comunidade educativa, confere ao meio escolar uma particular exigência ao nível da segurança, tornando necessária uma resposta organizada e adequada perante a eventual ocorrência de eventos inesperados, incluindo situações de emergência médica (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No quotidiano das instituições de ensino, os docentes e não docentes desempenham funções essenciais ao funcionamento da escola e encontram-se, frequentemente, entre os primeiros adultos a contactar com situações críticas que ocorram no espaço educativo. A sua presença contínua, o conhecimento do funcionamento institucional e a proximidade às diferentes populações que integram a comunidade educativa conferem-lhes um papel central na resposta inicial a situações de emergência vital. Neste sentido, a preparação destes profissionais para a atuação perante a paragem cardiorrespiratória constitui um contributo relevante para a promoção da segurança e para o reforço da capacidade de resposta da comunidade educativa (Direção-Geral da Saúde, 2015; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021).

A intervenção em meio escolar orientada para a capacitação da comunidade educativa enquadra-se nos princípios da saúde escolar e da promoção da saúde, privilegiando ações estruturadas, ajustadas às características do contexto e integradas no quotidiano institucional.

Esta abordagem visa reforçar competências individuais e coletivas, promover ambientes educativos mais seguros e potenciar a resposta adequada a situações de emergência vital, em consonância com as orientações nacionais para a saúde escolar (Martins & Borges, 2017).

As necessidades específicas serão identificadas e confirmadas através do diagnóstico de situação, de acordo com os princípios do planeamento em saúde (Imperatori & Geraldes, 1993).

1.1. Enquadramento do Suporte Básico de Vida em Saúde Pública

O Suporte Básico de Vida enquadra-se no domínio da Saúde Pública enquanto intervenção com impacto direto na prevenção da mortalidade evitável e na promoção da literacia em saúde da população. A capacitação dos cidadãos para a resposta a situações de emergência vital constitui uma estratégia reconhecida a nível internacional, com efeitos positivos comprovados nos resultados em saúde e na sobrevivência das vítimas (World Health Organization, 2021).

As orientações internacionais em reanimação evidenciam que a iniciação precoce das manobras de Suporte Básico de Vida por pessoas treinadas, associada à ativação imediata do sistema de emergência médica e à utilização do desfibrilhador automático externo, quando disponível, integra a Cadeia de Sobrevivência e influencia de forma significativa a sobrevivência da vítima em situação de paragem cardiorrespiratória (International Liaison Committee on Resuscitation, 2020; European Resuscitation Council, 2021).

Em Portugal, o enquadramento do Suporte Básico de Vida enquanto intervenção de Saúde Pública encontra-se alinhado com as orientações do Instituto Nacional de Emergência Médica, que reconhece explicitamente o papel das pessoas treinadas na resposta inicial à paragem cardiorrespiratória, nomeadamente no reconhecimento da situação, na ativação precoce do número europeu de emergência 112 e no início imediato das manobras de SBV. Paralelamente, a Direção-Geral da Saúde enquadra a promoção da literacia em saúde e a prevenção da mortalidade evitável como prioridades estratégicas da intervenção em Saúde Pública, integrando a capacitação da população nas ações desenvolvidas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (Direção-Geral da Saúde, 2015).

As Unidades de Cuidados na Comunidade assumem um papel relevante na operacionalização de intervenções de capacitação comunitária dirigidas a grupos específicos da população. A formação em Suporte Básico de Vida constitui, assim, uma resposta estruturada a necessidades identificadas localmente, alinhada com as prioridades da Saúde Pública e orientada para o reforço da segurança e da capacidade de resposta das comunidades.

1.2. Suporte Básico de Vida em contexto escolar

O contexto escolar constitui um setting comunitário específico em que a segurança assume particular relevância, atendendo à concentração diária de pessoas e à responsabilidade institucional na proteção da comunidade educativa. Neste âmbito, a preparação para situações de emergência vital integra-se nas estratégias de criação de ambientes educativos seguros e promotores de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A capacitação da comunidade educativa para a resposta inicial a situações de emergência vital contribui para uma atuação mais organizada e eficaz até à chegada dos meios de emergência diferenciados, enquadrando-se numa perspetiva de promoção da saúde e de prevenção de riscos (World Health Organization, 2021; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021).

A formação em Suporte Básico de Vida dirigida a docentes e não docentes constitui, assim, uma intervenção pertinente em contexto escolar, coerente com os princípios da saúde escolar e com abordagens que privilegiam a capacitação de grupos estratégicos com impacto no funcionamento institucional e na segurança da comunidade educativa (Martins & Borges, 2017).

1.3. Enquadramento institucional da intervenção

1.3.1. Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)

As Unidades de Cuidados na Comunidade integram os Cuidados de Saúde Primários e têm como missão a promoção da saúde, a prevenção da doença e a capacitação de indivíduos, famílias e grupos ao longo do ciclo de vida. A sua atuação centra-se na identificação de necessidades em saúde da comunidade e no planeamento e implementação de intervenções comunitárias estruturadas, desenvolvidas em consonância com as prioridades definidas a nível nacional (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A intervenção em contexto escolar enquadra-se nas competências das UCC enquanto resposta organizada a necessidades identificadas na comunidade educativa, contribuindo para a criação de ambientes mais seguros, promotores de saúde e preparados para a resposta a situações de emergência vital.

1.3.2. Enquadramento da UCC Lafões

A UCC Lafões integra os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, desenvolvendo a sua intervenção junto da população da área de influência através de projetos comunitários orientados para a promoção da saúde e capacitação de

grupos específicos, em alinhamento com as prioridades de Saúde Pública e de Saúde Escolar definidas pela DGS (DGS, 2014; DGS, 2015).

Este projeto será desenvolvido no âmbito da UCC Lafões, enquanto unidade com legitimidade para a implementação de intervenções de capacitação comunitária em contexto escolar.

1.3.3. População-alvo da intervenção: docentes e não docentes

A população-alvo será constituída pelos docentes e não docentes da Escola Profissional de Vouzela, enquanto profissionais com presença contínua no espaço escolar e funções relevantes no funcionamento quotidiano da instituição. A sua proximidade funcional aos alunos e restantes elementos da comunidade educativa confere-lhes um papel relevante na resposta inicial a situações de emergência médica, até à chegada de ajuda especializada. A capacitação destes profissionais em Suporte Básico de Vida constitui uma estratégia coerente com os princípios da saúde escolar e da promoção da saúde, contribuindo para o reforço da segurança do ambiente educativo (DGS, 2015; INEM, 2021; WHO, 2021).

Do ponto de vista da intervenção comunitária, a formação deste grupo permite potenciar um efeito multiplicador na cultura de segurança da escola, reforçando a capacidade coletiva de resposta a situações críticas (Martins & Borges, 2017).

1.3.4. Papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública detém competências específicas na identificação de necessidades em saúde, no planeamento, implementação e avaliação de projetos de intervenção comunitária, orientados para a promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação de indivíduos e grupos, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No âmbito da saúde escolar, o enfermeiro especialista assume um papel central na promoção de ambientes seguros e saudáveis, através do desenvolvimento de intervenções educativas estruturadas, ajustadas ao contexto e fundamentadas em evidência científica, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários e com as Unidades de Cuidados na Comunidade (DGS, 2015). O enfermeiro especialista é também o responsável pelo planeamento, implementação e avaliação da intervenção em Suporte Básico de Vida, assegurando a adequação das estratégias às necessidades identificadas, a fundamentação científica das ações desenvolvidas e a articulação institucional com a UCC Lafões, integrada na ULS Viseu Dão Lafões, em consonância com os princípios do planeamento em saúde (Imperatori & Gerales, 1993).

2. Contextualização

2.1. Enquadramento do problema de saúde

A paragem cardiorrespiratória (PCR) fora do contexto hospitalar constitui um problema de saúde pública de elevada relevância, associado a níveis significativos de mortalidade evitável. Trata-se de uma situação de emergência vital de natureza tempo-dependente, em que a ausência de intervenção imediata conduz, em poucos minutos, a lesão cerebral irreversível e à morte. A resposta inicial é determinante para o prognóstico da vítima.

A Organização Mundial da Saúde identifica as doenças cardiovasculares como uma das principais causas de morte, salientando que uma parte significativa das situações de paragem cardiorrespiratória ocorre em contexto comunitário. A redução da mortalidade associada a este evento constitui uma prioridade de saúde pública, exigindo estratégias orientadas para a promoção da resposta precoce e para a capacitação da população (World Health Organization, 2021).

O Plano Nacional de Saúde 2021–2030 define como prioridades estratégicas a redução da mortalidade prematura e evitável, o reforço da literacia em saúde e a criação de ambientes seguros ao longo do ciclo de vida. A capacitação da população para a resposta a situações de emergência vital enquadra-se nestes eixos, sobretudo quando desenvolvida em contextos comunitários estruturados, onde a intervenção precoce pode ter um impacto significativo (Direção-Geral da Saúde, 2021).

2.2. Paragem cardiorrespiratória enquanto problema de saúde pública

A paragem cardiorrespiratória fora do contexto hospitalar é amplamente reconhecida como um problema de saúde pública por se tratar de um evento potencialmente reversível quando existe uma resposta inicial eficaz. Ao contrário de outras situações clínicas agudas a sobrevivência à paragem cardiorrespiratória depende, em grande medida, da atuação das pessoas presentes no local nos primeiros minutos após o colapso, antes da chegada dos meios de emergência diferenciados (European Resuscitation Council, 2021).

A evidência científica demonstra que a iniciação precoce das manobras de Suporte Básico de Vida por testemunhas treinadas aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência e de recuperação neurológica favorável. A atuação imediata constitui um dos elos mais críticos da Cadeia de Sobrevivência, com impacto direto nos resultados em saúde (European Resuscitation Council, 2025).

2.3. Importância da resposta precoce e do Suporte Básico de Vida

A resposta precoce à paragem cardiorrespiratória assume um papel determinante na sobrevivência da vítima, dado o carácter tempo-dependente deste evento. A probabilidade de

sobrevivência diminui de forma significativa a cada minuto sem intervenção, o que o torna os primeiros momentos após o colapso decisivos para o desfecho clínico. A atuação imediata das pessoas presentes no local constitui um elemento central da resposta (ERC, 2021).

O Suporte Básico de Vida integra um conjunto de procedimentos simples e padronizados que visam manter a circulação e a oxigenação até à chegada de ajuda diferenciada. A evidência científica demonstra que a iniciação precoce das manobras, em particular das compressões torácicas de qualidade, está associada a melhores taxas de sobrevivência e a melhores resultados neurológicos nas vítimas de paragem cardiorrespiratória fora do contexto hospitalar (European Resuscitation Council, 2021; European Resuscitation Council, 2025).

As recomendações mais recentes do European Resuscitation Council e do International Liaison Committee on Resuscitation reforçam que a eficácia da resposta inicial depende não apenas da rapidez da intervenção, mas também da qualidade das manobras executadas e a articulação adequada com o sistema de emergência médica. O reconhecimento precoce da situação, a ativação imediata do número europeu de emergência 112 e o início célere das manobras de SBV constituem, de forma integrada, os primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência.

O Instituto Nacional de Emergência Médica reconhece o papel das testemunhas treinadas na resposta à paragem cardiorrespiratória, sublinhando que a ativação atempada do SIEM e o início imediato das manobras de SBV são determinantes no prognóstico da vítima. (INEM, 2021).

2.4. Enquadramento conceptual

2.4.1. Suporte Básico de Vida e Cadeia de Sobrevivência

O Suporte Básico de Vida (SBV) integra um conjunto de procedimentos padronizados e cientificamente validados, destinados a manter a circulação e a oxigenação em vítimas em paragem cardiorrespiratória, até à chegada de cuidados diferenciados. Estes procedimentos integram a resposta inicial às situações de emergência vital e assumem particular relevância quando a paragem ocorre fora do contexto hospital, onde o tempo até à intervenção especializada é crucial para o prognóstico da vítima (ERC, 2021; 2025).

O conceito de Cadeia de Sobrevivência traduz a sequência de ações consideradas essenciais para aumentar a probabilidade de sobrevivência da vítima de paragem cardiorrespiratória. Esta cadeia assenta na articulação entre o reconhecimento precoce da situação, a ativação imediata do sistema integrado de emergência médica, o início célere das manobras de SBV e a prestação de cuidados avançados, constituindo um modelo conceptual reconhecido a nível internacional (International Liaison Committee on Resuscitation, 2020; ERC, 2021).

A evidência científica demonstra que os primeiros elos da cadeia de sobrevivência são determinantes para o prognóstico da vítima, sendo particularmente dependentes da atuação das pessoas presentes no local. A rapidez na identificação da PCR e a execução adequada das manobras iniciais influenciam diretamente a probabilidade de sobrevivência e de recuperação (ERC, 2021; 2025).

As orientações internacionais em reanimação, nomeadamente as recomendações mais recentes do European Resuscitation Council e do International Liaison Committee on Resuscitation, reforçam que o Suporte Básico de Vida constitui o alicerce da Cadeia de Sobrevivência, assumindo-se como um elemento central da resposta às situações de paragem cardiorrespiratória fora do contexto hospitalar (European Resuscitation Council, 2021; European Resuscitation Council, 2025; WHO, 2021).

O Suporte Básico de Vida e a Cadeia de Sobrevivência configuram-se como conceitos estruturantes para a compreensão da resposta às emergências vitais, sustentando a importância da atuação precoce e coordenada nos primeiros minutos após o colapso (WHO, 2021).

2.4.2. Promoção da saúde, literacia em saúde e capacitação comunitária

A promoção da saúde constitui um eixo central da Saúde Pública, orientado para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas que permitam às pessoas exercer maior controlo sobre os determinantes da sua saúde. Esta abordagem ultrapassa a prevenção da doença, centrando-se na criação de condições que favoreçam escolhas informadas, comportamentos saudáveis e ambientes seguros ao longo do ciclo de vida (WHO, 2021).

A literacia em saúde assume particular relevância, sendo definida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação em saúde para tomar decisões adequadas em diferentes contextos da vida quotidiana. A evidência demonstra que níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados a maior autonomia, melhor capacidade de resposta a situações críticas e utilização mais adequada dos recursos de saúde, configurando-se como um determinante essencial da equidade em saúde (WHO, 2021).

A capacitação comunitária, enquanto dimensão operacional da promoção da saúde, traduz-se no reforço das competências individuais e coletivas necessárias para responder a necessidades identificadas na comunidade. Esta abordagem valoriza a participação ativa dos indivíduos, a adequação das estratégias ao contexto e a utilização de recursos locais, promovendo respostas sustentáveis e alinhadas com as realidades sociais e organizacionais existentes (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A promoção da literacia em saúde e a capacitação das comunidades integram as prioridades estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde 2021–2030, que preconiza o reforço da

autonomia dos cidadãos, a criação de ambientes seguros e a redução da mortalidade evitável. A resposta a situações de emergência vital enquadra-se neste âmbito, enquanto área em que o conhecimento, a confiança e a capacidade de atuação assumem impacto direto nos resultados em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A promoção da saúde através da capacitação para a resposta a emergências vitais contribui para o reforço da segurança coletiva e para o aumento da resiliência das comunidades. Ao reconhecer que a atuação das pessoas presentes no local pode ser determinante nos primeiros minutos após um evento crítico, esta abordagem sustenta a importância de intervenções que promovam competências práticas e cognitivas, integradas numa visão mais ampla de promoção da saúde e de proteção da vida (World Health Organization, 2021).

2.4.3. Modelo PRECEDE–PROCEED e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O recurso a modelos teóricos no âmbito da saúde pública, permite compreender de forma estruturada os determinantes dos problemas de saúde e orientar o planeamento de intervenções ajustadas aos contextos comunitários. O modelo PRECEDE–PROCEED e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender constituem referenciais complementares, frequentemente utilizados na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ao articular a análise sistemática dos problemas com a compreensão dos comportamentos de saúde (Imperatori & Geraldes, 1993; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O modelo PRECEDE–PROCEED apresenta uma abordagem ecológica e faseada ao planeamento em saúde, iniciando-se com o diagnóstico da situação através da análise de fatores sociais, epidemiológicos, comportamentais, ambientais, educativos e organizacionais que influenciam o problema de saúde em estudo. Esta lógica permite identificar necessidades prioritárias e fundamentar a definição de estratégias de intervenção, assegurando que as ações desenvolvidas respondem de forma adequada ao contexto e às características da população envolvida (Imperatori & Geraldes, 1993; World Health Organization, 2021). Por sua vez, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender centra-se na compreensão dos fatores que influenciam a adoção de comportamentos promotores de saúde, valorizando dimensões como a perceção dos benefícios da ação, a autoeficácia percebida, as barreiras identificadas e a influência do contexto social. Este modelo permite analisar de que forma os indivíduos interpretam as situações de risco e avaliam a sua capacidade para agir, aspetos particularmente relevantes em contextos que exigem tomada de decisão rápida, como as situações de emergência vital (Pender et al., 2015). A articulação entre ambos os modelos, possibilita uma abordagem integrada do problema de saúde, combinando a análise estruturada dos determinantes contextuais com a compreensão dos processos individuais subjacentes à adoção de comportamentos de saúde. Enquanto o modelo PRECEDE–

PROCEED orienta o diagnóstico, o planeamento e a avaliação das intervenções, o modelo de Pender contribui para interpretar os fatores cognitivos e afetivos que influenciam a predisposição para agir perante situações críticas (Imperatori & Geraldès, 1993; Pender et al., 2015). A utilização conjunta destes referenciais conceptuais reforça a coerência metodológica do projeto, permitindo sustentar a análise do problema de saúde e a definição de estratégias de promoção da saúde numa perspetiva integrada, fundamentada e alinhada com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (World Health Organization, 2021).

2.4.4. Saúde Escolar e intervenções de promoção da saúde

A saúde escolar constitui uma área estratégica da saúde pública, orientada para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e a criação de ambientes educativos seguros e favoráveis ao desenvolvimento integral de crianças, jovens e adultos que integram a comunidade educativa. A escola é reconhecida como um local privilegiado para a intervenções de promoção da saúde, atendendo à sua função educativa, à estabilidade da população envolvida e à integração de ações no quotidiano institucional (DGS, 2025).

O Programa Nacional de Saúde Escolar preconiza intervenções ajustadas às características do contexto educativo, valorizando a participação dos profissionais da escola e a articulação com os serviços de saúde, enquanto estratégia para reforçar a segurança e o bem-estar no ambiente escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A promoção da saúde em meio escolar integra uma perspetiva de capacitação comunitária, ao reconhecer que o desenvolvimento de competências individuais e coletivas contribui para uma resposta mais adequada a situações de risco e para o fortalecimento da resiliência da comunidade educativa. Esta abordagem encontra-se alinhada com os princípios internacionais da promoção da saúde, que defendem a criação de ambientes seguros e o reforço da autonomia das comunidades como determinantes fundamentais dos resultados em saúde (World Health Organization, 2021).

As intervenções de promoção da saúde em contexto escolar quando orientadas para a preparação da comunidade educativa face a situações críticas e imprevisíveis, assumem particular relevância. (Direção-Geral da Saúde, 2015; World Health Organization, 2021).

2.5. Enquadramento normativo e legal

2.5.1. Normas nacionais de emergência médica (INEM)

Em Portugal, a resposta à paragem cardiorrespiratória fora do contexto hospitalar encontra-se enquadrada nas orientações definidas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, entidade responsável pela coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica, a qual

estabelece os algoritmos nacionais de atuação em Suporte Básico de Vida, em articulação com as recomendações internacionais em reanimação (INEM, 2021).

2.5.2. Orientações da Direção-Geral da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde

A Direção-Geral da Saúde assume um papel central na definição das orientações estratégicas em saúde pública, enquadrando a prevenção da mortalidade evitável, a promoção da literacia em saúde e a criação de ambientes seguros como prioridade de intervenção. A capacitação da população para a resposta a situações de emergência médica integra-se numa abordagem preventiva e promotora de saúde, alinhada com os princípios dos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2025; DGS, 2021).

O Programa Nacional de Saúde Escolar, coordenado pela Direção-Geral da Saúde, reconhece a escola como um local privilegiado para intervenções de promoção da saúde e de prevenção de riscos, valorizando a articulação entre os serviços de saúde e a comunidade educativa. A preparação para situações de emergência médica, enquanto dimensão da segurança em meio escolar, enquadra-se nos objetivos deste programa, ao contribuir para a proteção da vida e para a criação de ambientes educativos mais seguros (DGS, 2015).

O Serviço Nacional de Saúde, através dos seus canais de informação e educação para a saúde, nomeadamente o SNS 24, disponibiliza informação clínica validada dirigida à população, incluindo conteúdos relacionados com a atuação perante situações de emergência. Esta disponibilização de informação constitui um contributo relevante para o reforço da literacia em saúde e para a capacitação dos cidadãos, complementando as orientações normativas e as estratégias de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da saúde pública (DGS, 2021).

As orientações da Direção-Geral da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde sustentam a importância da preparação da população para a resposta a emergências médicas, em particular quando desenvolvida em contextos comunitários estruturados, como a comunidade educativa, reforçando a coerência entre as políticas nacionais de saúde e as estratégias de intervenção em saúde pública.

2.5.3. Referenciais internacionais (ILCOR, ERC, OMS)

Os referenciais internacionais em reanimação constituem a base científica para a definição das normas e orientações adotadas a nível nacional, assegurando a coerência da resposta à paragem cardiorrespiratória com a evidência mais recente. O European Resuscitation Council desempenha um papel central na elaboração de recomendações europeias para o Suporte Básico de Vida, baseadas em revisão sistemática da literatura e em consenso científico internacional.

O International Liaison Committee on Resuscitation é o organismo responsável pela produção de consensos científicos internacionais que sustentam as recomendações dos vários conselhos de reanimação, incluindo o ERC. As orientações do ILCOR asseguram que as práticas recomendadas se baseiam na melhor evidência disponível, promovendo uma abordagem harmonizada à resposta à paragem cardiorrespiratória a nível global (ILCOR, 2020).

As Guidelines do ERC, atualizadas em 2021 e novamente em 2025, reforçam o carácter tempo-dependente da paragem cardiorrespiratória e sublinham a importância dos primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência, nomeadamente o reconhecimento precoce da situação, a ativação imediata do sistema de emergência e o início célere de compressões torácicas de qualidade. As recomendações mais recentes mantêm o foco na simplicidade e na eficácia da resposta inicial, reconhecendo o papel determinante das testemunhas na sobrevivência da vítima fora do contexto hospitalar (ERC, 2021; ERC, 2025).

A World Health Organization enquadra a resposta à paragem cardiorrespiratória no âmbito das estratégias de saúde pública orientadas para a redução da mortalidade evitável e para o reforço da capacidade de resposta das comunidades. A OMS reconhece que a atuação precoce das pessoas presentes no local constitui um determinante crítico dos resultados em saúde, defendendo o desenvolvimento de políticas e estratégias que promovam ambientes mais seguros e comunidades mais preparadas para responder a situações de emergência vital (WHO, 2021).

2.5.4. Enquadramento ético-deontológico (Ordem dos Enfermeiros)

A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública encontra-se enquadrada nos princípios éticos e deontológicos definidos pela Ordem dos Enfermeiros. O Código Deontológico da profissão estabelece como deveres fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, a proteção da vida e a capacitação das pessoas e comunidades, orientando a prática profissional para intervenções baseadas na evidência científica e no respeito pela dignidade humana (OE, 2019).

A formação em Suporte Básico de Vida dirigida a docentes e não docentes respeita os princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, ao promover a capacitação para a resposta a situações de emergência, sem substituição da intervenção diferenciada dos serviços de emergência médica. A atuação do enfermeiro especialista neste âmbito encontra-se eticamente legitimada e alinhada com as competências profissionais definidas para a área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

3. Projeto de intervenção comunitária em Suporte Básico de Vida

3.1. Justificação do projeto

A paragem cardiorrespiratória fora do contexto hospitalar permanece associada a elevada mortalidade evitável, fortemente dependente da resposta prestada nos primeiros minutos após o colapso. A evidência científica e as orientações nacionais e internacionais sublinham que a atuação precoce das pessoas presentes no local constitui um fator determinante para a sobrevivência da vítima (European Resuscitation Council, 2021; European Resuscitation Council, 2025; World Health Organization, 2021).

No seio da comunidade educativa, a ocorrência de situações de emergência médica, ainda que pouco frequente, implica riscos relevantes, atendendo à concentração diária de pessoas, e também à responsabilidade institucional na proteção da vida e da segurança. A presença contínua de docentes e não docentes e o seu envolvimento no funcionamento quotidiano da escola justificam a sua consideração como grupo estratégico no âmbito da resposta inicial a eventos críticos (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Este projeto surge na sequência de uma solicitação formal da Escola Profissional de Vouzela à Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões visando a implementação de uma intervenção em Suporte Básico de Vida dirigida à Comunidade Educativa adulta, enquanto resposta estruturada a uma necessidade identificada em meio escolar.

3.2. Metodologia do planeamento em saúde

A metodologia do planeamento em saúde adotada baseia-se na abordagem proposta por Imperatori e Gerales, articulada com o modelo PRECEDE–PROCEED, permitindo uma análise sistemática do problema de saúde, o estabelecimento de prioridades e o planeamento estruturado da intervenção; assim, o diagnóstico de situação constitui a etapa inicial do processo de planeamento, assumindo um papel central na fundamentação das decisões subsequentes.

3.2.1. Diagnóstico de situação

Embora este projeto seja resultado de uma solicitação formal da Escola Profissional de Vouzela, o diagnóstico de situação constitui uma etapa essencial do planeamento em saúde, permitindo caracterizar a situação inicial, e adequar a intervenção às características do contexto e da população alvo, em conformidade com os princípios do planeamento em saúde (Imperatori & Gerales, 1993).

O diagnóstico incide sobre a comunidade educativa adulta da Escola Profissional de Vouzela, com particular nos docentes e não docentes, enquanto grupo estratégico na resposta inicial a situações de emergência médica em meio escolar. Esta etapa visa identificar o nível de

conhecimentos prévios sobre Suporte Básico de Vida, bem como as necessidades formativas associadas à resposta à paragem cardiorrespiratória.

A recolha de informação será realizada através de instrumentos adequados, nomeadamente questionário de avaliação de conhecimentos e escala de autoeficácia/confiança, garantindo a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

3.2.2. Estabelecimento de prioridades

O estabelecimento de prioridades constitui uma etapa central do planeamento em saúde, permitindo hierarquizar necessidades e definir focos de intervenção, mesmo quando a existência de um problema já se encontra previamente identificada. Neste projeto, esta etapa não visa determinar a pertinência da intervenção uma vez que esta já se encontra legitimada, mas sim, orientar a definição dos conteúdos e do enfoque da ação a desenvolver.

A prioridade centra-se na resposta inicial à paragem cardiorrespiratória em meio escolar, considerando a relevância do reconhecimento precoce da situação, da ativação adequada do SIEM e da execução correta das manobras de SBV. Esta opção justifica-se pelo impacto determinante destes fatores nos primeiros minutos após o colapso e pela aplicabilidade imediata em contexto comunitário.

3.2.3. Âmbito do projeto

O projeto está inserido no âmbito da intervenção comunitária em saúde, sendo desenvolvido no contexto da comunidade educativa da Escola Profissional de Vouzela, em articulação com a Unidade na Comunidade de Lafões. A intervenção dirige-se à população adulta da comunidade educativa, especificamente docentes e não docentes, enquanto grupo com potencial de atuação na resposta inicial a situações de emergência.

O projeto encontra-se delimitado à capacitação em Suporte Básico de Vida no adulto, centrando-se na resposta inicial à paragem cardiorrespiratória até à chegada dos meios de emergência diferenciados. A intervenção assume natureza educativa e preventiva, enquadrando-se nas áreas da promoção da saúde e da prevenção de riscos, em consonância com os princípios do planeamento em saúde e com as orientações nacionais de saúde pública e de saúde escolar.

3.3. Finalidade e objetivos do projeto

A finalidade consiste em contribuir para o reforço da capacidade de resposta da comunidade educativa da Escola Profissional de Vouzela perante situações de paragem

cardiorrespiratória, através de uma intervenção estruturada de capacitação em Suporte Básico de Vida, desenvolvida no âmbito da Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões.

3.3.1. Objetivo geral

Capacitar a comunidade educativa, para uma resposta segura e confiante a situações de emergência, assente no reconhecimento precoce da situação, na ativação adequada do sistema de emergência médica e no treino prático das intervenções iniciais de Suporte Básico de Vida do adulto, até à chegada de ajuda diferenciada.

3.3.2. Objetivos específicos

- Promover o reconhecimento precoce da paragem cardiorrespiratória.
- Identificar a sequência de atuação em Suporte Básico de Vida no adulto.
- Compreender a importância da ativação precoce do número europeu de emergência 112;
- Desenvolver competências práticas em Suporte Básico de Vida, de acordo com as orientações nacionais e internacionais em vigor;
- Executar corretamente as compressões torácicas, de acordo com as recomendações em vigor;
- Aumentar a perceção de confiança para atuar perante situações de emergência;

4. Desenho e operacionalização do projeto

4.1. População-alvo e contexto de intervenção

A população-alvo será constituída pelos docentes e não docentes da Escola Profissional de Vouzela, enquanto adultos integrados na comunidade educativa com presença regular no contexto escolar. No exercício das suas funções, estes profissionais desempenham funções diferenciadas, mas complementares, no funcionamento quotidiano da instituição, encontrando-se frequentemente em posição de intervir perante situações inesperadas ou críticas que ocorram no espaço.

O contexto de intervenção corresponde à comunidade educativa da Escola Profissional de Vouzela, enquanto espaço comunitário reconhecido pela sua relevância na promoção da saúde, na prevenção de riscos e na criação de ambientes seguros. A concentração diária de pessoas e diversidade de atividades desenvolvidas tornam este espaço onde a preparação para resposta a emergências médicas assume particular importância.

A intervenção será desenvolvida em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões, enquadrando-se nas estratégias de promoção de saúde e de capacitação comunitária desenvolvidas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

4.2. Entidades e parceiros envolvidos

A implementação do projeto implica a articulação entre diferentes entidades, de forma a assegurar a adequação da intervenção ao contexto e a otimização dos recursos disponíveis. As entidades e parceiros envolvidos incluem:

- UCC Lafões, integrada na ULS Viseu Dão-Lafões, enquanto entidade promotora do projeto, responsável pelo planeamento, implementação, monitorização e avaliação da intervenção.
- Escola Profissional de Vouzela, enquanto entidade parceira e local de intervenção, tendo identificado a necessidade e solicitado formalmente a realização da ação. Responsável pela articulação interna, mobilização da população-alvo e disponibilização de espaços e condições logísticas.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, enquanto entidade de referência técnica no domínio do Suporte Básico de Vida, cujas orientações fundamentam os conteúdos da intervenção.
- Direção-Geral da Saúde, enquanto entidade orientadora das políticas de saúde pública e de saúde escolar que enquadram o projeto.
- A Escola Superior de Saúde de Viseu enquanto entidade parceira, poderá colaborar no empréstimo de manequim de treino para Suporte Básico de Vida, destinado à componente prática da sessão formativa, contribuindo para a realização de atividades de simulação ajustadas às orientações técnicas em vigor e para a consolidação das competências práticas dos participantes.
- Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Vouzela enquanto entidade que poderá colaborar no empréstimo de manequins de treino de Suporte Básico de Vida, destinados à componente prática da sessão formativa.

4.3. Estratégias de intervenção

As estratégias de intervenção foram concebidas com base numa abordagem educativa estruturada, centrada na capacitação da comunidade educativa para a resposta inicial à paragem cardiorrespiratória, estas privilegiam a simplicidade, a adequação ao contexto e a participação ativa dos participantes.

A estratégia principal assenta na realização de uma sessão única de suporte básico de Vida, de carácter teórico-prático, permitindo integrar conhecimentos essenciais com o treino das competências práticas necessárias à atuação em emergência. A opção justifica-se pela necessidade de garantir uma abordagem focada, exequível e ajustada à disponibilidade da população alvo, sem comprometer a qualidade da intervenção.

A componente teórica tem o objetivo de consolidar conhecimentos fundamentais relacionados com o reconhecimento da paragem cardiorrespiratória, a ativação do sistema de emergência e a sequência de atuação em Suporte Básico de Vida. A componente prática centra-se no treino das compressões torácicas no adulto, promovendo a aquisição de técnicas e o reforço da confiança para agir.

A metodologia adotada é a expositiva – interativa e de treino supervisionado favorecendo a participação dos participantes e o esclarecimento de dúvidas e o feedback imediato. Esta opção encontra-se alinhada com as orientações de promoção da saúde em contexto comunitário, que valorizam a participação ativa, a adequação ao contexto e o reforço da autoeficácia dos participantes (Direção-Geral da Saúde, 2015; WHO 2021).

4.4. Atividades de educação para a saúde em SBV

As atividades de educação para a saúde serão operacionalizadas através de sessão única de Suporte Básico de Vida, de natureza teórico-prática, dirigida à comunidade adulta da Escola Profissional de Vouzela.

A componente teórica da sessão visa a transmissão de conhecimentos essenciais relacionados com a paragem cardiorrespiratória, o reconhecimento precoce da situação, a ativação do sistema de emergência médica e a sequência de atuação em Suporte Básico de Vida no adulto. No âmbito da resposta inicial à emergência são também abordados conteúdos relacionados com a Obstrução da Via Aérea e com a Posição Lateral de Segurança enquanto procedimentos complementares de atuação em situações críticas, contribuindo para uma resposta mais adequada e segura até à chegada de ajuda diferenciada.

A componente prática centra-se na demonstração e treino das manobras de Suporte Básico de Vida no adulto, com especial enfoque na execução correta das compressões torácicas. O treino é realizado de forma supervisionada, permitindo aos participantes experimentar as manobras em ambiente controlado e receber feedback imediato, favorecendo a consolidação das competências e o reforço da confiança para atuar.

O planeamento detalhado da sessão, incluindo objetivos, conteúdos, metodologias, recursos e formas de avaliação, encontra-se sistematizado no Plano detalhado da sessão (Anexo II), enquadrando-se na lógica de intervenção em saúde escolar preconizada a nível nacional (Direção-Geral da Saúde, 2015).

4.5. Preparação operacional

A preparação operacional do projeto foi planeada de forma a garantir a exequibilidade da intervenção, a adequação ao contexto e a segurança dos participantes, assegurando a coerência entre os objetivos definidos, as atividades propostas e os recursos disponíveis.

4.5.1. Recursos humanos

Os recursos humanos envolvidos na implementação do projeto incluem o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da UCC Lafões, responsável pelo planeamento, dinamização das atividades formativas e avaliação da intervenção. De acordo com a disponibilidade e as necessidades identificadas, poderão colaborar outros profissionais da UCC, bem como elementos da comunidade educativa, nomeadamente para apoio logístico à realização da sessão.

A componente prática poderá contar com a colaboração de alunos da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu, no acompanhamento dos participantes durante o treino das manobras de Suporte Básico de Vida, sob supervisão do enfermeiro responsável. Esta colaboração permite assegurar uma adequada relação formador-participantes e favorecer o feedback individualizado durante o treino prático.

Poderá ainda ser estabelecida articulação pontual com entidades parceiras locais, designadamente os Bombeiros Voluntários de Vouzela, para apoio técnico-logístico à componente prática da intervenção, contribuindo para a adequação do treino prático às práticas locais de resposta à emergência.

4.5.2. Recursos materiais

Os recursos materiais necessários à implementação do projeto incluem:

- Sala ampla, adequada à realização da componente teórico-prática;
- Materiais audiovisuais de apoio; (Computador, Projetor Multimédia);
- Apresentação em suporte digital;
- Manequim de treino para Suporte Básico de Vida (adulto);
- Material de apoio à organização do espaço e realização de treino prático.

4.5.3. Cronograma de atividades

O cronograma do projeto foi definido de forma a assegurar uma sequência lógica entre as diferentes fases do planeamento, encontrando-se apresentado no Anexo III, onde se encontram sistematizadas as etapas do projeto, os respetivos períodos de execução e a articulação com as diferentes fases do planeamento em saúde.

4.6. Comunicação e divulgação do projeto

A comunicação e divulgação do projeto constituem uma componente relevante para a mobilização da população-alvo e para a valorização da intervenção desenvolvida, sendo reconhecidas como elementos essenciais para a adesão, participação e sustentabilidade das

intervenções de promoção da saúde em contexto comunitário e escolar (World Health Organization, 2021).

A comunicação e divulgação do projeto serão realizadas em articulação com a direção da Escola Profissional de Vouzela, recorrendo aos canais internos de comunicação institucional de forma a garantir uma informação clara, atempada e ajustada ao contexto educativo.

A comunicação da intervenção será ainda apoiada por um documento de divulgação elaborado especificamente para o efeito, contendo informação essencial sobre o tema, data, local e enquadramento da sessão formativa, com o objetivo de facilitar a mobilização da população-alvo e promover a adesão à intervenção. Este material encontra-se apresentado em Anexo VI, enquanto suporte de comunicação institucional utilizado no contexto da Escola Profissional de Vouzela.

5. Avaliação do projeto

A avaliação do projeto constitui uma componente essencial do planeamento em saúde, permitindo analisar de forma sistemática a implementação, os resultados alcançados e a adequação das estratégias adotadas, contribuindo para a melhoria contínua das intervenções desenvolvidas em contexto comunitário (Imperatori & Geraldes, 1993).

5.1. Indicadores de processo

Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como o projeto é implementado, incidindo sobre o grau de execução das atividades planeadas e a adequação dos recursos mobilizados. Estes indicadores são fundamentais para monitorizar a fidelidade da intervenção ao planeamento definido e identificar eventuais constrangimentos operacionais (Imperatori & Geraldes, 1993).

Assim, serão considerados os seguintes indicadores de processo:

- Número de docentes e não docentes participantes na sessão;
- Taxa de participação em relação à população-alvo prevista;
- Cumprimento do cronograma estabelecido;
- Realização integral das componentes teórica e prática da sessão;
- Adequação dos recursos humanos e materiais utilizados.

5.2. Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado permitem avaliar os efeitos imediatos da intervenção junto da população-alvo, em consonância com os objetivos definidos. No âmbito de intervenções de promoção de saúde e de capacitação comunitária, estes indicadores centram-se, sobretudo,

na alteração de conhecimentos, no desenvolvimento de competências e na percepção de confiança dos participantes (World Health Organization, 2021).

Serão considerados indicadores de resultado:

- Variação dos conhecimentos em Suporte Básico de Vida, avaliado através de questionário de avaliação de conhecimentos aplicado em momentos pré e pós-intervenção;
- Aquisição de competências práticas na execução de manobras de Suporte Básico de Vida;
- Alteração da percepção de confiança e de autoeficácia para atuar em situações de paragem cardiorrespiratória, avaliada através de escala construída para o efeito;

A avaliação dos resultados será realizada mediante a comparação descritiva dos dados recolhidos antes e após a intervenção, respeitando os princípios da avaliação em saúde comunitária.

5.3. Metas do projeto

As metas do projeto foram definidas de forma realista e mensurável, tendo em conta a natureza da intervenção, a duração da sessão e as características da população-alvo. Estas metas permitem aferir o grau de concretização dos objetivos propostos e orientar a análise dos resultados obtidos no âmbito da avaliação.

Definem-se como metas relativamente aos indicadores de processo:

- A participação de, pelo menos, uma percentagem significativa da população-alvo convidada;
- A realização integral da sessão, contemplando as componentes teórica e prática;
- O cumprimento do cronograma previamente definido;
- A adequação dos recursos humanos e materiais mobilizados à intervenção;

Relativamente aos indicadores de resultado, definem-se como metas:

- O aumento do nível de conhecimentos em Suporte Básico de Vida após a intervenção, evidenciado pela comparação entre os resultados do questionário aplicado em momentos pré e pós-intervenção;
- A aquisição de competências práticas básicas na execução das manobras de Suporte Básico de Vida pela maioria dos participantes;
- A melhoria da percepção de confiança e de autoeficácia para atuar perante uma situação de paragem cardiorrespiratória após a intervenção.

As metas associadas aos indicadores de processo e de resultado encontram-se sistematizadas nas tabelas-síntese de avaliação, apresentadas em Anexo I, facilitando a leitura integrada do processo avaliativo e a interpretação dos resultados.

5.4. Monitorização e follow-up

A monitorização e o follow-up constituem elementos essenciais para assegurar a continuidade e a sustentabilidade da intervenção. A monitorização permite acompanhar a execução do projeto ao longo do tempo, enquanto o follow-up possibilita avaliar a manutenção dos efeitos da intervenção após a sua implementação (World Health Organization, 2021).

A monitorização irá decorrer ao longo das diferentes fases da intervenção, permitindo acompanhar a implementação das atividades planeadas e assegurar o cumprimento do cronograma definido. Este processo incide, sobretudo, na verificação da realização integral da sessão formativa, na adequação dos recursos mobilizados e na participação da população-alvo.

O follow-up assume uma natureza avaliativa, centrando-se na análise dos resultados obtidos no momento pós-intervenção. A comparação entre os dados recolhidos antes e após a sessão permitirá avaliar os efeitos imediatos da capacitação em Suporte Básico de Vida, nomeadamente ao nível dos conhecimentos, das competências práticas e da perceção de confiança para atuar em situações de emergência.

A informação resultante do processo de monitorização e follow-up constitui um suporte relevante para a reflexão crítica sobre a intervenção desenvolvida, podendo fundamentar a necessidade de reforço ou continuidade de ações formativas futuras em contexto de comunidade educativa, em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões.

5.5. Análise SWOT

A análise SWOT constitui uma ferramenta de apoio à avaliação estratégica, permitindo identificar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças associados à intervenção. A sua utilização em projetos de promoção da saúde facilita a reflexão crítica sobre o contexto e a sustentabilidade das ações desenvolvidas (Imperatori & Geraldès, 1993).

- **Pontos fortes**, destaca-se a solicitação formal da intervenção por parte da Escola Profissional de Vouzela, evidenciando a pertinência e a adequação da ação às necessidades da comunidade educativa. Salienta-se ainda a articulação institucional com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Lafões e o envolvimento do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública,

garantindo fundamentação científica, planeamento estruturado e adequação metodológica da intervenção.

- **Pontos fracos**, identifica-se o carácter pontual da intervenção, concretizada numa única sessão, o que pode limitar a consolidação de conhecimentos e competências adquiridos a médio e longo prazo. A disponibilidade dos participantes também pode constituir um fator condicionante à adesão da população-alvo.
- **Oportunidades**, destacam-se a possibilidade de continuidade ou reforço das ações formativas em Suporte Básico de Vida na comunidade educativa, bem como a integração desta temática em futuras iniciativas de promoção de saúde em contexto escolar, em articulação com a UCC Lafões. A sensibilização crescente da importância da resposta precoce a emergências médicas constitui igualmente uma oportunidade para alargar o impacto da intervenção.
- **Ameaças**, podem ser consideradas eventuais limitações relacionadas com a disponibilidade de recursos humanos e materiais, bem como a concorrência com outras prioridades institucionais por parte da escola que poderão dificultar a calendarização de ações futuras. A gestão destes fatores assume relevância para a sustentabilidade de ações semelhantes.

5.6. Gestão do risco

A gestão do risco integra a avaliação do projeto, permitindo identificar potenciais fatores que possam comprometer a implementação ou os resultados da intervenção e definir medidas de mitigação adequadas. No contexto de projetos comunitários, a gestão do risco contribui para a segurança dos participantes e para a qualidade da intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os principais riscos identificados relacionam-se com a adesão da população-alvo, a disponibilidade de recursos humanos e materiais e a realização da componente prática da sessão. A eventual limitação da participação dos docentes e não docentes será mitigada através da articulação prévia com a direção da escola e da adequação do horário da intervenção às dinâmicas institucionais.

Relativamente á componente prática, serão asseguradas as condições adequadas de espaço, organização e supervisão de forma a garantir a segurança dos participantes durante o treino das manobras de suporte básico de vida. A presença do enfermeiro responsável e o acompanhamento próximo durante as atividades praticas constituem medidas essenciais de controlo do risco.

6. Considerações éticas

O presente projeto será desenvolvido em conformidade com os princípios éticos fundamentais que orientam a prática de Enfermagem e a intervenção em saúde comunitária, assegurando o respeito pelos direitos, dignidade e integridade dos participantes ao longo de todas as fases de planeamento, implementação e avaliação da intervenção.

6.1. Princípios éticos aplicáveis

A intervenção respeitará os princípios éticos fundamentais da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. A participação na sessão formativa será voluntária, não implicando qualquer prejuízo para os participantes que optem por não participar ou desistir em qualquer momento.

O projeto tem como finalidade a promoção da saúde e a capacitação da comunidade educativa, não prevendo a realização de procedimentos invasivos ou suscetíveis de provocar dano físico ou psicológico. A intervenção será planeada de modo a garantir condições de segurança durante a realização da componente prática, asseguradas através da supervisão do enfermeiro responsável.

6.2. Consentimento informado

Os participantes serão previamente informados sobre os objetivos, conteúdos, procedimentos e finalidade da intervenção, bem como sobre as formas de avaliação associadas ao projeto. A participação na sessão formativa e os instrumentos de avaliação será precedida da obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo que os participantes compreendem a natureza da intervenção e os seus direitos enquanto participantes.

O modelo de consentimento informado a utilizar encontra-se apresentado em Anexo VIII, tendo sido elaborado em linguagem clara e acessível, adequada à população-alvo, e em conformidade com os princípios éticos da prática em Enfermagem.

6.3. Confidencialidade e proteção de dados

A recolha de dados no âmbito da avaliação do projeto respeitará os princípios da confidencialidade e da proteção de dados pessoais. Os instrumentos de avaliação terão carácter anónimo, não sendo recolhida qualquer informação que permita a identificação direta ou indireta dos participantes.

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins de avaliação da intervenção, sendo tratados de forma agregada e confidencial, em conformidade com a legislação em vigor em matéria de proteção de dados e com os princípios éticos da prática profissional em Enfermagem. O acesso aos dados será restrito ao enfermeiro responsável pelo projeto.

7. LIMITAÇÕES DO PROJETO

8. IMPLICAÇÕES EXPECTÁVEIS PARA A SAÚDE COMUNITÁRIA

9. CONCLUSÃO

Referências Bibliográficas

- American Heart Association. (2025). *Destaques das diretrizes para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência de 2025 da American Heart Association* [PDF]. https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/2025-documents-for-cpr-heart-edits-posting/Resuscitation-Science/JN1580_PTBR_Hghlghts_2025ECCGuidelines_Final_251021.pdf?sc_lang=en
- European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council guidelines 2021: Basic life support*. *Resuscitation*, 161, 98–114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
- European Resuscitation Council. (2025). *European Resuscitation Council guidelines 2025: Adult basic life support*. *Resuscitation*, 215, 110771. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110771>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Imperatori, E., & Geraldês, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde* (2.^a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Liaison Committee on Resuscitation. (2020). *International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations*. *Resuscitation*, 156, A1–A212. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.009>
- International Liaison Committee on Resuscitation. (2020). *Consensus on science with treatment recommendations*. ILCOR. <https://www.ilcor.org>
- Martins, T., & Borges, E. (2017). *Intervenções de promoção da saúde em contexto escolar*. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Boston, MA: Pearson.

Portugal, Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Manual de suporte básico de vida*. INEM. <https://www.inem.pt>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). *Cuidados de saúde primários: Organização e funcionamento das unidades funcionais*. DGS.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. DGS. <https://www.sns.gov.pt>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021–2030*. DGS. <https://pns.dgs.pt>

World Health Organization. (2021). *Health promotion: Strategy and actions*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Basic emergency care: Approach to the acutely ill and injured*. Geneva: World Health Organization.

Anexos

- Anexo I – Tabelas de indicadores e metas de avaliação do projeto
- Anexo II – Plano detalhado da sessão
- Anexo III – Cronograma do projeto
- Anexo IV – Questionário de avaliação de conhecimentos (pré e pós-intervenção)
- Anexo V – Grelha de correção do Questionário
- Anexo VI - Documento de divulgação da Sessão de Suporte Básico de Vida
- Anexo VII – Materiais pedagógicos utilizados
- Anexo VIII – Consentimento Informado