

Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença: uma intervenção da Enfermagem Comunitária

Training hypocoagulated users and their families in disease management: a community nursing intervention

Rute Rego¹

 orcid.org/0000-0001-5074-2836

Edmundo Sousa²

 orcid.org/0000-0003-2136-4471

Fátima Pinto³

¹ Mestrado. ACES Arrábida/USF Sesimbra, Sesimbra, Portugal.

² Doutoramento. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CINDUR)/ESEL, Lisboa, Portugal.

³ Mestrado. ACES Arrábida/USF São Filipe, Setúbal, Portugal.

Resumo

Introdução

As doenças cérebro-cardiovasculares necessitam de um acompanhamento regular e especializado, onde se inclui as patologias que necessitam de anticoagulantes orais, com o intuito de diminuir os internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência, necessitando de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. O projeto foi sustentado pelo referencial teórico de Dorothea Orem, Teoria do Défice do Autocuidado.

Objetivo

Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença.

Métodos

Aplicado a metodologia do planeamento em saúde. O diagnóstico de situação foi desenvolvido com recurso a questionários aplicado ao utente no sentido de validar o seu conhecimento sobre a gestão da doença e um segundo aplicado à família para compreender o seu conhecimento sobre as necessidades do seu familiar. A amostra não probabilística por conveniência, foi constituída por 18 utentes e 5 familiares nas consultas realizadas durante o período de estágio.

Resultados

O diagnóstico de situação revelou défice de conhecimento sobre a gestão da doença: no autocuidado, regime terapêutico e sua interação, bem como défice do papel da família no acompanhamento do seu familiar e na perceção das suas necessidades. Utilizou-se como estratégia, a educação para a saúde no sentido de melhorar os problemas identificados através da capacitação dos utentes e famílias intervencionadas. Após a intervenção verificou-se um aumento de conhecimentos em todos os pontos abordados: autocuidado (92,85%), regime terapêutico e sua interação (85,71%). Quanto à intervenção familiar verificou-se que os participantes são familiares conviventes com os utentes hipocoagulados e já assumiram o papel de cuidador.

Conclusão

Este projeto contribuiu para o conhecimento dos utentes hipocoagulados e família, através da intervenção da enfermagem comunitária, bem como a reflexão sobre como desenvolver estratégias com as famílias, no sentido de as capacitar na deteção precoce de intervir no autocuidado do seu familiar e na gestão dos papeis familiares.

Palavras-chave

Utentes; Família; Anticoagulantes Oraís; Educação para a Saúde; Enfermagem Comunitária.

Autor de correspondência

Rute Rego

E-mail: rute-rego@hotmail.com

Recebido: 19.04.2023

Aceite: 14.09.2023

Como citar este artigo: Rego R, Sousa E, Pinto F. Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença: uma intervenção da Enfermagem Comunitária. *Pensar Enf* [Internet]. 2023 Out; 27(1):155-161. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.276>



Abstract**Introduction**

Brain and cardiovascular diseases require regular and specialized follow-up, including those pathologies that require oral anticoagulants, in order to reduce hospitalizations due to clinical decompensation, maintain the person active, and reduce their degree of dependence. This requires a professional/patient/family partnership in their management. This project was based on Dorothea Orem's Theory of Self-Care Deficit.

Objective

To train the hypocoagulated users and their families in disease management.

Methods

The health planning methodology was applied. The situation diagnosis was developed using questionnaires applied to the patient to validate their knowledge about disease management and a second one applied to the family to understand their knowledge about their relative's needs. The non-probability convenience sample was composed of 18 patients and 5 family members in the consultations performed during the internship period.

Results

The situation diagnosis revealed a deficit of knowledge about disease management: in self-care, therapeutic regimen, and their interaction, as well as a deficit of the family's role in monitoring their family member and perceiving their needs. Health education was used as a strategy to improve the problems identified through the empowerment of users and families. After intervention, there was an increase in knowledge in all the addressed points: self-care (92.85%), therapeutic regime and its interaction (85.71%). As for the family intervention, we found that participants are family members who live with hypocoagulated patients and have already taken over the role of caregiver.

Conclusion

This project contributed to the knowledge of hypocoagulated patients and family, through the intervention of community nursing, as well as the reflection on how to develop strategies with families, to empower them in the early detection of intervention in the self-care of their family member and in the management of family roles.

Keywords

Patients; Family; Oral Anticoagulants; Health Education; Community Nursing.

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados-membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes em 2010, como refere o PNDCCV.¹ As doenças cérebro-cardiovasculares são doenças que necessitam de acompanhamento efetivo e especializado na sua gestão com o intuito de diminuir internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência. Estão incluídas as doenças cardiovasculares que necessitam anticoagulantes orais (ACO), o que requer uma vigilância de saúde mais regular e de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. Verifica-se um decréscimo de internamentos por doenças do aparelho circulatório, 8,1% em 2016, face a 2011 e um aumento de internamentos por insuficiência cardíaca, 20,3% em 2016, face a 2011.¹

A enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”^{2(p.8667)}, promovendo intervenções através de ações de educação para a saúde (EpS) na comunidade, acompanhando as famílias no seu projeto de saúde, tornando-os parceiros e decisores nos seus cuidados com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e obter ganhos em saúde. A EpS, como estratégia de intervenção, deve construir um processo interativo “orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde”.^{3(p.1)} A revisão da literatura demonstra a importância das sessões de EpS para a capacitação dos utentes no desempenho do seu autocuidado e na gestão da sua doença com maior segurança e eficácia.

Este projeto norteou-se pela carta de Ottawa^{4(p.3,4)}, na condição básica – Capacitar “centra-se na procura da equidade em saúde”, no sentido de contribuir para a diminuição das desigualdades existentes, no qual se torna “necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis”. A intervenção focou-se na ação comunitária em que “a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde”; no desenvolvimento de competências pessoais, através de acesso à informação, EpS melhorando as suas competências no seu autocuidado. Assim como, na Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que tem como premissa “todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob a sua responsabilidade”^{5(p.614)}.

É fundamental compreender que a família é um sistema complexo, com estrutura própria que se desenvolve e se transforma ao longo do ciclo vital de acordo com as vivências experienciadas. Verificou-se nesta comunidade de

intervenção que as famílias participantes se encontram, na última etapa do ciclo vital, como refere Figueiredo.⁶ Esta é uma etapa transformativa, no sentido de compreender as fragilidades de quem necessita de apoio bem como daquele que o presta. Torna-se assim, preponderante, o papel da enfermagem, no acompanhamento das famílias, identificando as transformações ao longo do ciclo vital, prestando informação, apoiando-as na tomada de decisão, colaborando nas estratégias com o intuito de as manter capacitadas no seu autocuidado, gerindo os seus papéis familiares através de uma comunicação positiva, eficaz e efetiva.

O presente artigo pretende expor, de forma sucinta, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido ao longo do estágio, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área da especialização em Enfermagem Comunitária.

Métodos

“O Planeamento em saúde tem de ser adequado à realidade, respondendo de forma assertiva e pragmática às necessidades e/ou problemas sentidos na comunidade ou em qualquer organização de saúde, supostamente ao serviço dessa comunidade”.^{7(p.67)} Foi através da metodologia do planeamento em saúde que foi desenvolvida a intervenção do projeto, descrevendo, analisando e avaliando todo o percurso formativo e interventivo na comunidade em acompanhamento, seguindo as várias etapas de desenvolvimento: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação de execução e avaliação. Estas etapas permitiram traçar um caminho sustentado e sistematizado pois “exige uma metodologia lógica e racional”.^{7(p.29)}

É um estudo descritivo exploratório desenvolvido após o parecer favorável da comissão de ética para a saúde com a referência 6272/CES/2021.

População-alvo e amostra

A população-alvo do projeto foi constituída pelos utentes inscritos na USF, num total de 52 utentes, com os critérios de inclusão: utentes hipocoagulados com necessidade de controlo de INR, acompanhados em consulta no período de estágio, que tenham capacidade de compreensão, leitura e escrita, para responder ao questionário e que aceitem participar no projeto. Desses, um total de 18 utentes integraram a amostra, sendo esta não probabilística e por conveniência.

Instrumento de recolha de dados

Para se iniciar a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde – Diagnóstico de situação, foi construído um questionário, validado por peritos e realizado pré-teste, no sentido de compreender o

conhecimento dos utentes hipocoagulados e família, constituído por: Parte A variáveis sociodemográficas que nos permite conhecer a amostra em estudo; Parte B - variáveis motivacionais, no qual vai permitir compreender o envolvimento/conhecimento dos utentes na gestão da sua doença e Parte C, variáveis socio-relacionais, que nos poderá permitir analisar a relação utente/enfermeiro. Para compreender o papel da família do utente hipocoagulado foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), matriz operativa, na dimensão funcional aos familiares que acompanharam os utentes à consulta de enfermagem de hipocoagulação, no sentido de identificar as áreas de intervenção que a família, como prestador de cuidados executa. A dimensão funcional avalia a dependência dos diversos tipos de autocuidado descritos pelo ICN (2002b): vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, atividade de lazer e atividade física, bem como o conhecimento sobre a dependência da gestão do regime terapêutico, da autovigilância e da autoadministração de medicamentos, referido por Figueiredo.^{6(p.92)} O que nos permitiu, tanto avaliar as necessidades do membro da família como as do familiar cuidador. A colheita de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2021, após autorização da comissão de ética para a saúde.

Resultados

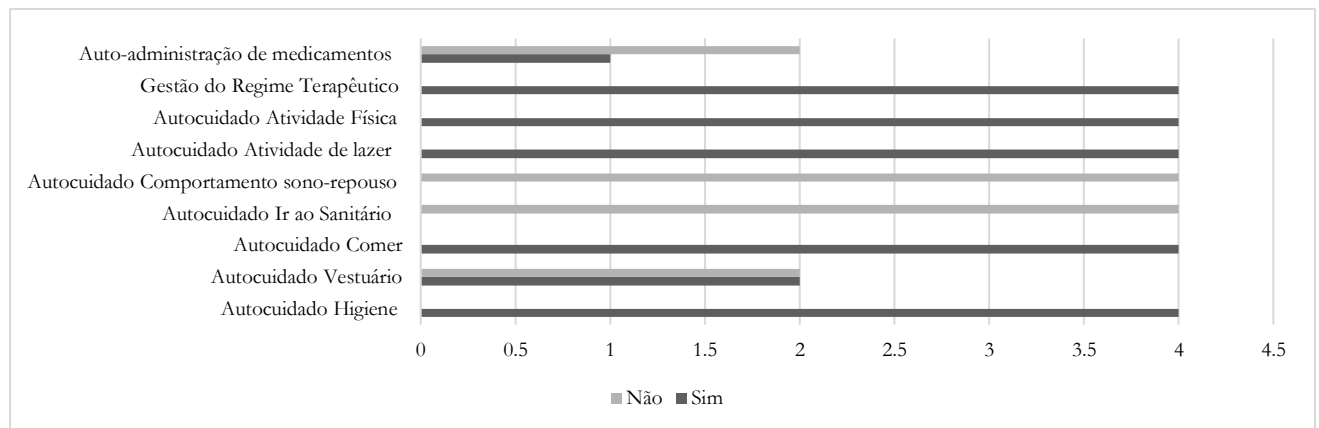
A idade dos utentes da amostra varia entre os 55 e 88 anos de idade, sendo a média 73,61 anos. Verifica-se que 67% são do sexo masculino e 44% feminino, dos quais 67% completaram o ensino básico. Em relação ao agregado familiar, verifica-se que 72% dos inquiridos vive com o conjugue, 22% com um familiar e 6% sozinhos.

Quanto ao conhecimento sobre a doença, 100% dos inquiridos identifica o nome do medicamento prescrito, dos quais 72% identifica o intervalo terapêutico adequado para si. No entanto, 28% dos inquiridos não sabe o motivo por que toma a medicação anticoagulante. Quanto às interações medicamentosas com o ACO, 89% não identifica medicamentos que possam interferir, mas em relação aos alimentos e situações de saúde 50% conseguem dar alguns exemplos que possam alterar o valor terapêutico ou mesmo alimentos que terão de suspender. E, por último, a importância da consulta de enfermagem, em que 100% dos inquiridos referem que é uma consulta acessível e importante para a monitorização e vigilância do estado de saúde.

Quanto ao questionário dirigido à família, responderam três familiares e um cuidador não familiar. Verificou-se que os utentes hipocoagulados apresentam dependência em várias áreas do autocuidado: Gestão do Regime Terapêutico, Autocuidado Atividade Física, Autocuidado Atividade de lazer e Autocuidado Higiene, como mostra o Gráfico1, no qual o prestador de cuidados, maioritariamente familiar, assume essas funções como suas. Com base na aplicação da

matriz operativa do MDAIF, verificou-se uma baixa adesão familiar no acompanhamento e na supervisão das necessidades do seu membro familiar.

Gráfico 1 - Análise das áreas de dependência no autocuidado



De acordo com os resultados obtidos na etapa do diagnóstico em saúde. Procedeu-se à identificação e formulação dos diagnósticos em enfermagem, de acordo com a taxonomia CIPE, versão 2015: Déficit de conhecimento no âmbito do processo patológico e do regime dietético; Capacidade do autocuidado comprometido; Autogestão da doença comprometido; Conhecimento do papel da família comprometido e capacidade do familiar em gerir a doença comprometido.

Do diagnóstico de situação à execução

Após a identificação dos problemas de saúde e a formulação dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à hierarquização dos mesmos. A definição de prioridades, segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde, foi realizada com recurso a um conjunto de peritos e concretizada com base nos critérios da grelha de análise, adaptado de Hartz.⁸ De acordo com os resultados obtidos e com vista a minimizar ou resolver os problemas identificados, deu-se primazia aos primeiros quatro: Déficit de conhecimento do regime dietético, Autogestão da doença comprometido, Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido e Déficit de conhecimento do processo patológico.

Com base nos problemas priorizados foram definidos os objetivos geral e específicos, sendo que, formular objetivos, é a etapa seguinte que nos permite viabilizar o projeto, no sentido de ser “possível traçar um caminho das estratégias de intervenção (...) a partir do estado atual de determinada comunidade, que estado pretendemos atingir, onde e até quando”.^{7(p.23)} Assim, o objetivo geral é capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença. Como

objetivos específicos delineou-se: Identificar alimentos que mais interferem com o ACO; Reconhecer situações de perigo para os utentes que tomam ACO; Relacionar as situações de perigo com a ação a tomar para que seja diminuído o risco, Apoiar a família na identificação das áreas que o seu familiar necessita de suporte e Compreender o processo patológico. De forma a quantificar e qualificar as atividades a desenvolver definiram-se indicadores de atividade, adesão e qualidade. Segue-se a quarta etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde – Seleção de Estratégias, que tem como função “um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.^{9(p.65)} Foram delineadas as seguintes estratégias sustentadas na teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem: Envolvimento da Equipa de Enfermagem, apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem; Reuniões informais com as colegas para as manter informadas sobre o desenvolvimento do projeto e solicitar opinião. Informação e Comunicação, participação da mestranda em consultas de hipocoagulação para estabelecer uma relação com utentes/família e dar conhecimento do projeto; Exposição da informação em local visível sobre as atividades a desenvolver; Informação sobre as atividades desenvolvidas reforçadas nas consultas com as suas enfermeiras de família; Promoção do Autocuidado, realização de duas sessões de EpS na USF; entrega de uma *checklist* para ajudar nos registos de alterações do bem-estar no seu dia-a-dia; entrega de um *flyer* com resumo dos cuidados a ter para manter uma boa saúde; Proximidade de Cuidados de Enfermagem, realização do manual de boas práticas da consulta de enfermagem não presencial. Estas estratégias tiveram como propósito dar resposta atempadamente às dificuldades manifestadas pelo

utente e família. Manter o utente capaz de se autocuidar “desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar”^{10(p.84)} é torná-lo autônomo no seu autocuidado. As sessões de EpS realizadas tiveram como finalidade promover a saúde na comunidade em intervenção, viabilizando o seu desenvolvimento e melhorando o conhecimento sobre a doença. Como refere a carta de Ottawa (1986), “é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar, entendendo a saúde como (um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida)”^{8(p.160)}

Avaliação

Após a execução das intervenções, fez-se a avaliação do projeto com base nas metas pré-definidas. As metas foram definidas com base no diagnóstico de situação. No final de cada sessão de EpS foi aplicado uma *checklist* de avaliação sobre os temas abordados. Desta forma, foram avaliados os conhecimentos dos utentes e família, que participaram nas sessões, quanto aos temas abordados nas duas sessões realizadas, coadjuvando-se aos objetivos e indicadores de resultado definidos para este projeto de intervenção, como exposto na Tabela 1.

Tabela 1 - Avaliação dos diagnósticos de Enfermagem Priorizados aplicados a 14 participantes, dos quais 4 são familiares que participaram nas duas sessões de EpS

Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento do regime dietético		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem de utentes/ família intervencionados consigam identificar 5 alimentos que mais interferem com o ACO.	80%	85,71%
Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da doença comprometida		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem de utentes/ família intervencionados consigam reconhecer 3 situações de perigo.	90%	92,85%
Percentagem de utentes e família intervencionados consigam identificar 2 ações para diminuir o risco.		
Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometida		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem dos familiares intervencionados identifiquem 3 áreas no qual o seu familiar necessita de suporte.	50%	100%
Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento do processo patológico		
Indicador de Resultado	Meta	Resultado
Percentagem de utentes/ família intervencionados identifiquem o motivo da toma do anticoagulante.	70%	92,85%

O quadro 1 mostra que as metas propostas foram atingidas apesar das dificuldades sentidas na adesão das famílias ao projeto e na motivação de todos os utentes que responderam ao questionário participarem nas sessões de EpS. As duas sessões programadas tiveram maior adesão dos utentes, devido às sessões terem sido realizadas no dia da sua consulta, e por isso, o número de participantes ter sido inferior aos que responderam ao questionário. Verificou-se que os utentes, na sua maioria idosos, mantem-se sozinhos na ida às consultas de vigilância e monitorização para manterem uma gestão da doença dentro das suas capacidades físicas e mentais.

Discussão

Este projeto veio reforçar o mapeamento realizado através da *scoping review*, em que como refere Madrid^{12(p.463)} “The education level and patients’ knowledge have a direct influence on the global management of the

anticoagulation.”; ou como Alphonsa^{13(p.668)} “Patient’s knowledge about OAT was suboptimal. The findings support the need for educational interventions to improve the knowledge regarding OAT and, thereby, achieve an appropriate and safe secondary prevention of stroke.”, bem como, Viola, Fekete e Csoka^{14(p.1265)} referem “The lowest frequency of correct answers regarded the questions on drug interactions (10.2%) and diet (11.4%).” E na necessidade de “(...)developing new strategies for patient education to improve knowledge on the treatment with oral anticoagulants.”. O presente projeto através dos questionários aplicados também demonstrou uma população idosa (moda 87 anos de idade), com baixa escolaridade (67% com o ensino básico), em que 28% da amostra não sabe justificar porque toma o ACO e 78% não reconhece a interação medicamentosa mas quanto aos alimentos que possam interferir, 50% consegue identificar 5 alimentos. Após a intervenção com este grupo, através da EpS, verifica-se uma aquisição de novos conhecimentos

sobre a sua doença, sinais de alerta, ações a realizar para minimizar o risco promovendo uma melhoria no autocuidado. Estes momentos de partilha, organizados pelos enfermeiros que cuidam desta comunidade, constroem momentos de grande aprendizagem, na medida em que o grupo-alvo não só participa de forma ativa, como questiona e identifica dificuldades no sentido de se autocapacitarem na gestão da doença. Todos os artigos salientam o fator educacional como ponto essencial para a compreensão e participação eficaz do utente na gestão da doença, demonstrando assim, a importância das sessões de EpS e como são pertinentes para a capacitação dos utentes. Esta é uma área de intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde comunitária, no qual terá que não só investir nestas ações para melhorar a literacia em saúde da comunidade bem como desenvolver e documentar através da elaboração de investigação clínica, uma vez que não se identifica artigos realizados pela Enfermagem nesta área de intervenção.

Conclusão

O papel do EEEC é fundamental no acompanhamento e orientação da comunidade na gestão do seu projeto de saúde. Através de EpS promoveu-se momentos de aprendizagem e de crescimento no sentido de capacitar a comunidade na melhoria do seu estado de saúde. Com base no diagnóstico de saúde realizado e com o suporte da Teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem, através do sistema de apoio-educação, foi possível identificar as carências no autocuidado do utente hipocoagulado e família na gestão da doença e delinear estratégias para os capacitar de forma a melhorarem as competências no seu autocuidado. Através das sessões de EpS, promoveram-se momentos de aprendizagem através da partilha de conhecimentos, experiências vivenciadas pelos utentes e debate o qual permitiu melhorar as competências quer no conhecimento da sua patologia, interação medicamentosa e alimentar como no reconhecimento de situações de risco e suas medidas de atuação de forma a minimizar os riscos e manter uma vida saudável e equilibrada. As intervenções comunitárias realizadas durante este projeto foram muito enriquecedoras devido ao envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, que permitiu divulgar a informação, incentivar a participação dos utentes e familiares, e todos juntos, melhoramos a literacia em saúde na área da hipocoagulação. No entanto, teremos de nos focar nas famílias, devido à dificuldade sentida em integrá-las na participação do projeto e na intervenção nos cuidados de saúde. Este foi uma das limitações sentidas durante o projeto de intervenção, a dificuldade em articular tempo com a disponibilidade das famílias. O tempo disponível de estágio para intervir com os utentes e famílias também é diminuto no sentido que só após o parecer favorável da comissão de ética é que podemos questionar e envolvê-los no projeto.

Intervir nesta comunidade, melhorar as suas competências no seu autocuidado, envolver uma equipa multidisciplinar em todo o seu percurso, permitiu contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da investigação em enfermagem, no entanto, outras questões surgiram durante a intervenção comunitária. Percebendo que esta comunidade tem uma percentagem elevada de pessoas idosas, que gerem o seu projeto de saúde sozinhas, fez a equipa questionar; Como identificar precocemente o declínio cognitivo e intervir no sentido de promover melhores cuidados de enfermagem? Como alertar a família para uma nova realidade e intervir precocemente na readaptação familiar? Como apoiar as famílias na reestruturação de funções ou mesmo assumindo novos papéis?

Contributos dos autores

RR – Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito.

ES - Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Revisão crítica do manuscrito.

FP - Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos autores.

Referências

1. Direção Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças cérebro cardiovasculares. Lisboa: DGS; 2017.
2. Regulamento nº 428/2018. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Diário da República 135, II Serie; 2018 jul 16:19354-19359 Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>.
3. Carvalho A, Carvalho G. Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência; 2006.
4. OMS. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Canadá. 1986.
5. Vitor A, Lopes M, Araújo T. Teoria do défice de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery (impr.). 2010 jul-set; 14 (3): 611-616.
6. Figueiredo M. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência; 2012.
7. Nunes M. Cartilha metodológica do planeamento em saúde e suas ferramentas de auxílio. Lisboa: Chiados Editora; 2016.
8. Rodrigues F. A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade. Lisboa: Lisbon International Press; 2021.

9. Melo P. Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Lisboa: Lidel; 2020.
10. Imperatori E, Giraldes M. Metodologia do planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa: ENSP; 1993.
11. George J. (Coord.). Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Hernández Madrid A, Potpara TS, Dagres N, et al. Differences in attitude, education, and knowledge about oral anticoagulation therapy among patients with atrial fibrillation in Europe: result of a self-assessment patient survey conducted by the European Heart Rhythm Association. *Europace* [Internet]. 2016 Mar; 18(3):463-7. doi: 10.1093/europace/euv448
13. Alphonsa A, Sharma KK, Sharma G, Bhatia R. Knowledge regarding oral anticoagulation therapy among patients with stroke and those at high risk of thromboembolic events J. *Stroke Cerebrovasc. Dis.* [Internet]. 2015 Mar; 24(3):668–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.11.007> .
14. Viola R, Fekete H, Csoka I. Patients' knowledge on oral anticoagulant treatment in Hungary. *Int J Clin Pharm.* [Internet]. 2017 Dec;39(6):1265-1272. Disponível em: doi: 10.1007/s11096-017-0544-1.