



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Vigilância do Utente com HTA – A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy

Orientação: Prof. Dr.^a Sandra Maria Miranda Xavier

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2021



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Vigilância do Utente com HTA – A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy

Orientação: Prof. Dr.^a Sandra Maria Miranda Xavier

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2021

Vigilância do Utente com HTA – A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Prof. Dr.ª Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Prof. Dr.ª Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Orientador: Prof. Dr.ª Sandra Maria Miranda Xavier

Data: 17/02/2021

A Saúde Pública tem como pilares principais a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Francisco George, 2019

AGRADECIMENTOS

Na conclusão de mais uma etapa académica resta a gratidão.

Por ter tido a oportunidade de chegar aqui.

A todos professores neste ciclo de estudos.

À Professora Doutora Sandra Xavier: por me ensinar que o mentor à semelhança do amigo, diz-nos para onde olhar. Mas não o que ver...

A todos colegas: houve um contributo essencial em cada um, sem o qual esta etapa não seria a mesma. Todos trouxeram aprendizagem.

Ao brainstorming do Minibus. Às amigas. Às viagens em direção ao Mestrado de Especialização.

À enfermeira I.B. por todo acompanhamento e incentivo. Pela disponibilidade constante. Pela amizade.

À equipa de enfermagem da USF K, pela confiança depositada para algo diretamente relacionado com a sua autonomia profissional. Sem a sua colaboração este projeto não seria possível.

Aos desafios familiares superados a cada momento, para que se dessem passos nesta direção.

Pelo apoio da Mimi, o meu gigante de 10 anos. Por todos os momentos que a minha caçulinha me fez compreender que ao final do dia vale sempre a pena o esforço.

Pela família que tenho: não existem palavras. Apesar de um percurso académico individual todos se mobilizaram para que este fosse mais suave.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma das doenças mais prevalentes a nível mundial e o principal fator de risco para os eventos cérebro e cardiovasculares: em Portugal estima-se uma prevalência de 36% na população entre os 25-74 anos, sendo que cerca de um terço das mortes têm causa atribuída a doenças do aparelho circulatório.

O presente relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pretende plasmar o percurso do estágio final realizado entre 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, o qual, baseado nas necessidades referidas pela equipa de enfermeiros de uma USF foi para esta e com esta, estruturada uma consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial, com recurso à Metodologia do Planeamento em Saúde. A mesma, tem como objetivos a promoção de estilos de vida saudáveis, providenciar vigilância e *follow-up* neste grupo e capacitar para o autocuidado na doença.

O projeto revelou-se exequível perante os objetivos institucionais e da equipa, e foi avaliado através da satisfação de requisitos definidos pelos enfermeiros para o mesmo. Trará a mais valia de produzir ganhos em saúde na doença HTA e suas complicações.

Palavras chave: enfermeiro; hipertensão arterial; promoção para a saúde, ganhos em saúde.

ABSTRACT:

High Blood Pressure is one of the most prevalent diseases worldwide and also a major risk factor for cerebral e cardiovascular events: it's estimated a prevalence of 36% among adults aged between 25-74 in Portugal, and, a third of all deaths have cause attributed to circulatory diseases.

The present report aims to demonstrate the path taken as a student of the Masters in Community and Public Health Nursing, between September the 16th of 2019 and January the 31st of 2020, which, based on needs identified by the nurses team, a Nurses Lead Consultation was created, with them and for them, in the local Family Health Care Unit, resourcing to Health

Planning Methodology. The consultation main goals are promotion of healthy lifestyles, to provide regular surveillance and follow-up, and empower patients for self-care.

The project revealed feasible according to institutional and the nurse's team goals and was submitted to evaluation according to previous requirements dictated by nurses. It is predicted to bring health gains in the High Blood Pressure disease and it's complications.

Key Words: nurse, high blood pressure, health promotion, health gains.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS, IP: Administração Central dos Sistemas de Saúde, Instituto Público

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BI: Bilhete de Identidade

BI USF: Bilhete de Identidade da Unidade de Saúde Familiar

CDE: Código Deontológico do Enfermeiro

CEHTA: Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

CSP: Cuidados de Saúde Primários

CTFPTI: Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado

DCCV: Doenças Cérebro e Cardiovasculares

DGS: Direção Geral de Saúde

EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio

EMV: Esperança Média de Vida

EEECSP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

GPS: Ganhos Potenciais em Saúde

HTA: Hipertensão Arterial

IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation

INE: Instituto Nacional de Estatística

INSA: Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge

MACEHTA: Manual de Apoio da Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

NCDSCE: Norma para o Cálculo das Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde PA: Pressão Arterial

PAI: Processo Assistencial Integrado

Physa: Prevalence of Hypertension and Salt Study

PLS: Plano Local de Saúde

PNDCCV: Programa Nacional para as Doenças Cérebro e Cardiovascular

PNPCT: Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS: Plano Nacional de Saúde

PPCIRA: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

RCCEE: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE: Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiros

SPH: Sociedade Portuguesa de Hipertensão

USF: Unidade de Saúde Familiar

URAP: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

US \$: United States Dolar (Dólar dos Estados Unidos)

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1 – A HIPERTENSÃO ARTERIAL	19
1.1 - OS DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ...	21
1.2 - A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL	25
1.3 – A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	26
1.4 - O IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL	28
1.5 - OS GANHOS POTENCIAIS EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	30
2 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA ABORDAGEM DA DOENÇA HIPERTENSÃO ARTERIAL	35
3 – O MODELO TEÓRICO DE AFAF MELEIS: A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS E SUA APLICABILIDADE NA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	39
II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	45
4 - O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	45
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	46
4.2 – A POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	48
4.3 – QUESTÕES ÉTICAS	49
4.4 – O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	50
4.5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	50
5 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	54
6 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	57
7 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	59
8 – A PREPARAÇÃO OPERACIONAL	61
8.1 – A PREVISÃO DE RECURSOS	64

9 – A EXECUÇÃO	68
10 – A AVALIAÇÃO	74
11 – PREVISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HTA NA USF K	76
11.1 – SEGUIMENTO E FOLLOW-UP	76
III. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	77
12 – AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	78
13 – AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	82
14 – AS COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	89
CONCLUSÃO	91
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	101
ANEXO I: Esquema Terapêutico da Hipertensão Arterial	103
ANEXO II: Indicadores de Desempenho e de Registo de Morbilidades da USF K	105
APÊNDICES	106
APÊNDICE I: Autorização do Diretor Clínico e Enfermeira Responsável da USF K para Realização de Diagnóstico de Situação	110
APÊNDICE II: Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros da USF K	112
APÊNDICE III: Autorização do Diretor Clínico e da Enfermeira Responsável da USF K para elaborar o Projeto de Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial	115
APÊNDICE IV: Autorização do Presidente do Conselho Clínico do Aces [REDACTED] para elaboração de Projeto de Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial	117
APÊNDICE V: O Instrumento de Colheita de Dados	119
APÊNDICE VI: Resumo de Reunião para Diagnóstico de Situação	121

APÊNDICE VII: Protocolo da Análise de Conteúdo das Entrevistas	123
APÊNDICE VIII: Tabela de Extração de Dados	125
APÊNDICE IX: Resultados das Entrevistas	128
APÊNDICE X: Cronograma de Atividades	130
APÊNDICE XI: Fluxograma de Não Comparência à CEHTA	132
APÊNDICE XII: Resumo e Conclusões da Reunião 2 a com Equipa de Enfermagem da USF K	134
APÊNDICE XIII: Manual de Suporte à Decisão e Intervenção na Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial	139
APÊNDICE XIV: Resumo e Conclusões da Reunião 3 com a Equipa de Enfermagem da USF K	164
APÊNDICE XV: Plano de Reunião e Conclusões na USF M.- Consulta de Evição Tabágica	166
APÊNDICE XVI: Plano de Reunião e Conclusões na USF N. - Consulta de Evição Tabágica	168
APÊNDICE XVII: Plano de Reunião e Conclusões - Consulta de Nutrição Aces M	170
APÊNDICE XVIII: Folhetos a Disponibilizar ao Utente	172
APÊNDICE XIX: Sessões de Educação para a Saúde	177
APÊNDICE XX : Plano de Sessão de Formação em Serviço e Conclusões com Equipa de Enfermagem da USF K	202

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: Determinantes para a HTA	22
Imagem 2: Classificação da HTA	27
Imagem 3: Ganhos Potenciais na Abordagem das Doenças Crónicas não Transmissíveis	33
Imagem 4: Padrões de Resposta a Transições	41
Imagem 5: Processo de Transição a Eventos	42
Imagem 6: Autocuidado e Gestão da Doença	43

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Determinação de Prioridades segundo o Método de Hanlon55

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Despesas do Estado com Medicamentos do Aparelho Cardiovascular	29
Tabela 2: Carteira de Serviços USF K	47
Tabela 3: Caracterização da Amostra	52
Tabela 4: Análise SWOT	53
Tabela 5: Determinação de Prioridades segundo o Método de Comparação por Pares ..	55
Tabela 6: Comparação de Priorização de Problemas Identificados	56
Tabela 7: Objetivos do Projeto de Intervenção Comunitária	57
Tabela 8: Objetivos Específicos e Metas do Projeto de Intervenção Comunitária ..	58
Tabela 9: Análise das Estratégias Seleccionadas	60
Tabela 10: Work Breakdown Structure	62
Tabela 11: Preparação Operacional	63
Tabela 12: Stakeholders do Projeto de Intervenção Comunitária	64
Tabela 13: Orçamento do Projeto de Intervenção Comunitária	65
Tabela 14: Locais para Realização de Consulta de Evicção Tabágica no Aces M	72
Tabela 15: Avaliação da Atividade do Projeto de Intervenção Comunitária	74
Tabela 16: Avaliação do Desempenho do Projeto de Intervenção Comunitária	75

INTRODUÇÃO

A pressão arterial é definida pela força com que o sangue circula dentro dos vasos sanguíneos e define-se como hipertensão arterial ([HTA]) quando estes valores se encontram persistentemente acima de 140/90 mmHg. A hipertensão é considerada um importante fator de risco para as Doenças Cérebro e Cardiovasculares, e tida também como passível de modificação mediante a intervenção sobre os seus determinantes (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013): a adoção de alimentação saudável, a restrição do consumo de sal a um máximo de 5 gr / dia; a manutenção de peso regular; a prática de exercício físico, a evicção tabágica e a moderação no consumo de bebidas alcoólicas são medidas preconizadas como *best buys*¹ pela Organização Mundial da Saúde ([OMS]) e pretendem-se com estas diminuir a morbilidade e mortalidade causada pela Hipertensão Arterial a um custo baixo.

A Hipertensão Arterial foi considerada “a principal causa global de mortalidade prematura em 2015, sendo responsável por quase 10 milhões de mortes e mais de 200 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade” (Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH], 2020:14). De acordo com a mesma, nas últimas três décadas os anos de vida ajustados por incapacidade (o que o Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME] for denomina de *less than ideal health*²) aumentaram 40%, acarretando alteração na qualidade de vida, diminuição de produtividade, custos financeiros relacionados com cuidados de saúde, entre outros iremos desenvolver ao longo do presente relatório.

Considerada como doença crónica, assume a prevalência mundial de cerca de um terço da população, com tendência a manter-se caso não sejam tomadas medidas que alterem o seu curso (OMS, 2013). Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge em 2015 estimou uma prevalência de HTA em cerca de 36% na população portuguesa, sendo maior nos homens e

¹ Tradução do próprio: “melhores compras”, extraído de World Health Organization [WHO] (2018). Saving Lives, Spending Less. Geneva, Suíça: World Health Organization. 6. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272534>, consultado em junho de 2020.

² Tradução do próprio: “Saúde inferior à ideal”, extraído de Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME] (2018). Finding from the Global Burden of Disease Study. Seattle, Estados Unidos da América. 12. Disponível em http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf, consultado em outubro de 2019.

na faixa etária entre os 65-74 anos (Instituto Nacional de Saúde de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2016).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desempenham um contributo essencial na deteção precoce da Hipertensão Arterial através da sensibilização para automedicação da pressão arterial, na identificação de necessidades da comunidade quanto à prevenção da doença (ou modificação do curso maligno da mesma), na criação de programas / projetos de intervenção desenhados especificamente para os problemas identificados e avaliando a sua intervenção.

Cabe também a vigilância epidemiológica do grupo de risco, e o “desenho” de novas intervenções, a nível de comunidade, grupo ou populações.

O presente Relatório de Estágio, é elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e pretende analisar reflexivamente o percurso durante a elaboração de um projeto de intervenção comunitária, desenvolvido em estágio final realizado numa USF, no distrito de Lisboa, no período entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020. Importa, neste contexto, salientar a creditação de unidades curriculares obtida no 1º estágio, decorrido entre 20 de maio de 2019 e 28 de junho de 2019, ao abrigo do Despacho nº 11641/2014 onde é referido que “Podem atribuir créditos pela experiência profissional devidamente comprovada, até ao limite de um terço do total dos créditos do ciclo de estudos, nos termos do Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências do IPS” (Instituto Politécnico de Setúbal [IPS], 2014:24024), a qual foi atribuída.

O projeto de intervenção comunitária ora relatado foi desenvolvido com recurso à Metodologia do Planeamento em Saúde: foi realizado o diagnóstico de situação com ponto de partida na consulta de dados de morbilidade da unidade em questão, assim como da epidemiologia local concernente à HTA. Identificou-se uma significativa população de hipertensos, os quais não tinham seguimento regular, havendo perceção de procura destes cuidados a qual provocava sobrecarga na equipa de enfermeiros. De seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com recurso a um guião, à equipa de enfermagem da unidade, de forma individual e com o objetivo de averiguar os motivos pelos quais a equipa não realizava de forma regular esta vigilância, os obstáculos que sentiam como impeditivos, se concordariam com a sua estruturação e as aspirações que teriam para esta vigilância. A amostra constituiu-se de 8 dos 9 elementos da equipa.

Das entrevistas emanaram vários problemas, os quais após priorização através do Método de Hanlon e da Priorização por Comparação por Pares identificaram-se como áreas prioritárias de intervenção a ausência de vigilância de enfermagem estruturada aos utentes

com diagnóstico de HTA, a sobrecarga causada à equipa pelo atendimento oportunista e a perceção de ganhos não mensuráveis na vigilância do utente com diagnóstico de HTA.

O projeto de intervenção comunitária, designado “A Vigilância do Utente com HTA – A construção da consulta de Enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar” teve como finalidade organizar e alocar recursos de enfermagem e meios auxiliares de apoio à prática do enfermeiro, com vista à criação de uma consulta de enfermagem dirigida à vigilância da pessoa com diagnóstico de HTA inscrita na unidade.

Mediante as prioridades identificadas, os recursos disponíveis e as aspirações da equipa de enfermagem, delineámos os seguintes objetivos para o projeto de intervenção comunitária, tendo como população alvo a equipa de enfermagem da USF K:

» **Objetivo Geral:** Estruturar a Consulta de Enfermagem de Vigilância da Hipertensão Arterial na USF K até 31 de janeiro de 2020.

Objetivo Específico 1: Estabelecer critérios para a Priorização na Convocatória para a CEHTA.

Objetivo Específico 2: Elaborar um Manual de suporte à decisão e intervenção na Consulta de Enfermagem de HTA

O presente documento encontra-se dividido em três grandes capítulos. O primeiro contempla o enquadramento teórico, onde se aborda a definição da HTA, o seu diagnóstico, os principais fatores de risco para o seu aparecimento, a prevalência da doença em Portugal o mote da prevenção, as orientações para o tratamento farmacológico, o impacto que produz na sociedade (económico, na qualidade de vida, na morbilidade e mortalidade), os ganhos potenciais em saúde ao investir em estratégias de baixo custo com elevado retorno. O capítulo culmina com o enquadramento do modelo teórico de Afaf Meleis também denominada de Teoria das Transições, a qual foi desenvolvida para suportar a prática do enfermeiro no acompanhamento de pessoas em processo de transição de uma condição, estado, lugar para outro, até à sua estabilização e aceitação. Relacionamos esta teoria ao percurso aqui relatado na medida em que se estrutura a vigilância da pessoa com HTA, a qual será acompanhada desde o conhecimento do diagnóstico, a autoperceção das modificações que acarretam e o caminho até à aceitação e adesão às medidas terapêuticas indicadas.

O segundo grande capítulo, o enquadramento prático, descreve sucintamente o local de estágio e relata como o projeto de intervenção comunitária passou pelas várias etapas da metodologia de planeamento em saúde, nomeadamente o diagnóstico da situação, determinação de prioridades, definição de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, monitorização e avaliação.

Por fim, o terceiro grande capítulo apresenta uma análise crítica sobre as ações desenvolvidas durante o estágio, nomeadamente sobre os benefícios da formação académica, a aplicabilidade prática, e o contributo para a aquisição de competências do grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, concluindo com algumas considerações sobre os desafios sentidos.

Para a elaboração do presente relatório de estágio, foram adotadas as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, considerando-se igualmente as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde (2.^a Versão) e a norma de referência bibliográfica da American Psychological Association ([APA]), 6.^a edição.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como suporte teórico para todo o projeto que agora se relata, e tomando-se o imperativo que as intervenções de enfermagem devem basear-se na evidência científica como requisito de qualidade dos cuidados prestados às pessoas e comunidades, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a qual incluiu orientações internacionais, nacionais e locais na matéria e produção científica publicadas em revistas no que concerne à HTA. Ao longo deste capítulo, iremos também integrar os achados de uma revisão sistemática da literatura realizada sobre os ganhos em saúde advindos da promoção de estilos de vida saudáveis em indivíduos com HTA.

Como modelo de referência para os cuidados de enfermagem foi adotada a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance, constituída ferramenta auxiliadora para o enfermeiro ao apoiar a pessoa com HTA a transitar do estado de desconhecimento / não aceitação do seu diagnóstico até ao estado de aceitação e adesão às medidas terapêuticas.

1 – A HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Pressão Arterial é definida como “a força com que o sangue circula pelo interior das artérias do corpo” (SPH, 2020), chamando-se hipertensão quando esta pressão se encontra elevada de forma crónica. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO] 2013a:17) define pressão arterial como o valor definido em milímetros de mercúrio em que o valor mais elevado corresponde à pressão sistólica, ou, o momento da contração cardíaca e valor mais baixo o do relaxamento do músculo.

De acordo com a OMS, HTA é definida como “pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e / ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg” (ibidem) e a DGS define, na sua norma 020/2011 atualizada em 19/03/2013, HTA como “(...) a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013a:1).

Trata-se de valores referência utilizados “por razões pragmáticas para simplificar o diagnóstico” (SPH, 2020:12), o qual se recomenda confirmado por Automedição ou Medição Ambulatória de Pressão Arterial.

Segundo a OMS, a HTA afeta cerca de 1 bilião de pessoas em todo mundo (2013a:5): segundo a mesma no documento A Global Brief on Hypertension – Silent Killer, Global Public Health Crisis, a HTA é tida como um problema grave de saúde pública na medida em que “(...) raramente causa sintomas nos estadios iniciais e muitas pessoas não são diagnosticadas” (OMS, 2013a:7)³, e defende também que através da deteção precoce é possível obter ganhos económicos e para saúde uma vez que se evitam tratamentos e intervenções dispendiosas (relacionadas com doenças para as quais a HTA é tida como principal fator de risco). A organização defende também o desenvolvimento de programas integrados, dirigidos às doenças crónicas não transmissíveis através duma abordagem centrada em cuidados primários, e em colaboração multisectorial.

Segundo o relatório Global Burden of Disease Study de 2017, a principal causa de morte a nível mundial foi a doença cardíaca isquémica (para a qual a HTA é tida como importante fator de risco), e, também, apesar de todos avanços na indústria farmacêutica no que respeita a medicamentos antihipertensores e antilipidémicos, a mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta desde 2007 (IHME, 2018). A Hipertensão Arterial surge como principal fator de risco para a incapacidade e morte prematura no ano de 2017 para as mulheres, e segundo maior nos homens. (ibidem).

A DGS aponta a HTA como principal fator de risco para as doenças cérebro e cardiovasculares, sendo estas responsáveis por cerca de 32% dos óbitos em Portugal (DGS, 2013b:4) e que “como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo” (ibidem) e no Retrato da Saúde 2018 podemos ler que “as doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus, sendo as afeções do aparelho circulatório as principais causas de mortalidade” (Ministério da Saúde, 2018:14) e também, como principal causa para as doenças crónicas surgem fatores de risco individuais e sociais passíveis de modificação como “o excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo e alcoolismo” e, agindo-se sobre os mesmos poder-se-ia prevenir “cerca de 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura” (ibidem). Consideramos pertinente, nesta fase, referir uma das metas do Plano Nacional de Saúde

³ Texto Original: “hypertension rarely causes symptoms in the early stages and many people go undiagnosed”. Extraído de World Health Organization [WHO] (2013a). A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva, Suíça: World Health Organization. 7. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059m>, consultado em outubro de 2019.

2012-2016 [PNS] com extensão a 2020: “Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%” (DGS, 2015b:10), alinhando-se ao compromisso “Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas)” (ibidem).

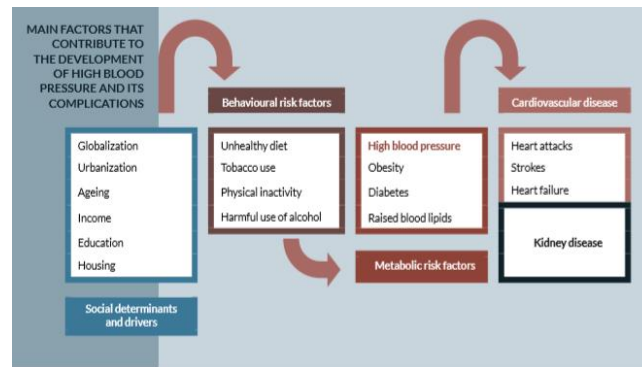
Nos pontos seguintes abordaremos os principais determinantes para o aparecimento da HTA, enquanto doença crónica, a sua prevalência em Portugal e o impacto que coloca na sociedade portuguesa. A decisão de tratamento farmacológico e os ganhos em saúde que advêm da prevenção surgem igualmente como moldura justificativa do projeto de estágio que agora se relata.

1.1 – OS DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA pode ser essencial, ou primária, ou seja, aquela para a qual não se conhecem causas, ou, secundária, quando é possível encontrar uma doença / condição associada que é a verdadeira causa da HTA (apneia do sono, doença renal crónica, síndrome de Cushing, o feocromocitoma, gravidez, uso de contraceptivos orais, a hereditariedade, a idade, entre outros) (SPH, 2020).

Cerca de 90% dos diagnósticos reportam-se a uma HTA primária (ibidem), e esta, habitualmente associa-se a fatores predisponentes, geralmente comportamentais, passíveis de modificação pois que não existe doença associada.

Segundo a OMS alguns comportamentos de risco para a HTA poderão ser ausência de atividade / exercício físico, ingestão abusiva de sal e gorduras saturadas, abuso alcoólico, obesidade e má gestão do stress. Refere ainda que a globalização da sociedade, o baixo rendimento das famílias, o grau de escolaridade são alguns dos determinantes sociais que poderão contribuir para o desenvolvimento de HTA, em muito pela adoção de comportamentos de risco como a inatividade física e hábitos alimentares inadequados. (OMS, 2013a). Podemos visualizar o exposto, na imagem seguinte:



Fonte: Global Brief on Hypertension, Sillent killer Global Public Health Crisis, OMS 2013a:18
 Título: Imagem 1, Determinantes para a HTA

A DGS na norma que define a Abordagem Terapêutica da HTA indica que as “intervenções sobre o estilo de vida do doente devem ser sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial” (DGS, 2013b:1), considerando-as essencialmente comportamentais e, como tal, passíveis de modificação favorável no controlo da doença. É conhecido que cerca de 90% dos diagnósticos de HTA referem-se a uma hipertensão essencial, ou seja, aquela para a qual não existe doença ou condição prévia que a provoque ou favoreça. Assim, a intervenção sobre os estilos de vida surge como forma de prevenir o seu aparecimento e, a progressão para o desenvolvimento de doenças cérebro e cardiovasculares. Passamos a enunciá-los, assim como o programa nacional que fundamenta as medidas tomadas na intervenção.

- A adoção de uma dieta variada, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017a) traz o enfoque sobre o padrão de obesidade da população, estimando-a, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2016) em 22,3% e pré-obesidade em 34,8%, assim como o insuficiente consumo de frutas e legumes e aumento de consumo de carnes vermelhas. O programa tem como objetivos realizar vigilância epidemiológica e investigação sobre hábitos alimentares, focar na prevenção primária executada através da modificação na disponibilização de alimentos (em teor de açúcar e sal e composição de ementas escolares), na capacitação para a escolhas saudáveis (ênfatisa a disseminação de boas práticas através de projetos de intervenção comunitária), e também a prevenção secundária da obesidade no adulto. Neste documento encontramos a referência à relação entre morbilidade e mortalidade por HTA e a alimentação. (DGS, 2017a). Prevê-se também a introdução de módulo de nutrição no Sclínico⁴ do SNS, como suporte na prática clínica.

⁴ Software dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde ([SPMS]), permite a partilha de informação entre serviços de saúde públicos que adotem o mesmo sistema

- Prática regular e continuada de exercício físico, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2016-2019 (2016), também baseado no inquérito de saúde já referido estima a prática de exercício / atividade física regular ideal (cerca de 150m/semana) em cerca de 15-20% dos adultos e 16% na faixa etária entre os 10-20 anos. O programa tem como objetivos aumentar a literacia e participação da população, capacitar profissionais de saúde para a promoção da atividade física, criando e contribuindo para a criação de ambientes facilitadores. As suas metas são aumentar a percentagem de adolescentes e adultos que praticam atividade física e diminuir o sedentarismo.

O mesmo documento estimou em 2008 que a “inatividade física foi responsável por 8,4% das mortes por doenças cardiovasculares” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2016a:67).

- Controlo e manutenção de peso regular, o programa Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde 2017 estima uma prevalência de pré-obesidade e obesidade em Portugal de cerca de 50% da população adulta, e que a presença desta comorbilidade afeta seriamente o aparecimento e curso de doenças cérebro e cardiovasculares. No mesmo documento encontramos relação entre educação, poder económico e literacia em saúde e obesidade, sendo que evidencia uma relação direta entre prevalência regional de obesidade e insegurança alimentar, esta entendida como “dificuldades no acesso a alimentos nutricionalmente adequados decorrente de fatores de ordem socioeconómica” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017b:19). Mais uma vez, o enfoque surge na capacitação para as escolhas saudáveis.

- Restrição do consumo excessivo de álcool, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD) emitiu o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, o qual assenta na diminuição, persuasão, e minimização de problemas que induzam a comportamentos aditivos. Trata-se de uma estratégia nacional que envolve a diminuição da facilidade de acesso, o aumento da perceção de risco no consumo, retardar a idade de início de consumo e diminuir a prevalência de consumo recente. Tem o seu enfoque no retardamento da idade de consumo, sensibilização para a autoperceção de consumo nocivo e dificuldade no acesso a substâncias.

- Diminuição do consumo de sal, a DGS emitiu em 2013 a Estratégia Nacional para a Redução do Consumo de Sal na Alimentação Portuguesa. Trata-se de uma recomendação fundamentada nos *best-buys* (medidas de baixo custo com elevada eficácia) referidos pela OMS no seu documento Saving Lives, Spending Less (2018). É recomendado o consumo máximo de 5gr sal (2gr sódio) para a prevenção de Doenças Cérebro e Cardiovasculares [DCCV] e identifica o consumo de cerca do dobro em Portugal (estudo Physa, adiante

descrito). As estratégias assentam na reformulação da composição de produtos alimentares, a sensibilização dos consumidores (escolhas acertadas e leitura de rótulos) e mudança na disponibilidade de alimentos com elevado teor de sal. Ao sal associa-se o aumento súbito e mantido de valores de pressão arterial. Mais uma vez, a abordagem multissetorial, centrada na capacitação da pessoa para as escolhas saudáveis (Direção Geral da Saúde, 2013c): a DGS recomenda o uso de ervas aromáticas para temperar e substituir o uso do sal na alimentação.

- Cessação do consumo do tabaco, o Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016 ([PNPCT]) com extensão alinhada ao PNS até 2020 coloca o tabagismo como uma das principais causas evitáveis de doença crónica (5,7% no caso de morte por Doenças Cérebro e Cardiovasculares) e tem como objetivos a prevenção do início de consumo nos jovens, a cessação tabágica antes dos 40 anos e grávidas, a proteção da exposição ao fumo ambiental, a redução nas desigualdades em saúde no acesso a cuidados de controlo do tabagismo. Esta também uma estratégia multissetorial ao envolver parceiros na comunidade com vista a limitar o acesso a produtos, e, aumento do preço nos produtos do tabaco, a articulação com a Saúde Escolar, a contratualização de indicadores ACSS no âmbito da cessação tabágica, a monitorização do consumo, redução da desigualdade no acesso a cuidados. O seu objetivo principal é reduzir em 30% a prevalência do tabagismo até 2025 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017c).

Estas medidas remetem para o conceito, mais amplo, da OMS de *Healthy Cities*⁵, as quais são definidas por esta como “aquelas que continuamente criam e melhoram ambientes físicos e sociais, e expandem recursos comunitários para capacitar pessoas ao suporte mútuo na satisfação das necessidades de vida, desenvolvidas ao seu máximo potencial” (tradução das autoras)⁶ (OMS, 2020). Baseiam-se nos princípios de criar ambientes favoráveis à saúde, alcançar uma boa qualidade de vida, assegurar condições básica sanitárias e assegurar acesso a cuidados de saúde.

Em Portugal a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis conta com 57 municípios, os quais têm enquanto principal linha orientadora “Apoiar e promover a definição de estratégias locais suscetíveis de favorecer a obtenção de ganhos em saúde” (Rede Portuguesa de

⁵ Tradução do próprio, “Cidades Saudáveis” (OMS, julho 2020, disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/> .

⁶ *Texto Original*: “is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources wich enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and developing to their maximum potencial” (ibidem).

Municípios Saudáveis, 2020). Tem como parceiros as OMS, a DGS, a Escola Nacional de Saúde Pública e Instituto de Geografia e Ordenamento do Território.

Stanhope & Lancaster (1996) acerca das Cidades Saudáveis referem que as políticas saudáveis baseiam-se no reconhecimento que metade da população mundial vive em zonas urbanizadas e com problemas de saúde mais complexos”, e afirma que estas permitirão aos Enfermeiros Comunitários “a possibilidade de compreenderem as ligações entre a saúde, a comunidade e o processo político” (Stanhope & Lancaster, 1996:262 e 263). Para as mesmas, neste contexto, a Enfermagem Comunitária tem a possibilidade a desenvolver um trabalho de parcerias, com envolvimento comunitário, assumir um papel de liderança na promoção para a saúde e realizar o levantamento das necessidades da comunidade que conduzam ao planeamento para a saúde.

1.2. – A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL

A hipertensão arterial é para além de uma doença em si, um importante fator de risco para as doenças cérebro e cardiovasculares. Em Portugal foram realizados até à data 3 estudos de prevalência na população, os quais revelaram uma maior (prevalência) nos indivíduos do sexo masculino, entre os 65-74 anos, e que a perceção da HTA enquanto doença crónica subiu entre o primeiro e segundo estudos, mas com ligeiro decréscimo no terceiro. O consumo de sal (estudo Physa, foi estimado em cerca do dobro do máximo recomendado).

Em 2003 o estudo de prevalência da HTA Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension (PAP Study) em Portugal com 5023 adultos entre os 18-90 anos revelou uma prevalência de 42,1% de hipertensos quer seja através de autorreporte de diagnóstico, ou por medição revelando uma maior prevalência acima dos 64 anos e nos indivíduos do sexo masculino. Apenas 43,1% dos participantes revelaram autoconsciência perante a doença.

No ano de 2012 o estudo Physa (Prevalence of Hypertension and Salt Study) desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão teve como objetivo determinar a prevalência da HTA, a autoconsciência da doença o tratamento e controlo, assim como a excreção de sódio na urina de 24h (como forma de calcular o consumo neste grupo de risco). O estudo foi desenvolvido com uma população de 3.720 pessoas entre os 18-90 anos, estratificadas por idade e género. O estudo concluiu uma prevalência de HTA de 42,2%

(homens com 44,4% e mulheres com 40,2%). Estimou um consumo médio de sal de 10,8gr sal/dia nos homens e 10,6gr sal/dia nas mulheres (o dobro do recomendado). Já a autoconsciência da doença foi cerca de 76,6%.

Já em 2016 o Inquérito de Saúde com Exame Físico realizado em Portugal com uma população de 4911 participantes e idades compreendidas entre os 25-74 anos de idade obteve uma prevalência de HTA de 36%, sendo 32,7% nas mulheres e 39,6% nos homens. O grupo etário mais prevalente situou-se entre os 65-74 anos com 71,3% e o mais baixo entre os 35-39 anos com 5,7%, estando presente de forma mais significativa na população com menor escolaridade (62,6%) e entre os desempregados ou sem atividade (64,5%) (INSA, 2016:26). A autoperceção de doença crónica foi cerca de 69,8%.

Apesar de diminuir a prevalência da HTA e ter aumentado a perceção de doença crónica (embora com algum decréscimo entre o 2º e 3º estudo) ao longo dos 13 anos que intervalam o primeiro e último estudo, mais de um terço da população está diagnosticada com HTA: o PAI do Risco Vascular do Adulto refere que a “morbilidade e mortalidade a nível mundial, revelam um decréscimo da doença isquémica do coração (DIC) e do acidente vascular cerebral (AVC) (...)” (DGS, 2014:9), apesar, estas ainda são a principal causa de morte e doença em todo mundo.

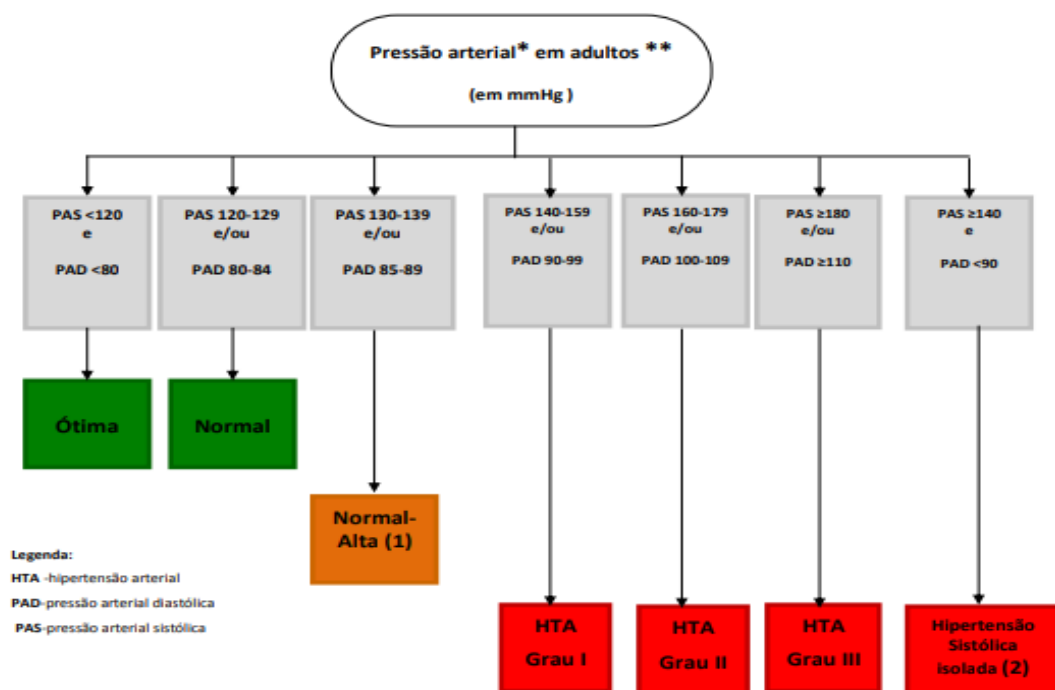
Os estudos referidos abordam um importante fator para o sucesso na autogestão de doença crónica Hipertensão Arterial: a autoperceção da doença, à qual se relaciona o sucesso na adesão ao tratamento e modificações nos estilos de vida necessários. Meleis (2010) aborda na sua Teoria das Transições, a crucial importância da fase de perceção: modificações estão a ocorrer, e o sucesso quanto à resposta final e aceitação de uma nova condição será a desejada se a pessoa desenvolver autoperceção (melhor abordadas em capítulo próprio). A forma como este processo é vivido e aceite, torna-se escopo da intervenção do enfermeiro, desde o diagnóstico até à aceitação que a condição do estado de saúde se alterou e que modificações terão de ser realizadas para que o impacto da mesma seja mínimo sobre a qualidade de vida. Adiante, iremos desenvolver melhor esta teoria, e a forma como se aplica à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ([EEECSP]).

1.3 – A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Conforme já referido, a abordagem terapêutica da HTA assenta, predominantemente, na intervenção sobre os seus determinantes (fatores de risco associados ao seu aparecimento)

a qual assume, principalmente uma ação preventiva sobre o seu aparecimento e, sobre o curso favorável no controlo da doença em si. Assume-se, tal como referido um compromisso multissetorial, no qual o enfermeiro contribui para a promoção para a saúde, a capacitação para as escolhas favoráveis e para fazer a transição para assumir a condição de saúde (adiante abordaremos o contributo do EEECSF).

A terapia farmacológica tem o objetivo essencial controlar rapidamente os valores tensionais, em simultâneo à adoção das outras medidas. Mas, primeiramente abordaremos o seu diagnóstico: de acordo com a DGS o diagnóstico de HTA é feito através de medições em consultório em vários momentos de pressão arterial ([PA]) superior a 140/90mmHg, classificando-se em três graus, conforme imagem abaixo:



Fonte: Norma DGS 020/2011 atualizada a 19/03/2013 (DGS, 2013:6)
Título: Imagem 2, Classificação da HTA

O diagnóstico deverá ser confirmado através da Medição Ambulatória da Pressão Arterial e Automeção da Pressão Arterial a fim de se excluir a chamada HTA da bata branca, ou seja, aquela que surge associada à monitorização efetuada por profissional de saúde.

De acordo com a SPH, na sua tradução das Guidelines da Sociedade Europeia de Hipertensão / Sociedade Europeia de Cardiologia, a indicação de tratamento poderá existir na pessoa com PA normal/alta mas com risco vascular alto, sendo que o objetivo genérico é alcançar uma PA inferior a 130/80 mmHg embora se preconize valores mais baixos nas

peçoas abaixo dos 65 anos desde que tolerados, e PAs entre 130/139mmHg acima dos 65 anos. O objetivo do tratamento antihipertensor é conseguir o controlo rápido da HTA.

De novo de acordo com a DGS, a decisão de tratamento deverá ter em consideração a adesão e vigilância do “tratamento não farmacológico”, a idade, o risco vascular, a presença de lesão em órgão-alvo, condição clínica da pessoa, fatores económicos (a boa prática indica a prescrição do medicamento indicado ao mais baixo custo) (ver anexo I).

O pico hipertensivo constitui uma urgência clínica e é definida pela DGS como valores de pressão arterial PAs» 180mmHg e/ou PAd» 120mmHg, sobre as quais se deverá intervir farmacologicamente até se alcançar valores iguais ou inferiores a 160/100mmHg (em horas ou dias, consoante a avaliação clínica e idade). A pessoa que abandonou a terapêutica deverá retomá-la e ajuste na dosagem poderá ser feito (avaliação caso a caso). As situações de urgência hipertensiva com indício de lesão de órgão alvo (cérebro, coração) ou gravidez, deverão ser geridas em meio hospitalar.

1.4 – O IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL

O impacto que a HTA acarreta na sociedade pode ser dividido em várias naturezas desde o custo da vida humana, ao qual não se consegue colocar um valor (trata-se de um bem intangível) embora, segundo Barros, a própria criação de programas de saúde com vista a obter ganhos, coloca um valor na vida e na qualidade de vida. Neste caso, estatístico, o qual permite “sobretudo valorizar intervenções de base populacional” (Barros, 2016:53) baseados em expectativa e qualidade (de vida), produtividade, o risco de morte, entre outros, e o quanto se perde (ou não se ganha) com programas de saúde.

Os custos sobre a qualidade de vida, já referidos, quando a HTA favorece o desenvolvimento de outras doenças como as DCCV ou lesões em órgão alvo (coração, cérebro, rim) que, consoante a gravidade, assim a repercussão sobre a autonomia da pessoa; a diminuição da produtividade na descompensação da doença ou, no aparecimento de complicações secundárias. Também a ter presente o custo económico da HTA no que concerne a medicamentos e internamentos por DCCV em Portugal, assim como todos que decorrem da mortalidade e morbilidade.

O Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto refere que “ (...) fatores de risco cardiovascular explicam mais de 90% do risco atribuído de Acidente Vascular

Cerebral ([AVC]) nas populações (...) entre estes, os mais importantes são a HTA (...)” e ainda, relativamente ao panorama mundial, “7,6 milhões das mortes prematuras (13,5% do total) e 92 milhões de dias de vida perdidos (6% do total) são causados pela HTA”. (DGS, 2014:10) dados que nos remetem para a perda da produtividade por morbilidade causada por esta doença crónica.

Durante o ano de 2019 o Estado Português participou com cerca de 120.275.703,3€ em medicamentos com Aparelho Cardiovascular. Na seguinte tabela, expomos a evolução da despesa do Estado neste grupo de medicamentos nos últimos 5 anos.

	2015	2016	2017	2018	2019
Despesa do Estado com Medicamentos do Aparelho Cardiovascular	270.790.167,2€	261.627.340,2€	248.065.441,8€	227.891.028,7€	120.275.703,3€

Fonte: dados extraídos de <https://transparencia.sns.gov.pt/>

Título: Tabela 1, Despesas do Estado com Medicamentos do Aparelho Cardiovascular,

De encontro aos achados dos estudos de prevalência já referidos, a participação do Estado com medicamentos do Aparelho Cardiovascular diminuiu entre 2015-2019, presume-se, que o seu consumo também, o que poderá estar relacionado com a crescente autopercção de doença crónica, e também com o desenvolvimento de programas de combate de doenças crónicas, no entanto a mortalidade por doenças do aparelho circulatório tende a manter-se no terço das totais ocorridas.

Segundo o Anuário Estatístico de Portugal para 2018, morreram em Portugal 110.187 pessoas no ano de 2017: destes óbitos 32.366 deveram-se a “doenças do aparelho circulatório” (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018:25). A denominação é vasta, no entanto, corresponde a cerca de 29,4% das mortes em Portugal nesse ano, o que vai de encontro ao exortado no documento da OMS Global Brief on Hypertension, onde se lê “as doenças cardiovasculares são causa de cerca de 17 milhões de mortes em todo o mundo, o que corresponde a aproximadamente um terço do total” (OMS, 2013a:9) ⁷ e à prevalência estimada da doença em Portugal.

No já referido relatório do INE a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 3,1 por mil óbitos (3,2 no ano anterior) e que 9% do PIB desse ano foi utilizado para

⁷ Texto Original “Globally cardiovascular disease accounts for approximately 17 million deaths a year, nearly one third of the total”. Extraído de A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva, Suíça: World Health Organization. 7. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059m>, consultado em outubro de 2019.

“despesas correntes de saúde “ (INE, 2020:10) e regressando à senda do medicamento, no ano de 2018 “mais de metade das apresentações comparticipadas em 2018 respeitava ao aparelho cardiovascular” (ibidem).

A DGS no seu documento Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares 2015 refere que a “Hipertensão Arterial (HTA) continua a ser o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016b:49) e acarreta uma perda de 12,708 anos potenciais de vida para a morte prematura por doenças isquémicas do coração, e, 12,454 anos para as doenças cerebrovasculares para o ano de 2013. Entende-se por morte prematura a ocorrida antes dos 70 anos, e é uma das metas para o ano de 2020 no PNS a redução da mortalidade prematura para menos de 20% (DGS, 2015).

Relativamente à mortalidade, Plano Nacional para as Doenças Cérebro e Cardiovasculares 2017 refere já uma diminuição de 31,8% para 29,7% entre os anos de 2014-2015 quanto à mortalidade por Enfarte Agudo do Miocárdio ([EAM]) e AVC, e de forma genérica, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 4,1% no mesmo período, facto que associa às estratégias preventivas e à introdução de novos fármacos trombolíticos e às unidades de intervenção vascular para o AVC (cujo número de inseridos na via Verde AVC tem vindo a aumentar o que também se relaciona com as campanhas de sensibilização junto das populações). No entanto, o peso da mortalidade e morbilidade associado a doenças do aparelho circulatório é ainda significativo (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017d).

1.5 – OS GANHOS POTENCIAIS EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ganhos em saúde definem-se como “resultados positivos em indicadores de saúde” (DGS, 2012:2).

Neste subcapítulo iremos abordar os ganhos potenciais em saúde (GPS) na gestão de doença crónica não transmissível, embora extrapolando os seus princípios para a hipertensão arterial (doença crónica não transmissível, também), escopo do presente relatório. Pretendemos evidenciar o que se pode ganhar ao intervir sobre os determinantes comportamentais para a doença crónica, neste caso HTA, ganhos esses que vão desde os económicos, na produtividade, na saúde e na qualidade de vida.

A DGS refere que Ganhos Potenciais em Saúde são aqueles que “decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível nacional, regional ou local, numa lógica e redução das desigualdades” (DGS, 2012:2). Envolvem um processo de planeamento (em saúde) desde nacional até local (ou institucional no relatório de projeto de intervenção comunitária em apreço) com vista a uma meta estimada (neste caso estruturar a CEHTA numa unidade de saúde).

A OMS no documento Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020, assume o objetivo de “reduzir o fardo prevenível e evitável da morbilidade, mortalidade e incapacidade causados por doença crónica não transmissível” (World Health Organization [WHO] 2013b:2),⁸ e também “reduzir em 25% o risco de mortalidade prematura associada a doenças cardiovasculares (...)”⁹ (OMS, 2013b:4) como um compromisso multissetorial, e não apenas da saúde (políticas governamentais, governação clínica, orientações nacionais e locais no combate às doenças crónicas não transmissíveis).

Acerca do fardo que a doença crónica acarreta na sociedade, o Institute for Health Metrics and Evaluation ([IHME]) no relatório Global Burden for Disease Study de 2017, refere que cerca de 50-60 milhões de anos são vividos mundialmente em condição de *less than ideal health* (saúde menos que ideal) na população mundial em idade ativa (neste caso entre os 25-59 anos devido a doenças cardiovasculares (IHME, 2018:12) e atribui a principal causa de morte a nível mundial à doença cardíaca isquémica. Projeta, a mesma causa de morte para 2040, criando uma tendência baseada no que foi observado historicamente, ou seja, se as condições que colocaram a cardiopatia isquémica como principal causa de morte no ano de 2017 não forem contrariadas, esta causa tenderá a manter-se.

Ainda na senda do impacto sobre a sociedade, indivíduo, família, produtividade, e relativamente a ganhos económicos, a OMS emanou o documento Saving lives, Spending less no qual introduz o conceito de *best buys* (melhores compras) no que respeita à diminuição do fardo que as doenças crónicas não transmissíveis acarretam para a sociedade: atribui um

⁸ Texto Original “To reduce the preventable and avoidable burden of morbidity, mortality and disability due to noncommunicable diseases”. Extraído de World Health Organization [WHO] (2013b). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva, Suíça: World Health Organization. 2. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1, consultado em outubro de 2019.

⁹ Texto Original “A 25% relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular disease” (ibidem: 4)

valor e define o custo efetivo de aplicar medidas que o diminua, e quanto se prevê em ganhos económicos. Entenda-se por *best buys*: a redução do uso do tabaco, a redução do uso nocivo de álcool, a redução da inatividade física, a redução da dieta pouco saudável, a gestão da doença cardiovascular e diabetes, a prevenção e o controlo do cancro (com ênfase no cancro do colo do útero através da vacinação). (World Health Organization [WHO], 2018).

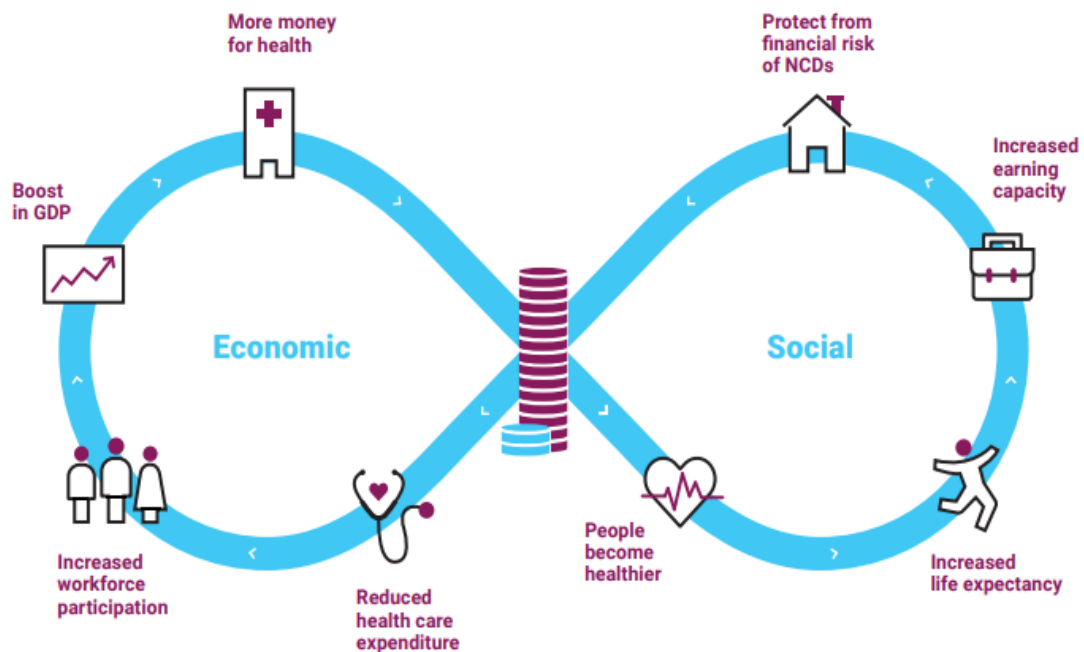
Acerca dos *Best Buys*: a DGS emana na norma 026/2011 atualizada a 19/03/2013 a importância de atuar sobre os estilos de vida como forma sistemática de abordar a HTA (adoção de dieta variada, prática de atividade/exercício físico, controlo e manutenção de peso regular, restrição de consumo excessivo de álcool, diminuição do consumo de sal, cessação do consumo de tabaco) e manter estáveis os valores de pressão arterial e prevenir as suas complicações.

Assim, num país de baixo e médio rendimento, a Organização Mundial de Saúde estimou um custo de 1,27 dólares por pessoa para implementar medidas de intervenção sobre o estilo de vida, prevendo um retorno de US\$ 7 para cada dólar investido até 2030. Também: a redução da mortalidade prematura em 15%, a prevenção de 17 milhões de casos de EAM e AVC, e um crescimento económico mundial de 350 biliões de dólares até ao ano de 2030 (OMS, 2018:3). Precisamente, acerca da intervenção sobre os estilos de vida, a OMS estima, para cada dólar investido o retorno de:

- US\$ 12,82 na promoção de dieta saudável
- US\$ 9,13 na redução do consumo abusivo de álcool
- US\$ 7,43 na redução do consumo tabágico
- US\$ 3,29 no tratamento farmacológico
- US\$ 2,80 na promoção de atividade física regular
- US\$ 2,74 na atuação precoce sobre o cancro (WHO, 2018)

O mesmo documento aborda o valor da prevenção e do controlo das doenças crónicas não transmissíveis através de vidas salvas, do crescimento económico, da produtividade, da limitação de custos financeiros para o indivíduo e família face a uma doença crónica (ibidem). Mas estes configuram ganhos produzidos a longo prazo, produto de políticas de saúde e estratégias nacionais. No próximo capítulo abordaremos a preocupação da população alvo do projeto de intervenção comunitária em quantificar ganhos a curto e médio prazo, e como se procurou responder à mesma.

O documento OMS “Saving lives, Spending Less” esquematiza o exposto da seguinte forma:



Fonte: Saving lives, Spending less – a strategic response to Non-Communicable Diseases (OMS, 2018:7)
 Título: Imagem 3, Ganhos Potenciais na Abordagem das Doenças Crônicas não Transmissíveis

Ainda, sobre os ganhos potenciais, o PNS revisão e extensão a 2020, assume a meta de “Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%”, alinhada a Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis” (DGS, 2015:10), também, “aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%”, sendo que atualmente esta se encontra em 9,9 anos para os homens e 9 anos para as mulheres. Quanto ao tabaco, encontramos “Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” e controlar a incidência de obesidade “Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (DGS, 2015:11). Apesar de dirigidos a uma população mais jovem, a exposição a fatores de risco começa na infância e adolescência, mas, tendem a manifestar as suas consequências na idade adulta.

Mediante o exposto os principais ganhos potenciais em saúde advindos da intervenção sobre estilos de vida ou “Best Buys” poderão ser:

- Diminuição da morte prematura relacionada com doenças crônicas não transmissíveis
- Aumentar a Esperança Média de Vida ([EMV]) saudável aos 65 anos (diminuição do que se denomina de *less than ideal health* na idade ativa)

- Diminuição da exposição a fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis
- Redução dos gastos em cuidados de saúde
- Aumento da produtividade
- Melhor qualidade de vida

Tratam-se de ganhos que se preveem alcançar a par com medidas de promoção para a saúde, sensibilização para a autoconsciência de comportamentos de risco, envolvimento da sociedade através de políticas saudáveis o 3º Eixo do PNS, onde se exorta o “reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da minimização de fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool).” (DGS, 2015b:19), e, identifica as doenças não transmissíveis como “responsáveis pela maioria das mortes e da carga da doença em toda a região europeia” (ibidem:20).

2 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA ABORDAGEM DA DOENÇA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os cuidados de saúde primários têm emergido no seu papel central no sistema de saúde: a crescente transformação dos então conhecidos centros de saúde em unidades funcionais, com autonomia técnica, com contratualização própria tendo em consideração os problemas de saúde da população que serve, induz ao aprimoramento de uma enfermagem ajustada às necessidades. Já em 1978 a Declaração de Alma Ata definiu cuidados de saúde primários como acessíveis, fundamentados e alinhados aos problemas de saúde da comunidade que servem:

“(…) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...)”, e também “têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades (Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, 2020).

O Conselho Internacional de Enfermeiros ([ICN]) no seu documento *Delivering Quality, Serving Communities; Nurses Leading Chronic Care* de 2009 (com tradução portuguesa da OE *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica* de 2010) pode ler-se que o aumento de doenças crónicas coloca “exigências novas e diferentes a todos os sistemas de saúde do mundo” (OE 2010: 19), com especial enfoque nos enfermeiros.

O título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública surge “considerando as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros [OE],2018:1). Das áreas emergentes salientamos o aumento da EMV e conseqüente prevalência de doenças crónicas como a HTA, a prevenção das mesmas e o contributo para a capacitação, assim como a projeção de ganhos potenciais em saúde mediante intervenções presentes, conforme abordámos anteriormente (a adoção de políticas de saúde a longo prazo que ofereçam continuidade aos programas desenhados).

A doença crónica não transmissível, a que predominantemente advém do estilo de vida, configura um fardo persistentemente pesado para a sociedade, estimando-se o mesmo panorama se ações contrárias não forem tomadas (já referenciado neste relatório).

O combate à HTA enquanto doença crónica e principal fator de risco para as DCCV assume uma prioridade nacional. O EEECSF, através da sua perícia em cuidados dirigidos à comunidade, levanta necessidades, diagnostica problemas de saúde, prioriza, define objetivos, seleciona estratégias para os atingir, elabora um programa / projeto e atua em liderança de projeto assim como colaborador no mesmo, a nível nacional, local e institucional (no caso em específico do projeto ora relatado). Ainda acerca da intervenção da Enfermagem Comunitária, Stanhope & Lancaster afirmam que “o objetivo de uma enfermagem comunitária devia ser providenciar um programa que proporcionasse qualidade de cuidados e fosse ao encontro das necessidades dos clientes servidos” (1996: 94): no caso do relatório em apreço, foi identificada a necessidade de estruturar a CEHTA para uma equipa de enfermeiros de uma USF, como forma de assegurar vigilância regular a utentes com importante risco vascular inscritos na unidade.

Ainda acerca do contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na vigilância da HTA, ressalvamos, para além da aplicação do processo de diagnóstico de situação de saúde e consequente criação de programa/projeto de intervenção dirigido a um grupo, comunidade ou população, a fundamental importância do acompanhamento regular e continuado dos portadores da doença enquanto ferramenta de vigilância epidemiológica do estado de saúde do grupo de risco em questão (no capítulo II iremos explorar a forma como foi prevista a monitorização dos indicadores de avaliação da CEHTA).

Importa também, abordar a especificidade da intervenção do EEECSF: a partir do diagnóstico de situação de determinada população, foi desenhada uma solução, apenas para aquele grupo. Entendemos como os denominados *Tailored Health Programs*¹⁰ (Powell, J., et al, 2017) para a população a que se destina, e abordando as necessidades específicas desta (e nestas, aliás, depositando o ónus de criar uma solução) através de metodologia própria e com recurso a estratégias de abordagem da população alvo, com vista à resolução/minimização de problemas identificados.

¹⁰ Tradução do próprio: “programas de saúde desenhados à medida”, Extraído de Powell, J., Beidas, S. Lewis, C., Arons, A., McMillen, C., Proctor, K. e Mandell, S. (abril, 2017). Methods to Improve the Selections and tailoring of Implementation Strategies. The Journal of Behavioural Health Services & Research, 44 (2). doi:10.1007/s11414-015-9475-6. 4.

Ainda a propósito do contributo do EEECSF na abordagem da HTA, e dos ganhos que daí advêm, e procurando responder a uma preocupação expressa pela equipa de enfermeiros da USF K, sobre os ganhos em saúde mensuráveis obtidos de intervenções autónomas de enfermagem, a pesquisa realizada demonstrou que os ganhos produzidos fruto de intervenções de enfermeiros, sobre populações de hipertensos tendem a diminuir na ausência de follow-up regular. De facto, Montano, C., Fort, M., deRamirez, M., Cruz, J.& Ramirez Zea, M. (2015) implementaram um projeto piloto na Guatemala, com vista a avaliar a viabilidade da adoção a nível nacional do programa Corazon Sano, baseado na promoção para a saúde e automedicação da PA. A intervenção comunitária dos enfermeiros produziu melhoria nos valores de PA, e diminuição de fatores de risco como a obesidade e perímetro abdominal, e teve expansão para um programa nacional.

Noutro contexto social, mas igualmente um projeto comunitário realizado por enfermeiros, Andersen U., Ibsen, H & Tobiassen, M. (2016) na Dinamarca reavaliaram ao final de um média de 3,2 anos um grupo de hipertensos outrora acompanhados em clinica de enfermagem de HTA, tendo tido alta com controlo da doença, para cuidados indiferenciados na comunidade, tendo verificado que a percentagem de utentes com adesão às medidas terapêuticas baixou para cerca de metade assim como a percentagem de doentes com controlo de valores de PA. Este estudo direciona a dois pressupostos: o primeiro que é imperativo manter a vigilância regular e continuada, e segundo, que esta deve ser desenhada e dirigida às necessidades específicas do grupo a que se destina (escopo da atuação do EEECSF).

Ainda, e na senda da tecnologia e na busca de soluções inovadoras para problemas de saúde, e porque os fatores de risco tendem a surgir em faixas etárias cada vez mais jovens com maior literacia em tecnologia (obesidade, diabetes tipo 2, HTA), Ciemins, E., Arora, A., Coombs, N., Holloway, B., Mullette, E., Garland, R., (2018) nos Estados Unidos da América, estudaram o recurso a tecnologia smartphone e wireless no controlo da HTA em pessoas com diagnóstico recente de HTA, ou de difícil controlo. Os participantes recebiam um equipamento para automedicação de PA associado a aplicativo de telemóvel e formação sobre estilos de vida saudáveis, assim como o número mínimo de vezes que deveriam avaliar a pressão arterial. Este estudo deu enfoque à autoperceção de doença, ao conseguir melhores resultados entre os que mais avaliavam a pressão arterial e tinham a perceção efetiva do valor obtido, procuravam ajuda e obtinham melhoria no controlo. Traz de igual forma a inovação nos cuidados como forma de melhor abordar as situações de difícil controlo, tailored¹¹ para necessidades específicas).

¹¹ Tradução do próprio: “desenhado”.

De novo, a autoperceção enquanto impulsionadora para a adoção de comportamentos favoráveis no controlo da doença: Meleis afirma que a não consciencialização de que mudanças estão a ocorrer, ou ocorreram (como o diagnóstico de Hipertensão) bloqueia a pessoa num estado de negação, e que o enfermeiro, sinalizando o “at risk status”¹² (Meleis, 2010:30) tem a oportunidade de acompanhá-la numa transição mais favorável para esta.

Podemos, de igual forma, dizer que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na doença HTA desenvolve-se desde o planeamento em saúde a nível nacional (no exemplo dos (co) autores de documentos normativos, de orientação e relatórios dos programas de saúde vigentes), ao contributo nas políticas de saúde locais (como o caso dos profissionais EEECS) nas unidades de Saúde Pública, os quais realizam a vigilância epidemiológica de uma população, até, ao nível institucional ao identificar necessidades específicas de um grupo, a atuar em conformidade, e de forma inovadora, de acordo com as competências que lhes são específicas e com recurso a metodologia de trabalho próprias (no caso do projeto ora relatado).

¹² Tradução do Próprio “ estado de risco” Extraído de Meleis, I. (Ed.) (2010). Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Nova Iorque, Estados Unidos da América: 30.

3 – O MODELO TEÓRICO DE AFAF MELEIS: A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS E SUA APLICABILIDADE NA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

As transições são fenómenos associados a mudança de um estado, condição ou lugar para outro: englobam em si um processo e perceção próprios numa determinada janela temporal, implicando fases e sequências de um fenómeno em acontecimento desde a antecipação até à estabilização num novo estado. Como a transição é experienciada pela pessoa é variável, e desencadeia processos internos: a Teoria das Transições de Afaf Meleis é uma teoria de médio alcance que procura apoiar indivíduos em processos de transição nem sempre relacionadas com a saúde, mas que em todos aspetos se relacionam com o seu bem estar. A autora refere-se a modificações relacionadas com fatores económicos (como o desemprego, emigração, procura de asilo); com o surgimento de doenças contagiosas na sociedade (temos o exemplo atual da pandemia por Covid 19) ou, mais diretamente relacionada com a saúde o aumento da EMV e conseqüente prevalência de doenças crónica não transmissíveis, os internamentos que estas originam e as cada vez mais precoces altas, as quais indicam a continuidade de tratamento e reabilitação no domicílio, carecendo estas de apoio específico na transição que ocorre.

Os enfermeiros deparam-se com os desafios que as pessoas ao seu cuidado atravessam quer se “relacionem com a sua saúde, bem estar, ou capacidade para o autocuidado”¹³ (Meleis, 2010: 11) e, segundo a mesma, custa a transição e não tanto, a mudança em si. Aplicamos a teoria em específico, na transição para o estado de portador de doença crónica Hipertensão, desde o seu conhecimento até à adaptação e estabilização num novo estado, no qual se adotam as medidas favoráveis para o controlo da doença.

O presente relatório, pretende ser ferramenta facilitadora para a contextualização teórica para o enfermeiro que acompanha a pessoa com diagnóstico de HTA, desde a tomada de conhecimento até à aceitação de condição de portador de doença crónica, e adesão a comportamentos favoráveis ao seu controlo, auxiliando a remover barreiras que dificultem a transição de um estado para o outro.

¹³ Texto original “Relates to their health, wellbeing, and their ability to take care of themselves”. Extraído de Meleis, I. (Ed.) (2010). Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Nova Iorque, Estados Unidos da América:11.

As transições são o resultado de mudanças na vida: saúde (ao transitar da saúde para um estadió de portador de doença crónica, por exemplo), relacionamentos, ambientes, emprego / desemprego. Dividem-se, quanto à sua natureza em:

- De desenvolvimento, quando se relacionam a mudanças do ciclo de vida (exemplo da transição para a parentalidade)
- Situacionais, ao relacionarem-se a eventos da vida, inesperados ou não, como por exemplo o desemprego
- Organizacionais, quando se relacionam a mudanças na organização social,

A transição pode ser caracterizada por:

- O processo em si, o início e o fim não ocorrem em simultâneo, envolvem um fenómeno contínuo e, embora uns aspetos da vida da pessoa possam ser mais afetados que outros durante o processo, a intensidade com que é experienciada pode variar ao longo do mesmo.

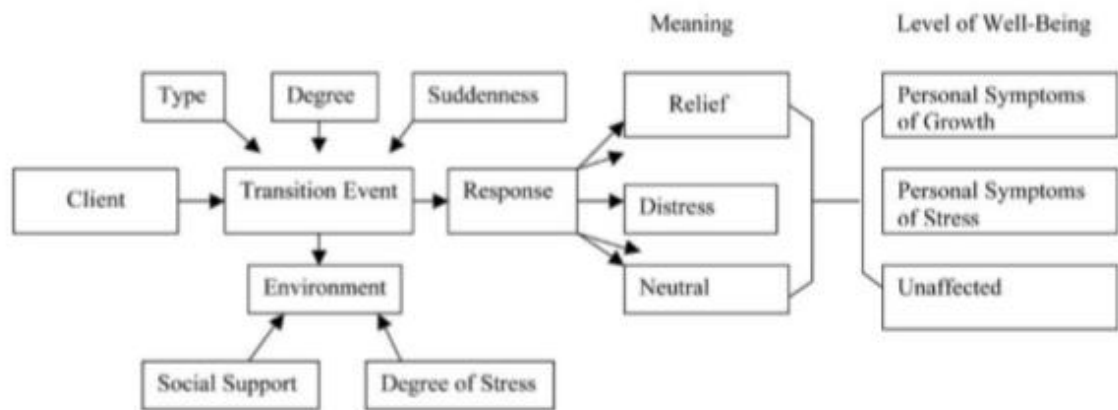
- A desconexão, associada habitualmente à disrupção com o sentimento de segurança, perda de referência familiar, expetativas criadas no passado com as perceções do presente.

- A perceção, o significado atribuído à transição varia de pessoa para pessoa, e da mesma forma, o seu resultado: diferentes perceções condiciona as e respostas aos acontecimentos tornando-os imprevisíveis.

- A autoconsciência, para poder fazer a transição, a pessoa necessita de ter a consciência que a mudança está a ocorrer para poder transitar. O processo e seu resultado relaciona-se com a definição e redefinição do eu e da situação, no entanto, a negação da mesma significa que a pessoa não se encontra ainda em processo, e pode necessitar de ajuda para eliminar barreiras antes de se ajudar a fazer a transição.

- Padrões de Resposta, emanam dos comportamentos observados e não observados, por mais disfuncionais e desadequados que possam parecer (como a desorientação, irritabilidade, ansiedade e depressão): refletem características próprias e ao ambiente em que a pessoa está envolvida.

A transição poderá levar a vários tipos de resposta, consoante esta é experienciada durante o processo, conforme imagem seguinte:



Fonte: Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice, Meleis, A., 2010:28
 Título: Imagem 4, Padrões de Resposta a Transições

As dimensões, apesar de serem diferentes em cada pessoa, tendem a surgir numa estrutura de pelo menos 3 fases: a entrada, a passagem e a saída da transição. A sequência é invariável, mas a duração de cada fase, assim como o grau de disrupção que lhe associa não. As barreiras podem surgir a qualquer momento, e o conhecimento da tipologia de transições permite caracterizar cada uma delas, assim como prever quais são as mais prováveis de causar stress ou angústia.

A forma como a compreensão deste processo auxilia a prática da enfermagem pode relacionar-se com a possibilidade de alertar enfermeiros para os vários contextos de vida relevantes para a transição saúde/doença, e precocemente identificar um possível estadio de risco (como fatores económicos, situações de risco social, ambiente familiar, situação de emprego) atuar sobre estes ao determinar se estes contribuem de forma favorável ou não para o processo.

Entre os fatores que podem facilitar ou inibir o processo de transição a autora coloca o enfoque em:

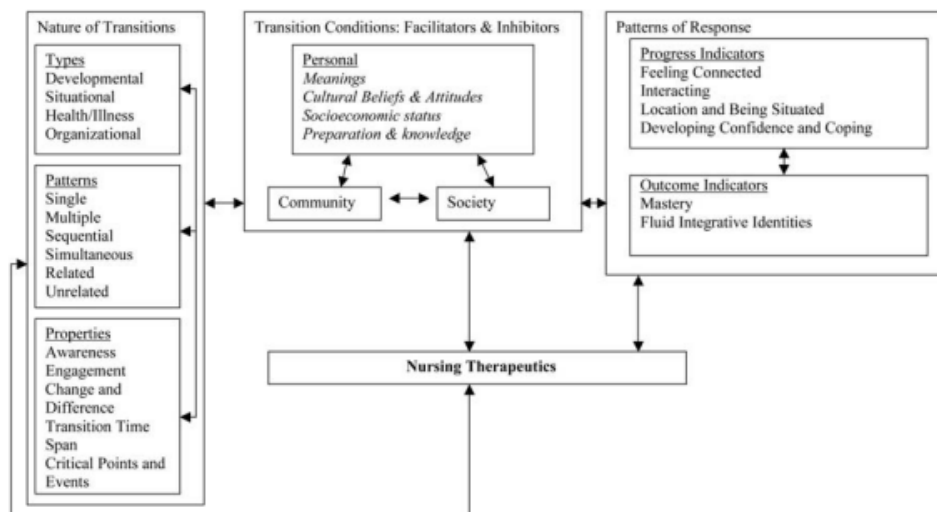
- Fatores pessoais: o significado atribuído à alteração, atitudes e crenças culturais, condição socioeconómica, conhecimento sobre a situação

- Recursos das comunidades: entre estes incluem-se apoio familiar, acesso a cuidados de saúde, informação fiável, exemplos a seguir (role models¹⁴)
- Condição social: aqui a autora alerta para os especialmente vulneráveis (iniquidades entre homens e mulheres, minorias étnicas, migrantes)

Quanto ao *outcome*: através deste é possível avaliar o processo de transição. Se deste resultou uma sensação subjetiva de bem-estar, com domínio de novos comportamentos e relacionamentos interpessoais que trazem bem-estar: neste caso a angústia, desadaptação deram lugar a estratégias eficazes de *coping*, gestão de emoções, sensação de dignidade, integridade e qualidade de vida. E a transição foi bem sucedida, senão, ainda não terminou e a pessoa poderá estar bloqueada em negação de uma nova condição.

A intervenção do enfermeiro num processo de transição do estadió saúde para a doença é demonstrado pela autora, em situações específicas: adaptamos, para o nosso contexto o processo de transição após evento cardiovascular, e doença para a qual a HTA é tida como um dos principais fatores de risco, desde a tomada de conhecimento do diagnóstico, até ao reconhecimento de sinais de alerta, avaliação da sua gravidade, as medidas a adotar e a avaliação quanto ao que se fez.

Este processo é esquematizado pela autora da seguinte forma:



Fonte: Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice, Meleis, A., 2010:56
 Título: Imagem 5, Processo de Transição a Eventos

¹⁴ Tradução do Próprio: “exemplos a seguir”. Extraído de Meleis, I. (Ed.) (2010). Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Nova Iorque, Estados Unidos da América:57.

Quanto ao *output* desejável, a adesão ao tratamento e a tomada de decisão, estão entre os principais domínios do autocuidado, definido como um processo ativo e deliberado: o primeiro passo é o reconhecimento da alteração do estado de saúde, depois a avaliação da dimensão dessa mudança e decisão de tomar ação perante esta implementando uma estratégia de ação e depois a avaliação das suas ações. A gestão do autocuidado é tida como o processo no qual os doentes reconhecem os seus sintomas e atuam perante estes com vista à estabilização de volta à (nova) normalidade ou próxima desta.

A Hipertensão Arterial tende a não causar sintomas nos estadios iniciais e tal como já referido neste relatório o melhor tratamento passa pela prevenção através da modificação dos estilos de vida: por outro lado, os picos hipertensivos poderão passar despercebidos até que a pessoa tenha conhecimento da doença e esteja alerta para estes. O processo de transição passará pelo diagnóstico, a informação fiável, a capacitação quanto às medidas não farmacológicas, os sintomas de pico hipertensivo, os sinais e sintomas de lesão de órgão alvo (cérebro, coração) como atuar e como avaliar. Todas estas intervenções do enfermeiro provocam uma transição na pessoa, a qual deverá ser avaliada, etapa a etapa, conforme já referido. Mais uma vez, a autora ilustra este processo de transição e autogestão da doença da seguinte forma:



Fonte: Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice, Meleis, A., 2010:56

Título: Imagem 6, Autocuidado e Gestão da Doença

A teoria das transições, pretende constituir-se uma ferramenta auxiliadora no processo de consciencialização de portador de doença crónica, na situação específica, Hipertensão Arterial e servir de guia ao enfermeiro que acompanha a pessoa nas fases que esta atravessará, potenciais obstáculos e *outcome* desejável.

Tal como já referido, uma parte da população estudada não revelou autoconsciência de ser portador de doença crónica nos estudos de prevalência da Hipertensão Arterial em Portugal, o que poderá servir de alerta para a equipa para a potencial necessidade de averiguar o grau de importância que os seus utentes atribuem à doença, como a percebem e gerem, como forma de alcançar os melhores resultados na gestão da doença na Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial.

II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Nesta fase de desenvolvimento do presente relatório iremos descrever o projeto de intervenção comunitária, o qual foi estruturado segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1982). Para organizar as diferentes fases do projeto e ser facilitador na sistematização das intervenções, foram seguidas as seguintes etapas: (1) o diagnóstico de situação, (2) a definição de prioridades, (3) a fixação de objetivos, (4) a seleção de estratégias, (5) elaboração do projeto, (6) preparação da execução, (7) a execução, (8) a avaliação, as quais serão desenvolvidas ao longo deste capítulo.

4 – O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa da metodologia de planeamento em saúde: tem como objetivo “traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde” (DGS, 2017:6). Deverá ser “suficientemente alargado (...) por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos condicionantes. (...)” (Imperatori e Giraldes, 1982:11). Deverá ser aprofundado, sucinto, devendo ser realizado com prontidão para “que não se gastem demasiadas energias nesta fase”. (ibidem).

Segundo Tavares (1990:50) o diagnóstico de saúde “deve corresponder às necessidades de saúde na população beneficiária” sendo que a “concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do Plano, Programa, Projeto, esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde (...)”.

O planeamento em saúde é definido por Imperatori e Giraldes (1982:6) como a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”.

Neste subcapítulo iremos abordar todo o processo de diagnóstico de situação, desde a sua contextualização, a população alvo, as considerações éticas, o instrumento de colheita de dados e a apresentação e análise dos resultados.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A unidade de saúde onde se desenvolveu o projeto de intervenção comunitária assume a forma organizativa de Unidade de Saúde Familiar e insere-se geograficamente na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP ([ARSLVT, IP]). As USF “são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços” (Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP [ACSS, IP], 2020).

O seu regime jurídico das USF é definido no Dec. Lei 298/2007 de 22 de agosto, o qual estabelece o seu regime de organização e funcionamento, dividindo-as em modelos de desenvolvimento A, B e C tendo atividade funcional, administrativa e técnica autónoma. De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP as USF modelo A encontram-se ainda em fase de aprendizagem, e caracterizam-se por constituir “um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna”. Já as unidades modelo B destinam-se a “equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente (ACSS, IP, 2020). As unidades modelo C têm subjacente um contrato programa, podendo ser “públicas, privadas, cooperativas ou social” (ibidem).

A unidade em questão tem autonomia organizacional de modelo A, e segundo a ACSS, IP trata-se de “uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar”: foi criada em 2012, tem localização central na freguesia, com acessibilidade viária dentro da mesma e para a periferia. Serve uma população de 16.320 utentes, dos quais 1.561 não têm médico de família, e 105 não o têm por opção (dados Bilhete de Identidade USF K à data de 06/10/2019 e reportados a 31/07/2019), e uma equipa de saúde multidisciplinar de 25 elementos (9 enfermeiros, 7 médicos +1 externo 3 x semana, 4 assistentes administrativos e 4 assistentes operacionais).

Tem contratualizada uma carteira de serviços de acordo com a vigilância preconizada pela DGS e também Consulta de Enfermagem de Podologia e Programa para a Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. A mesma, deixamos, para melhor visualização na tabela abaixo:

CARTEIRA DE SERVIÇOS

USF K

Sala de Tratamentos
Cuidados Domiciliários
Vacinação
Consulta do Plano Nacional de Planeamento Familiar e Saúde Materna
Consulta de Interrupção Voluntária de Gravidez
Consulta do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
Consulta do Plano Nacional para a Diabetes
Podologia (diabético)
Consulta do Plano Nacional para as Pessoas Idosas
Programa para a Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

Fonte: Bilhete de Identidade, USF K
Título: Tabela 2, Carteira de Serviços USF K

Asseguram atendimento efetivo na unidade entre as 8-20h, de 2^ªf-6^ªf, preferencialmente sob marcação, embora com quotas diárias de atendimento de consultas médicas e de enfermagem com carácter de urgência. A equipa de saúde realiza uma reunião semanal para discussão de situações clínicas mais complexas, assuntos de interesse da unidade e formação em serviço. Tem a duração de cerca de 90m.

O Diagnóstico de Saúde foi realizado com recurso a dados epidemiológicos locais, os quais evidenciaram uma prevalência da doença abaixo da média nacional, mas com controlo insuficiente, e também através da consulta de registo de morbilidades e indicadores de desempenho da unidade.

De facto, foram apurados, nesse momento os seguintes dados, reportados à data de 31 de julho de 2019 (colhidos a 06/10/2019, ver anexo II) que:

- 2.800 dos 16.320 utentes inscritos (cerca de 17,31% do total) estavam codificados com K86 (HTA sem complicações) e K87 (HTA com complicações) (Administração Central dos Sistemas de Saúde, Instituto Público [ACSS,IP], 2010) com status ativo
- Cerca de 89,929% dos utentes não tinham acompanhamento adequado

Para clarificação do conceito, acompanhamento adequado é definido, segundo o Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários (2017) como:

- ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância de HTA realizada num dos semestres
- ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem realizada no outro semestre
- registo de pelo menos, uma avaliação de PA por semestre

- último valor de PA registado dentro dos parâmetros desejáveis para a faixa etária (18/65 anos ou superior 65 anos)
- ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular nos últimos 36 meses
- ter pelo menos uma avaliação de IMC nos últimos 12 meses
- ter pelo menos um registo de peso nos últimos 12 meses
- ter pelo menos 1 registo de estatura parametrizado medido após os 20 anos, ou nos dois anos que antecedem o indicador
- ter diagnóstico de HTA como ativo pelo menos 6 meses antes da data do indicador
- ter um resultado de colesterol total e microalbuminúria nos últimos 36 meses (ACSS,IP, 2017:11).

Ainda, apurou-se que o grupo de medicamentos mais prescritos na USF K pertencem ao grupo 3 – aparelho cardiovascular sendo os antidiislipidémicos, beta bloqueantes e antihipertensores os mais significativos. Quanto aos maiores consumidores de medicamentos, por sexo e faixa etária encontramos as mulheres com idades entre 65-79 anos, e os homens entre 70-79 anos.

No panorama local encontramos referido no Plano Local de Saúde de M. 2018-2020, que segundo dados colhidos em sede de Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde referentes ao ano de 2017, o concelho tinha uma prevalência de HTA de cerca de 17,79%, mas com uma proporção de 36,27% de hipertensos abaixo dos 65 anos com pressão arterial abaixo de 150/90mmHg. Embora a prevalência estimada no concelho seja muito inferior à média nacional, o controlo da doença encontra-se muito abaixo do desejável.

Estes dados de prevalência vão de encontro ao encontrado na unidade na qual se encontram inscritos 16.320 utentes, 2.800 dos quais com diagnóstico de HTA (obtemos uma prevalência de 17,31%), compatível com o achado a nível local.

Nesta fase, o problema identificado foi: ausência de vigilância de enfermagem à pessoa com diagnóstico de Hipertensão Arterial na USF K.

4.2 – A POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo do projeto é a equipa de enfermagem da USF K: os critérios para a sua inclusão, deter o título profissional de enfermeiro, trabalhar na USF K e aceitar colaborar na

elaboração do projeto, em todas as suas fases de desenvolvimento, sendo o consentimento obtido em cada etapa.

É composta por 9 elementos, com idades entre os 35-56 anos, e com experiência profissional entre 13 e 34 anos. Quatro, dos nove elementos detêm o título de enfermeiro especialista, sendo um elemento Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, e todos exercem a sua atividade profissional na unidade entre 2-6 anos, com Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado [(CTFPTI)] com horário semanal de 35h.

A amostra constituiu-se de 8 dos 9 elementos da equipa e foi selecionada por conveniência, durante o horário de trabalho, em data e hora previamente acordada com a equipa (no caso, em horário de reunião semanal da equipa de saúde). Segundo Bardin (2008:123) “a amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte significativa do universo inicial”, permitindo a generalização ao todo: a amostra obtida constituiu 89% do total da equipa de enfermeiros, pelo que consideramos que foi representativa do total da equipa.

4.3 – QUESTÕES ÉTICAS

Acautelar requisitos éticos e deontológicos é um imperativo de qualquer processo de investigação em Enfermagem: o diagnóstico de situação do projeto de intervenção comunitária foi suportado em dados epidemiológicos locais, registo de morbilidades dos inscritos na USF K, e de desempenho na vigilância do grupo de risco. Foi também realizada entrevista diagnóstica à equipa de enfermeiros.

Para o efeito, como parte integrante do imperativo ético, foram solicitadas e obtidas as seguintes autorizações:

- Autorização do Diretor Clínico e Enfermeira Responsável da USF K para a realização de diagnóstico de situação (ver apêndice I).
- Consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros para participar nas entrevistas diagnósticas (ver apêndice II).
- Autorização do Diretor Clínico e Enfermeira Responsável da USF K para a estruturação da CEHTA (apêndice III).
- Autorização do presidente do Conselho Clínico do Aces M para a estruturação da CEHTA na USF K (ver apêndice IV).

Apesar de formalizado o pedido junto do Conselho de Administração do Aces M. para a utilização de logótipo do agrupamento no material de informação a ser disponibilizado ao utente, obtivemos resposta verbal que tal não seria necessária uma vez que o material seria parte integrante de um ato de consulta realizada na unidade e aprovada pela equipa, desde que salvaguardada a identidade da mesma no presente relatório.

4.4 – O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O Instrumento de Colheita de Dados ([ICD]) tratou-se de um guião de entrevista, construído com o principal objetivo de identificar o que cada elemento considera obstaculizante, até então, à realização da CEHTA, como gere a procura a espontânea e determinar as suas aspirações na vigilância da pessoa com diagnóstico de HTA. Também, de forma específica, caracterizar a amostra quanto a: idade, experiência profissional, vínculo profissional, horário de trabalho semanal, tempo de exercício profissional na unidade, título de especialista e formação avançada em enfermagem (ver apêndice V).

O documento foi validado com 3 enfermeiros, em exercício profissional em centros de saúde, os quais corroboraram as pretensões para as quais foi elaborado: ser claro, e responder às questões chave.

Foi realizado um estudo exploratório descritivo no qual foi aplicado o ICD: os participantes concordaram, e assinaram o consentimento em colaborar na elaboração do projeto, sendo este reiterado em cada etapa: foram realizadas entrevistas individuais, com duração de cerca de 15m cada. Até ao final do estudo, nenhum enfermeiro retirou o seu consentimento (ver apêndice VI).

Os resultados das entrevistas permitiram identificar e caracterizar as necessidades da equipa da USF K no que concerne à vigilância da pessoa com diagnóstico de HTA.

4.5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Às entrevistas foi aplicada a análise de conteúdo segundo Bardin (2008): todas foram consideradas para análise, no que a autora considera a primeira etapa da codificação: o recorte, na qual as unidades para análise são selecionadas. Neste caso, foram todas

entrevistas. Segundo o mesmo, a codificação “corresponde a uma transformação (...) que permite atingir uma representação do conteúdo” (ibidem:129).

Quanto à enumeração (2ª etapa da codificação) foi aplicada a codificação E (entrevista) e o número de entrada (1, 2, 3...). A primeira entrevista foi codificada como E1, a seguinte E2, utilizando-se a mesma regra para as demais. Cada parágrafo foi enumerado como p (parágrafo) obtendo-se as categorias E1p1, E1p2 e assim por diante até se esgotar o conteúdo de cada uma e de todas entrevistas. Salientamos que no desenvolvimento das mesmas foram organizados por parágrafos os temas que iam surgindo, o que a autora se refere como “unidade de significação que se liberta naturalmente” (Bardin, 2008:131).

Para a extração de dados foi utilizada uma análise quantitativa categorial, na qual, cada resposta foi incluída numa categoria após constituição de um “acervo” (Bardin, 2008:147) de informação colhida (apêndice VII), e depois analisadas as respostas e quantidade de vezes que estas eram referidas (expressões utilizadas).

Por cada categoria foram colhidas e agrupadas as expressões utilizadas, e depois monitorizadas as vezes que estas surgiram, recorrendo-se a uma redução dos dados com cariz indutivo. Foi construída uma grelha de análise a partir dos dados obtidos (ver apêndice VIII).

Dos resultados, emanamos quanto à caracterização da amostra:

Idade	
20 -30 anos	0
31- 40 anos	3
41- 50 anos	2
51- 60 anos	3
Género	
Feminino	6
Masculino	2
Tempo de Exercício Profissional	
0 - 5 anos	0
6 -10 anos	0
11-20 anos	3
21-30 anos	4
+ de 31 anos	1
Vínculo Profissional	
CTFPTI	8
Horário	
35h / semana	8
40 h / semana	0
Tempo de Exercício Profissional na USF K	
0 – 5 anos	6
5 – 10 anos	2
Título de Especialista	
Enfermagem Comunitária	1
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1
Enfermagem de Saúde Infantil	2
Formação Avançada em Enfermagem	
Cuidados Paliativos	1
Viabilidade Tecidular	4
Diabetes	1
Podologia	2

Fonte: Análise de Entrevistas aos Enfermeiros USF K
Título: Tabela 3, Caracterização da Amostra (elaboração própria)

A amostra evidenciou uma equipa com experiência profissional de mais de 10 anos (até aos 34 anos de experiência), com vínculo estável de trabalho, todos com horário semanal de 35h: quatro dos sete elementos entrevistados detêm título de enfermeiro especialista, e 6 possuem formação avançada em Enfermagem, destes, 2 são enfermeiros especialistas.

Da análise das respostas verificámos que a amostra representa 89% da equipa: 87,5% dos entrevistados concorda com a estruturação da CEHTA (o que representa 77,7% da equipa), e que, 12,5% dos entrevistados não concorda com estruturação de Consulta de Enfermagem, sem consulta médica (11,1% da equipa).

Analisando o conteúdo extraído, verificou-se que (ver apêndice IX):

- que a equipa considera que a consulta de Enfermagem de HTA não foi organizada, até então porque os utentes têm vigilância no âmbito do programa da diabetes (referido em 3/8 entrevistas)
 - desconhece-se a adesão ao regime terapêutico (referido em 4 de 8 entrevistas)
 - os demais têm atendimento oportunista, mas com adesão quando convidados a regressar para follow-up, o que nem sempre acontece porque a equipa não tem tempos para agendamento específico para esta vigilância (referido em 8/8 entrevistas)
 - Também surge a preocupação de não se avaliarem ganhos a curto prazo (referido em 4 de 8 entrevistas)
 - Não se cumpre o compromisso de vigilância neste grupo de risco exortado nos programas de saúde nacionais e orientações internacionais (referido em 4 de 8 entrevistas)

Acerca da vigilância de alguns utentes hipertensos (e diabéticos) na consulta de Diabetes, indicadores da unidade revelam que 40% dos utentes hipertensos são também diabéticos (ver anexo II).

O grupo entrevistado considerou haver benefício na estruturação da consulta de enfermagem de HTA, nomeadamente, no alívio de sobrecarga noutros atendimentos (referido em 6/8 entrevistas), e maior disponibilidade para a promoção para a saúde (referido em 8 de 8 entrevistas).

Todos consideraram imperativo o reforço da equipa com a adição de novos enfermeiros para que o projeto seja viável.

Para melhor visualização, analisamos através da comparação SWOT (Strength, Weaknesses, Opportunitys e Threats) (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças):

STRENGTH	WEAKNESSES
Equipa motivada Envolvimento Institucional Procura por parte dos utentes	Equipa desconhece a forma como o utente procede à autovigilância Perceção de ganhos em saúde não mensuráveis a curto prazo Rácio enfermeiro / utente insuficiente
OPPORTUNITYS	THREATS
Consulta estruturada Planeamento na agenda da equipa Alívio na sobrecarga noutros atendimentos Possibilidade de realizar mais promoção para a saúde	Aumento da morbilidade por descompensação da doença Não cumprimento de metas assistenciais no âmbito da vigilância da pessoa com HTA

Fonte: Análise de Entrevistas aos Enfermeiros USF K
 Título: Tabela 4, Análise SWOT (elaboração própria)

Mediante o exposto os problemas foram levantados, os quais serão alvo de priorização, que será desenvolvida no capítulo seguinte:

Problemas Identificados;

- P1. Ausência de vigilância estruturada aos utentes com diagnóstico de HTA
- P2: Desconhecimento da adesão ao regime terapêutico não farmacológico
- P3: Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF K
- P4: Não cumprimento de metas assistenciais
- P5: Perceção de ganhos em saúde não mensuráveis

5 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Nesta fase pretende-se selecionar, entre os problemas identificados, aqueles que serão alvo de intervenção recorrendo-se a critérios que os ordenarão em grau de prioridade. Para o efeito selecionámos 2 métodos e no final os resultados serão comparados e, por fim, selecionados os problemas a intervir. Foram selecionados: o Método de Hanlon que prioriza de acordo com a magnitude, gravidade, vulnerabilidade (ou eficácia da solução) e a exequibilidade perante recursos, aceitabilidade e legalidade) e também, o Método de Comparação por Pares no qual, um problema é comparado com todos outros e no final, ordena-se a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo mais importante (Tavares, 1990).

O estabelecimento de Prioridades segundo o Método de Hanlon, tem por base quatro critérios:

- A) Amplitude ou magnitude do problema (ponderada numa escala de 0-10, correspondendo ao número total de pessoas afetadas pelo problema relativamente à população geral)
- B) Gravidade do problema (morbilidade, mortalidade e custos, ponderada numa escala de 0-10)
- C) Vulnerabilidade do problema (ou eficácia da solução) com variação entre 0,5 (mais difícil solução) a 1,5
- D) Exequibilidade (pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade)

Através da fórmula = $(A+B) \times C \times D$ para cada problema, temos:

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

QUADRO 1: PRIORIZAÇÃO SEGUNDO MÉTODO DE HANLON	Magnitude (A)	Gravidade (B)	Eficácia da Solução (C)	Exequibilidade do Projeto (D)					Total
				Pertinência	Exequibilidade Económica	Aceitabilidade	Disponibilidade	Legalidade	
	0-10	0-10	0,5-1,5	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	
1 - Ausência de vigilância estruturada aos utilizadores com diagnóstico de HTA	8	10	1,3	1	1	1	1	1	117
2 - Não acompanhamento da adesão ao regime terapêutico	9	10	0,9	1	1	1	1	1	85
3 - Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF	9	9	1,3	1	1	1	1	1	117
4 - Não cumprimento de metas contratuais	8	10	0,9	1	1	1	1	1	81
5 - Perceção de ganhos não mensuráveis	10	10	0,9	1	1	1	1	1	90

Fonte: Elaboração Própria
Título: Quadro 1, Determinação de Prioridades segundo o Método de Hanlon

Priorização segundo o Método de Comparação por Pares:

Problemas Identificados	P1 Ausência de vigilância estruturada aos utilizadores com diagnóstico de HTA	P2 Não acompanhamento da adesão ao regime terapêutico	P3 Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF	P4 Não cumprimento de metas contratuais	P5 Perceção de ganhos não mensuráveis
P1 e P2	X				
P1 e P3	X				
P1 e P4	X				
P1 e P5					X
P2 e P3		X			
P2 e P4		X			
P2 e P5		X			
P3 e P4			X		
P3 e P5					X
P4 e P5					X
TOTAL	3	3	1	0	3

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 5, Determinação de Prioridades segundo o
Método de Comparação por Pares

Assim, emergem por ordem de prioridade:

Método de Hanlon	Comparação por Pares
1º - P1 e P3	1º - P1 e P2 e P5
2º - P5	2º - P3
3º - P2	
4º - P4	

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 6, Comparação de
Priorização de Problemas Identificados

Da análise:

Segundo o método de Hanlon e da Comparação por pares, a prioridade foca-se sobre a estruturação da consulta de enfermagem de vigilância ao utente com diagnóstico de HTA; intimamente relacionado, a sobrecarga sobre outros atendimentos (P3) tenderá a desaparecer. Em segundo lugar surge P5, também com tendência a desaparecer com a resolução do P1, assim como o P2.

O não cumprimento de metas contratuais não se relevou nesta análise.

O fator tempo (disponível na agenda da equipa) é prioritário na resolução, pois que sem este a estruturação torna-se impossível (P5) e não se resolve a sobrecarga sobre outros atendimentos, mas depende da disponibilidade da unidade, em particular, da satisfação de requisitos ajustados às necessidades de cuidados (a dotação segura de enfermeiros).

Assim, com vista a satisfazer as necessidades da equipa foram selecionados como objeto de intervenção os seguintes problemas:

P1 - Ausência de vigilância estruturada aos utentes com diagnóstico de HTA

P2 - Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF

P5 - Perceção de ganhos não mensuráveis na vigilância do utente com diagnóstico de HTA

6 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é definida como os “resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo (...)”, relativamente aos problemas definidos como prioritários (Tavares, 1990:112).

Trata-se, segundo Imperatori e Giraldes, 1982:45 do “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”.

Foi identificada a ausência de vigilância regular da pessoa com diagnóstico de HTA inscrita na USF K , a qual sobrecarrega a equipa de enfermeiros noutros atendimentos ao efetuar vigilância deste grupo de risco de forma oportunista e não ter perceção dos ganhos em saúde que se alcançam diretamente da sua atuação.

Com vista a resolver / minimizar estes problemas, estabelecemos os seguintes objetivos, tendo em conta os recursos da unidade, objetivos de contratualização institucionais e locais, e aspirações da equipa de enfermagem:

Objetivo Geral	Objetivo Específico 1
Estruturar Consulta de Enfermagem de Vigilância da Hipertensão Arterial na USF K até 31 de janeiro de 2020	Estabelecer critérios para a Priorização na Convocatória para a CEHTA
	Objetivo Específico 2
	Elaborar um Manual de suporte à decisão e intervenção na Consulta de Enfermagem de HTA

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 7, Objetivos do Projeto de Intervenção Comunitária

Para os objetivos específicos delineámos as seguintes metas:

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Objetivo Específico	Metas
Estabelecer critérios para a Priorização na Convocatória para a CEHTA	<ul style="list-style-type: none">• Que 100% dos enfermeiros da USF K sejam capazes de enumerar os critérios e sua ordem para a priorização para a convocatória da CEHTA
Elaborar um Manual de suporte à decisão e intervenção na Consulta de Enfermagem de HTA	<ul style="list-style-type: none">• Que o manual corresponda a 100% dos conteúdos / requisitos identificados pelos enfermeiros como necessários para a CE

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 8, Objetivos Específicos e Metas
do Projeto de Intervenção Comunitária

7 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

O presente projeto de intervenção comunitária assume o objetivo de estruturar uma consulta de enfermagem de vigilância à pessoa com HTA numa Unidade de Saúde Familiar: para o efeito, selecionámos um conjunto de “técnicas (...) com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1982:65). As mesmas tiveram em consideração as estratégias mais realizáveis, e também o custo destas (enquadradas no orçamento do estágio, realizáveis dentro do horário previsto para o mesmo).

Assim, como estratégias selecionadas desenvolvemos:

- A Pesquisa Bibliográfica, como base para a fundamentação teórica, e enquadramento das intervenções realizadas, e também a revisão sistemática de literatura produzida por enfermeiros quanto aos ganhos em saúde advindos da intervenção sobre os estilos de vida.
- A Formação em Serviço, operacionalizada em reuniões regulares com a equipa de enfermeiros da USF K, enquanto ponto de encontro e discussão da evolução do projeto, sugestões, requisitos para o MACEHTA.
- As Parcerias, ao reforçar o uso de canais de referência para as consultas dirigidas ao combate de alguns dos fatores de risco para a DCCV (consulta de Nutrição e de Evicção Tabágica), e também alguns dos recursos existentes na comunidade os quais pretendem incentivar a prática de exercício/atividade física e o turismo desportivo de acordo com a faixa etária.

Com o objetivo de analisar a pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia, elaborámos a seguinte tabela:

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Estratégia	Pertinência	Vantagens	Inconvenientes
Pesquisa Bibliográfica	Confere fundamentação científica para as intervenções projetadas e executadas	Validação científica para as intervenções Promove qualidade nos cuidados	Não foram encontrados
Formação em Serviço	Facilita o envolvimento de todos envolvidos	Promove a adesão e discussão Facilitador do sentimento de pertença com o projeto de intervenção comunitária	Depende da disponibilidade dos envolvidos e tem limitação temporal
Parcerias	Reforçar canais de referência para as consultas dirigidas ao combate de fatores de risco para as DCCV	Facilitar a referênciação Reforçar pontes de interligação entre serviços do ACES	Disponibilidade limitada dos parceiros

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 9, Análise das Estratégias Seleccionadas

8 – A PREPARAÇÃO OPERACIONAL

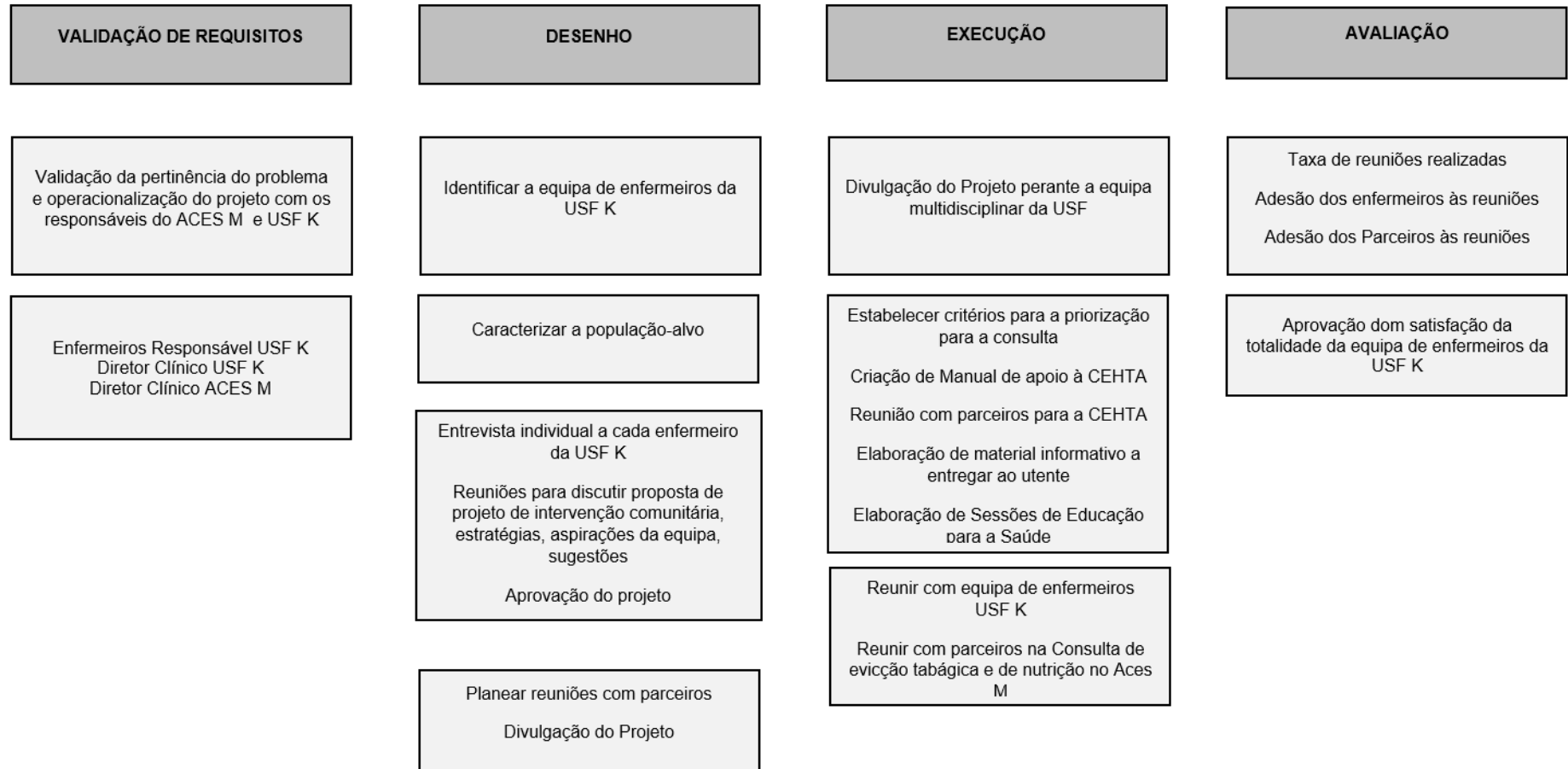
A preparação operacional refere-se ao período que medeia toda a teorização de um projeto e a sua execução. Nesta fase, é realizada uma revisão de todo o projeto elaborado desde a pertinência do tema, os objetivos estabelecidos, as metas, o período para os quais os objetivos foram fixados, as estratégias selecionadas, os custos do mesmo, possíveis obstáculos, com vista à sua validação e eventual reformulação. Salientamos, no entanto, que o projeto ora relatado é em si a preparação de uma CEHTA, pelo que este capítulo pretende focar o cumprimento de uma etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde.

Na situação em apreço, todos os pontos atrás mencionados foram validados como pertinentes, sendo identificado como possível obstáculo o não reforço de Recursos Humanos na equipa, o que iria inviabilizar a implementação do projeto no prazo previsto: trata-se segundo Imperatori e Giraldes, 1982:91 de “obstáculo relativo a recursos de ordem quantitativa” (neste caso recursos humanos), os quais carregam importância fulcral.

Nesta fase realizamos uma “especificação detalhada das atividades” (Imperatori e Giraldes, 1982:116): as previstas e realizadas, a sua calendarização no cronograma de atividades (ver apêndice X), definir recursos necessários, as parcerias, e os resultados esperados.

A tabela seguinte descreve a estruturação do plano de trabalho, desde a validação de pertinência do tema, o desenho do que se pretende fazer, a execução e avaliação (Work Break Down Structure [WBS], desde as intervenções gerais até às atividades específicas.

**WORK-BREAKDOWN STRUCTURE
(WBS)**



Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 10, Work Breakdown Structure

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

A tabela seguinte reflete o planeamento do que se irá realizar, por quem, quando e de que forma.

Objetivo	Estratégias	Atividades	Quem / Quando	Onde	Como	Avaliação
Estabelecer critérios para a Priorização na Convocatória para a CEHTA	Formação em Serviço Pesquisa Bibliográfica	Realização de reuniões com equipa de enfermeiros da USF K (4) Consulta de orientações e normas nacionais	Mestranda Outubro 2019 (2 reuniões) Dezembro 2019 Janeiro 2020	USF K	Presencial	Satisfação da equipa de enfermeiros da USF K Realização efetiva das reuniões Enumeração dos critérios e sua ordem por cada enfermeiro
Construir um manual de apoio facilitador da intervenção do enfermeiro na CEHTA	Pesquisa Bibliográfica Formação em Serviço Rede de Parceiros: consulta Evicção Tabágica e Nutrição Aces M	. Consulta de orientações e normas internacionais e nacionais, produção científica relevantes na matéria . Preparação de sessões de educação para a saúde . Preparação de material informativo a entregar ao utente . Realização de revisão sistemática . Realização de reuniões com equipa de enfermeiros da USF K Reunião com parceiros das consultas (1 por local)	Mestranda Entre outubro 2019 e janeiro 2020 Novembro de 2019	USF K Urap Aces M USF M. USF N.	Presencial	Satisfação da equipa de enfermeiros Realização efetiva das reuniões Adesão da equipa de enfermeiros às reuniões Realização efetiva das reuniões (3)

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 11, Preparação Operacional

As atividades constantes foram discutidas e validadas com a docente e enfermeira orientadoras de estágio, enfermeiros da USF K, e foram tidas como adequadas para responder às necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

Nesta fase elaborámos também uma avaliação de risco do projeto, com vista a analisar potenciais obstáculos à sua concretização.

STAKEHOLDERS DO PROJETO	
ACES M	20
ENFERMEIROS USF K	40
EQUIPA de MÉDICOS DA USF K	10
UTENTES INSCRITOS COM DIAGNÓSTICO DE HTA	30
TOTAL:	100

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 12, Stakeholders do Projeto de Intervenção Comunitária

Do analisado até então, verificámos que a viabilidade de implementação da CEHTA estará severamente dependente da adição de novos enfermeiros na equipa, a qual está prevista ser satisfeita no primeiro semestre de 2020. O peso que atribuímos a cada interveniente deve-se ao grau de importância para este com a sua concretização, ou não.

O cronograma de atividades encontra-se em apêndice, e nele encontram-se plasmadas as atividades e a janela temporal de desenvolvimento.

8.1 – A PREVISÃO DE RECURSOS

Os recursos necessários para a implementação do projeto passaram desde os necessários para o seu desenho, até aos necessários para a sua implementação (no caso específico, recursos humanos). É sobre esta previsão que nos iremos debruçar neste subcapítulo, e para o efeito iremos dividi-los em recursos financeiros, materiais, estruturais e humanos.

No que respeita aos recursos financeiros necessários para a elaboração do projeto, estimámos o seguinte:

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

RECURSOS	TIPO DE RECURSOS	QUANTIDADE	CUSTO
Informáticos	Computador	1	300€
	Projetor	1	
	Impressora	1	
Consumíveis Vários	Folhas A4	250	4€
	Fotocópias	20	5€
	Toner impressora PB	1	40€
	Toner Impressora cor	1	45€
Recursos Humanos	Enfermeiros USF K	50h	500€
	Mestranda	448h (10€/h)	4480€
Deslocações	Viatura Própria	3560km (0,36h/km)	1,281,6€
	Portagens	1,8€ passagem	102,6€
Gastos Gerais	Internet	1	300€
	Telefone	1	
	Eletricidade	1	
TOTAL			7.058,2€

Fonte: Elaboração Própria

Título: Tabela 13, Orçamento do Projeto de Intervenção Comunitária

Nos recursos materiais e estruturais, temos:

- Sala para a consulta de enfermagem, este recurso encontra-se já disponível pois a equipa tem sala própria para consultas de diabetes e saúde do adulto, a qual se encontra anexa a uma sala de podologia
- Computador com ligação em rede e internet, secretarias, 3 cadeiras, medidor de tensão arterial, balança, fita métrica, também estes recursos se encontram já disponíveis na unidade
- Serão também necessários consumíveis como eletricidade, internet, água e climatização, de igual forma já assegurados

No que respeita aos recursos humanos será necessário, para a implementação da CEHTA, apoio administrativo para a convocatória, agendamento de consultas e registo administrativo de contacto.

Prevê-se também necessário tal como em todos os momentos, apoio de assistente operacional.

A consulta irá ser assegurada pela equipa de enfermagem: previsivelmente, o utente terá consulta médica de vigilância 1 x ano, a qual poderá ou não ser em simultâneo à consulta de Enfermagem (ACSS, IP 2017).

No que concerne aos recursos de enfermeiros, reportamo-nos ao referido no documento Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem [(NCDSCE)], Ordem dos Enfermeiros, 2014 e, sob o pressuposto que todos 9 elementos da equipa têm horário semanal de 35h.

A USF tem inscritos 16.232 utentes: temos um rácio de 1 enfermeiro para cada 1.803,5 inscritos. No documento da OE é fixado, para os CSP o seguinte rácio:

- 1 enfermeiro para cada 1.550 utentes ou,
- 1 enfermeiro para cada 350 famílias

A unidade adota o primeiro rácio, pois as famílias poderão ter número de membros distintos. Identifica-se, para cada enfermeiro uma sobrecarga de 253,5 utentes. Na já referida norma, temos também que “cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde” (OE, 2014:10). Também segundo o ICN, 2017, a dotação adequada de enfermeiros permite a prestação segura de cuidados e “níveis inadequados de enfermeiros aumentam o risco dos cuidados de saúde serem afetados, do aumento de efeitos adversos, resultados clínicos inferiores, mortes hospitalares e a vivência por parte do doente de uma pobre e pouco eficiente prestação de cuidados”.

Correlacionamos, diretamente com a desmotivação referida pela equipa ao não ter perceção de ganhos obtidos numa vigilância oportunista, e sentir-se sobrecarregada com o atual rácio enfermeiro / utente, embora cientes do imperativo de acompanhamento dos seus utentes com esta doença crónica.

De novo, segundo a NCDSCE cada enfermeiro a 35h, dedica 1414h de cuidados anuais ($35h \times 52 \text{ semanas} = 1820h$ / anuais às quais se deduzem 182h (26d de férias) + 63h (9 dias feriados) + 105 h (15 dias de formação) + 56h (8 dias de faltas) = 406h (OE, 2014:12).

Extrapolando, na unidade em questão, temos:

Rácio desejável: $1414h / 1550 \text{ utentes} = 0,94h$ de cuidados por utente / por ano

Rácio existente: $1414h / 1803,5 \text{ utentes} = 0,78h$ de cuidados por utente / ano

Verificamos que cada utente recebe em média menos 17% das horas de cuidados desejáveis ao longo do ano. Ainda, cada enfermeiro tem na sua carteira de utentes um

excedente de 253.5 utentes, o que no total da equipa perfaz 2.281,5 utentes que, em condições desejáveis “consumiriam” mais 2.144,61 horas de cuidados por ano.

Tomando os cálculos já efetuados, 2.144,61h necessárias / 1414 h por cada enfermeiro = 1,5 enfermeiros a ser adicionados à equipa.

No entanto, a mesma norma prevê que as horas de chefia do enfermeiro deverão ser substituídas de forma a manter “a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas” (OE, 2014:13). Mais uma vez, extrapolando a norma para a realidade da USF, o enfermeiro em funções de chefia despende 10h semanais no exercício destas funções acrescidas: neste caso iremos aplicar o cálculo do número de semanas de trabalho efetivo de cada enfermeiro, para calcular quantas horas por ano seriam necessárias substituir.

Segundo a mesma norma a cada enfermeiro são deduzidos um total de 58 dias (férias, feriados, faltas e horas de formação). 58 dias correspondem a 8,3 semanas que deduzidas às 52 semanas do ano temos: $52 - 8,3 \text{ semanas} = 43,7 \text{ semanas}$ de trabalho efetivo. Se em cada uma destas, 10h são de cuidados indiretos, neste caso em funções de chefia, obtemos um défice de horas para prestação direta de cuidados por ano de 437h.

Voltando ao valor de 2.144,61 horas de cuidados adicionais necessárias dado o número de utentes inscritos, carece ainda a unidade de repor anualmente 437h de horas de enfermeiro para substituição. Temos então, necessidade de $2.144,6h + 437h = 2.581,61$ de horas de enfermagem por ano.

- $2.581,61h / 1414h = 1,8$ enfermeiros

Em conclusão, no que concerne aos recursos humanos de enfermeiros, seria necessária a adição de 2 elementos para que a equipa cumprisse o standard mínimo referido na NCDSCE, o que, vai de encontro a um dos requisitos de satisfação da mesma para a implementação da CEHTA: a adição de mais enfermeiros.

9 – A EXECUÇÃO

A execução do projeto assentou, primordialmente, na pesquisa bibliográfica e no aprofundamento teórico, constituindo-se dessa forma a estratégia base para toda a execução, pois daqui partiu a fundamentação para todas as intervenções.

A pesquisa bibliográfica foi realizada ao longo do todo projeto, inicialmente de forma exploratória para permitir familiarização com o tema da Hipertensão Arterial, e depois de forma sistemática com o intuito de responder a uma das questões levantadas no diagnóstico de situação: que ganhos se obtêm, a curto e médio prazo, da intervenção dos enfermeiros sobre os estilos de vida na doença Hipertensão Arterial.

Foram consultadas orientações internacionais no tema, nacionais (normas, orientações, relatórios) metadados em acesso aberto, plano local de saúde e consulta de registo de morbilidades na USF (HTA, obesidade, tabagismo, consumo de álcool).

Para responder a um dos problemas identificados no diagnóstico de situação (se da intervenção de enfermagem sobre os estilos de vida produzem-se ganhos mensuráveis na doença HTA) foi realizada uma revisão sistemática através da estratégia PICO na formulação da questão de investigação, suportada na metodologia *Joanna Briggs Institute*, a qual após aplicados critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 artigos de natureza quantitativa, os quais relacionaram ganhos em saúde advindos da intervenção de enfermeiro sobre os estilos de vida, embora, estes tenderiam a diminuir na ausência de *Follow-up*. Estes resultados foram apresentados à equipa de enfermagem da USF K na reunião final para apresentação do projeto para a CEHTA.

Conforme já referido a equipa verbalizou a necessidade de se criar um documento de apoio à prática por forma a tornar uniforme a atuação na consulta de vigilância deste grupo de risco e que reunisse informação de apoio, para além das orientações e normas nacionais na matéria. Para tal, expressou, conforme já referido, os pontos que satisfariam as suas aspirações e necessidades. Convergindo para esta solicitação, foi criado um Manual de Apoio na Consulta de Enfermagem de HTA [(MACEHTA)], o qual reuniu, para além do exortado nas orientações nacionais na matéria, também, o referido no Plano Local de Saúde de M 2018-

2020, os objetivos institucionais, as sessões de promoção para a saúde, bem como diversos links úteis.

A equipa revelou, também, preocupação em oferecer serviços na medida em que os seus utentes deles necessitem e respeitar o princípio da equidade previsto no PNS Revisão e Extensão a 2020: um dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde é “o respeito pelo princípio da equidade implica a ausência de diferenças evitáveis e injustas nas respostas oferecidas pelo Sistema de Saúde” (DGS, 2015:15), sendo que no mesmo documento se propõe a “adoção de medidas que promovam a redução da desigualdade”, também “o reforço do desenvolvimento e implementação, em situações adequadas, dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de saúde mais frequentes e com potencial de maior ganho” e “o reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde e aos medicamentos”, (ibidem) sendo que aqui, entendem as autoras e membros da equipa, vulnerabilidade como sendo portador de doença crónica.

Neste aspeto, as autoras utilizaram o que Powell, J., Beidas, S., Lewis, C., Aarons, A., McMillen, C., Proctor, K. & Mandell, S., 2017) denominam de *Group Model Building* (construção modelada pelo grupo): nesta estratégia devolve-se à população alvo a possibilidade de desenhar respostas para um problema. Segundo os autores pode ser usada para a resolução de questões complicadas, ou com fraco consenso. Na situação, a própria equipa definiu de que forma pretendia priorizar, considerando o exortado na Norma DGS026/2011 atualizada a 19/03/2013 (Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial) e dos indicadores para os cuidados de saúde primários (ACSS, IP, 2017).

Tomando em consideração os requisitos já expostos e as expectativas da equipa de enfermagem, foram discutidos e aprovados pela totalidade da equipa os seguintes critérios para a priorização para a CEHTA:

- 1 - Inscritos codificados com K86 ou K87 sem vigilância da doença há mais de um ano
- 2 - Utentes identificados, oportunicamente, com insuficiente controlo da HTA
- 3 - Utentes com uma avaliação de Risco Vascular elevado, (5-10%)
- 4 – Por procura espontânea

Salientamos, que os utentes sem vigilância há mais de um ano serão identificados por pesquisa de indicador específico da unidade, e os que tiverem avaliação de Risco Vascular elevado serão referenciados para CEHTA pelo médico de família.

A equipa disponibiliza dois tempos de 2h por semana (4h totais, 8 consultas por semana), e irá gerir a convocatória utilizando tendencialmente a seguinte proporção, a qual pode ser ajustada mediante o juízo clínico do enfermeiro:

- 50% para os utentes com prioridade 1
- 25% para os utentes com prioridade 2
- 12,5% para a prioridade 3 e 4

Ficou também disponível um fluxograma de atuação em caso de não comparência (ver apêndice XI) e estabeleceram-se quotas de atendimento de *follow-up* na Sala de Tratamentos (situações de necessidade de vigilância e orientação que não careçam de tempo de consulta integral).

Foi realizada uma segunda reunião com a equipa de enfermagem da USF K, no dia 23/10/2019 (ver apêndice XII), mais uma vez no momento de reunião semanal da equipa, tendo esta contado com a totalidade dos elementos. Teve como objetivo colher sugestões em alguns pontos a incluir no manual através de “pesquisa de consenso”, ou seja, procurar obter “consenso entre pessoas conhecedoras da população em estudo” (Tavares, 1990:64): através de *Brainstorming*, foi criada uma grelha com sugestões a incluir no manual de apoio à Consulta de Enfermagem de HTA.

Mais uma vez, reportando-nos a Powell, J., Beidas, S. Lewis, C., Aarons, A., McMillen, C., Proctor, K. e Mandell, S., 2017), a denominada *Conjoint Analysis* (análise conjunta) é um método utilizado para medir as preferências dos implicados no processo (*stakeholders*) e como estas poderão afetar a aceitação (de um produto, serviço, programa), a qual, poderá recorrer a *brainstorming* como ferramenta.

Destacam-se:

- *follow-up* não presencial dos utentes por email e contacto telefónico
- definir critérios de priorização para a CEHTA
- como dar resposta a uma situação identificada oportunisticamente caso a consulta de enfermagem não seja possível com a brevidade desejável
- outras formas de promover a adoção de estilos de vida saudáveis
- sugestões a ser incluídas na CEHTA

A equipa expressou os critérios que a satisfariam quanto à estruturação da consulta de enfermagem de HTA, os quais passamos a enumerar: quotas de consultas semanais, dotações seguras para os cuidados de enfermagem, manual de apoio à consulta (normas e orientações, indicadores de avaliação do desempenho e de atividade da consulta,) compilados num só documento de fácil acesso e leitura, sessões de educação para a saúde quanto à adoção de medidas terapêuticas não farmacológicas para a HTA, folhetos para

entrega ao utente e também, critérios para a priorização para a consulta. Também, formas inovadoras de acompanhar este grupo de risco.

A equipa revelou preocupação sobre a evolução do desempenho da consulta de enfermagem, pelo que foram criados indicadores de desempenho de acordo com as suas expectativas, recursos e também objetivos institucionais e PLS no assunto os quais são parte integrante do MACEHTA.

Em dezembro foi apresentado à equipa o estadió de desenvolvimento do projeto, assim como sugestões: nesta fase a equipa manifestou-se quanto à apresentação por capítulos do MACEHTA, (apêndice XIII) para facilitar a consulta (ver também apêndice XIV).

As Parcerias / Rede de prestadores para apoio à CEHTA foram as Consultas de Evicção Tabágica e de Nutrição: a escolha pelo reforço para a utilização dos canais de comunicação para a referenciação para estas consultas surgiu do identificado na análise de indicadores da unidade (adiante desenvolvido).

A decisão por estreitar o encaminhamento para estas consultas fundamentam-se nas recomendações da DGS emanadas na já referida norma 020/2011 de 28/09/2011 atualizada a 19/03/2013. a qual refere as doenças cérebro e cardiovasculares como principal causa de morte em Portugal e ainda, a HTA como principal fator de risco para as mesmas, assim como a obesidade e o tabagismo. Já no PAI do Risco Vascular no Adulto a HTA surge como principal fator de risco para a DCCV, assim como o tabagismo, a razão cintura/anca, a ingestão de álcool, a dislipidémia, a diabetes mellitus, a obesidade e o sedentarismo (DGS, 2014:10). No mesmo documento e acerca das intervenções sobre os estilos de vida encontramos como principais focos de atenção a “adoção de uma dieta variada (...), prática regular e continuada de exercício físico (...), controlo e manutenção de peso normal (...), cessação do consumo do tabaco (...) e restrição do consumo excessivo de álcool (...) (DGS, 2014:27).

Ainda, indicadores da unidade quanto ao consumo do tabaco, de novo à data de 31 de julho de 2019:

- proporção de fumadores com consulta relacionada ao tabaco 1A = **14,774%** (número de fumadores com consulta/ número total de fumadores x 100 = $320/2,166 \times 100 = 14,774\%$).

A Consulta de Evicção Tabágica funciona em dois locais dentro do ACES M, e não está afeta à área geográfica de inscrição nos CSP: o utente poderá a ela recorrer onde lhe for mais conveniente.

A referenciação é realizada através do envio de formulário próprio por email ou por referenciação telefónica, caso o enfermeiro delibere existir urgência clínica justificativa:

também poderá ser feita por procura espontânea. O tempo de satisfação é variável (consoante critérios de priorização do PNPCT). De salientar que a USF M. (um dos locais onde se realiza a consulta) não partilha o mesmo sistema informático de apoio à prática, pelo que qualquer informação relevante deverá ser partilhada no formulário de referenciação, ou, através de chamada telefónica com enf. responsável pelo agendamento.

Os contactos iniciais com as unidades foram feitos telefonicamente, e, a pedido dos profissionais, foram agendadas reuniões presenciais para momento oportuno. Um dos locais já não realizava consultas no âmbito do PNPCT por carência de médicos.

Foram realizadas 2 reuniões presenciais (ver apêndices XV e XVI) , uma em cada local de atendimento para consulta de Evição Tabágica, e 4 contactos telefónicos (na USF L ficou confirmado que já não existia consulta, e na USF M a Enf. I.A. devolveu chamada após reunião com informação complementar).

A tabela seguinte sumariza a informação:

Unidade	Modo Preferencial de Referenciação	Tempo de Satisfação para a Consulta	Anotações
USF M	. presencial . e mail (formulário em intranet)	----	. priorização segundo critérios do PNPCT . enf. I. A.
USF F. L.			Já não tem consulta
USF N.	. Email preenchimento e envio de formulário (médico ou enfermeiro) . Procura do Próprio	1-2 meses	Responsável pelo agendamento Sr. A. E. ligar se a situação clínica o justificar

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 14, Locais para Realização de Consulta de Evição Tabágica no Aces M

No ACES M existe uma consulta de Nutrição assegurada por 2 nutricionistas: o encaminhamento é realizado quer por referenciação direta em Sclínico ou por procura espontânea do utente. Caso o enfermeiro avalie a necessidade de acompanhamento mais célere, poderá referenciar, também através de chamada telefónica. Funciona na sede do agrupamento (ver apêndice XVII) e está afeta a área geográfica de inscrição nos CSP. O tempo de satisfação é variável e depende da informação clínica que acompanha a referenciação. Foi realizada uma reunião presencial com a Nutricionista, sem agendamento prévio (não se conseguiu estabelecer contacto telefónico).

Os dados da unidade (reportados a 31 de julho de 2019) mostram quanto à prevalência de obesidade:

- Proporção de utentes com mais de 14 anos com IMC superior a 25: **12%** (número de utentes com mais de 14 anos com IMC superior a 25 / número de inscritos com mais de 14 anos x 100 = $1500/12638 \times 100 = 11,8\%$)

Quanto ao consumo nocivo de álcool, identificámos na USF K os seguintes dados (reportados à data de 31 de julho de 2019)

- Proporção de utentes com mais de 14 anos com registo de consumo de álcool = **46,803%** (número de utentes com idade superior a 14 anos com registo de consumo de álcool/ número total de utentes com mais de 14 anos x 100 = $5,915/12,638 \times 100 = 46,803\%$).

A referenciação é médica, sinalizada através do preenchimento do consumo de álcool em Scĺnico, pelo enfermeiro.

No que respeita à recomendação da prática de exercício físico, foi entregue à equipa informação sobre a iniciativa da Câmara Municipal de M: M Move, desenvolvida em várias freguesias e ajustada à idade e treino físico (poderão ir desde caminhadas até corridas de alto rendimento).

A inscrição é feita nas juntas de freguesia, e a pessoa é notificada de novas iniciativas quer por divulgação por mail, informação no website e também divulgação nas comunidades. Tem carácter regular, e depende das condições climatéricas.

Foram elaborados e disponibilizados à equipa folhetos e informação a entregar ao utente (apêndice XVIII), e também exibidas para apreciação final e as sessões de educação para a saúde elaboradas (apêndice XIX): consideramos que estas duas ferramentas contribuem para a consecução do objetivo geral do projeto, ao integrarem-se na CEHTA da USF K como forma de promoção da saúde e incentivo à adesão às recomendações terapêuticas.

Por fim, todas estas ações foram concretizadas com recurso a outra das estratégias selecionadas: a Formação em Serviço, operacionalizada em reuniões quer de discussão, quer de apresentação do projeto foram a estratégia selecionada para abordar a equipa com vista a aprimorar a atuação no grupo de hipertensos inscritos. Adiante faremos a avaliação da execução, no entanto foram realizadas um total de 4 reuniões com a equipa de enfermeiros com objetivos distintos, todas realizadas com o pretendido quórum, como veremos adiante na avaliação. A última reunião teve como objetivo a aprovação do MACEHTA e também apresentação do resumo do artigo realizado em âmbito académico (apêndice XX).

10 – A AVALIAÇÃO

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde: trata-se de “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990:204). Entende o autor, critérios como, por exemplo, um indicador criado para avaliar o grau de sucesso.

Para Imperatori e Giraldes (1982:127) “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir”. No caso, a comparação será feita com o estado inicial (ausência de vigilância estruturada de enfermagem ao utente com diagnóstico de HTA), o qual se pretendeu corrigir.

Para efeitos de avaliação iremos monitorizar o que fizemos (a atividade desenvolvida) e o resultado que daí emergiu (o desempenho).

Assim, quanto à atividade, temos:

Indicadores de Atividade	Meta	Fórmula	Resultado
Taxa de reuniões realizadas com equipa de enfermagem	100%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões planeadas com equipa de enfermeiros da USF K}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões realizadas}} \times 100$	Atingido
Taxa de reuniões realizadas com rede de parceiros da CEHTA	100%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões planeadas com rede de parceiros da CEHTA}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões realizadas}} \times 100$	Atingido
Taxa de adesão de enfermeiros da USF K presentes nas reuniões de discussão de projeto	90%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros da equipa presentes nas reuniões de discussão do projeto de estruturação de CEHTA}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros da equipa}} \times 100$	Superado Reunião 1: 90% Reunião 2: 100% Reunião 3: 90% Reunião 4: 100%

Fonte: Elaboração Própria

Título: Tabela 15, Avaliação da Atividade do Projeto de Intervenção Comunitária

Quanto à avaliação do desempenho temos:

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Metas	Indicador	Resultado	Avaliação
Que 100% dos enfermeiros da USF K sejam capazes de enumerar os critérios e sua ordem para a priorização para a convocatória da CEHTA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros da USF K que sejam capazes de enumerar os critérios e sua ordem para a priorização para a convocatória para a CEHTA}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros da USF K}} \times 100$	100%	Atingido
Que o MACEHTA corresponda a 100% dos conteúdos / requisitos identificados pelos enfermeiros como necessários para a consulta	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros da equipa que expressem satisfação com MACEHTA}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros da equipa}} \times 100$	100%	Atingido

Fonte: Elaboração Própria

Título: Tabela 16, Avaliação do Desempenho do Projeto de Intervenção Comunitária

Em sessão de formação em serviço no final no mês de janeiro, a qual contou com a totalidade da equipa, foi apresentada a proposta de Consulta de Enfermagem de HTA, tendo-se obtido satisfação de 100% da mesma. No, entanto, ficou a salvaguarda da necessidade de reforço de elementos na equipa, a qual prevê-se satisfeita durante o primeiro semestre de 2020.

Os indicadores de atividade fixados para o objetivo geral tiveram em consideração a necessidade de reforçar pontes entre os vários serviços complementares previstos no PAI para o Risco Cardiovascular, e nesse sentido projetou-se a realização de 1 reunião com cada serviço de apoio no ACES dirigido ao combate de fatores de risco (Obesidade e Tabagismo): foram realizadas as 3 previstas, pelo que consideramos este objetivo integralmente cumprido.

Estabeleceu-se uma meta ligeiramente mais baixa nas reuniões de discussão, uma vez que seria necessário um elemento disponível para o atendimento que eventualmente surgisse, embora o valor meta tivesse sido alcançado em todos momentos e a totalidade da equipa na sessão de formação realizada durante o horário de reunião semanal multidisciplinar, sendo que na segunda reunião esteve presente a totalidade da equipa.

A equipa aderiu às reuniões de discussão, tendo-se conseguido superar a meta de 90% (atingidos 93%) e 100% na sessão de formação em serviço, onde se apresentou todo o modelo construído. Como tal, consideramos atingido o objetivo da adesão às reuniões.

11 – PREVISÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HTA NA USF K

O projeto de consulta de enfermagem de Hipertensão Arterial agora relatado foi desenhado para dar resposta às necessidades de uma equipa (de enfermeiros), minimizados / resolvidos os problemas que o obstaculizavam. Foi prevista a sua implementação plena até final do mês de junho de 2020: passando pela fase intermédia com a adição de novos enfermeiros previu-se a consulta de enfermagem sem articulação a consulta médica entre abril e junho de 2020, e a partir de julho o funcionamento pleno com consulta médica anual.

No entanto, as profundas alterações ao acesso a cuidados de saúde, com preferência pela via não presencial e a mobilização de profissionais para cuidados dirigidos à pandemia Covid 19 levaram a que a consulta formal, realizada em sala não fosse implementada até à data de realização do presente relatório. No entanto, de forma generalizada, a equipa adotou medidas de *follow-up* não presencial (como o contacto telefónico e por e mail) para o acompanhamento de doença crónica Hipertensão Arterial e Diabetes. Foi também utilizado o correio eletrónico para envio de informação de saúde aos utentes com literacia para tal (folhetos e links que foram disponibilizados à equipa).

Até à data de submissão do presente relatório a equipa não tinha, ainda, previsão para a implementação de consulta presencial, sendo que mantém o atendimento de forma oportunista e, prossegue com *follow-up* não presencial.

11.1 – SEGUIMENTO E *FOLLOW-UP*

O seguimento do projeto será efetuado pela enfermeira C.D.: será o elemento que irá recolher dados sobre atividade e desempenho da equipa na CEHTA com carácter trimestral a iniciar 2 meses após o início da mesma (dado o desfasamento existente na disponibilização de indicadores de atividade). A equipa expressou querer rever dados da atividade e desempenho em reunião e avaliar a sua conduta com regularidade com vista a alcançar as

metas traçadas para o primeiro ano de CEHTA e ajustar-se consoante necessidades que se apresentem.

III – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Nesta etapa do Relatório de Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública urge a reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas para a obtenção de grau de Mestre e para o título profissional de Enfermeiro Especialista.

Neste capítulo iremos desenvolver a análise reflexiva sobre o percurso efetuado e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências, as quais iremos compartimentar em Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública e Mestre em Enfermagem, atendendo à moldura jurídica da profissão e, do grau académico.

O ora relatado estágio final teve enquanto objetivo geral a formação especializada na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com enfoque na inovação e trabalho em equipa (Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], 2019) desenvolvendo durante o mesmo um projeto de intervenção comunitária mediante avaliação da situação de saúde. Se tomarmos, para efeito desta análise crítica os objetivos estabelecidos para o mesmo, encontramos:

- 1 – Conceber e planear projetos / programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.
- 2 – Coordenar, dinamizar e participar em projetos / programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.
- 3 – Avaliar projetos / programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos (IPP, 2019:3).

Os objetivos, entendemos, concebidos em função do disposto no Regulamento 428/2018 de 16 de julho, que no seu artigo 2º estabelece Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, as quais transcrevemos:

- 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 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018:19354)

Estas competências serão analisadas ponto a ponto no desenvolvimento desta reflexão e mediante as atividades desenvolvidas durante o Estágio Final.

12 – AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o REPE, enfermagem

“é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015:99).

O mesmo define Enfermeiro Especialista enquanto o profissional

“habilitado com um curso de especialização de enfermagem, (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (ibidem).

Na senda da análise sobre as competências, reportamo-nos, ao Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista onde se destacam quatro domínios de competências comuns sobre as quais nos iremos debruçar.

A Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: a qual determina a responsabilidade de manter uma prática eticamente guiada pelo respeito pelos direitos humanos, agindo de acordo com a ética e deontologia profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste domínio e para o relato do desenvolvido nesta etapa do Mestrado, no que respeita aos direitos dos cidadãos à sua privacidade e reserva da intimidade na prática direta de cuidados de enfermagem e também nos contextos de investigação e académicos, uma vez diretamente implicados nesta etapa, assim como do consentimento dos intervenientes.

A Reflexão

O percurso efetuado durante o estágio final do Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi realizado segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde, nas suas várias etapas. Para a sua concretização, foram obtidas as autorizações junto do Conselho de Administração do ACES M, Diretor Clínico da USF K, Enfermeira responsável

da USF K, e cada membro da equipa de enfermeiros, este consentimento reiterado em cada etapa de desenvolvimento.

Não foram acedidos ficheiros relativos a informação pessoal de utentes inscritos pelo que é do nosso entendimento não ter existido qualquer violação de dados sensíveis ou intromissões arbitrárias na privacidade dos utentes.

Foi mantida, durante todo o período de estágio, uma postura de respeito pela dinâmica da equipa e cooperação para a elaboração do projeto de intervenção: com o superior interesse dos cidadãos salvaguardados. O projeto foi construído com base nas necessidades da equipa e para esta, no âmbito do seu exercício profissional. Todos intervenientes foram envolvidos e autorizaram a sua realização, etapa a etapa.

Consideramos, pelo exposto, esta competência como adquirida.

A Melhoria Contínua da Qualidade; onde se espera um papel dinamizador nas iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 enfoca a relação estreita entre Ética, Legalidade e Qualidade na saúde: no despacho 5613/2015 de 27 de maio lê-se que:

“A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Ministério da Saúde, 2015:13552).

A mesma coloca enfoque no cidadão, enquanto protagonista que justifica os serviços de saúde, mas também “enquanto cliente, como utilizador e como proprietário do Serviço Nacional de Saúde” (ibidem). Assenta na Melhoria da Qualidade Clínica e Organizacional, com destaque, entre outros, sobre a redução da variabilidade da prática clínica e disseminação de boas práticas, no aumento da Adesão a Normas de Orientação Clínica, no Reforço da Segurança dos Doentes e na Monitorização Permanente da Qualidade e Segurança.

A propósito da melhoria da qualidade, no Código Deontológico do Enfermeiro ([CDE]), art.º 100º, alínea e) lê-se “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p.81). Ainda, no art.º 101º quanto aos deveres para com a comunidade, o enfermeiro assume a responsabilidade de (...) “Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que

está profissionalmente inserido “(p.82) e também, no artigo 109º, quanto à excelência do serviço, alínea b) “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” (p.86). Encontramos plasmado na Deontologia Profissional os mesmos pilares para a excelência e qualidade: formação contínua e adequação às necessidades das pessoas.

A Reflexão

O percurso realizado até então culminará na aquisição de competências especializadas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com vista à prestação de cuidados diferenciados “considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19355) com recurso ao Método do Planeamento em Saúde. Encontramos aqui o cumprimento da responsabilidade profissional de atualizar permanentemente os conhecimentos com vista à melhoria dos cuidados que se prestam.

No que concerne ao eixo estratégico Melhoria da Qualidade Clínica e Organizacional, o presente projeto contribuiu para a redução da variabilidade clínica (ao criar uma resposta cimentada na estratégia nacional para a abordagem da HTA), para a adoção de boas práticas na vigilância de um grupo de risco na unidade de saúde em questão (criando uma resposta adequada às necessidades identificadas) e também para o aumento à adesão de normas de orientação clínicas relacionadas com a Hipertensão Arterial e com a preocupação de oferecer cuidados a quem precisa, quando deles precisam (princípio da equidade, 2º eixo do Plano Nacional de Saúde). A qualidade clínica será monitorizada através do recurso a indicadores formulados para o efeito no decurso do projeto.

Mediante o exposto, consideramos atingido o objetivo da Melhoria Contínua da Qualidade, conforme disposto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A Gestão dos Cuidados; onde se espera a gestão dos cuidados de enfermagem com vista à otimização da resposta e articulação inter equipas, adaptando a liderança em função das situações e contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que respeita à gestão de cuidados, remetemo-nos para o propósito desta reflexão ao disposto no REPE / Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, art.º 9, alínea 6) “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, e para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:103). Ainda, dos deveres, o artigo 109º, alínea

d) da Deontologia Profissional, refere quanto à excelência do serviço, “assegurar, por todos meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:86).

O domínio da Gestão de Cuidados do Regulamento 140/2019 de 6 fevereiro, descreve a gestão de cuidados de enfermagem nas competências da otimização a nível da tomada de decisão, na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, na supervisão de tarefas delegadas garantidas a segurança e a qualidade, e adequando a liderança ao clima organizacional.

Transpondo estas unidades de competência ao trabalho desenvolvido durante o estágio final, tomamos a elaboração de um projeto de intervenção na unidade como uma medida de adaptação dos recursos às necessidades da população de que serve, até então sem seguimento formal de uma doença crónica, adequando a supervisão e delegação de tarefas na equipa de enfermeiros com elevado grau de diferenciação, através de um elemento da equipa que fará o *follow-up* desta implementação no primeiro ano, avaliando resultados com recurso aos indicadores formulados para o efeito. O projeto foi liderado por um enfermeiro e foi alinhado aos objetivos do Plano Nacional de Saúde e Plano Local de Saúde de M.

Consideramos, o objetivo de “Gestão de Cuidados” assim como o objetivo de aprendizagem “coordenar, dinamizar e participar em projetos / programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado” atingidos, mediante as atividades desenvolvidas e relatadas.

O Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais; o qual baseia a prática clínica na evidência científica. O Regulamento OE 140/2019 de 6 fevereiro coloca como unidades de competência neste domínio a consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, a capacidade de gerar repostas com adaptabilidade, enquanto se atua como facilitador de aprendizagem em contexto profissional suportada em evidência científica, promovendo a “formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019:4750).

Na Deontologia profissional encontramos quanto aos deveres deontológicos em geral, no art.º 100, alínea e) “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”; e, no que concerne à Excelência do Exercício, no art.º 109, alínea c), o enfermeiro assume o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as

tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:86).

A Reflexão

Os deveres deontológicos gerais e da excelência do exercício, a atualização permanente de conhecimentos, baseado na evidência científica sem descuido da formação nas ciências humanas surgem como mote da prática de enfermagem: são o pilar do ser enfermeiro, domínio já referido anteriormente no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.

No percurso académico foram adquiridos conhecimentos e treino para aplicar a metodologia do planeamento em saúde, a qual se configura própria da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com vista a resolver/minimizar problemas identificados numa determinada população. Todo o percurso foi fundamentado em orientações nacionais e internacionais, normas, e evidência científica na área da HTA produzida por enfermeiros enquanto requisito da qualidade dos cuidados de enfermagem planeados.

O desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais foi também complementado na produção de artigo científico através de uma revisão sistemática de literatura a qual pretendeu responder a uma questão inicial da população alvo. Contemplamos que o objetivo se cumpre num dado momento, porque a procura pretende-se constante e inacabada, que esta etapa seja o rastilho para outras.

Para o objetivo do presente relato, avaliamos como atingido o domínio em apreço no momento da avaliação, presumindo-se em constante presença e transmutação ao longo do percurso profissional.

13 - AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A atuação do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública** encontra-se descrita no Regulamento 428/2018 de 16 de julho. Neste, encontramos quatro campos específicos da competência do EEECSF os quais passaremos a enumerar e comentar em função do desenvolvido nesta etapa académica.

“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19354).

A Direção Geral da Saúde define, no seu Manual Orientador para Planos Locais de Saúde, um diagnóstico de situação de saúde como (...) “traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde” (DGS, 2017e:6).

Para Imperatori e Giraldes (1982:6), o planeamento em saúde constitui “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”, e porque os recursos são escassos, estes autores estabelecem uma guia condutora para o processo do planeamento em saúde, com etapas interdependentes e em constante reavaliação e, eventual, reformulação, as quais conduzem à avaliação do estado de saúde de uma população e a construção de uma solução para os problemas identificados como prioritários. Este processo já foi descrito neste relatório, e, para o propósito desta reflexão sumarizamos de seguida: “diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas / projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori e Giraldes, 1982:9).

O CDE, a propósito do dever para com a comunidade relata no art.º 101, alínea b) “participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados” e ainda “colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 81 e 82).

Ainda, como objetivo específico de aprendizagem do presente estágio surge: “conceber e planear projetos / programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado” (IPP, 2019:3).

A Reflexão

Durante o estágio final foi desenvolvido um projeto de intervenção numa unidade de saúde, *tailored* para os enfermeiros da equipa e dirigido a um grupo de utentes com patologia crónica sem seguimento regular. Procurou-se responder à necessidade de organizar o seguimento (normas e orientações vigentes, criação de um manual de suporte, estabelecer critérios para a priorização na convocatória, criar indicadores de avaliação da atividade), e para o efeito, foi elaborado um projeto com recurso ao Método do Planeamento em Saúde, conforme já descrito.

Foi desenvolvido, junto da equipa de enfermeiros, população alvo do estudo, o diagnóstico de situação de saúde, priorizados problemas com recurso ao método de Hanlon e Comparação por Pares; discutidas estratégias com a equipa; elaboração da proposta de Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial. De seguida preparou-se toda a execução (recursos necessários, horas de enfermagem / dotações seguras, parcerias e reforço à utilização dos canais de comunicação institucionais) e foram criados indicadores de avaliação do processo, assim como dos resultados esperados.

Da nossa reflexão, foram executadas e respeitadas todas as etapas estabelecidas na Metodologia do Planeamento em Saúde durante esta etapa académica, pelo que consideramos plenamente atingido, o domínio de competência do EEECSF que “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19354).

“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19354).

No que concerne a este objetivo, reportamo-nos também à Deontologia Profissional, art.º 101, do Dever para com a Comunidade o enfermeiro “é responsável para com a comunidade na promoção da saúde” sendo que assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:19354).

A promoção da saúde encontra-se intimamente relacionada com a capacidade de saber decidir: e, a tomada de decisão depende do conhecimento que se tem sobre um assunto. Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários é emanada a Declaração de Alma-Ata, a qual exorta os principais eixos de ação nos CSP, dos quais

destacamos “os cuidados de saúde primários (...) incluem, pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para a sua prevenção e controle” (CMDSS, 1978:2).

Em 1986 na 1^o Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa foi divulgada a Carta de Ottawa, a qual definiu standards mínimos para a melhoria da saúde, na qual capacitar surge como a janela para a equidade. Neste documento pode ler-se que “a promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, (...)” (DGS, 1986:2).

Já no contexto nacional, em 2019, no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde, onde se destaca a importância da literacia em saúde como ferramenta principal para “encontrar, compreender e usar informação e serviços de saúde em vários momentos do percurso de vida” (Ministério da Saúde, 2019:4). No mesmo documento, literacia em saúde é definida, segundo a OMS, “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde” (ibidem), e associa uma maior utilização dos serviços de urgência, internamentos e diminuição da qualidade de vida a menores índices de literacia.

A Reflexão

No decurso do estágio final foi desenvolvido um projeto, a implementar na unidade com o objetivo de prover vigilância regular a um grupo de utentes com uma doença crónica. Tomando que cada um de nós é responsável pela sua saúde, e que estamos posicionados no centro do sistema, o chamado *patient centered health services*, (WHO, 2015:10) a capacitação torna-se o principal requisito para a tomada de decisão consciente.

É objetivo do projeto organizar a consulta de enfermagem de HTA, a qual prevê, para além da consulta formal em sala, *follow-up* não presencial e curtas sessões de educação para a saúde enfocadas nas intervenções sobre os estilos de vida e o que a DGS denomina de “medidas não farmacológicas” (DGS, 2013b:1) primordiais no tratamento da doença. É dirigida a toda população de hipertensos inscritos na unidade de saúde e pretende conseguir a adesão da mesma à consulta, promover a literacia e autonomia dos seus utentes como percurso para a capacitação para o autocuidado perante a doença, e será realizada por toda a equipa de enfermagem indo de encontro às recomendações nacionais, nomeadamente a já referida norma 026/2011 atualizada a 19/03/2013 (Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial) e

também no Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto (nº 09/2014 de 19 de dezembro).

O projeto teve a aprovação unânime da equipa de enfermeiros e encontra-se apto a ser implementado. Presume-se, com a vigilância regular, a autonomia no cuidado da doença, através do reforço positivo, a educação e aquisição de poder de decisão sobre si.

Mediante o já exposto, e das atividades desenvolvidas durante o estágio, consideramos o objetivo “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, do regulamento de Competências Específicas do EEECSF como tendo sido atingido.

“Integra a Coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”. (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19354)

O profissional de enfermagem está dotado de autonomia funcional e científica encontrando-se habilitado por:

“(…) um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:99).

Quanto ao Exercício e Intervenção dos Enfermeiros, art.º 9, temos que “os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais (...) organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção” (ibidem).

A Reflexão

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 com extensão a 2020 (DGS, 2015b) destaca enquanto metas a redução da mortalidade prematura para valor abaixo de 20%, o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos, a redução do consumo do tabaco na idade juvenil e eliminação de exposição ao fumo ambiental e o controlo da incidência e prevalência da obesidade na idade infantil.

O presente relatório reflete o percurso para a estruturação de uma CEHTA, doença tida como principal fator de risco para as doenças cérebro e cardiovasculares, assim como da morbilidade evitável que se associa às mesmas. Traz o mote de atuar sobre fatores de risco para as DCCV, alinhados à estratégia nacional no combate à doença e ao PNS nas suas

metas: a obesidade, o tabagismo, a alimentação desequilibrada, consumo nocivo de álcool. Enfoca também nos ganhos sobre a qualidade de vida atuando sobre fatores de risco evitáveis, diminuindo a taxa de mortalidade prematura, ou seja, aquela que ocorre antes dos 70 anos. Terá, como objetivo, atuar diretamente na comunidade, a um nível de prevenção primária.

O projeto de intervenção comunitária foi elaborado e executado por enfermeiro, com recuso a metodologia própria na Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com o principal objetivo de organizar a vigilância de um grupo de utentes portadores de doença crónica: foi desenhado de forma autónoma com a equipa, com o intuito de dar resposta a necessidades desta e será implementado de forma interdependente, a par com outros profissionais da unidade, com os quais partilham o objetivo comum da vigilância regular da HTA, mantendo a coordenação e avaliação contantes por um enfermeiro. De ressaltar que a vigilância da HTA encontra-se integrada no Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto, programa prioritário da DGS. Para o propósito desta reflexão, consideramos o objetivo acima indicado como atingido durante o estágio final.

“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19354)

A vigilância epidemiológica permite a compreensão dos fenómenos de saúde / doença numa determinada área: segundo a OMS, 2006:ix “o principal objetivo da epidemiologia é melhorar a saúde das populações”. Para a mesma, a “ epidemiologia atual é uma disciplina relativamente nova e usa métodos quantitativos para estudar a ocorrência de doenças nas populações humanas e para definir estratégias de prevenção e controle” (Ibidem: 1). O enfoque é dado ao conhecimento dos principais problemas de saúde , e atuar na prevenção e controlo, sendo que a sua atuação pode (à semelhança do exortado no regulamento de competências específicas o EEECS) ser definida em termos geográficos ou em unidade de estudo, neste caso, uma equipa de enfermeiros de uma USF.

A Reflexão

O projeto desenvolvido visou a estruturação da CEHTA numa unidade de estudo: a equipa de enfermeiros, em prestação de cuidados numa área geográfica com uma prevalência de HTA abaixo da média nacional, mas com controlo da doença insuficiente.

Para tal, foi desenvolvido um projeto de consulta de enfermagem o qual permitiu que a vigilância neste grupo de risco se tornasse viável, atuando sobre a prevenção e minimização do curso maligno da doença e suas complicações. Foram criados indicadores de atividade para a mesma, assim como do desempenho, alinhados à estratégia nacional e também local sendo que a implementação deste atendimento permitirá a produção de dados sobre o controlo da doença numa determinada população de inscritos, prevendo-se monitorização de resultados através do Observatório Local de Saúde, em abril de 2021.

Os dados produzidos através da vigilância regular dos hipertensos inscritos na USF K serão parte da vigilância epidemiológica da doença, extraídos através da consulta que se estruturou. Pelo exposto, consideramos que o projeto desenvolvido e demais atividades deram cumprimento ao objetivo de realizar e cooperar com a vigilância epidemiológica numa determinada área geodemográfica.

14 – AS COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Ainda, quanto à aquisição de **Competências do Grau de Mestre** (em enfermagem), reportamo-nos ao referido no Dec. Lei 74 / 2006 de 24 de março, com as alterações introduzidas pelo Dec. Lei 107 / 2008; pelo Dec. Lei 115 / 2013; ainda pelo Dec. Lei 63 / 2016 e pelo Dec. Lei 65 / 2018 os quais estabelecem requisitos para as Instituições de Ensino e alunos para a atribuição de grau de mestre, os quais iremos analisar, na ótica de aluno, nos domínios (referidos) de:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão (desenvolvidos, aprofundados, e com aplicações originais e até de investigação)
- Saber aplicar os seus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios
- Conhecimentos que permitam a aprendizagem ao longo da vida

Durante esta etapa académica foram pesquisadas, de forma exploratória, depois guiada e por fim de forma sistemática fontes de informação com vista a contextualizar e fornecer fundamentação teórica ao projeto desenvolvido. Foram desenvolvidos conhecimentos adquiridos nos anteriores ciclos de estudos e, todos foram mobilizados para servir o propósito académico de fundamento teórico no âmbito de atuação. Seguiram metodologia científica para evidenciar resultados na temática pretendida.

Durante todo processo entendemos ter evidenciado a compreensão e pensamento crítico perante a informação obtida e sua aplicabilidade na construção do projeto de intervenção do presente relatório.

Foi criada uma solução original para um problema identificado, num contexto não familiar: foi aplicada uma metodologia própria da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o mesmo foi alvo de comunicação e discussão com as partes interessadas. Foi também produzido um artigo científico baseado na metodologia da revisão sistemática, intervenções que a mestranda avalia como evidência das competências adquiridas e aplicadas nos

domínios de grau de Mestre: desenvolver, possuir conhecimentos, saber aplicá-los, saber comunicar conclusões e aprendizagem, e transportar essa evidência para a prática clínica.

O domínio da competência de ser capaz de transmitir conhecimentos, conclusões, percurso efetuado e raciocínio efetuado, terá avaliação para além do exposto no presente relatório, também em discussão pública posterior. Consideramos, contudo, que o presente documento cumpre o objetivo de refletir a aprendizagem, crescimento e aquisição de competências do grau de mestre.

Como continuidade, prevê-se aprimorar o artigo produzido para a sua publicação, e transpor para a prática clínica as competências adquiridas na pesquisa de evidência científica pertinente através de metodologia sistemática e integrativa e ainda, manter a colaboração com a formação académica de novos enfermeiros.

Pelo exposto, cremos ter atingido os objetivos para a atribuição de grau de mestre.

CONCLUSÃO

A prevalência da Hipertensão Arterial tem apresentado uma tendência de estabilidade, e tal como já abordado neste relatório, se nada a contrariar, tenderá a manter-se. O fardo que as doenças crónicas não transmissíveis como a HTA acarretam para a sociedade vão desde o compromisso sobre a qualidade de vida, a morbilidade, diminuição de produtividade, custos para o orçamento familiar, custos com cuidados de saúde, risco acrescido de desenvolver eventos cérebro e cardiovasculares e... a morte.

A HTA é tida como uma das principais causas de morte, advinda das suas complicações, e estima-se que à semelhança dos estudos de prevalência em Portugal demonstraram, cerca de um terço da população mundial seja hipertensa. Não existe tratamento, o controlo da doença passa pela terapia farmacológica, a sua prevenção pela adoção de estilos de vida saudáveis (atividade física, evicção tabágica, diminuição do consumo de sal ao máximo de 5gr/dia, diminuição do consumo nocivo do álcool, adoção de dieta variada, manutenção de peso regular): o que a OMS chama de *Best Buys*. Um baixo custo para o retorno que podem trazer, estimado em US\$ 7 para cada dólar investido até 2030. O mote assenta da prevenção.

O projeto de estágio relatado pretendeu evidenciar o contributo de uma USF na vigilância da doença HTA e, dar realce aos ganhos que podem advir. Foi a replicação a nível institucional do exortado em orientações nacionais, convergindo para as aspirações da equipa que a executará no sentido de minimizar o desgaste causado pela abordagem de situações complexas sem planeamento prévio.

A população alvo da intervenção manifestou interesse em iniciar a vigilância neste grupo de risco de forma regular e continuada, com enfoque na inovação como forma de aproximação à sua população mais jovem (como o recurso a apps para a autovigilância da PA), o registo digital das monitorizações com criação automática de relatórios e alertas para o utilizador (tecnologia disponível em smartphones), o follow-up não presencial através de e mail, o envio de informação adicional também por esta via. As autoras procuraram a convergência entre as aspirações da equipa e os objetivos institucionais, locais e nacionais.

Para o efeito, recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde para desenhar um projeto de consulta de enfermagem de HTA numa USF considerando os seus recursos, o qual obteve a satisfação da totalidade da equipa de enfermeiros.

A sua implementação viu-se adiada, fruto das contingências mundiais perante um cenário de pandemia a qual mobilizou profissionais para cuidados dirigidos a esta, no entanto, abriu a porta para um seguimento não presencial, já previsto no seu desenho. O qual tem sido realizado.

Obteve a satisfação e aprovação da população alvo, e proporcionou aprendizagem e ferramentas de crescimento pessoal e profissional à estudante, a qual perante um treino académico procurou soluções para um desafio da Saúde Pública: o combate às doenças crónicas não transmissíveis.

Gostaríamos de deixar algumas considerações que emergem da reflexão neste estágio: foi desafiante encontrar consenso entre profissionais experientes e diferenciados na sua atuação, para alcançar terreno comum para a elaboração deste projeto com aprovação unânime. Opiniões, preferências, soluções diferentes para um mesmo problema foram destrinchadas até que o consenso surgisse: a aprovação com satisfação da equipa foi alcançada, com cedências, e foi notório o espírito de equipa e cooperação com que os enfermeiros se brindam e, foi sem dúvida facilitador para o processo. Um exemplo!

Foi gratificante fazer parte do percurso profissional da equipa durante este período, e ter o privilégio de deixar um contributo para o excelente desempenho que esta equipa oferece aos seus utentes.

Por fim, mas não menos importante, assumimos a veleidade de deixar algumas sugestões que poderão ser facilitadoras no trabalho em equipa multidisciplinar: seria benéfico criar condições para que todas as unidades gozassem do mesmo sistema informático de apoio à prática como forma de agilizar referências entre unidades e também transmissão de informação clínica sem intervenção de terceiros (como sendo manipulação de referência clínica por pessoal não profissional de saúde).

Também, a imperativa necessidade de dotar a equipa com mais 2 enfermeiros, satisfação essa, que embora prevista, não foi concretizada mediante a necessidade de todas as unidades de saúde mobilizarem os seus recursos no combate à pandemia Covid 19.

Mais uma vez, a gratidão pelo percurso tão enriquecedor.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central dos Serviços de Saúde, Instituto Público [ACSS, IP] (2010). Manual de Codificação Pública – Melhoria do Registo de Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Portugal: ACSS, IP. 6.
- Administração Central dos Serviços de Saúde, IP. (2020, junho). Modelos Organizacionais das USF. In ACSS, IP website. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamento-PrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx> consultado em junho de 2020.
- Agrupamento de Centros de Saúde de [REDACTED] / Câmara Municipal de [REDACTED] [ACES M /CM [REDACTED]] (2019). Plano Local de Saúde de [REDACTED] 2018-2020 [REDACTED], Portugal: Agrupamentos de Centros de Saúde / Câmara Municipal de [REDACTED]: 14-15, 20.
- Andersen U., Ibsen, H & Tobiassen, M (Abril, 2016). On the Transition from a Nurse Led Hypertension Clinic to Hypertension Control in Primary Care. Blood Pressure 25(4). 263, 267. <https://doi.org/10.3109/08037051.2016.1156909>.
- Bardin, L (2008). Análise de Conteúdo. (4ª edição Atualizada). Lisboa, Portugal: Edições 70. 121-131, 145, 147 163-164.
- Barros, P. (2016). Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos. (3ª Edição Atualizada). Coimbra, Portugal: Almedina. 53.
- Canais, E. (2019). Planeamento em Saúde (Material de Apoio disponibilizado na Unidade Curricular Planeamento em Saúde do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.
- Ciemins, E., Arora, A., Coombs, N., Holloway, B., Mullette, E., Garland, R., (setembro, 2017). Improving Blood Pressure Control Using Smart Technology. TELEMEDICINE and eHEALTH 24(3): 222, 228. Doi: 10.1089/tmj.2017.0028.

- Conferência Mundial sobre Cuidados Primários de Saúde (1978, setembro). Declaração de Alma Ata. Alma Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. 1,2 Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> consultado em dezembro de 2019.
- Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde (novembro de 1986). Carta de Ottawa. Canadá. 2. Disponível em www.dgs.pt consultado em novembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.1 Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. 2. Disponível em www.dgs.pt consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2013a). Norma 020/2011 atualizada a 19/03/2013. Hipertensão Arterial: definição e classificação. DGS. 1, 4, 6. Disponível em www.dgs.pt , consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013b). Norma 026/2011 atualizada a 19/03/2013. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. DGS. 1,4. Disponível em www.dgs.pt , consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2013c). Estratégia Nacional para a Redução do Consumo de Sal na Alimentação Portuguesa. Lisboa, Portugal:3-5. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2014), Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular Integrado. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 9, 10, 27. Disponível em www.dgs.pt , consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2015a). Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares: Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 26, 32-35,48. Disponível em www.dgs-pt . consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2015b). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 10-12 18-20. Disponível em www.dgs.pt , consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2016a). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 67-68. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.
-

- Direção Geral da Saúde (2016b). Programa Nacional para as Doenças Cérebro e Cardiovasculares. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 26, 32, 35, 49. Disponível em www.dgs.pt consultado em novembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2017a). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 6,8,11,12. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2017b). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 19. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2017c). Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016 – Orientações Programáticas a 2020 (revisto em novembro de 2017). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 1-2. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2017d). Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares: Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Disponível em www.dgs.pt consultado em outubro de 2019. 4-5,10. Disponível em www.dgs.pt , consultado em dezembro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2017e). Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 5-6, 13. Disponível em www.dgs.pt , consultado em outubro de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2019). Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 4-10. Disponível em www.dgs.pt .
- George, F. (2019). Prevenir Doenças e Conservar a Saúde. Lisboa, Portugal. 7.
- Guia Orientador de Estágio Final (2019), (Material de Apoio disponibilizado na Unidade Curricular Estágio Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ano letivo 2019-2020). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.
- Imperatori, E. Giraldes, M. (1982). Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais (3ª Edição). Lisboa, Portugal: Obras Avulsas. 6-7, 9, 10-11, 45, 48, 65, 91, 116, 127.

- International Council of Nurses (2020, junho), Primary Health Care. In International Council of Nurses Website. Disponível em <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/primary-healthcare> consultado em junho de 2020.
- Institute for Health and Metric Evaluation [IHME] (2018). Finding from the Global Burden of Disease Study. Seattle, Estados Unidos da América. Disponível em http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf, consultado em outubro de 2019. 10-12.
- Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge [INSA] (2016). 1^a Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge [INSA]. 6-7. Disponível em http://www.apfisiio.pt/wp-content/uploads/2018/08/1_INSEF_relato%C3%B3rio_estado-de-saude.pdf, consultado em junho de 2020.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019). Anuário Estatístico de Portugal 2018. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística. 10, 25. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=381689773&PUBLICACOESmodo=2 consultado em julho de 2020.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). Destaque Informação à Comunicação Social abril de 2020. Lisboa, Portugal:10. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destques&DESTAQUESdest_boui=411264201&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt consultado em junho de 2020.
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (2009). Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências de 13 de janeiro. Diário da República, 2^o série nº 8, 1412-1413.
- Macedo, M., Lima, M.J., Silva, A. Alcântara, P. Ramalinho, V. Carmona, J. (setembro, 2005). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Portugal: the PAP study. Journal of Hypertension 23(9). 1661, 1665-1666. Doi: 10.1097/01.hjh.0000179908.51187.de..
- Meleis, I. (Ed.) (2010). Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Nova Iorque, Estados Unidos da América: 11, 14, 23, 26-28, 45, 51, 53, 57, 320-322.
- Ministério da Saúde (2007). Regime Jurídico da Organização e do Funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF). Decreto Lei 298 de 22 de agosto. Diário da República. 2^o série, nº 26. 4744-4750.
-

- Ministério da Saúde / ACSS, IP (2017). BI Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde / ACSS. 111. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf, consultado em dezembro de 2019.
- Ministério da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República. 2º série, nº 102. 13550-13553.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. 12-14. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf, consultado em outubro de 2019.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e do Ensino Superior. Dec. Lei 65 / 2018. Diário da República, nº 157/2018, série I. 4147- 4182.
- Montano CM, Fort M, deRamirez M, Cruz J, Ramirez-Zea M, (junho, 2016). Evaluation of a Pilot Hypertension Management Programme for Guatemalan Adults. Health Promotion International. 31(2): 363,373-374. Doi: 10.1093/heapro/dau117 .
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Servir a Comunidade e Garantir Qualidade (edição portuguesa “Delivering Quality, serving communities: nurses leading chronic care, ICN 2009). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. 19. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf consultado em junho de 2020.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.10, 12-13. disponível em www.ordemenfermeiros.pt, consultado em dezembro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.8-9, 82, 86, 99. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt, consultado em outubro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros (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, série II nº 135. 19354 – 19359.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série II, nº 26. 4744-4750.
-

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2010). Epidemiologia Básica. (2ª edição) São Paulo, Brasil: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda. 2, 39-40, 105-107, 182. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y , consultada em novembro de 2019
- Polonia, J. Martins, L. Pinto, F. Nazaré, J. (2014, junho). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHISA study. Journal of Hypertension, 32 (6), 1211, 1217. Disponível em https://www.sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf, consultado em junho de 2020.
- Powell, J., Beidas, S. Lewis, C., Aarons, A., McMillen, C., Proctor, K. e Mandell, S.(abril,2017). Methods to Improve the Selections and tailoring of Implementation Strategies. The Journal of Behavioural Health Services & Research, 44 (2). doi:10.1007/s11414-015-9475-6. 1, 4, 7, 9.
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (julho de 2020). Cidades Saudáveis. Disponível em <http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao/rpms#c>.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa, Portugal: 24-25. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducacao_CAD_2013-2020.pdf. Consultado em novembro de 2019.
- Serviço Nacional de Saúde / Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários [SNS] (2017). GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Perguntas e Respostas Essenciais. Lisboa, Portugal: 4. Disponível em www.dgs.pt .
- Serviço Nacional de Saúde. Administração Central dos Serviços de Saúde [SNS – ACSS] (junho de 2020). Modelos Organizacionais. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=910&language=pt-PT>. Consultado em junho de 2020.
- Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2019, outubro). In SNS, BI ACES ██████ Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/████████████████████.aspx> consultado em outubro de 2019.
- Serviço Nacional de Saúde (junho, 2020). Despesas com Medicamentos por Grupo Farmacoterapêutico, in SNS Transparência. Disponível em
-

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/dispensa-de-medicamentos-por-grupo-farmacoterapeutico/table/?flg=pt&sort=tempo> consultado em junho de 2020.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2020, junho), ICN 2017: Recomendações para as dotações seguras de enfermeiros. In Sindicato dos Enfermeiros Portugueses website. Disponível em <https://www.sep.org.pt/artigo/enfermeiros-portugal/icn-2017-recomendacoes-para-as-dotacoes-seguras-de-enfermeiros/>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão e Risco Vascular (março – abril 2020). Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 das ESH / ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial, nº76. 10-12, 14. Disponível em https://www.sphta.org.pt/files/revista_76_2020_0304_supl.pdf

Sociedade Portuguesa de Hipertensão e Risco Vascular (2020, junho) “Hipertensão Arterial o que é? Disponível em https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89, consultado 15 junho de 2020.

Stanhope & Lancaster (1996). Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos (4ª edição). Loures, Portugal: Lusociência. 46, 94, 362-363, 368.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde / Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. 50, 112, 204.

World Health Organization [WHO] (2013a). A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva, Suíça: World Health Organization. 5,7,9,17-18. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059m> consultado em outubro de 2019.

World Health Organization [WHO] (2013b). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva, Suíça: World Health Organization. 2, 4 28. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1, consultado em outubro de 2019.

World Health Organization [WHO] (2015). Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services – Interim Report. Geneva, Suíça: World Health Organization. 10, 12 Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1 consultado em junho de 2020.

- World Health Organization [WHO] (2018). Saving Lives, Spending Less. Geneva, Suíça: World Health Organization. 3,6-7,11. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272534>, consultado em junho de 2020.
- World Health Organization (2018, maio). Investing in Communicable Disease Control Generates Major Financial and Health Gains. In World Health Organization website. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/16-05-2018-investing-in-noncommunicable-disease-control-generates-major-financial-and-health-gains> consultado em junho de 2020.
- World Health Organization (2020, Junho). Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care> .
- World Health Organization (2020, junho). About Social Determinants of Health. In: World Health Organization Website. Disponível em https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ consultado em junho de 2020.
- World Health Organization (2020, julho). Healthy Cities. In: World Health Organization Organization Website. Disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/> .

ANEXOS

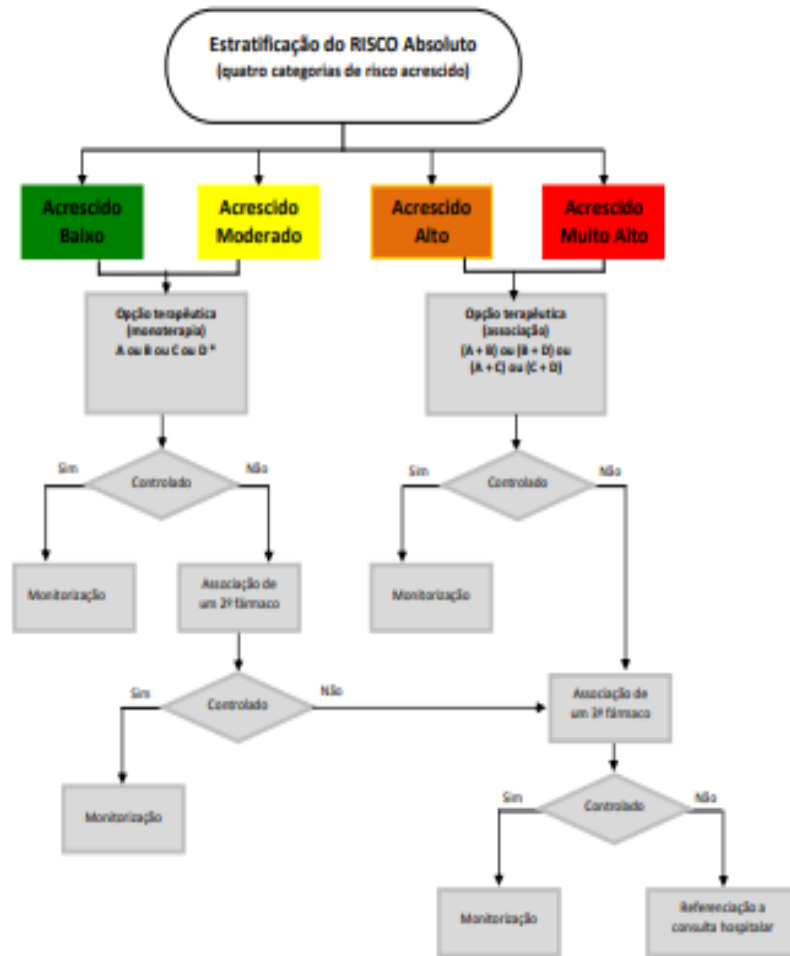
ANEXO I: Esquema Terapêutico da Hipertensão Arterial

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Legenda-
A – diurético B – IECA
C – ARA D – BCC

* Em alguns indivíduos poderá estar preconizado inicialmente a alteração do estilo de vida e a introdução de monoterapia no caso de falência da abordagem não farmacológica.

Fonte: Norma Abordagem Terapêutica da HTA
026/2011 de 29/09/2011 e atualizada a 19/03/2013
DGS, 2013:10

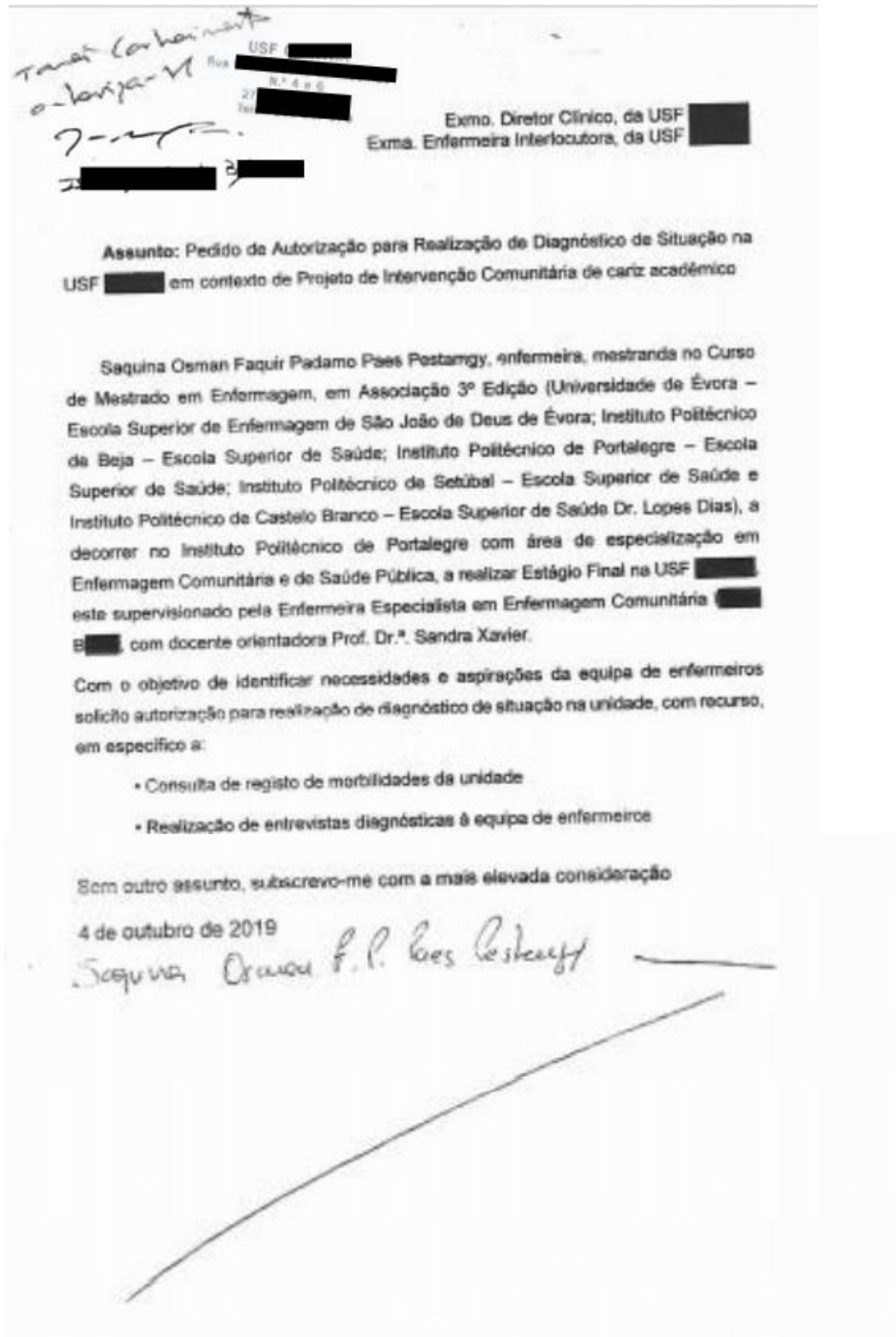
ANEXO II: Indicadores de Desempenho e de Registo de Morbilidades da USF K

Dados Indicadores Desempenho, colhidos entre 25/09/2019 e 09/10/2019, reportados à data de 31 de julho de 2019.

- Proporção de hipertensos com acompanhamento adequado: **8,738%**
(número de hipertensos com acompanhamento adequado/numero total de hipertensos $243/2781 \times 100 = 8,738\%$)
- Número de hipertensos sem diagnóstico de Diabetes Mellitus : **1671 utentes**
- Proporção de hipertensos sem diagnóstico de Diabetes Mellitus = (número de hipertensos sem diagnóstico de diabetes mellitus / número de hipertensos) $1671/2781 \times 100 = 60\%$
- Número de utentes com mais de 14 anos com consumo de tabaco: **2,166 utentes**
- Proporção de fumadores com consulta de relacionada ao tabaco 1A = **14,774%**
(número de fumadores com consulta/ número total de fumadores $\times 100 = 320/2,166 \times 100 = 14,774\%$).
- Proporção de utentes com mais de 14 anos com registo de consumo de álcool = **46,803%** (número de utentes com idade superior a 14 anos com registo de consumo de consumo de álcool/ número total de utentes com mais de 14 anos $\times 100 = 5,915/12,638 \times 100 = 46,803\%$).
- Número de utentes com mais de 14 anos com IMC superior a 25: **1500 utentes**
- Proporção de utentes com mais de 14 anos com IMC superior a 25: **12%** (número de utentes com mais de 14 anos com IMC superior a 25 / número de inscritos com mais de 14 anos $\times 100 = 1500/12638 \times 100 = 11,8\%$)

APÊNDICES

APÊNDICE I: Autorização do Diretor Clínico e da Enfermeira Responsável da USF K
para Realização de Diagnóstico de Situação



APÊNDICE II: Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros da USF K

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: “A Vigilância do Utente com HTA – A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar”

Enquadramento: Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy, enfermeira, mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação 3^o Edição (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora; Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a realizar Estágio Final na USF [REDACTED], este supervisionado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED] B [REDACTED], com docente orientadora Prof. Dr.^a Sandra Xavier.

Após análise das necessidades identificadas na unidade, em convergência aos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 com extensão a 2020, institucionais e das aspirações da equipa de enfermagem, irá ser desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária com o objetivo de estruturar a Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial. Neste contexto, é solicitada a sua colaboração no estudo a qual envolverá entrevista diagnóstica, reuniões e formação em serviço. A sua colaboração é voluntária e poderá cessar quando entender.

Explicação do estudo: Será efetuado um Estudo Exploratório Descritivo, com recurso a entrevista guiada, com registo escrito, numa amostra obtida por conveniência. Serão colhidos dados sobre as aspirações da equipa quanto à consulta de enfermagem de HTA, os obstáculos percecionados para a sua implementação e sugestões para a sua estruturação. Também, dados sobre a experiência profissional de cada elemento da equipa, idade, formação pós graduada e avançada em enfermagem, vínculo profissional e horário de trabalho.

O estudo compreende entrevista diagnóstica, e reuniões de discussão, as quais decorrerão na USF [REDACTED]: os dados colhidos serão destruídos após discussão pública da dissertação.

Condições e financiamento: Não existe financiamento para a realização do estudo e a

sua participação é voluntária, podendo terminar a qualquer momento, sem prejuízo profissional ou de outra forma. Será realizado no horário de funcionamento da USF [REDACTED].

Confidencialidade e anonimato: os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para o propósito deste estudo, e não remeterão para identificação pessoal dos participantes, sendo realizado em ambiente privado a todos momentos.

Desde já agradecemos a sua colaboração

Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy, enfermeira

Domicílio Profissional: UCSP Barreiro, Rua do Jornal Heraldo s/n 2830-113 Barreiro.

e-mail: sakina06@sapo.pt

TM: 938299000

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura do Investigador:

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas por Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: **Data:**

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA A INVESTIGADORA , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE III: Autorização do Diretor Clínico e da Enfermeira Responsável da USF K
para elaborar o Projeto de Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

Exmo. Diretor Clínico, da USF [REDACTED]
Exma. Enfermeira Interlocutora, da USF [REDACTED]

Assunto: Pedido de Autorização para Estruturar Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial na USF [REDACTED]

Saquina Osman Faquir Padamo Paes Pestamgy, enfermeira, mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação 3ª Edição (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora; Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a realizar Estágio Final na USF [REDACTED], este supervisionado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária [REDACTED] E [REDACTED] com docente orientadora Prof. Dr.ª Sandra Xavier.

Após análise das necessidades identificadas, em convergência aos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 com extensão a 2020, institucionais e das aspirações da equipa de Enfermagem da USF [REDACTED] peço autorização para estruturar a Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial na unidade.

Sem outro assunto, subscrevo-me com a mais elevada consideração

26 de outubro de 2019

Saquina Osman F. P. Paes Pestamgy

Copiar no plano p. acórdão em 2019, autorizar

[Handwritten signature]

[REDACTED]

USF [REDACTED]
Rua [REDACTED]
N.º 4 e 6
27 [REDACTED]
Tel. [REDACTED]

APÊNDICE IV: Autorização do Presidente do Conselho Clínico do Aces [REDACTED] para elaboração de Projeto de Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

Data: Qui, 2 Jan 2020 (14:49:24 WET)

De: sakina06@sapo.pt 🇵🇹

Para: [redacted] | Presidente CCS ACES [redacted] a [redacted] a@arslv.min-saude.pt> 🇵🇹

Assunto: Re: estudo/projecto

Mensagem HTML (7 KB) 📧 📧

Boa tarde.
Agradeço a V. resposta.

Com os melhores cumprimentos

Votos de um excelente ano de 2020
Saquina Pestamgy

Quoting [redacted] Presidente CCS ACES [redacted] <>:

Bom dia Cara Enfª. Saquina

Na sequência do seu pedido para a realização de um projecto de construção de um modelo de consulta de enfermagem para o doente com HTA,

Venho comunicar a nossa autorização para o mesmo,

Votos de Feliz Ano Novo.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

Presidente do Conselho Clínico e da Saúde

APÊNDICE V: O Instrumento de Colheita de Dados



Idade:
Experiência Profissional:
Título de Especialista / Formação Diferenciada
Horário Semanal:
Vínculo Profissional:
Tempo de Serviço na Unidade:

Guião de Entrevista:

P1. Atendendo a que o Programa de Prevenção das Doenças Cérebro e Cardiovasculares é prioritário, de acordo com a DGS, qual considera ser a causa de não existir consulta de vigilância na USF K?

P2. Como perceciona a autovigilância do utente?

Tem perceção que menos de 10% tem acompanhamento adequado da HTA na unidade, neste momento?

Tem perceção de procura desta vigilância? Se sim, como gere a procura? Que consequências identifica para a unidade de saúde e profissionais?

P3. Considerando a necessidade de vigilância adequada dos utentes com diagnóstico de HTA, que aspirações tem para a consulta de enfermagem para acompanhamento deste grupo de risco?

P4. Que vantagens ?

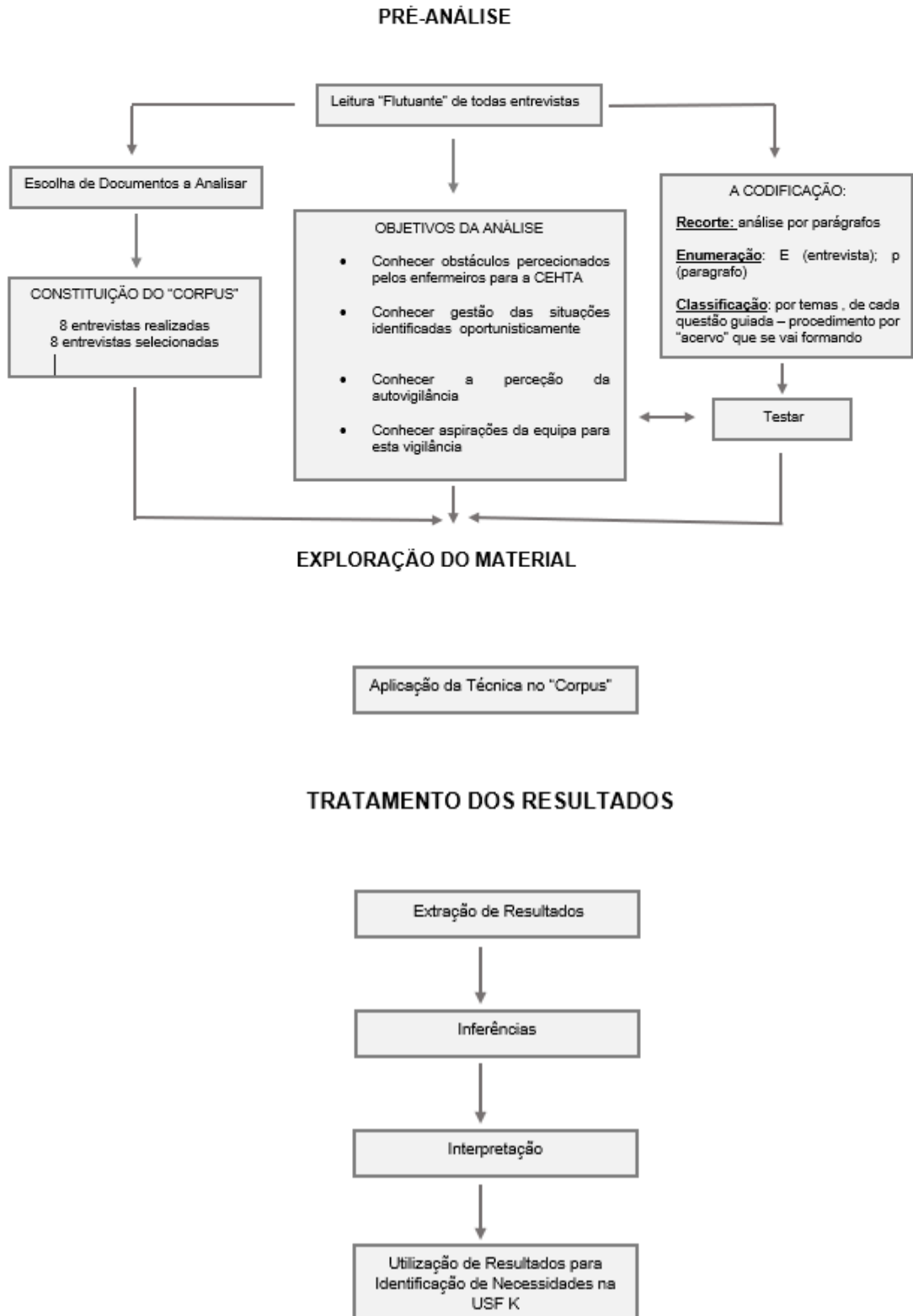
APÊNDICE VI: Resumo de Reunião para Diagnóstico de Situação

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

REUNIÃO EQUIPA ENFERMAGEM USF K. 09/10/2019						
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a Mestranda • Dar a conhecer os objetivos do estágio • Realizar entrevistas individuais aos enfermeiros da equipa 		Metas da reunião: <ul style="list-style-type: none"> • Que 100% dos enfermeiros agendados sejam entrevistados • Que, pelo menos 85% da equipa de enfermagem esteja presente 		Presentes, 8 enfermeiros	Duração: 120m	
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO	
	Apresentação mestranda Duração do estágio Objetivos do estágio				10m	
DESENVOLVIMENTO	Realização de Entrevistas			Exposição Oral	Saquina Pestamgy	100m
CONCLUSÕES	Agradecimento Feed-back na próxima Reunião			Participação	Computador Mesas Cadeiras Sala de Reuniões	5m
AVALIAÇÃO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros entrevistados}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros agendados}} \times 100 = \frac{8}{8} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes na reunião}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros na equipa}} \times 100 = \frac{8}{9} \times 100 = 89\%$					5m

APÊNDICE VII: Protocolo da Análise de Conteúdo das Entrevistas



Título: Protocolo da Análise de Conteúdo

Fonte: Adaptado de Bardin, Análise de Conteúdo (2008: 128)

APÊNDICE VIII: Tabela de Extração de Dados

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Tabela de Extração de Dados		
E1	<p>P1: "nunca nos organizámos" p1 "é oportunista, a equipa precisa de reforço" p2 "os utentes procuram, quando vêm a unidade" p3 "seria necessário organizar a consulta, há também objetivos institucionais" p4</p>	<p>P1: Atendendo a que o Programa de Prevenção das Doenças Cérebro e Cardiovasculares é prioritário, de acordo com a DGS, qual considera ser a causa de não existir consulta de vigilância na USF K?</p> <p>E1P1p1 "nunca nos organizámos" E1P1p2 "é oportunista, a equipa precisa de reforço" E1P1p3 "os utentes procuram, quando vêm a unidade" E1P1p4 "seria necessário organizar a consulta, objetivos institucionais" E2P1p1 "nunca nos organizámos (...) acho que muitos são diabéticos e tem consulta noutro programa" E3P1p1 "a equipa nunca se organizou" E3P1p2 "também não se vê muito bem aquilo que se consegue, parece que estão sempre na mesma" E4P1p1 "a equipa nunca se organizou nesse sentido" E4P1p2 "devíamos ser mais" E5P1p1 "a equipa nunca se organizou, precisamos de ser reforçados" E5P1p2 "não se vê ganhos a curto prazo" E6P1p1 "a equipa nunca se organizou" "tem seguimento noutro programa" E6P1p2 "seria importante para além da consulta, sessões de educação para a saúde" E7P1p1 "nunca nos organizámos, é difícil ver ganhos" E8P1p1 "a equipa nunca se organizou, somos insuficientes" "leva muito tempo a produzir ganhos" "são acompanhados noutro programa"</p>
	<p>P2: "não trazem registos, acho que nem têm registos de PA" p1 "conseguimos chegar a muitos na vacina da gripe" p2 "acham que a vigilância é só avaliar a PA" p3 "se nos chegarem descompensados agendamos para a ST ou diabetes" p4</p>	
	<p>P3: "seria prioritário organizar a consulta, mas a equipa deveria ser reforçada" p1</p>	
	<p>P4: "retirar a sobrecarga sobre outros atendimentos" p1</p>	
E2	<p>P1: "nunca nos organizámos (...) acho que muitos são diabéticos e tem consulta noutro programa" p1</p>	<p>P2: Como perceciona a autovigilância do utente? Tem perceção que menos de 10% tem acompanhamento adequado da HTA na unidade, neste momento? Tem perceção de procura desta vigilância? Se sim, como gere a procura? Que consequências identifica para a unidade de saúde e profissionais?</p> <p>E1P2p1 "não trazem registos, acho que nem têm registos de PA" E1P2p2 "conseguimos chegar a muitos na vacina da gripe" E1P2p3 "acham que a vigilância é só avaliar a PA" E1P2p4 "se nos chegarem descompensados agendamos para a ST ou diabetes" E2P2p1 "não sei como o fazem, muitos nem trazem livro de registos, nem sei se têm (não sei como fazem a vigilância)" p1 E2P2p2 "eles procuram-nos para avaliar a PA, acham que a vigilância é só isso" p2 "apanhamo-los oportunisticamente e acabamos por ficar sobrecarregados" p3 "não costume reagendar, passa para cons. Médica" p4 E2P2p1 "é importante organizar a consulta, mas não suficientes" p1 E2P2p2 "o trabalho mais organizado" p1 "mais educação para a saúde" p2</p>
	<p>P2: "não sei como o fazem, muitos nem trazem livro de registos, nem sei se têm (não sei como fazem a vigilância)" p1 "eles procuram-nos para avaliar a PA, acham que a vigilância é só isso" p2 "apanhamo-los oportunisticamente e acabamos por ficar sobrecarregados" p3 "não costume reagendar, passa para cons. Médica" p4</p>	
	<p>P3: "é importante organizar a consulta, mas não suficientes" p1</p>	
	<p>P4: "o trabalho mais organizado" p1 "mais educação para a saúde" p2</p>	
E3	<p>P1: "a equipa nunca se organizou" p1 "também não se vê muito bem aquilo que se consegue, parece que estão sempre na mesma" p2 P2: "não sei como fazem a autovigilância" p1 "temos muitos hipertensos, é difícil chegar a todos, as vezes agendo ST" p2 "Eles procuram por oportunidade" p3 "os diabéticos têm melhor vigilância, institucionalmente não estamos a cumprir" p4</p>	<p>E1P2p1 "não trazem registos, acho que nem têm registos de PA" E1P2p2 "conseguimos chegar a muitos na vacina da gripe" E1P2p3 "acham que a vigilância é só avaliar a PA" E1P2p4 "se nos chegarem descompensados agendamos para a ST ou diabetes" E2P2p1 "não sei como o fazem, muitos nem trazem livro de registos, nem sei se têm (não sei como fazem a vigilância)" E2P2p2 "eles procuram-nos para avaliar a PA, acham que a vigilância é só isso"</p>
	<p>P2: "não sei como fazem a autovigilância" p1 "temos muitos hipertensos, é difícil chegar a todos, as vezes agendo ST" p2 "Eles procuram por oportunidade" p3 "os diabéticos têm melhor vigilância, institucionalmente não estamos a cumprir" p4</p>	
	<p>P3: "sim, com reforço da equipa" p1</p>	
	<p>P4: "ficava tudo mais organizado" p1 "conseguíamos fazer mais educação para a saúde" p2</p>	

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Tabela de Extração de Dados		
E4	P1: " a equipa nunca se organizou nesse sentido"p1 " devíamos ser mais" p2	E2P2p3 "apanhamo-los oportunisticamente e acabamos por ficar sobrecarregados" E2P2p4 "não c costume reagendar, passa para cons. Médica
	P2: " não sabemos bem o que eles fazem, ou como fazem, não sei" p1 " temos muitos hipertensos, chegamos a eles na vacina da gripe" p2 " a procura é gerida por oportunidade (...) e a equipa fica sobrecarregada" p3 "não costumamos reagendar, tem vigilância médica"p4	E3P2p1 "não sei como fazem a autovigilância" E3P2p2 "temos muitos hipertensos, é difícil chegar a todos, as vezes agendo ST" p2 E3P2p3 "Eles procuram por oportunidade"p3 E3P2p1 "os diabéticos têm melhor vigilância" E4P2p1 "não sabemos bem o que eles fazem, ou como fazem, não sei" E4P2p2 "temos muitos hipertensos, chegamos a eles na vacina da gripe" E4P2p3 "a procura é gerida por oportunidade (...) e a equipa fica sobrecarregada" E4P2p4 "não costumamos reagendar, tem vigilância médica"
	P3 "precisaríamos de ser reforçados"p1	E5P2p1 "identifico muitos erros alimentares" E5P2p2 "não assumem a HTA como doença crónica" E5P2p3 "são resistentes a mudar hábitos" E5P2p4 "conseguimos apanhar" muitos na vacina sazonal" E5P2p5 : " agendamos na ST"
	P4: "agenda mais organizada" p1 "podíamos fazer mais educação para a saúde" p2	E6P2p1 "acho que fazem muitos erros alimentares" E6P2p2 "é difícil chegar a todos sem estrutura de consulta"p2 E6P2p3 "gerimos procura, quando cá vêm, se for complicado passa para consulta médica"p3 E6P2p4 "quando os identificamos ficamos com os atendimentos sobrepostos" E7P2p1 "acho que fazem principalmente muitos erros alimentares" E7P2p2 "alguns têm consulta noutro programa" E7P2p3 "muitos não têm vigilância regular" E7P2p4 "consulta de oportunidade, no se investe muito em prevenção" E7P2p5 "atendimentos sobrepostos" E8P2p1 "acho que não fazem automedicação de PA ou não têm crítica quanto ao valor que obtém " E8P2p2 "precisavam de ser mais trabalhados na alimentação
E5	P1: "a equipa nunca se organizou, precisamos de ser reforçados" p1 " não se vê ganhos a curto prazo" p2	E6P2p1 "acho que fazem muitos erros alimentares" E6P2p2 "é difícil chegar a todos sem estrutura de consulta"p2 E6P2p3 "gerimos procura, quando cá vêm, se for complicado passa para consulta médica"p3 E6P2p4 "quando os identificamos ficamos com os atendimentos sobrepostos"
	P2: "identifico muitos erros alimentares" p1 "não assumem a HTA como doença crónica" p2 " são resistentes a mudar hábitos p3 " conseguimos apanhar" muitos na vacina sazonal"p4~ Agendamos na ST ou diabetes" p5	E7P2p1 "acho que fazem principalmente muitos erros alimentares" E7P2p2 "alguns têm consulta noutro programa" E7P2p3 "muitos não têm vigilância regular" E7P2p4 "consulta de oportunidade, no se investe muito em prevenção" E7P2p5 "atendimentos sobrepostos"
	P3: " não só consulta, mas também sessões de educação para a saúde" p1	E8P2p1 "acho que não fazem automedicação de PA ou não têm crítica quanto ao valor que obtém " E8P2p2 "precisavam de ser mais trabalhados na alimentação
	P4: "vigilância de enfermagem autónoma" p1 "organização da agenda" p2 "irmos de encontro aos objetivos da instituição" p3 " p2	E8P2p1 "acho que não fazem automedicação de PA ou não têm crítica quanto ao valor que obtém " E8P2p2 "precisavam de ser mais trabalhados na alimentação
E6	P1: "a equipa nunca se organizou" "tem seguimento noutro programa"p1 "seria importante para além da consulta, sessões de educação para a saúde" p2	P3 . Considerando a necessidade de vigilância adequada dos utentes com diagnóstico de HTA, considera relevante a criação de uma consulta de enfermagem para acompanhamento deste grupo de risco? E1P3p1 "seria prioritário organizar a consulta, mas a equipa deveria ser reforçada"
	P2: " acho que fazem muitos erros alimentares" p1 "é difícil chegar a todos sem estrutura de consulta"p2 " gerimos procura, qd cá vêm, se for complicado passa para consulta médica"p3 "quando os identificamos ficamos com os atendimentos sobrepostos" p4	E2P3p1 "é importante organizar a consulta, mas não somos suficientes" E3P3p1 " sim, com reforço da equipa" E4P3p1 " sim, mas precisaríamos de ser reforçados" E5P3p1 "não só consulta, mas também sessões de educação para a saúde"
	P3 " sim, e sessões de educação para a saúde" " follow-up não presencial"p1	E6P3p1 " sim, e sessões de educação para a saúde" " follow-up não presencial"
	P4: "agenda mais organizada" p1 " vamos de encontro aos objetivos da unidade" p2 " criar mais importante criar mais momentos de educação para a saúde" " follow-up não presencial" p3	E7P3p1 "sim, mas precisaríamos de ser reforçados" " criar tempos para a educação para a saúde" E8P3p1 "sim criar consulta de enfermagem, mas com só com consulta médica articulada"

Tabela de Extração de Dados		
E7	P1: " nunca nos organizámos, é difícil ver ganhos" p1	Que vantagens ?
	P2: " acho que fazem principalmente muitos erros alimentares" "alguns têm consulta noutra programa" p2	E1P4p1 "retirar a sobrecarga sobre outros atendimentos"
	" muitos não têm vigilância regular" p3	E2P4p1 "o trabalho mais organizado" E2P4p2 " mais educação para a saúde"
	" consulta de oportunidade, noa se investe muito em prevenção" p4	E3P4p1 ""ficava tudo mais organizado" E3P4p2 " conseguíamos fazer mais educação para a saúde"
	" atendimentos sobrepostos" p5	E4P4p1 "agenda mais organizada" E4P4p2 "podíamos fazer mais educação para a saúde"
P3 " sim, mas precisaríamos de ser reforçados" " criar tempos para a educação para a saúde"1	E5P4p1 "vigilância de enfermagem autónoma" E5P4p2 "organização da agenda"	
P4: "agenda mais organizada" "não estaríamos sobrecarregados"p1	E2P4p3 "irmos de encontro aos objetivos da instituição" E6P4p1 "agenda mais organizada" E6P4p2 " íamos de encontro aos objetivos da unidade" E6P4p3 " criar mais importante criar mais momentos de educação para a saúde" " follow-up não presencial	
E8	P1: " a equipa nunca se organizou, somos insuficientes" "leva muito tempo a produzir ganhos" "são acompanhados noutra programa"p1	E7P4p1 "agenda mais organizada" E7P4p2 "não estaríamos sobrecarregados"
	P2: " acho que não fazem automedicação de PA ou não têm crítica quanto ao valor que obtêm " p1	E8P4p1 "agenda organizada" E8P4p2 " criar tempos para atendimentos entre consultas, mais rápidos"
	"precisavam de ser mais trabalhados na alimentação" p2	
	P3: "sim criar consulta de enfermagem, mas com consulta médica articulada" p1	
P4: " agenda organizada" p1		
" criar tempos para atendimentos entre consultas, mais rápidos"		

APÊNDICE IX: Resultados das Entrevistas

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

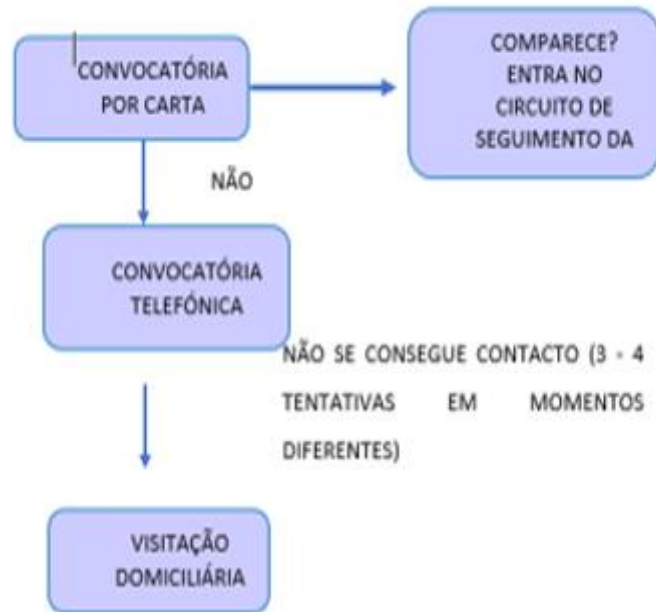
Respostas por Conteúdo	Respostas por Categorias	Problemas Identificados que Poderão ter Resolução em Projeto Académico
<p>P1 A equipa não se organizou: 8x Equipa Numericamente Insuficiente: 5x Tem seguimento noutra Programa: 3x Perceção de Ganhos não mensuráveis a curto prazo: 4x Atendimento por Oportunidade: 1x</p>	<p>A EQUIPA NÃO SE ORGANIZOU: 8X</p>	<p>NECESSIDADE DE CRIAR TEMPOS PARA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: 8X A EQUIPA NÃO SE ORGANIZOU: 8X ATENDIMENTO POR OPORTUNIDADE: 8X</p>
<p>P2: Não sabe como fazem vigilância: 4x Cometem muitos erros alimentares: 4x Não ter noção de ter doença crónica: 2x Procura de cuidados por oportunidade: 7x Reagendam noutra atendimento : 3x Não reagenda: 3x Agenda consulta médica: 3x Depende da situação: 2x Perceção de sobrecarga, sobreposição de atendimentos: 6x Não se investe muito na prevenção: 1x Precisavam de ser mais trabalhados: 1x Os diabéticos têm melhor acompanhamento: 1x</p>	<p>EQUIPAM NUMERICAMENTE INSUFICIENTE: 5X ATENDIMENTO POR OPORTUNIDADE: 8X PERCEÇÃO DE SOBRECARGA: 6X SEGUIIMENTO NOUTRO PROGRAMA: 3x PERCEÇÃO DE GANHOS NÃO MENSURÁVEIS A CURTO PRAZO: 4X NÃO AGENDAM NOVO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM: 3X AGENDA CONSULTA MÉDICA: 3X DEPENDE DA SITUAÇÃO: 2X</p>	<p>PERCEÇÃO DE SOBRECARGA: 6X PERCEÇÃO DE GANHOS NÃO MENSURÁVEIS A CURTO PRAZO: 4X NÃO AGENDAM NOVO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM: 3X CRIAR TEMPOS PARA FOLLOW UP NÃO PRESENCIAL: 2X CUMPRIMENTO DE OBJETIVOS INSTITUCIONAIS: 4X NÃO SABEM COMO PROCEDEM À AUTOVIGILÂNCIA: 4X</p> <p>Problemas com resolução a Médio Prazo, sem intervenção da Mestranda EQUIPA NUMERICAMENTE INSUFICIENTE: 5X</p> <p>Problemas com Resolução Espontânea após Implementação do Projeto NÃO SABEM COMO PROCEDEM À AUTOVIGILÂNCIA: 4X COMETEM ERROS ALIMENTARES: 4X NÃO POSSUIR NOÇÃO DE TER DOENÇA CRÓNICA SEGUIIMENTO NOUTRO PROGRAMA: 3x DEPENDE DA SITUAÇÃO: 2X</p>
<p>P3: Sim: 7x Não: 1x (só com consulta médica) Necessidade de reforçar numericamente a equipa: 5x Sim com criação de momentos para educação a saúde: 3x Follow-up não presencial: 1x</p>	<p>NÃO SABEM COMO PROCEDEM À AUTOVIGILÂNCIA: 4X COMETEM ERROS ALIMENTARES: 4X NÃO POSSUIR NOÇÃO DE TER DOENÇA CRÓNICA: 2X NECESSIDADE DE CRIAR TEMPOS PARA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: 8X ("precisavam de se mais trabalhados; não se investe muito na prevenção; educação para a saúde) CRIAR TEMPOS PARA FOLLOW UP NÃO PRESENCIAL: 2X CUMPRIMENTO DE OBJETIVOS INSTITUCIONAIS: 4X</p>	<p>Oportunidades Diminuir a sobrecarga Organizar a agenda dos enfermeiros Realizar Educação para a Saúde Realizar follow up Cumprir objetivos institucionais</p>
<p>P4: Organização da agenda de trabalho: 7x Diminuir sobrecarga: 2x Possibilidade de se fazer educação para a saúde: 4x Criar tempos para atendimentos rápidos: 1x Realizar Follow-up não presencial: 1x Cumprir objetivos institucionais: 4x</p>		

APÊNDICE X: Cronograma de Atividades

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Atividades Realizadas	Tempo	2019						2020		
		Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Diagnóstico da Situação	CREDITAÇÃO ESTÁGIO					09/10/19				
Reunião com Equipa de Enfermagem USF K.										
Determinação de Prioridades										
Definição de Objetivos										
Seleção de Estratégias										
Preparação Operacional										
Pesquisa Bibliográfica										
Elaboração de Artigo Científico										
Reunião Equipa de Enfermagem USF K.								23/10/2019		
Estruturação CEHTA										
Criação de Manual de Apoio à Consulta										
Preparação de Sessões de Promoção para a Saúde										
Crterios de priorização para a convocatória para a CEHTA										
Reunião USF M. – Consulta de Evicção Tabágica									12/11/2019	
Reunião USF N. – Consulta de Evicção Tabágica									19/11/2019	
Reunião URAP ACES M – Consulta de Nutrição									19/11/2019	
Reunião Equipa Enfermagem USF K										11/12/2019
Elaboração de Relatório Final										
Monitorização do Projeto										
Avaliação Final									18/01/2020	
Reunião Final com Equipa de Enfermagem									22/01/2020	

APÊNDICE XI: Fluxograma de Não Comparência à CEHTA



APÊNDICE XII: Resumo e Conclusões da Reunião 2 com a Equipa de Enfermagem da
USF K

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

REUNIÃO EQUIPA ENFERMAGEM USF K. 23/10/2019					
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Diagnóstico de Situação • Colher sugestões da equipa para o manual para CEHTA • Conhecer requisitos de satisfação para a estruturação da CEHTA • Conhecer requisitos de satisfação para o Manual de apoio para a CEHTA • Estabelecer critérios de satisfação para a priorização na convocatória para a CEHTA 		<p>Metas da reunião:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos, 85% dos enfermeiros da equipa estejam presentes na reunião 	<p>Presentes, 9 enfermeiros</p>	<p>Duração: 60m</p>	
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO
	<p>Objetivos da Reunião Apresentação do Diagnóstico de Situação Discussão dos pontos</p>		<p>Exposição Oral</p>	<p>Saquina Pestangy</p>	<p>5m</p>
DESENVOLVIMENTO					
CONCLUSÕES	<p>MACEHTA deverá contemplar: normas, orientações, sessões de promoção para a saúde, quotas de consultas semanais, critérios de priorização, indicadores de atividade e desempenho</p> <p>CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO: Inscritos codificados com K86 ou K87 sem vigilância da doença há mais de um ano (50%) Utentes identificados, oportunicamente, com insuficiente controlo da HTA; (25%) Utentes com uma avaliação de Risco Vascular elevado, (5-10%) (12,5%); Por procura espontânea (12,5%).</p> <p>2h+2h semana de CEHTA = 8 consultas por semana</p> <p>COMO DAR RESPOSTA A UMA SITUAÇÃO IDENTIFICADA OPORTUNISTICAMENTE CASO A CEHTA NÃO SEJA POSSÍVEL COM A BREVIDADE DESEJÁVEL: Agendar na consulta de diabetes, ou Agendar na Sala de tratamentos às 3ªf, ou 4ªf a tarde</p>		<p>Participação Brainstorming</p>	<p>Computador Retroprojektor Tela Mesas Cadeiras Sala de Reuniões</p>	<p>45m</p>

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

	<p>FOLLOW-UP NÃO PRESENCIAL, por mail ou telefone (atualizar contactos)</p> <ul style="list-style-type: none">• outras formas de promover a adoção de estilos de vida saudáveis• sugestões a ser incluídas na CEHTA <p>informação no écran da sala de espera disponibilizar folhetos na sala de espera não se iniciar para já sessões de educação para a saúde</p> <p>Agradecimento</p>			
AVALIAÇÃO	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes na reunião}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros na equipa}} \times 100 = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$</p>			5m

APRESENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar



• APRESENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

USF K.

MESTRANDA: SAQUINA PESTAMGY

Problemas Identificados;

- P1. Ausência de vigilância estruturada aos utentes com diagnóstico de HTA
- P2. Desconhecimento da adesão ao regime terapêutico não farmacológico
- P3. Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF K
- P4. Não cumprimento de metas assistenciais
- P5. Perceção de ganhos em saúde não mensuráveis



QUADRO 1. PRIORIZAÇÃO SEGUNDO O MÉTODO DE HANLON	1. Magnitude (A)	2. Gravidade (B)	3. Eficácia da Solução (C)					Total
			4. Pertinência Económica	5. Aceitabilidade	6. Disponibilidade	7. Legalidade		
1 - Ausência de vigilância estruturada aos utentes com diagnóstico de HTA	8	10	1,3	1	1	1	1	117
2 - Não cumprimento do adesão ao regime terapêutico	9	10	0,9	1	1	1	1	85
3 - Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF	9	9	1,3	1	1	1	1	117
4 - Não cumprimento de metas contratuais	8	10	0,9	1	1	1	1	81
5 - Perceção de ganhos não mensuráveis	10	10	0,9	1	1	1	1	90

Priorização de Problemas Identificados segundo o Método de Hanlon

Problemas Identificados	P1	P2	P3	P4	P5
	Ausência de vigilância estruturada aos utentes com diagnóstico de HTA	de não acompanhamento da adesão ao regime terapêutico	Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF	Não cumprimento de metas contratuais	Perceção de ganhos não mensuráveis
P1 + P2	X				
P1 + P3	X				
P1 + P4	X				
P1 + P5					X
P2 + P3		X			
P2 + P4		X			
P2 + P5		X			
P3 + P4			X		
P3 + P5			X		X
P4 + P5				X	X
TOTAL	3	3	1	0	3

Priorização de Problemas Identificados segundo o Método de Comparação por Pares

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar



Método de Hanlon	Comparação por Pares
1º - P1 e P3	1º - P1 e P2 e P5
2º - P5	2º - P3
3º - P2	
4º - P4	

Comparação

- P1 - Ausência de vigilância estruturada aos utentes com diagnóstico de HTA
- P2 - Sobrecarga sobre outros atendimentos na USF
- P5 - Perceção de ganhos não mensuráveis na vigilância do utente com diagnóstico de HTA



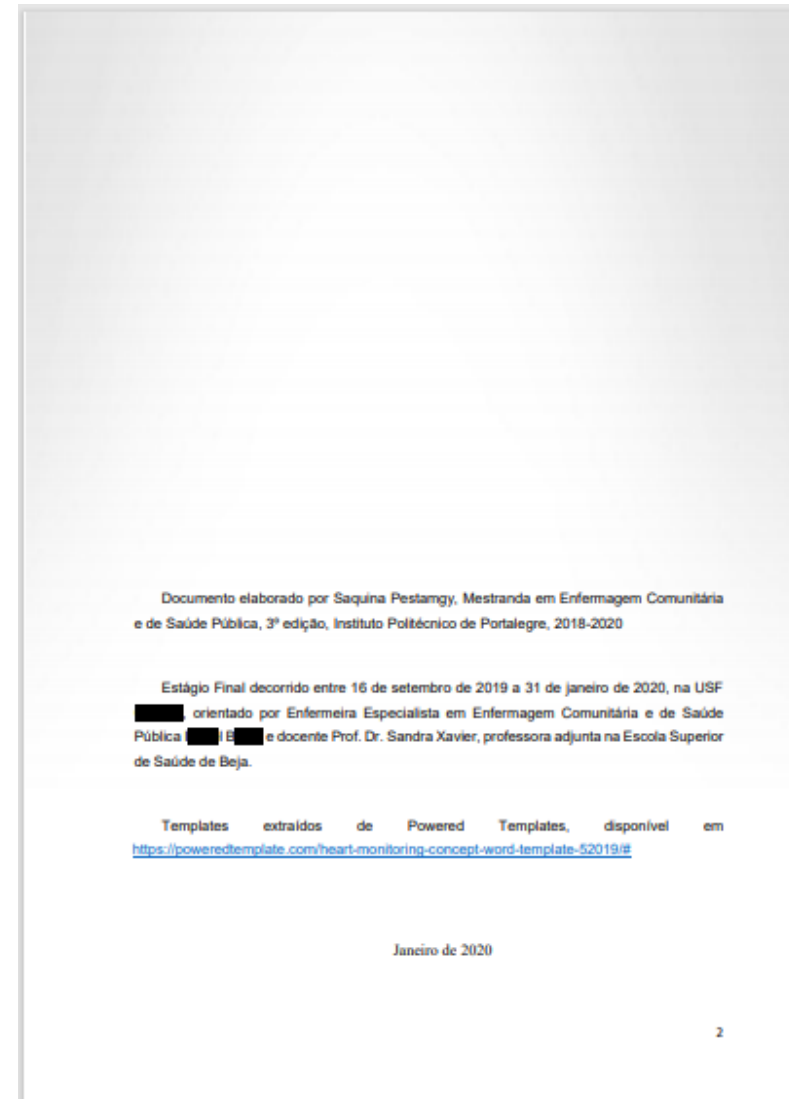
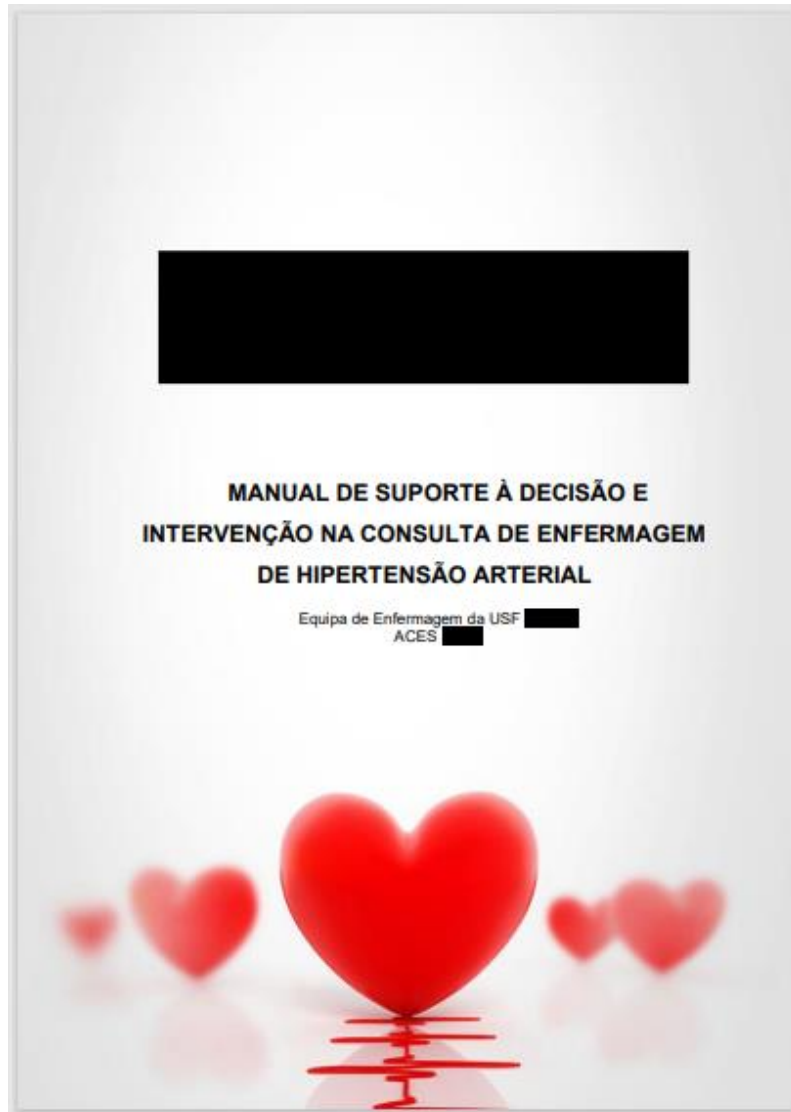
Objetivo Geral	Objetivo Específico 1
Estruturar Consulta de Enfermagem de Vigilância da Hipertensão Arterial na USF K a ser implementada até junho de 2020	Estabelecer critérios para a Priorização na Convocatória para a CEHTA
	Objetivo Específico 2
	Elaborar um Manual de Suporte à Decisão e Intervenção na CEHTA



Objetivo Específico	Metas
Estabelecer critérios para a Priorização na Convocatória para a CEHTA	Que 100% dos enfermeiros da USF K sejam capazes de enumerar os critérios e sua ordem para a priorização para a convocatória da CEHTA
Elaborar um Manual de suporte à decisão e intervenção na Consulta de Enfermagem de HTA	Que o manual corresponda a 100% dos conteúdos / requisitos identificados pelos enfermeiros como necessários para a CE

OBRIGADA

APÊNDICE XIII: Manual de Suporte à Decisão e Intervenção na Consulta de
Enfermagem de Hipertensão Arterial



SIGLAS E ACRÓNIMOS:

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde
AMPA: Automeção da Pressão Arterial
ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BI: Bilhete de Identidade
CEHTA: Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial
CSP: Cuidados de Saúde Primários
DCCV: Doença Cérebro e Cardiovascular
DGS: Direção Geral da Saúde
GRT: Gestão de Regime Terapêutico
HTA: Hipertensão Arterial
ICN: International Council of Nurses
IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation
IMC: Índice de Massa Corporal
INE: Instituto Nacional de Estatística
mmHg: Milímetros de Mercúrio
OMS: Organização Mundial da Saúde
PA: Pressão Arterial
PAD: Pressão Arterial Diastólica
PAI: Processo Assistencial Integrado
PAS: Pressão Arterial Sistólica
PLS: Plano Local de Saúde

PNS: Plano Nacional de Saúde
PNPCT: Programa Nacional para o Controlo do Tabagismo
RCV: Risco Cardiovascular
SIARS: Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS: Serviço Nacional de Saúde
SPH: Sociedade Portuguesa de Hipertensão
USD \$: United States Dollar (Dólar dos Estados Unidos)
USF: Unidade de Saúde Familiar
WHO: World Health Organization

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

ÍNDICE DE IMAGENS:

Imagem 1: Algoritmo de Decisão para o Diagnóstico de HTA	15
Imagem 2: Ganhos Potenciais na Abordagem das Doenças Crónicas não transmissíveis	21
Imagem 3: Fluxograma em caso de não comparência à CEHTA	26
Imagem 4: Tabela de avaliação de IMC.....	28
Imagem 5: Tamanho da Braçadeira para Avaliação da PA.....	29
Imagem 6: Indicadores e Metas para as Doenças Cerebro e Cardiovasculares no Plano Local de Saúde de [REDACTED]	34

5

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Locais para Realização de Consulta de Evicção Tabágica ACES Sintra.....	14
Tabela 2: Periodicidade da Vigilância da Pressão Arterial sem Diagnóstico de HTA.....	30
Tabela 3: Indicador de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde.....	31
Tabela 4: Indicador de Avaliação do Follow up não Presencial.....	33
Tabela 5: Previsão de Horas Anuais dedicadas pela equipa de enfermagem à vigilância da HTA.....	35
Tabela 6: Indicadores de Atividade e Metas para a CEHTA.....	35
Tabela 7: Indicadores de Desempenho na Vigilância da HTA.....	36

6

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

ÍNDICE:

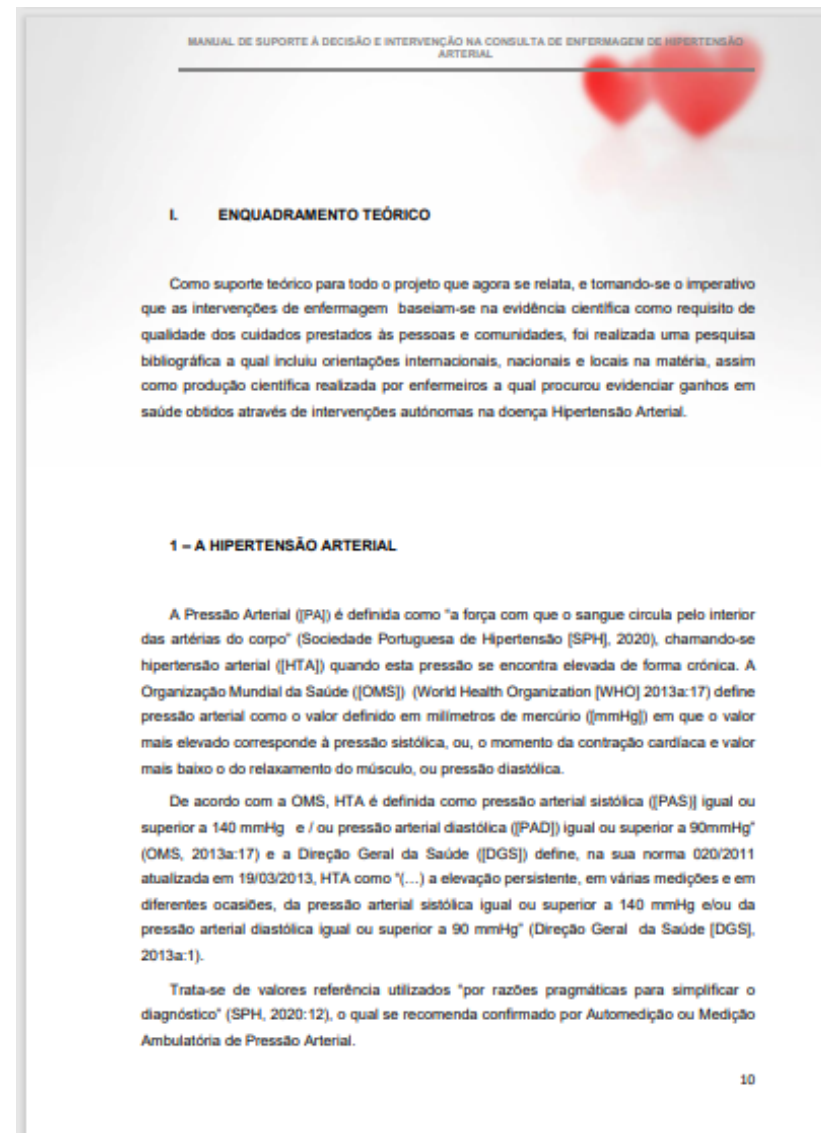
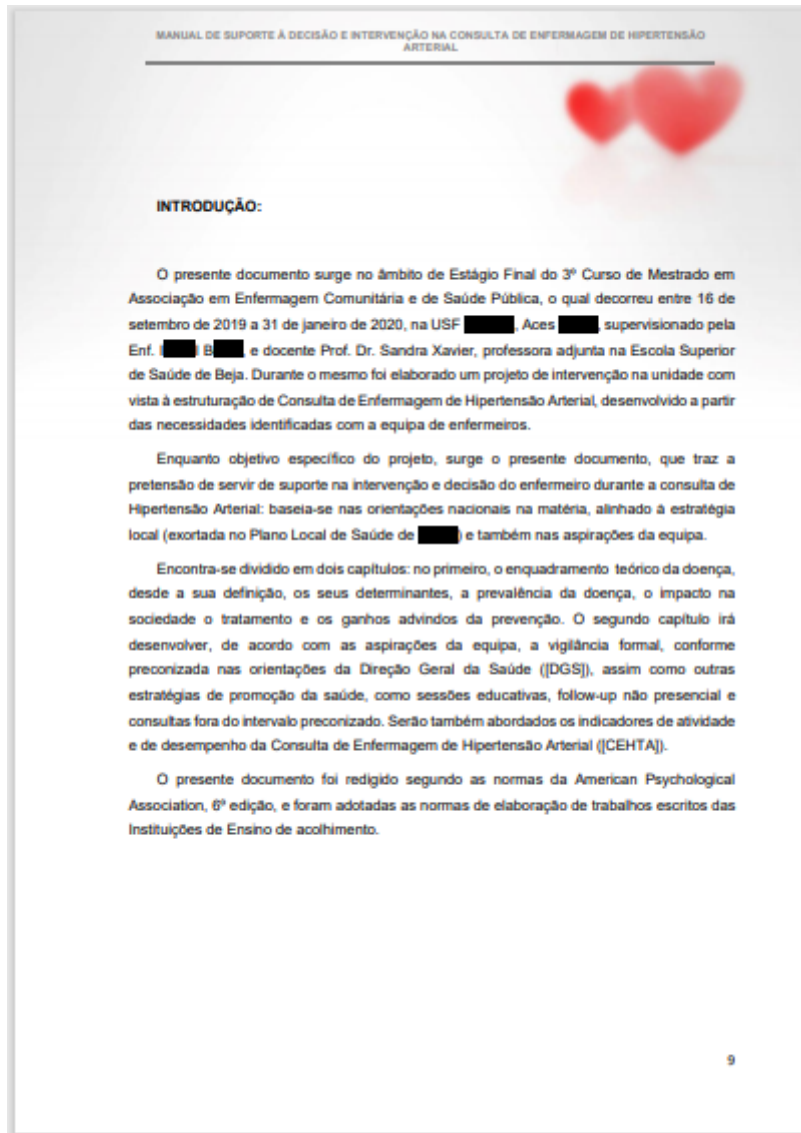
INTRODUÇÃO	9
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1- A HIPERTENSÃO ARTERIAL	10
1.1 - OS DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ...	11
1.2 - O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	14
1.3 - A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	15
1.4 - O IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA SOCIEDADE	17
1.5 - O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	19
1.6 - OS GANHOS POTENCIAIS EM SAÚDE NA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	20
2 - AS NORMAS E ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS NACIONAIS	22
2.1 - A NORMA 020/2011 ATUALIZADA A 19/03/2013 - O DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	22
2.2 - A NORMA 026/2011 ATUALIZADA A 19/03/2013 - A ABORDAGEM TERAPÉUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	22
2.3 - O PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO VASCULAR NO ADULTO	23
II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	25
3 - A VIGILÂNCIA DA PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA USF	25
3.1. A PRIORIZAÇÃO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	26
3.2 - A CONSULTA FORMAL	27
3.2.1 - A Colheita de Dados Anamnésicos	27
3.2.2 - A Colheita de Dados Antropométricos	28

7

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

3.2.3 - A Periodicidade da Vigilância da Pressão Arterial sem Diagnóstico de HTA	30
3.3 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	30
3.4 - O FOLLOW UP NÃO PRESENCIAL	31
3.5 - A AUTOMEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	33
4 - OS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA CONSULTA	34
5 - CONCLUSÃO	37
ANEXOS	42
ANEXO 1: ESQUEMA TERAPÉUTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	44
ANEXO 2: CRITÉRIOS PARA O SEGUIMENTO ADEQUADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	46
ANEXO 3: CIRCUITO DE ACESSO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HTA	48

8



A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

Segundo a OMS, a HTA afeta cerca de 1 bilhão de pessoas em todo mundo (2013a:5); segundo a mesma no documento A Global Brief on Hypertension – Silent Killer, Global Public Health Crisis, a HTA é tida como um problema grave de saúde pública na medida em que '(...) raramente causa sintomas nos estádios iniciais e muitas pessoas não são diagnosticadas' (OMS, 2013a:7)¹, e defende também que através da deteção precoce é possível obter ganhos económicos e para saúde uma vez que se evitam tratamentos e intervenções dispendiosas (relacionadas com doenças para as quais a HTA é tida como principal fator de risco). A organização defende também o desenvolvimento de programas integrados, dirigidos às doenças crónicas não transmissíveis através duma abordagem centrada em cuidados primários, e em colaboração multissectorial.

Segundo o relatório Global Burden of Disease Study de 2017, a principal causa de morte a nível mundial foi a doença cardíaca isquémica (para a qual a HTA é tida como importante fator de risco), e, também, apesar de todos avanços na indústria farmacêutica no que respeita a medicamentos do aparelho cardiovascular, a mortalidade por estas doenças aumenta desde 2007 (Institute for Health and Metric Evaluation [IHME] 2018:10-11). A Hipertensão Arterial surge como principal fator de risco para a incapacidade e morte prematura no ano de 2017 para as mulheres, e segundo maior nos homens. (ibidem).

1.1 - OS DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA pode ser essencial, ou primária, ou seja, aquela para a qual não se conhecem causas, ou, secundária, quando é possível encontrar uma doença / condição associada que é a verdadeira causa da HTA (apneia do sono, doença renal crónica, síndrome de Cushing, o feocromocitoma, gravidez, uso de contraceptivos orais, a hereditariedade, a idade, entre outros) (SPH, 2020).

Cerca de 90% dos diagnósticos reportam-se a uma HTA primária (ibidem), e esta, habitualmente associa-se a fatores predisponentes, geralmente comportamentais, passíveis de modificação pois que não existe doença associada.

¹ Texto Original: "hypertension rarely causes symptoms in the early stages and many people go undiagnosed". Extraído de World Health Organization [WHO] (2013a). A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva, Suíça: World Health Organization. 7. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059m>, consultado em outubro de 2019.

Segundo a OMS alguns comportamentos de risco para a HTA poderão ser ausência de atividade / exercício físico, ingestão abusiva de sal e gorduras saturadas, abuso alcoólico, obesidade e má gestão do stress. Refere ainda que a globalização da sociedade, o baixo rendimento das famílias, a educação são alguns dos determinantes sociais que poderão contribuir para o desenvolvimento de HTA, em muito pela adoção de comportamentos de risco como a inatividade física e hábitos alimentares inadequados. (OMS, 2013a).

A DGS na norma que define a Abordagem Terapêutica da HTA indica que as "intervenções sobre o estilo de vida do doente devem ser sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial" (DGS, 2013b:1), considerando-as essencialmente comportamentais e, como tal, passíveis de modificação favorável no controlo da doença. Estas são:

- **Adoção de uma dieta variada**, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017) traz o enfoque sobre o padrão de obesidade da população, estimando-a, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2016) em 22,3% e pré-obesidade em 34,8%, assim como o insuficiente consumo de frutas e legumes e aumento de consumo de carnes vermelha.

Para mais informações, consulte: (www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/)

- **Prática regular e continuada de exercício físico**, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2016-2019, também baseado no inquérito de saúde já referido estima a prática de exercício / atividade física regular ideal (cerca de 150m/semana), devendo ser ajustada à idade, doenças concomitantes, tolerância ao esforço.

Para mais informações, consulte: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/rel_capitulo-pnpaf-2016-a-saude-dos-pt-pdf.aspx

- **Controlo e manutenção de peso regular**, o programa Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde 2017 estima uma prevalência de pré-obesidade e obesidade em Portugal de cerca de 50% da população adulta, e que a presença desta comorbidade afeta seriamente o aparecimento e curso de doenças cérebro e cardiovasculares (ver link https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-serv%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf).

- **Restrição do consumo excessivo de álcool**, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD) emitiu o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, o qual assenta na diminuição, persuasão, e minimização de problemas que induzam a comportamentos aditivos.

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

- Para mais informações, consulte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/horma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>

A consulta de Alcoologia funciona no Parque de Saúde de Lisboa, e a referência é feita através da consulta médica.

- **Diminuição do consumo de sal:** a DGS emitiu em 2013 a Estratégia Nacional para a Redução do Consumo de Sal na Alimentação Portuguesa. Trata-se de uma recomendação fundamentada nos best-buys (baixo custo com elevada eficácia) referidos pela OMS no seu documento Saving Lives, Spending Less (2018). É recomendado o consumo máximo de 5gr sal (2gr sódio) para a prevenção de DCCV e identifica o consumo de cerca do dobro em Portugal (DGS, 2013c).

A DGS recomenda o uso de ervas aromáticas como substitutas do sal.

Para mais informação, consulte o link abaixo:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/ervas-aromaticas-png.aspx>
<https://www.dgs.pt/em-destaque/juntos-contra-o-sal1.aspx>

- **Cessação do consumo do tabaco:** o Programa Nacional para a e Controlo do Tabagismo 2012-2016 com extensão alinhada ao PNS até 2020 coloca o tabagismo como uma das principais causas evitáveis de doença crónica (5.7% no caso de morte por DCCV).

No documento a DGS estima que 35,7 % das pessoas que tinham tentado deixar de Prevenir fumar não o tinham conseguido, e que destes 83,4% o tinham tentado fazer sem ajuda, o que reforça o imperativo de ajudar quem procura ajuda neste sentido

Para mais informação: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/relatorio-do-programa-nacional-para-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-20171.aspx>

O site TobaccoBody permite a visualização dos efeitos do tabaco no corpo humano ao longo dos anos, ver link: <https://tobaccobody.fi/>

Quanto aos locais para realização de consultas de Evicção tabágica, consulte o link: <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/rede-de-consultas-ars-lv1-04-2018.aspx>

O ACES [redacted] disponibiliza consultas de Evicção Tabágica, não afetas a área de inscrição nos Cuidados de Saúde Primários, nos seguintes locais:

13

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Unidade	Modo Preferencial de Referência	Tempo de Satisfação para a Consulta	Anotações
USF M	. presencial . e mail (formulário em intranet)	----	. priorização segundo critérios do PNPCT . enf. I. A.
USF F. L.			Já não tem consulta
USF N.	. Email preenchimento e envio de formulário (médico ou enfermeiro) . Procura do Próprio	1-2 meses	Responsável pelo agendamento Sr. A. E. ligar se a situação clínica o justificar

Fonte: Elaboração Própria
 Título: Tabela 1, Locais para Realização de Consulta de Evicção Tabágica, Aces [redacted]

A referência é feita pelo enfermeiro / médico na consulta, através de envio de impresso próprio preenchido com informação clínica relevante. O utente poderá solicitar agendamento telefónica ou presencialmente, não estando, tal como já referido, afeto a área geográfica de inscrição nos CSP.

1.2 – O DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

O diagnóstico de HTA define-se como "a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg / e ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg" (DGS, 2013a:1), podendo esta classificar-se em:

- HTA ligeira (PAS 140-159 mmHg e/ou PAD 90-99mmHg)
- HTA moderada (PAS 160-179mmHg e/ou PAD 100-109 mmHg)
- HTA severa (PAS ≥180mmHg e/ou PAD ≥110mmHg)

O diagnóstico deverá ser confirmado através da Medição Ambulatória da Pressão Arterial e Automedição da Pressão Arterial a fim de se excluir a chamada HTA da bata branca, ou seja, aquela que surge associada à monitorização efetuada por profissional de saúde.

O algoritmo de decisão clínica para o diagnóstico de HTA encontra-se abaixo:

14

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Fonte: Extraído da Norma DGS 020/2011, DGS, 2013a:4
Título: Imagem 1, Algoritmo de Decisão para o Diagnóstico de HTA

1.3 – A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é para além de uma doença em si, um importante fator de risco para as doenças cérebro e cardiovascular. Neste subcapítulo iremos abordar a prevalência da HTA a nível nacional, local e a encontrada na unidade, assim como a sua evolução nos principais estudos realizados na população portuguesa.

Em Portugal foram realizados até à data 3 estudos de prevalência na população: todos revelaram uma (estimada) prevalência superior ao autorreporte de doença, sendo que a perceção da HTA enquanto doença crónica subiu entre o primeiro e segundo estudos, mas com ligeiro decréscimo no terceiro.

Em 2003 o estudo de prevalência da HTA Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension (PAP Study) in Portugal com 5023 adultos entre os 18-90 anos revelou uma prevalência de 42,1% de hipertensos quer seja através de autorreporte de diagnóstico, ou por

15

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

medição revelando uma maior prevalência acima dos 64 anos e nos indivíduos do sexo masculino. Apenas 43,1% dos participantes revelaram autoconsciência perante a doença.

No ano de 2012 o estudo Physa (Prevalence of Hypertension and Salt Study) desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão teve como objetivo determinar a prevalência da HTA, a autoconsciência da doença o tratamento e controlo, assim como a excreção de sódio na urina de 24h (como forma de calcular o consumo neste grupo de risco). O estudo foi desenvolvido com uma população de 3.720 pessoas entre os 18-90 anos, estratificadas por idade e género. O estudo concluiu uma prevalência de HTA de 42,2% (homens com 44,4% e mulheres com 40,2%). Estimou um consumo médio de sal de 10,8g sal/dia nos homens e 10,6gr sal/dia nas mulheres (o dobro do recomendado). Já a autoconsciência da doença foi cerca de 76,6%.

Em 2015 o Inquérito de Saúde com Exame Físico realizado em Portugal com uma população de 4911 participantes e idades compreendidas entre os 25-74 anos de idade obteve uma prevalência de HTA de 36%, sendo 32,7% nas mulheres e 39,6% nos homens. O grupo etário mais prevalente situou-se entre os 65-74 anos com 71,3% e o mais baixo entre os 35-39 anos com 5,7%, estando presente de forma mais significativa na população com menor escolaridade (62,6%) e entre os desempregados ou sem atividade (64,5%) (INSA, 2016:26). A autopercção de doença crónica foi cerca de 69,8%.

Apesar de diminuir a prevalência da HTA e ter aumentado a perceção de doença crónica (embora com algum decréscimo entre o 2º e 3º estudo) ao longo dos 12 anos que intervalam o primeiro e último estudo, mais de um terço da população está diagnosticada com HTA: o PAI do Risco Vascular do Adulto refere que a "morbilidade e mortalidade a nível mundial, revelam um decréscimo da doença isquémica do coração (DIC) e do acidente vascular cerebral (AVC) (...)" (DGS, 2014:9), apesar, estas ainda são a principal causa de morte e doença em todo mundo.

No panorama local encontramos referido no Plano Local de Saúde de [redacted] 2018-2020, e segundo dados colhidos em sede de Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) à data de 2017, o conselho tinha uma prevalência de HTA de cerca de 17,79%, mas com uma proporção de hipertensos abaixo dos 65 anos com pressão arterial abaixo de 150/90mmHg, de 36,27%. Embora a prevalência estimada no conselho seja muito inferior à média nacional (estimada em 36% no último estudo de prevalência já referido), o controlo da doença encontra-se muito abaixo do desejável.

Estes dados de prevalência vão de encontro ao identificado na unidade na qual se encontram inscritos (análise remonta a outubro de 2019, reportados à data de 31 de julho de

16

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

2019) 16.320 utentes, 2.781 dos quais com diagnóstico de HTA: obtemos uma prevalência de 17%, compatível com o achado a nível local.

No mesmo documento, os indicadores para a intervenção sobre a prevenção das doenças cérebro e cardiovasculares (DCC) encontram-se descritos abaixo, assim como as metas desejáveis.

Para mais informações, consulte o link abaixo:
<https://cm.██████████.pt/atualidade/solidariedade-social/discussao-publica-da-proposta-do-plano-local-de-saude-de-██████████-2018-2020>

1.4 – O IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA SOCIEDADE

O impacto que a HTA acarreta na sociedade pode ser dividido em várias naturezas: o custo da vida humana, ao qual não se consegue colocar um valor, o custo sobre a qualidade de vida quando a HTA favorece o desenvolvimento de outras doenças como as DCCV ou lesões em órgão alvo (coração, cérebro, rim) que, consoante a gravidade, assim a repercussão sobre a autonomia da pessoa (estas também “priceless”²; a diminuição da produtividade na descompensação da doença ou, no aparecimento de complicações secundárias, e, o custo económico da HTA no que concerne a medicamentos e internamentos por DCCV em Portugal, assim como todos que decorrem da mortalidade e morbilidade.

O IHME no relatório Global Burden for Disease Study de 2017 refere que cerca de 50-60 milhões de anos são vividos mundialmente em condição de “less than ideal health”³ na população mundial em idade ativa (neste caso entre os 25-59 anos devido a doenças cardiovasculares (IHME, 2018:12) e atribui a principal causa de morte a nível mundial na doença cardíaca isquémica. Projeta, a mesma causa de morte para 2040, criando uma tendência baseada no que foi observado historicamente, ou seja, se as condições que colocaram a cardiopatia isquémica como principal causa de morte no ano de 2017 não forem contrariadas, esta causa tenderá a manter-se.

O Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto refere que “ (...) fatores de risco cardiovascular explicam mais de 90% do risco atribuído de AVC nas populações (...) entre estes, os mais importantes são a HTA (...)” e ainda , relativamente ao panorama

² Tradução Livre: “sem preço”
³ Tradução Livre: “Saúde Menor que a Ideal”, extraído de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018). Finding from the Global Burden of Disease Study. Seattle, Estados Unidos da América. 12. Disponível em <http://www.healthdata.org/global-burden-of-disease/news-policy-report/2018/02/2017-Global.pdf>, consultado em outubro de 2019

17

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

mundial, “7,6 milhões das mortes prematuras (13,5% do total) e 92 milhões de dias de vida perdidos (6% do total) são causados pela HTA”. (DGS, 2015:10) dados que nos remetem para a perda da produtividade por morbilidade causada por esta doença crónica.

Durante o ano de 2019 o Estado Português participou com cerca de 120.275.703,3€ em medicamentos com Aparelho Cardiovascular: no ano de 2015 essa participação rondou os 270.790.167,2€ (SNS.GOV., 2020) o que poderá estar relacionado com a crescente auto percepção de doença crónica, e também com o desenvolvimento de programas de combate doenças crónicas. No entanto, segundo o Anuário Estatístico de Portugal para 2018, morreram em Portugal 110.187 pessoas no ano de 2017: destes óbitos 32.366 deveram-se a “doenças do aparelho circulatório” (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2018:25). A denominação é vasta, no entanto, corresponde a cerca de 29,4% das mortes em Portugal nesse ano, o que vai de encontro ao exortado no documento da OMS Global Brief on Hypertension, onde se lê “as doenças cardiovasculares são causa de cerca de 17 milhões de mortes em todo o mundo, o que corresponde a aproximadamente um terço do total” (OMS, 2013:9)⁴ e à prevalência estimada da doença em Portugal.

No já referido relatório do INE a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 3,1 por mil óbitos (3,2 no ano anterior) e que 9% do PIB desse ano foi utilizado para “despesas correntes de saúde” (ibidem) e regressando à senda do medicamento, no ano de 2018 “mais de metade das apresentações participadas em 2018 respeitava ao aparelho cardiovascular” (INE, 2020:10).

A DGS no seu documento Portugal, Doenças Cérebro Cardiovasculares em números 2015 refere que a “ Hipertensão Arterial (HTA) continua a ser o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo” (DGS, 2016:49) e acarreta uma perda de 12,708 anos potenciais de vida para a morte prematura por doenças isquémicas do coração, e, 12,454 anos para as doenças cerebrovasculares para o ano de 2013. Entende-se por morte prematura a ocorrida antes dos 70 anos, e é uma das metas para o ano de 2020 no PNS a redução da mortalidade prematura para menos de 20% (DGS, 2016:26).

Relativamente à mortalidade, O Programa Nacional para as Doenças Cérebro e Cardiovasculares 2017 refere já uma diminuição de 31,8% para 29,7% entre os anos de 2014-2015 quanto à mortalidade por EAM e AVC, e de forma genérica, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 4,1% no mesmo período, facto que associa às estratégias preventivas e à introdução de novos fármacos trombolíticos e às unidades de intervenção

⁴ Texto Original “Globally cardiovascular disease accounts for approximately 17 million deaths a year, nearly one third of the total” Extraído de A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva, Suíça: World Health Organization. 7. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789289103690>, consultado em outubro de 2019.

18

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

vascular para o AVC (cujo número de inseridos na via Verde AVC tem vindo a aumentar o que também se relaciona com as campanhas de sensibilização junto das populações). No entanto, o peso da mortalidade e morbilidade associada a doenças do aparelho circulatório são ainda importantes (DGS, 2017d).

1.5 – O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Conforme já referido, a abordagem terapêutica da HTA assenta, predominantemente, na intervenção sobre os seus determinantes (fatores de risco associados ao seu aparecimento) a qual assume, principalmente uma ação preventiva sobre o seu aparecimento e, sobre o curso favorável no controlo da doença em si. Assume-se, tal como já referido um compromisso multissetorial, no qual o enfermeiro contribui na promoção para a saúde, a capacitação para as escolhas favoráveis e a fazer a transição para assumir a condição de saúde.

A terapia farmacológica tem o objetivo essencial de controlar rapidamente os valores tensionais, em simultâneo à adoção das outras medidas. De acordo com a SPH, na sua tradução das Guidelines da Sociedade Europeia de Hipertensão / Sociedade Europeia de Cardiologia a indicação de tratamento poderá existir na pessoa com PA normal/alta mas com risco vascular alto, sendo que o objetivo genérico será alcançar uma PA inferior a 130/80 mmHg embora se preconize valores mais baixos nas pessoas abaixo dos 65 anos desde que tolerados, e PAS entre 130/139mmHg acima dos 65 anos. O objetivo do tratamento anti hipertensor é conseguir o controlo rápido da HTA.

De novo de acordo com a DGS, a decisão de tratamento deverá ter em consideração a adesão e vigilância do "tratamento não farmacológico", a idade, o risco vascular, presença de lesão em órgão-alvo, condição clínica da pessoa, fatores económicos (a boa prática indica a prescrição do medicamento indicado ao mais baixo custo).

O pico hipertensivo constitui uma urgência clínica e é definida pela DGS como valores de pressão arterial PAS» 180mmHg e/ou PAD» 120mmHg, sobre as quais se deverá intervir farmacologicamente até se alcançar valores iguais ou inferiores a 160/100mmHg (em horas ou dias, consoante a avaliação clínica e idade). A pessoa que abandonou a terapêutica deverá retomá-la e ajuste na dosagem poderá ser feito (avaliação caso a caso). As situações de urgência hipertensiva com indício de lesão de órgão alvo (cérebro, coração) ou gravidez, deverão ser geridas em meio hospitalar.

O esquema terapêutico, segundo a DGS, encontra-se em anexo.

1.6 – OS GANHOS POTENCIAIS EM SAÚDE NA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ganhos em saúde definem-se como "resultados positivos em indicadores de saúde" (DGS, 2013:2) e que "decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades" (DGS, 2012:2).

Neste subcapítulo iremos abordar os ganhos potenciais em saúde (GPS) na gestão de doença crónica não transmissível, embora extrapolando os seus princípios para a hipertensão arterial, doença crónica não transmissível, também: pretendemos evidenciar o que se pode ganhar ao intervir sobre os seus determinantes comportamentais, atendendo a que cerca de 90% dos diagnósticos se reportam a HTA secundária, ou seja, decorrente dos hábitos de vida.

Neste contexto, a OMS emanou o documento Saving lives, spending less⁵ no qual introduz o conceito de "best buys"⁶ no que respeita à diminuição do fardo que as doenças crónicas não transmissíveis acarretam para a sociedade: atribui um valor e define o custo efetivo de aplicar medidas que o diminua, e quanto se prevê em ganhos económicos. Entenda-se por best buys: a redução do uso do tabaco, redução do uso nocivo de álcool, redução da inatividade física, redução da dieta pouco saudável, gestão da doença cardiovascular e diabetes, prevenção e controlo do cancro (com ênfase no cancro do colo do útero através da vacinação). (World Health Organization [WHO], 2018)

Assim, num país de baixo e médio rendimento, a Organização Mundial de Saúde estimou um custo de 1,27 dólares por pessoa para implementar medidas de intervenção sobre o estilo de vida, prevendo um retorno de US\$ 7 para cada dólar investido até 2030. Também: a redução da mortalidade prematura em 15%, a prevenção de 17 milhões de casos de EAM e AVC, e um crescimento económico mundial de 350 bilhões de dólares até ao ano de 2030 (OMS, 2018:3). Precisamente, acerca da intervenção sobre os estilos de vida, a OMS estima, para cada dólar investido o retorno de:

- US\$ 12,82 na promoção de dieta saudável
- US\$ 9,13 na redução do consumo abusivo de álcool

⁵ Tradução Livre, "Salvando vidas, gastando menos"

⁶ Tradução Livre "Melhores compras"

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

- US\$ 7,43 na redução do consumo tabágico
- US\$ 3,29 no tratamento farmacológico
- US\$ 2,80 na promoção de atividade física regular
- US\$ 2,74 na atuação precoce sobre o cancro (WHO, 2018)

O mesmo documento aborda o valor da prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis através de vidas salvas, crescimento económico, produtividade, limitação de custos financeiros para o indivíduo e família face a uma doença crónica (ibidem).

O documento esquematiza o exposto da seguinte forma:

Fonte: Extraído de Saving lives, Spending less – a strategic response NCD (OMS, 2018:7)
Título: Imagem 2. Ganhos Potenciais na Abordagem das Doenças Crónicas não transmissíveis

Ainda, sobre os ganhos potenciais, o PNS revisão e extensão a 2020 assume a meta de “Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%”, alinhada a Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis” (DGS, 2015b:10), também, “aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%”, sendo que atualmente esta se encontra em 9,9 anos para os homens e 9 anos para as mulheres.

Quanto ao tabaco, encontramos “Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” e controlar a incidência de obesidade “Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (DGS, 2015b:11). Apesar de dirigidos a uma população mais jovem, a exposição a fatores de risco começa na infância e adolescência, mas, tendem a manifestar-se as suas consequências na idade adulta.

21

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

2 – AS NORMAS E ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS NACIONAIS

Neste capítulo iremos debruçar-nos sobre as orientações nacionais no diagnóstico da HTA, tratamento e também no Programa Nacional para a Prevenção de Doenças Cérebro e Cardiovasculares. Disponibilizamos, um link para consulta rápida.

2.1 – A NORMA 020/2011 ATUALIZADA A 19/03/2013 – O DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A norma 020/2011 atualizada a 19/03/2013 tem como objetivo normalizar a conduta do profissional no diagnóstico da HTA: determina valores de diagnóstico, modo correto de avaliar a pressão arterial, e os graus de gravidade que esta pode assumir. Estabelece também a periodicidade da consulta, consoante a gravidade.

Para mais informação, consulte o link abaixo:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>

2.2 – A NORMA 026/2011 ATUALIZADA A 19/03/2013 – A ABORDAGEM TERAPÉUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Tal como o nome indica, esclarece a abordagem terapêutica da HTA, dando ênfase às intervenções sobre os estilos de vida e estabelecendo critérios para a instituição de terapia farmacológica. Clarifica, de igual forma, a conduta perante uma crise hipertensiva e situações a ser geridas em meio hospitalar.

Para mais informação, consulte o link abaixo:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>

22

2.3 – O PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO CARDIOVASCULAR NO ADULTO

O Processo Assistencial Integrado (PAI) do Risco Cardiovascular no Adulto, emanado em 2014, traz o mote na abordagem multissetorial, centrada no cidadão e com responsabilização do mesmo perante o tratamento e gestão da doença. Pretende "orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos" (DGS, 2014a:13).

Traduz o processo de prestação de cuidados de saúde à pessoa com risco vascular (sendo este o critério de admissão) não existindo critério de alta senão o da morte, existindo sim a estabilização da doença. Estão excluídos do PAI do Risco Cardiovascular no Adulto: idade inferior a 18 anos, AVC, Diabetes Mellitus, Pré-obesidade e Obesidade situações para as quais estão previstos PAI dirigidos, assim como gravidez, cardiopatia isquémica, doença cardíaca intervencionada (para as quais existem normas e orientações específicas, ou, poderão indicar necessidade de cuidados hospitalares).

A referenciação de entrada poderá vir da consulta de saúde do adulto, urgência hospitalar, linha do SNS 24 ou linha 112.

O PAI do Risco Cardiovascular no Adulto descreve o circuito da pessoa adulta com risco vascular desde a referenciação, ao atendimento e inscrição, a consulta (quem faz o quê, quando e como). Estabelece de igual forma os dados a colher, os registos (onde e de que forma), a estratificação do Risco Vascular, as intervenções da equipa de saúde perante os estilos de vida, a informação a prestar, os critérios de referenciação para cuidados hospitalares, a atuação da equipa de saúde nos cuidados hospitalares. Descreve também a atuação específica com menção à norma que a sustenta, e dá enfoque à situação particular de contração hormonal perante situações de risco vascular presente. Menciona, para cada intervenção as características da qualidade a ter em conta.

Para mais informação, consulte o link: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-do-risco-cardiovascular-no-adulto.aspx>.



II - ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Neste capítulo iremos abordar a forma como a equipa irá efetuar a vigilância, sustentada no vigente em normas em orientações nacionais na matéria, convergindo-se para os objetivos locais referidos no Plano Local de Saúde de [REDACTED] 2018-2020, institucionais, assim como aspirações e recursos da equipa de enfermagem da USF [REDACTED]. Iremos abordar os critérios que a equipa discutiu e aprovou para as quotas de consultas semanais, a priorização na convocatória, a consulta formal, as sessões de educação para a saúde e a expectativa quanto aos resultados no primeiro ano de atividade, tendo sido criados indicadores de avaliação para o efeito.

3 – A VIGILÂNCIA DA PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA USF [REDACTED]

A consulta de vigilância do utente com diagnóstico de Hipertensão Arterial encontra-se definida no Processo Assistencial Integrado (PAI) do risco cardiovascular no adulto (DGS, 2014a), onde, mais uma vez, se reitera a HTA como principal fator de risco para as doenças cérebro e cardiovasculares, estas, a principal causa de morte em Portugal.

O processo engloba uma estratégia integrada e multidisciplinar com vista à planificação e otimização de recursos, estes, escassos: pretende-se obter o máximo rendimento, da melhor forma possível. No já referido documento, define-se o PAI como o:

" Conjunto de atividades através das quais se identifica na pessoa adulta a presença ou não de fator de risco vascular (FRV) e/ou doença vascular conhecida, se avalia o risco cardiovascular (RCV) global e em função do qual se programa e planifica, com a pessoa e/ou cuidador as atividades preventivas, o acompanhamento terapêutico, de monitorização e de cuidados de saúde. Toda a atuação clínica implica a continuidade de cuidados de saúde e a existência de coordenação entre os diferentes profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde" (DGS, 2014a:15).

O acesso à vigilância de enfermagem da HTA poderá surgir através da identificação desta necessidade por parte do enfermeiro, por procura espontânea ou por encaminhamento do médico assistente.

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

3.1. A PRIORIZAÇÃO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com o disposto no PAI do Risco Vascular no Adulto e BI Indicadores de Monitorização e Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários (ver anexo) no que concerne à vigilância da pessoa com Hipertensão, e também, a preocupação da equipa em oferecer serviços na medida em que os seus utentes deles necessitem atendendo ao princípio da equidade previsto no PNS Revisão e Extensão a 2020 "o respeito pelo princípio da equidade implica a ausência de diferenças evitáveis e injustas nas respostas oferecidas pelo Sistema de Saúde" (DGS, 2015b:15), sugerem-se, para efeitos de convocatória para a Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial, os seguintes critérios de priorização:

- 1 - Inscritos codificados com K86 ou K87² sem vigilância da doença há mais de um ano
- 2 - Utentes identificados, oportunisticamente, com insuficiente controlo da HTA
- 3 - Utentes com uma avaliação de Risco Vascular elevado, (5-10%)
- 4 - Por procura espontânea

Os utentes sem vigilância há mais de um ano serão identificados por pesquisa de indicador específico da unidade, e os que tiverem avaliação de Risco Vascular elevado serão referenciados para CEHTA pelo médico de família.

As quotas estabelecidas para a CEHTA serão, segundo a disponibilidade da equipa de dedicar 2h+2h semana à vigilância deste grupo de risco, o que de acordo com a Norma para o Cálculo das Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem, emanada pela Ordem dos Enfermeiros em 2014 (30m por consulta), permitirá realizar 8 consultas por semana.

A equipa acorda em dedicar um tempo de consulta por semana para situações identificadas oportunisticamente, e 1h semana, a ser agendada na Sala de Tratamentos, em tarde a designar posteriormente, para o follow-up presencial que seja avaliado necessário pelos enfermeiros.

No que respeita à periodicidade da consulta de enfermagem, deverá ser agendada 1 consulta anual, presencial, e sempre que o juízo clínico do enfermeiro o determinar, sendo que nesse caso a forma como o utente será vigiado poderá ser em ambiente de consulta ou o follow-up (presencial ou não), adiante desenvolvido, conforme clinicamente mais adequado e acolhido pelo utente.

² K86 e K87, codificação da HTA sem complicações e com complicações respetivamente. Extrato de Manual de Codificação Pública – Melhoria do Registo de Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários Administração Central dos Serviços de Saúde, Instituto Público [ACSS, IP] (2010)

Em caso de não comparência à consulta anual, o utente /pessoa significativa serão abordados da seguinte forma:



Fonte: Elaboração Própria
Título; imagem 3: Fluxograma em caso de não comparência à CEHTA (elaboração própria)

3.2 – A CONSULTA FORMAL

Por consulta formal entende-se aquela realizada com o enfermeiro, individual e/ou com pessoa significativa, na unidade de saúde.

A periodicidade da consulta de vigilância de Hipertensão Arterial encontra-se referida no BI Indicadores de Monitorização e Contratualização, 2017, o qual indica "Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres" e "Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre" (Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS, IP] 2017:111).

O circuito de acesso à CEHTA encontra-se esquematizado para melhor compreensão em anexo.

3.2.1 – A Colheita de Dados Anamnésicos

Recomenda-se, enquanto característica da qualidade, a **colheita de dados anamnésicos** na primeira consulta relativos a fatores de risco vascular, em específico:

- Doença vascular precoce (antes 55 anos no homem e 65 anos na mulher) e nos familiares de primeiro grau)

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

- História de HTA (diagnóstico prévio, tratamento anterior ou atual com antihipertensores, familiares diretos com diagnóstico de HTA, cônjuges com HTA)
- História de diabetes, tolerância diminuída à glicémia ou anomalia da glicémia em jejum
- História de dislipidémia
- Obesidade
- História de doença renal crónica
- Hábitos tabágicos (número de cigarros e a sua classificação em UMA (fórmula de cálculo, número de cigarros por dia a dividir por 20 multiplicado pelos anos de consumo de tabaco)
- Consumo nocivo de álcool (ver norma DGS 030/2012 atualizada a 18/12/2014). Utilizar ferramenta de cálculo disponível em Sclínico. Consulte o link: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>.

NOTA para o Enfermeiro: com o objetivo de facilitar o follow-up não presencial deve-se solicitar consentimento para a atualização de contactos do utente, inclusive endereço de Email, questionando forma preferencial de contacto.

3.2.2 – A Colheita de Dados Antropométricos

Quanto à **colheita de dados antropométricos** e estratificação do risco vascular, os dados deverão ser registados em campo próprio, e temos:

- **A avaliação antropométrica** (ver orientação DGS 17/2013, ver link <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-06122013.aspx>).

No que respeita ao diagnóstico de obesidade, este estabelece-se através da avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) com recurso à fórmula peso (kg) / estatura² (m²). A figura abaixo clarifica o diagnóstico:

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Parâmetro	Valores	Classe de Risco Para
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00 – 16,99	B
Magreza moderada	17,00 – 18,99	A
Normal	19,00 – 24,99	Para normal
Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Pré-obesidade
		Classe de Obesidade
Obesidade	30,00 – 34,99	I
Obesidade	35,00 – 39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: extraído de PAI na Pré Obesidade no Adulto, DGS, 2014b:48
Título: Imagem 4, Tabela de avaliação de IMC

O ACES [redacted] disponibiliza consulta de Nutrição, a qual funciona na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. A referência é feita através do Sclínico, ou por procura espontânea.

- **A monitorização e registo da pressão arterial** (ver norma DGS 020/2011)

Salienta-se que esta monitorização realizar-se-á:

- em ambiente acolhedor
- sem pressa
- com o doente sentado e relaxado, pelo menos durante 5 minutos
- não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior
- com o membro superior desnudado
- usando braçadeira de tamanho adequado
- medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da PA na primeira consulta
- que a PA seja avaliada duas vezes na consulta, com intervalo entre 1-2 minutos entre elas, devendo-se registar o valor mais baixo.
- Deverá considerar-se uma terceira avaliação caso se obtenham valores muito discrepantes, e registar em processo clínico esse evento
- Registar de igual forma o braço em que foi realizada a avaliação e o tamanho da braçadeira (DGS, 2013a).

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

No que respeita ao tamanho da braçadeira, a Sociedade Portuguesa de Hipertensão recomenda o seguinte:

Dimensão recomendada da braçadeira em adultos			
Tipo de braçadeira	Para quem	Dimensão (cm)	
Pequena	Braços adultos magros e crianças	12 x 18	
		12 x 26	
Normal	Majoria dos braços de adultos	12 x 26	
Grande	Braços de pacientes obesos	12 x 40	
Dimensão recomendada da braçadeira em crianças			
Tipo de braçadeira	Circunferência do braço (cm)	Dimensão (cm)	
Adultos pequenos	22 - 26	12 x 22	
Adultos	27 - 34	16 x 30	
Adultos grandes	35 - 44	16 x 36	
Adulto (cosa)	45 - 52	16 x 42	
Dimensão recomendada da braçadeira em crianças			
Idade	Largura (cm)	Comprimento (cm)	Circunferência máxima do braço (cm) ²
Recém-nascido	4	8	10
Lactente	6	12	15
Criança	9	18	22

Fonte: Extraído de Guiadelines da Sociedade Europeia de Hipertensão para a Automeção da Pressão Arterial (AMPA), SPH, 2015:7
Título: Imagem 5, Tamanho da Braçadeira para Avaliação da PA

NOTA para o Enfermeiro:

- Um indivíduo que esteja a fazer medicação anti hipertensora considera-se hipertenso, e na dúvida, poderá ser necessário suspender-se progressivamente o tratamento e vigiar proximamente os valores tensionais.
- A vigilância da PA poderá ser complementada com a Automeção da Pressão Arterial (AMPA, ver adiante).

* A avaliação do risco cardiovascular (RCV) deverá ser efetuado pelo médico de família, conforme norma DGS 005/2013 (ver link <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013-pp.aspx>).

3.2.3 - A Periodicidade da Vigilância da Pressão Arterial sem Diagnóstico de HTA

Quando não exista diagnóstico de HTA, recomenda a DGS a seguinte periodicidade na vigilância da PA:

A Periodicidade da Vigilância para Reavaliação da Pressão Arterial, sem diagnóstico de HTA	
PA entre 130/85 mmHg	Reavaliação dentro de 2 anos
PA entre 135-139/ 85-89mmHg	Reavaliação dentro de 1 ano
PA entre 140-159 / 90-99 mmHg	Confirmar dentro de 2 meses
PA entre 160-179 / 100-109 mmHg	Confirmar dentro de 1 mês
PA igual ou superior 180 / 110 mmHg	Poderá ter que iniciar medicação imediatamente, ou, reavaliar dentro de 1 semana

Fonte: Elaboração Própria
Título: Tabela 2, Periodicidade da vigilância da Pressão Arterial sem diagnóstico de HTA
Dados extraídos da norma 020/2011 atualizada a 19/03/2013 DGS, 2013a:3

3.3 – A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Neste subcapítulo pretende-se abordar a realização das sessões educativas dirigidas à intervenção sobre os estilos de vida, em consulta individual ou em grupos: os grupos permitem a partilha, a troca de opiniões, o esclarecimento mais abrangente. Permitem fazer chegar a informação a mais pessoas num determinado momento e pretendem responder à necessidade identificada de promover comportamentos de adesão às recomendações não farmacológicas para a HTA. Por outro lado, a sessão de educação individual da pessoa com hipertensão arterial é facilitadora da abordagem personalizada e dirigida, pelo que caberá aos enfermeiros a gestão da forma como as irá realizar em cada situação.

A equipa expressou a intenção de realizar sessões de educação para a saúde de forma regular, e com o objetivo de se constituir ferramenta auxiliar para a educação para a saúde, encontram-se em link para consulta rápida, sessões com tempo estimado de 15-20m cada, relativas à Hipertensão Arterial; a automeção da pressão arterial; o consumo de sal; a prática de exercício físico; a alimentação equilibrada e consumo de gorduras. Poderão ser exibidas em consulta individual, ou em sessão grupal, conforme o identificado.

Indo de encontro às aspirações e sugestões da equipa, sugere-se:

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

• Atribuição de 1h na escala , 1 x mês (conforme necessidades identificadas , procura e aceitação dos utentes poderá ser revista) para a realização de sessões de educação para a saúde no primeiro ano de implementação da CEHTA.

Como ferramentas de avaliação, temos:

Indicador	Meta	Fórmula
Proporção de Utentes hipertensos convocados para as Sessões de Educação para a Saúde que aderem às mesmas	75%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes hipertensos convocados para as Sessões de Educação para a Saúde que aderem às mesmas}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes hipertensos convocados para as Sessões de Educação para a Saúde}} \times 100$

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 3: Indicador de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

Abaixo, encontra atalhos para cada uma das Sessões de Educação para a Saúde:

- [A Hipertensão Arterial](#)
- [A Automedição da Pressão Arterial](#)
- [Hipertensão Arterial – A Alimentação Saudável](#)
- [Hipertensão Arterial – As Gorduras Alimentares](#)
- [O Consumo de Sal](#)
- [A Prática de Atividade Física](#)

3.4 – O FOLLOW UP NÃO PRESENCIAL

A motivação é fundamental para a mudança de hábitos: de acordo com a DGS, o controlo da HTA depende largamente da adesão à terapia não farmacológica (já referida), a qual implica mudanças nos hábitos de vida, sabendo-se estes de muito difícil alteração. A motivação de um parceiro envolvido num processo de mudança (como seja a perda de peso, alteração de hábitos, evicção de consumos) é reconhecido como facilitador na adesão ao plano indicado. A evidência científica mais recente demonstra que apesar de se conseguirem obter ganhos em saúde com ações de promoção de saúde, estes tendem a dissipar-se na ausência de acompanhamento regular. De facto, Andersen, Ibsen & Tobiasen realizaram um estudo na Dinamarca em 2016 com um grupo de 117 doentes hipertensos seguidos em consulta de enfermagem especializada, após alta para seguimento em cuidados

31

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

indiferenciados na comunidade: ficou demonstrado que quando o seguimento até então realizado cessou, apenas 45,2% destes doentes mantiveram o controlo da HTA e que a adesão à medicação baixou de 95% para cerca de 45%.

Ciemins et al, nos Estados Unidos da América em 2018 realizaram um estudo piloto que pretendeu estudar a eficácia sobre o controlo da HTA através do uso da tecnologia Smartphone, na qual os participantes utilizavam um aplicativo ligado a uma plataforma acessível apenas pelos investigadores onde realizavam automedições de pressão arterial: foi verificado que enquanto se manteve o follow-up dos participantes o plano era cumprido, mas que a adesão diminuiu quando o esquema era livremente escolhido pelos participantes.

O follow-up não presencial pretende manter adesão e motivação do utente em situação de descompensação de valores tensionais, fraca adesão à terapia não farmacológica, quando expressem dificuldades em assimilar muita informação de uma só vez, ou, sempre que o juízo clínico do enfermeiro o determinar.

Com vista à motivação dos utentes ao propor-se um plano de cuidados, sugere-se, de acordo com os recursos da equipa e conforme aceite pelo utente as seguintes formas de follow-up não presencial de um utente:

- Contacto Telefónico
- Contacto por Email

NOTA para o Enfermeiro:
Procurar atirar no contacto:

- Dúvidas
- Reformular o plano se necessário
- Relembrar data da próxima consulta
- Oferecer algo (folheto informativo, disponibilização de horário para follow-up presencial)
- Questionar satisfação

Abaixo, deixamos atalhos para os folhetos informativos a disponibilizar ao utente:

- [O que é a Hipertensão Arterial?](#)
- [A Automedição da Pressão Arterial](#)
- [As Recomendações para o Tratamento não Farmacológico da Hipertensão Arterial](#)
- [O Sal Escondido nos Alimentos](#)

32

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

No que respeita à avaliação desta atividade, propõe-se:

Indicador	Metas	Fórmula
Proporção de utentes hipertensos que aderem ao follow up não presencial	90%	$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos encaminhados para follow up não presencial que aderem ao mesmo} \times 100}{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos encaminhados para follow up não presencial}}$

Fonte: Elaboração Própria
Tabela 4: Indicador de Avaliação do Follow up não presencial

3.5- A AUTOMEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A Automedição da Pressão Arterial deverá ser amplamente estimulada como forma de autovigilância: segundo a SPH (2015) a medição da PA em consultório tem sido a pedra basilar do diagnóstico de HTA, no entanto sujeita a forte influência externa como o ambiente de consultório e "a bata branca", e ainda que o valor diagnóstico da AMPA é superior à medição em consultório.


Para a SPH a automedição da pressão arterial permite medições frequentes, a baixo custo, enquanto envolve e compromete a pessoa na vigilância da doença. No entanto será recomendável o treino da pessoa hipertensa / pessoa significativa a proceder à automedição de PA; instruir ao juízo crítico para a interpretação de valores obtidos assim como sinais de alerta e também à manutenção do aparelho. (ver sessão de formação sobre o tema). Ainda, consulte o link : https://www.sphia.org.pt/pt/base8_detalle/24/92.

Como forma de inovar a Automedição da Pressão Arterial sugere-se a utilização de apps que facilitem a autovigilância na população com autonomia para gerir estes aplicativos. De acordo com a SPH, estes aplicativos poderão facilitar muito a avaliação clínica ao gerar relatórios de forma automática com os dados que são inseridos, facilitando a avaliação em follow up.

A calendarização da AMPA deverá ser acordada com o utente, de acordo com o seu risco cardiovascular e sua capacidade de realizar avaliações fiáveis.

33

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL



4 - OS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA CONSULTA

Neste capítulo iremos abordar os indicadores selecionados pela equipa para avaliar a atividade e desempenho da CEHTA, convergidos aos objetivos locais, institucionais, recursos e aspirações da mesma. Estes pretendem demonstrar o que se alcançou com as intervenções instituídas, são os ganhos em saúde. Segundo a DGS entendem-se ganhos em saúde "como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução" (DGS, 2013:2).

Se contextualizarmos, a nível do Plano Local de Saúde de [REDACTED] 2018-2020, encontramos os seguintes indicadores a avaliar quanto às Doenças Cérebro e Cardiovasculares, os quais serão alvo de monitorização transversal a todas unidades do ACES em abril de 2021, através do Observatório Local de Saúde.

INDICADORES	ÚLTIMOS VALORES CONHECIDOS			METAS PARA 2030
	2014	2016	2017	
Proporção de hipertensos com determinação do risco cardiovascular nos últimos 3 anos	18,4%	31,4%	33,1%	40%
Proporção de hipertensos com registo de Gestão de Regime Terapêutico	7,8%	14,2%	16,3%	25%
Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos com PA < 150/90 mmHg	32,6%	34,2%	35,3%	45%

Fonte: Extraído de Plano Local de Saúde de [REDACTED] 2018/2020:20
Título: Imagem 6, Indicadores e Metas para as Doenças Cérebro e Cardiovasculares no Plano Local de Saúde de [REDACTED]

Já a nível do ACES [REDACTED] encontramos os seguintes indicadores de avaliação diretamente relacionados com a vigilância de enfermagem no programa de vigilância de HTA:

- Proporção de indivíduos com medição de PA nos últimos 12 meses
- Proporção de Hipertensos com PA em cada semestre
- Proporção de hipertensos com registo de Gestão de Regime Terapêutico (IGRT)
- Proporção de hipertensos com idade superior a 65 anos com PA inferior a 150/90 mmHg
- Proporção de hipertensos com idade entre 18/65 anos com PA entre 140/90 mmHg

34

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

- Proporção de hipertensos com registo de IMC (12 meses)

Indo de encontro à aspiração da equipa em intervir sobre fatores de risco para as DCCV, foram delineados os seguintes indicadores de atividade, e metas para a CEHTA, no primeiro ano de atividade atendendo também ao número de horas dedicadas, conforme tabela abaixo:

Natureza da Violência	Horas por Semana	Horas Anuais
Consulta Formal	2h + 2h + 4h	208h = 416 consultas
Follow up Não Presencial	1h	52h
Sessões de Educação para a Saúde	1h/mês	12h
Total		304h / ano

Fonte: Elaboração Própria
Tabela 5: Previsão de Horas Anuais dedicadas pela equipa de enfermagem à vigilância da HTA

Quanto aos indicadores de atividade da CEHTA, estabelece-se os seguintes objetivos, diretamente relacionados com a adesão à consulta, e minimização de fatores de risco para as DCCV (obesidade e tabagismo).

Indicador	Metas	Fórmula
Proporção de utentes hipertensos convocados à consulta de enfermagem de HTA que aderem à mesma	75%	$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes Hipertensos Convocados para a CEHTA que aderem à mesma}}{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos convocados para CEHTA}} \times 100$
Proporção de utentes hipertensos fumadores acompanhados na CEHTA que aderem à Consulta de Exatidão Tabélica (CET)	20%	$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos fumadores acompanhados na CEHTA que aderem à CET}}{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos fumadores acompanhados na CEHTA}} \times 100$
Proporção de utentes hipertensos obesos ou em pré obesidade acompanhados na CEHTA que aderem à Consulta de Nutrição	20%	$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos obesos / em pré obesidade acompanhados na CEHTA que aderem à consulta de Nutrição}}{N^{\circ} \text{ de utentes hipertensos obesos / em pré obesidade acompanhados na CEHTA}} \times 100$

Fonte: Elaboração Própria
Tabela 6: Indicadores de Atividade e Metas para a CEHTA

Para a avaliação do desempenho da vigilância da pessoa com Hipertensão Arterial, tomou-se como referência os indicadores de avaliação do ACES, e sua evolução na unidade nos últimos 3 anos (não estando disponíveis os indicadores para o ano de 2019, à data de final do estágio). Terão em consideração que existem utentes hipertensos que são acompanhados na consulta de diabetes, e que estes indicadores serão avaliados globalmente no desempenho da equipa.

Indicador	Meta atingida a 12/2016	Meta atingida a 12/2017	Meta atingida a 12/2018	Meta para 1º ano de atividade CEHTA
Proporção de hipertensos com acompanhamento adequado ¹	19%	23,5%	29%	30%
Proporção de hipertensos com PA em cada semestre ²	37,1%	42,8%	50,2%	50%
Proporção de hipertensos com registo de Gestão de Regime Terapêutico (GRT) ³	39,2%	43,7%	45%	50%
Proporção de hipertensos com idade superior a 65 anos com PA inferior a 150/90 mmHg ⁴	28,9%	36,8%	40,1%	45%
Proporção de hipertensos com idade entre 18/65 anos com PA entre 140/90 mmHg ⁵	18,1%	22,8%	24,9%	30%
Proporção de hipertensos com registo de IMC (12 meses) ⁶				

Fonte: Elaboração Própria
Tabela 7: Indicadores de Desempenho na Vigilância da HTA

Fórmula¹: $\frac{n^{\circ} \text{ de hipertensos com acompanhamento adequado}}{n^{\circ} \text{ de hipertensos inscritos na USF}} \times 100$

Fórmula²: $\frac{n^{\circ} \text{ de hipertensos com PA em cada semestre}}{n^{\circ} \text{ de hipertensos inscritos na USF}} \times 100$

Fórmula³: $\frac{n^{\circ} \text{ de hipertensos com registo de GRT}}{n^{\circ} \text{ de hipertensos inscritos na USF}} \times 100$

Fórmula⁴: $\frac{n^{\circ} \text{ de hipertensos com idade superior a 65 anos com PA inferior a 150/90mmHg}}{n^{\circ} \text{ de hipertensos inscritos com idade superior a 65 anos na USF}} \times 100$


Fórmula⁵: $\frac{n^{\circ} \text{ de hipertensos com idade entre 18/65 anos com PA entre 140/90mmHg}}{n^{\circ} \text{ de hipertensos inscritos com idade entre 18/65 na USF}} \times 100$

Fórmula⁶: $\frac{n^{\circ} \text{ de hipertensos com registo de IMC}}{n^{\circ} \text{ de hipertensos inscritos na USF}} \times 100$

Os indicadores propostos para avaliação da atividade e desempenho da CEHTA na USF tiveram como fundamento os objetivos locais e institucionais na matéria, atendendo os recursos existentes, e projetam-se para o primeiro ano de atividade.

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPOORTE A DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL



5 – CONCLUSÃO

O presente documento pretende-se, tal como já referido, uma ferramenta facilitadora para o enfermeiro na abordagem da pessoa com diagnóstico de HTA: procurou compilar num só documento a fundamentação teórica para as intervenções, ligações às sessões de educação para a saúde e links (conforme solicitado pela equipa).


A consulta que a fundamenta pretende convergir objetivos locais e institucionais nas abordagens da HTA, conseguir a adesão dos utentes convocados, proporcionar uma vigilância adequada e minimizar dois fatores de risco importantes para o aparecimento de Doenças Cérebro e Cardiovasculares: o tabagismo e obesidade através da adesão à consulta de Evicção Tabágica e de Nutrição.

A satisfação da equipa foi também uma preocupação, em todo processo, pelo que a Consulta de Enfermagem de vigilância da Hipertensão Arterial, foi estruturada de forma a convergir para as aspirações desta no que se relacionam a vigilância formal, sessões de educação para a saúde e follow up dos seus utentes, assim como o tempo dedicado aos mesmos.

Os resultados alcançados, serão alvo de monitorização por elemento da equipa de enfermeiros da USF [REDACTED], e de discussão permanente, e reformulação conforme o identificado.

37

MANUAL DE SUPOORTE A DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central dos Serviços de Saúde, Instituto Público [ACSS, IP] (2010). Manual de Codificação Pública – Melhoria do Registo de Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Portugal: ACSS, IP. 6.

Agrupamento de Centros de Saúde de [REDACTED] / Câmara Municipal de [REDACTED] [ACES/CMS] (2019). Plano Local de Saúde de [REDACTED] 2018-2020. Sintra, Portugal: Agrupamentos de Centros de Saúde / Câmara Municipal de [REDACTED] 13, 20.

Andersen U., Ibsen, H & Tobliassen, M (abril, 2016). On the Transition from a Nurse Led Hypertension Clinic to Hypertension Control in Primary Care. Blood Pressure 25(4). 263, 267. <https://doi.org/10.3109/08037051.2016.1156909>

Ciemins, E., Arora, A., Coombs, N., Holloway, B., Mullette, E., Garland, R., (setembro, 2017). Improving Blood Pressure Control Using Smart Technology. TELEMEDICINE and eHEALTH 24(3): 225, 227. Doi: 10.1089/tmj.2017.0028

Direção Geral de Saúde [DGS] (2013a). Norma 020/2011 atualizada a 19/03/2013. Hipertensão Arterial: definição e classificação. DGS. 1-2, 4-5, 7. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013b). Norma 026/2011 atualizada a 19/03/2013. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. DGS. 1-4, 10, 12. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019

Direção Geral da Saúde (2013c). Estratégia Nacional para a Redução do Consumo de Sal na Alimentação Portuguesa. Lisboa, Portugal:3-5. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019

Direção Geral da Saúde (2013d). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.1 Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. 2. Disponível em www.dgs.pt consultado em outubro de 2019

Direção Geral da Saúde (2013e). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico Equidade e Acesso Adequado a Cuidados de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. 5, 7. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019.

38

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Direção Geral da Saúde (2014a). Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular Integrado. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 10, 13, 15. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2014b). Processo Assistencial Integrado da Pré Obesidade no Adulto. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 48. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2015a). Portugal, Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números. Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares: Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 26, 32-35,48. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2015b). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 10-11, 26. Disponível em www.dgs.pt, consultado em outubro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2016). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 67-68. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2017a). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 8,11,12. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2017b). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 19. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2017c). Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016 – Orientações Programáticas a 2020 (revisto em novembro de 2017). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 1-2. Disponível em www.dgs.pt, consultado em novembro de 2019.

Direção Geral da Saúde (2017d). Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares: Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.4-5,10. Disponível em www.dgs.pt, consultado em dezembro de 2019.

Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge (INSA) (2016). 1ª Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde dr. Ricardo Jorge [INSA]. 6-7. Disponível em http://www.ansfiso.pt/wp-content/uploads/2018/08/1_INSEF_relato%C3%B3rio_estado-de-saude.pdf, consultado em junho de 2020.

39

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019). Anuário Estatístico de Portugal 2018. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística. 10, 25. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=381689773&PUBLICACOESmodo=2 consultado em julho de 2020.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). Destaque Informação à Comunicação Social abril de 2020. Lisboa, Portugal:10. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destques&DESTAQUESdest_boui=411264201&DESTAQUESmodo=2&lang=pt consultado em junho de 2020.

Macedo, M., Lima, M.J., Silva, A. Alcântara, P. Ramalinho, V. Carmona, J. (setembro, 2005). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Portugal: the PAP study. Journal of Hypertension 23(9). 1661, 1665-1666. Doi: 10.1097/01.hjh.0000179908.51187.de.

Ministério da Saúde / ACSS, IP (2017). BI Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde / ACSS. 111. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf, consultado em dezembro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.10, 12-13. disponível em www.ordemenfermeiros.pt, consultado em dezembro de 2019.

Polonia, J. Martins, L. Pinto, F. Nazaré, J. (2014, junho). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. Journal of Hypertension, 32 (6), 1211, 1217. Disponível em https://www.sphsa.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf, consultado em junho de 2020.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa, Portugal: 24-25. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reduc%C3%A7%C3%A3o_CAD_2013-2020.pdf. Consultado em novembro de 2019.

Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2019, outubro). In SNS, BI ACES [REDACTED] Disponível em [https://bicsp.msaude.pt/pt/biufs/3/30030/5/\[REDACTED\]_default.aspx](https://bicsp.msaude.pt/pt/biufs/3/30030/5/[REDACTED]_default.aspx) consultado em outubro de 2019.

40

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2019, outubro). In SNS, BI CSP USF [REDACTED] Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/bi/0030/3113973/Pages/default.aspx> consultado em outubro de 2019.

Serviço Nacional de Saúde (junho, 2020). Despesas com Medicamentos por Grupo Farmacoterapêutico, in SNS Transparência. Disponível em <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/dispensa-de-medicamentos-por-grupo-farmacoterapeutico/table/?fq=pt&sort=tempo> consultado em junho de 2020.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão e Risco Vasculor (março – abril 2020). Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 das ESH / ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular (76). 10-12, 14. Disponível em https://www.sphta.org.pt/files/revista_76_2020_0304_suoi.pdf

Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2020, junho) "Hipertensão Arterial o que é? Disponível em https://www.sphta.org.pt/pt/base_8_detal/24/89, consultado 15 junho de 2020.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão e Risco Vasculor (janeiro – fevereiro 2015). Guidelines da Sociedade Europeia de Hipertensão para a Automeção da Pressão Arterial (AMPA): relatório síntese da Segunda Conferência Internacional de Consenso sobre Automeção da Pressão Arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Vasculor (45, suplemento) 4-5, 7, 10-11. Extraído de <https://www.sphta.org.pt/files/guidelinesampa.pdf>

World Health Organization [WHO] (2013a). A Global Brief on Hypertension: silent killer a global public health crisis. Geneva, Suíça: World Health Organization. 5,7,9,17-18. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79069m> consultado em outubro de 2019.

World Health Organization [WHO] (2013b). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva, Suíça: World Health Organization. 2, 4 28. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1, consultado em outubro de 2019.

World Health Organization [WHO] (2018). Saving Lives, Spending Less. Geneva, Suíça: World Health Organization. 3,7,11. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272534>, consultado em junho de 2020.

41

MANUAL DE SUPORTE À DECISÃO E INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

ANEXOS

42

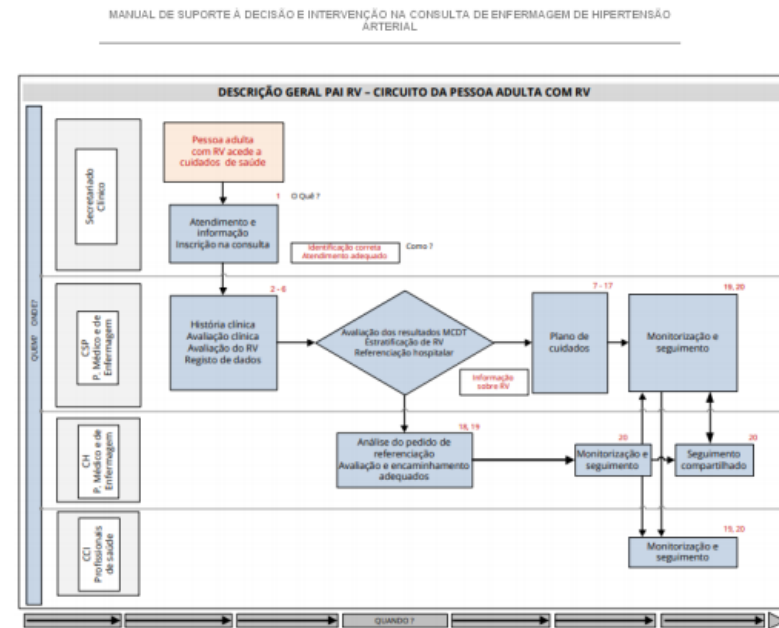
A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar



A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar



A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar



Fonte: PAI do Risco Vascular no Adulto, DGS, 2014:20

APÊNDICE XIV: Resumo e Conclusões da Reunião 3 com a Equipa de Enfermagem da
USF K

REUNIÃO EQUIPA ENFERMAGEM USF K. 11/12/2019					
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar Versão preliminar do MACEHTA 		Metas da reunião: <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos, 85% dos enfermeiros da equipa estejam presentes na reunião 		Presentes, 8 enfermeiros	Duração: 60m
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO
	Objetivos da reunião Apresentação da versão preliminar do MACEHTA		Exposição Oral	Saquina Pestamgy	5m
DESENVOLVIMENTO					
CONCLUSÕES	Organização por capítulos Versão em suporte USB drive Agradecimento		Participação Brainstorming	Computador Retroprojektor Tela Mesas Cadeiras Sala de Reuniões	50m
AVALIAÇÃO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes na reunião}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros na equipa}} \times 100 = \frac{8}{9} \times 100 = 89\%$				

APÊNDICE XV: Plano de Reunião e Conclusões na USF M. – Consulta de Evição
Tabágica

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

REUNIÃO CONSULTA DE EVICÇÃO TABÁGICA USF M. 12/11/2019					
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer modo referenciação à consulta • Priorização para a consulta • Procura espontânea • Adesão • Tempo de Satisfação para a Consulta 		Metas da reunião: <ul style="list-style-type: none"> • Realização da reunião com colheita de informação pretendida 		Presente Enf. responsável pela consulta (I.A)	Duração: 60m
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO
	Objetivos da reunião		Exposição Oral	Saquina Pestamgy	5m
DESENVOLVIMENTO	Apresentação da Mestranda Objetivos do estágio, duração Objetivos da reunião				Participação
CONCLUSÕES	ACESSO À CONSULTA: Procura espontânea Referenciação de Enfermeiro / médico MODO DE CONTACTO: Telefónico Presencial Envio de formulário intranet por mail TEMPO DE SATISFAÇÃO 1 mês (poderá ser menos, consoante priorização)				
AValiação	$\frac{\text{Reunião planeada}}{\text{Reunião realizada}} \times 100 = \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ Não conseguiu dados sobre adesão à consulta ao final de 1 ano				5m

APÊNDICE XVI: Plano de Reunião e Conclusões na USF N. – Consulta de Evidência
Tabágica

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

REUNIÃO CONSULTA DE EVICÇÃO TABÁGICA USF N. 19/11/2019					
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer modo referenciação à consulta • Priorização para a consulta • Procura espontânea • Adesão • Tempo de Satisfação para a Consulta 		Metas da reunião: <ul style="list-style-type: none"> • Realização da reunião com colheita de informação pretendida 		Presente sr A.E	Duração: 60m
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO
	Objetivos da reunião		Exposição Oral	Saquina Pestamgy	5m
DESENVOLVIMENTO	Apresentação da Mestranda Objetivos do estágio, duração Objetivos da reunião				Participação
CONCLUSÕES	ACESSO À CONSULTA: Procura espontânea Referenciação de Enfermeiro / médico MODO DE CONTACTO: Telefónico Presencial Envio de formulário intranet por mail TEMPO DE SATISFAÇÃO 2m (poderá ser menos, consoante priorização)				
AVALIAÇÃO	$\frac{\text{Reunião planeada} \times 100}{\text{Reunião realizada}} = \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$ Enf. responsável pela consulta ausente por férias Sem dados de atividade da consulta				5m

APÊNDICE XVII: Plano de Reunião e Conclusões - Consulta de Nutrição do Aces M

REUNIÃO CONSULTA NUTRIÇÃO URAP 19/11/2019					
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer modo referenciação à consulta • Priorização para a consulta • Procura espontânea • Adesão • Tempo de Satisfação para a Consulta • Outras iniciativas 		Metas da reunião: <ul style="list-style-type: none"> • Realização da reunião com colheita de informação pretendida 		Presente nutricionista HD	Duração: 60m
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO
	Objetivos da reunião		Exposição Oral	Saquina Pestangy Mesas Cadeiras Sala de Reuniões	5m
DESENVOLVIMENTO	Apresentação da Mestranda Objetivos do estágio, duração Objetivos da reunião				50m
CONCLUSÕES	ACESSO À CONSULTA: Procura espontânea Referenciação de Enfermeiro / médico MODO DE CONTACTO: Referenciação Sclínico Em caso de necessidade clínica imperativa enviar mail institucional TEMPO DE SATISFAÇÃO 2-3m (poderá ser menos, consoante priorização)		Discussão		5m
AVALIAÇÃO	$\frac{\text{Reunião planeada} \times 100}{\text{Reunião realizada}} = \frac{1/1 \times 100}{100} = 100\%$ Reunião sem agendamento, não se conseguiu contacto telefónico				5m

APÊNDICE XVIII: Folhetos a Disponibilizar ao Utente

LOGÓTIPO

O QUE É A HIPERTENSÃO ARTERIAL?



Foto: iStockPhoto

Elaborado por:

Saquina Pestamgy, Enfermeira, mestranda Enfermagem Comunitaria e de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Portalegre

██████ B██████, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitaria, USF ████████

USF ████████
Telefone: 21 ████████
E mail: usf.██████@arslvt.min-saude.pt

Janeiro de 2020

A Hipertensão Arterial (HTA) define-se, segundo a DGS (Direção Geral da Saúde) como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) acima dos 140mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) acima dos 90mmHg. A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias.

É necessário que exista força para que o sangue circule, mas quando esta força se torna excessiva podem surgir danos em órgãos como o coração, o cérebro, os rins ou os olhos.

No ano de 2018, cerca de um terço das mortes ocorridas em Portugal tiveram causa em doenças cérebro e cardiovasculares (dados INE/Pordata), nas quais a HTA se assume como principal fator de risco.

Na maioria das situações não se conhece a causa para o aparecimento da HTA, diz-se que é primária (mais de 90%), noutras, existe uma doença ou condição que causa a HTA (secundária).

A HTA poderá não causar sintomas até que surjam complicações: deverá vigiar a sua pressão arterial 1-2 vezes por ano se não tiver diagnóstico. Poderão surgir dores de cabeça, visão desfocada, mal-estar, dores no peito, sangramento nasal: procure ajuda clínica de imediato! Poderão ser sintomas de HTA.

Se apresentar valores acima de 140mmHg PAS e/ou PAD superior a 90mmHg em várias avaliações deverá procurar orientação junto do seu enfermeiro/médico de família, ainda que não tenha sintomas.

Agende consultas regulares na sua unidade se tiver diagnóstico de HTA

AUTOAVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

. Procure orientação junto do seu enfermeiro para a correta avaliação da PA.

. mantenha um registo de valores, e traga-o consigo quando procurar cuidados de saúde.



COMO PREVENIR?

Através da adoção de hábitos de vida saudáveis:

- . restrição de ingesta de sal
- . adoção de uma alimentação equilibrada
- . prática de exercício físico
- . moderação no consumo de bebidas alcoólicas
- . abandono de hábitos tabágicos
- . manutenção de peso saudável

LIGAR 112, se:

- . sentir dores fortes no peito
- . alterações súbitas da visão
- . alterações da mobilidade ou sensibilidade nos membros
- . alterações da fala

COMO DIAGNOSTICAR?

LOGÓTIPO

AS RECOMENDAÇÕES PARA
O TRATAMENTO NÃO
FARMACOLÓGICO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL



Fonte: iStockPhoto,

Elaborado por:

Saquina Pestamgy, Enfermeira, mestranda Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Portalegre

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, USF

USF
Telefone: 211 70
E mail: usf.arslvt@arslvt.min-saude.pt

Janeiro de 2020

O QUE SÃO AS RECOMENDAÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL?

São as medidas que deverá adotar a fim de otimizar o controle da sua doença HTA, evitar complicações e a medicação farmacológica excessiva. São elas:

1. A adoção de uma dieta variada, equilibrada, rica em verduras, legumes e frutas e pobre em gorduras.



Fonte: DGS

2. Controlo e manutenção de um peso saudável, com IMC (Índice de Massa Corporal) entre 18-25

3. Prática regular de exercício físico por 30-60m quatro a sete dias por semana



Fonte: Imagem ilustrada.com

4. Moderação no consumo de álcool (2 bebidas/dia)

5. Diminuição no consumo do sal (máx. de 5gr/dia, ou até 1 col de chá rasa adicionada na confeção de alimentos).



Fonte: Unipia

6. Cessação do consumo do tabaco



Fonte: Wikipédia

A Hipertensão Arterial (HTA) define-se, segundo a DGS (Direção Geral da Saúde) como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) acima dos 140mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) acima dos 90mmHg.

A HTA é considerada a principal causa para as doenças cérebro e cardiovasculares (enfartes do miocárdio, AVCs), que são responsáveis por cerca de um terço das mortes em Portugal.

O seu tratamento é feito através do controlo e estabilização dos valores de pressão arterial com medicação e com a adoção de recomendações não farmacológicas.

Deverá seguir as instruções da equipa de saúde, e solicitar reavaliação se surgir alguma alteração ou tiver alguma dúvida.

LOGÓTIPO

A AUTOMEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL



Foto: iStockPhoto.

Elaborado por:

Saquina Pestamgy, Enfermeira, mestranda Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Portalegre

I. B., Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, USF

USF
Telefone: 0
E mail: usf. @arslv.min-saude.pt

Janeiro de 2020

A Hipertensão Arterial é o principal fator que se consegue reverter para as doenças cérebro e cardiovasculares, principal causa de morte em Portugal.

O seu tratamento pretende prevenir, atrasar o aparecimento ou regredir as lesões que podem surgir em órgãos alvo, como o cérebro, os rins, os olhos e o coração, podendo provocar enfartes cardíacos, AVC, insuficiência renal ou alterações da visão. Assenta principalmente na:

- instituição de terapêutica após o diagnóstico
- na adesão às recomendações para o tratamento não farmacológico
- na autovigilância

Para a correta avaliação da pressão arterial é necessário que esta seja realizada adequadamente.

A sua equipa de enfermagem está disponível para orientar sempre que necessitar.

Agende consulta com seu enfermeiro/médico de família se tiver diagnóstico de Hipertensão Arterial, ou, se suspeitar que possa ter.

COMO AVALIAR A PRESSÃO ARTERIAL?

A avaliação deverá ser realizada em ambiente acolhedor, sem estímulos sonoros intensos, sem pressa. Esvazie a bexiga antes e tenha o cuidado de não ingerir bebidas estimulantes ou fumar nas 2h anteriores (chá preto, café, coca-cola).

1. Sente-se e aguarde pelo menos 5m até proceder à avaliação.



Imagem: Depositphotos

2. Coloque a braçadeira no braço, tendo o cuidado que este esteja à altura do seu peito.

NOTA: aconselhe-se com o seu enfermeiro quanto ao tamanho da braçadeira

Caso se trate de manga de punho, assegure-se que esta não está contraindicada para a sua situação. Aconselhe-se com o seu Enfermeiro.



Imagem: Sociedade Portuguesa de Hipertensão

3. Anote o valor, dia e hora em registo próprio. Traga sempre este registo quando vier a unidade de saúde.



Imagem: Sr. Busquik.com

Aconselhe-se com o seu enfermeiro/médico de família quanto aos valores de pressão arterial ideais para si

Peça orientação quanto ao que fazer caso a pressão arterial esteja alta.

LOGÓTIPO

Elaborado por:
 Saquima Pestamgy, Enfermeira, mestranda Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Portalegre
 I ■ ■ ■ B ■ ■ ■, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, USF ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
 Janeiro de 2020

USF ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
 Telefone: ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 70
 E mail: usf.■■■■■■■■■■@arslvt.min-saude.pt

O SAL ESCONDIDO NOS ALIMENTOS



Como Identificar ?

O sal encontra-se naturalmente presente em todos alimentos, não sendo necessária a adição. No entanto, os portugueses consomem em média o dobro do valor máximo recomendado. O sal é um dos fatores de risco para o aparecimento e agravamento da Hipertensão Arterial, uma das principais causas para as doenças cérebro e cardiovasculares (enfartes e tromboes cerebrais), principais responsáveis pela morte e morbidade em Portugal. A Organização Mundial da Saúde recomenda o consumo máximo diário de 5gr de sal (1 colher de chá rasa) para o adulto e 3 gr para as crianças (1 colher de café).

1 gr de sal = 400mg de sódio



Não deveríamos adicionar sal na confeção dos alimentos ou, à mesa!

Onde pode o sal estar excessivamente presente?

- . Snacks e Batatas Fritas
- . Cereais de pequeno almoço
- . Molhos
- . Caldos de carne, peixe, outros similares
- . Pão e Tostas
- . Charcutaria e outras carnes processadas
- . Enlatados
- . Queijos e Requeijão
- . Salgados Recheados
- . Bolachas, Bolos e Biscoitos comerciais

Como substituir na confeção de alimentos?

- . Ervas Aromáticas
- . Alho
- . Cebola, Cebolinho

	CARNE	PEIXE	SOPAS	SALADAS	LEGUMES	MOLHOS
Alpo	X		X	X		
Alerim	X			X	X	
Alho	X	X	X		X	
Cebola	X	X	X	X	X	
Cebolinho	X	X	X			X
Contros			X	X		X
Endro		X		X		
Erva				X		
Cilantro				X		
Estragão		X				X
Funcho				X		X
Gengibre	X	X		X		X
Hortali	X		X	X		
Louro	X	X	X			X
Manjerico	X	X	X			X
Orégãos	X	X		X		X
Papou	X	X	X			
Salsa	X	X	X	X		
Salvia	X		X			X
Sesuvilha	X		X	X	X	X
Tomilho	X			X	X	X

Ler atentamente os rótulos...

Outros nomes do "Sal"

- NaCl – cloreto de sódio
- Na – sódio
- Glutamato Monossódico
- Bicarbonato de Sódio
- Bissulfato de Sódio
- Fosfato Dissódico
- Hidróxido de Sódio
- Propionato de Sódio



APÊNDICE XIX: Sessões de Educação para a Saúde



A PRESSÃO ARTERIAL



A Pressão Arterial é a força com que o sangue circula no interior das artérias (SPH).

HIPERTENSÃO ARTERIAL



A Hipertensão Arterial define-se como a como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg (OG5, 2011)

CAUSAS



95% NÃO SE CONHECE A CAUSA
RELACIONA-SE COM OS ESTILOS DE VIDA

10% TEM CAUSA EM DOENÇAS

A HIPERTENSÃO ARTERIAL É EVITÁVEL!

QUE SINTOMAS PODEM SURGIR?

PODERÁ NÃO TER SINTOMAS DURANTE ANOS



DORES DE CABEÇA

TONTURAS

MAU ESTAR INESPECÍFICO

DOER NO PEITO

SENSACAO DE FALTA DE AR

QUE COMPLICAÇÕES?

HTA É A PRINCIPAL CAUSA PARA AS DOENÇAS CÉREBROS E CARDIOVASCULARES, PRINCIPAL CAUSA DE MORTE EM PORTUGAL.

DOENÇAS CÉREBROS E CARDIOVASCULARES (AVC E ENFARTES CARDÍACOS)

ALTERAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DOS RINS

ALTERAÇÕES DA VISÃO

COMO SE DIAGNOSTICA



Através da Medição da Pressão Arterial

- 2 medições em momentos diferentes com valores elevados
- efetuadas por profissional qualificado (enfermeiro/médico)
- aparelho devidamente calibrado

COMO PREVENIR?

- ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA
- REDUÇÃO DA INGESTA DE SAL
- PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO
- MANUTENÇÃO DE PESO SAUDÁVEL
- EVICÇÃO TABÁGICA
- MODERAÇÃO DO CONSUMO ALCOOL

ADOTE UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA
REDUZA A INGESTÃO DE SAL
MANTENHA UM PESO SAUDÁVEL
PRATIQUE EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR
DEIXE DE FUMAR
MODERE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

AVALIAR REGULARMENTE A PRESSÃO ARTERIAL

- Fazer a avaliação em local calmo
- Ficar sentado pelo menos 5m
- Não ingerir bebidas estimulantes ou fazer exercício físico 30m antes
- Deve fazer a avaliação no braço que evidencie os valores mais altos
- Em cada momento, faça duas avaliações e registre o valor mais baixo
- Regista os valores e partilha-os com o teu enfermeiro



OBRIGADA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Norma 020/2011 atualizada em 2013. Lisboa, Portugal : Direção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde. Processo Assistencial Integrado para o Risco Vascular no Adulto (2014). Lisboa, Portugal : Direção Geral da Saúde

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2015 janeiro/fevereiro). Guiadelines da Sociedade Europeia de Hipertensão para a Auto-Medição da Pressão Arterial (AMPA): relatório síntese da Segunda Conferência Internacional do Consenso sobre a Auto-Medição da Pressão Arterial . 45, 2-23



A AUTOMEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

AMPA

A AUTOMEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL REVELA-SE CADA VEZ MAIS IMPORTANTE NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DA HTA.



POSSIBILIDADE DE VÁRIAS MEDIÇÕES
BAIXO CUSTO
MELHORIA DO CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL
DIMINUI O "EFEITO DA BATA BRANCA"

AMPA




 **COMO PROCEDER À AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL?**

 **AGUARDE 5-10M SENTADO(A) ANTES DE PROCEDER À AVALIAÇÃO**

 **O BRAÇO**

- . DEVERÁ ESTAR POSICIONADO A NÍVEL DO CORAÇÃO
- . DEVERÁ MEDIR NO BRAÇO QUE TEVE AS AVALIAÇÕES MAIS ALTAS EM CONSULTÓRIO



A BRAÇADEIRA
O TAMANHO DA BRAÇADEIRA É FUNDAMENTAL PARA A CORRETA AVALIAÇÃO

- DEVERÁ COBRIR 80-100% DA CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO E METADE DO SEU COMPRIMENTO
- A ZONA CENTRAL DEVERÁ FICAR SOBRE A ARTÉRIA

Imagem: Expressão da Saúde



DISCUTA COM A SUA EQUIPA DE SAÚDE OS VALORES DE REFERÊNCIA IDEIAIS PARA SI


Imagem: Pexels




REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Portuguesa de Hipertensão, (2015 Janeiro/Fevereiro), Guiasliner da Sociedade Europeia de Hipertensão para a Auto-Medição da Pressão Arterial (2019/20) no âmbito da 2ª Conferência Internacional de Consenso sobre a Auto-Medição da Pressão Arterial . pp. 2-22

Imagem: Pexels



HIPERTENSÃO ARTERIAL A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



A alimentação equilibrada pressupõe-se variada e equilibrada, proporcionando energia adequada e bem estar físico ao longo do dia

Mas o que é uma alimentação equilibrada?


VARIADA

EQUILÍBRIO ENTRE O QUE SE CONSUME E O GASTO ENERGÉTICO

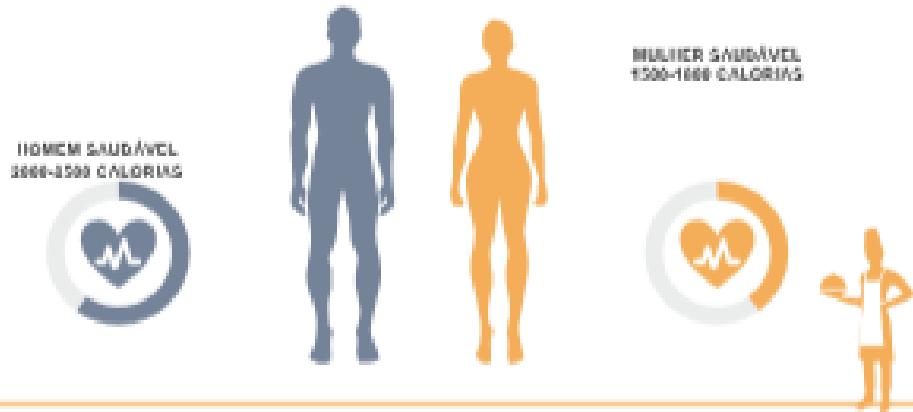


FORNECER NUTRIENTES NECESSÁRIOS

CONTRIBUIR PARA O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS.



COMO CONHEÇO AS MINHAS NECESSIDADES ENERGÉTICAS?



DEVERÁ SER AJUSTADA A ...

GASTO ENERGÉTICO



NECESSIDADES ENERGÉTICAS ESPECÍFICAS (EXEMPLO: ESPORTISTAS)

DOENÇAS QUE POSSAM NECESSITAR DE APOIO ESPECÍFICO



O QUE ENCONTRO NOS ALIMENTOS?



1 grama de:	Fornece cerca de:
Hidratos de Carbono	4 calorias
Proteínas	4 calorias
Gordura	9 calorias

Tabela 1 – Energia fornecida por cada nutriente

<https://www.repositorio.ufpa.br/bitstream/handle/2011-6/10000/1/10000.pdf>

OS NUTRIENTES

HIDRATOS DE CARBONO
 Milho, arroz, trigo, aveia, feijão, macarrão, arroz integral, milho verde, etc.

PROTEÍNAS
 Frango, vaca, peixe, leguminas, leite, ovos, iogurte.

GORDURAS
 Azeite, óleo vegetal, margarina, óleo de coco, manteiga, leite.

FIBRAS E ALIMENTOS FUNCIONAIS
 Pão integral, cereais integrais, arroz integral, aveia, milho verde, etc. (Alimentos ricos em fibras e nutrientes) **FOLHOSOS VERDES**
 Espinaçola, couve, alface, rúcula, etc.

ÁGUA.

AS QUANTIDADES

Nutriente	Contribuição recomendada para o valor energético total (% do VET)
Hidratos de Carbono	55 a 75%
Açúcares simples	máximo de 10%
Gorduras	15 a 30%
Proteínas	10 a 15%

AS REFEIÇÕES



AGENDA I N F O G R A P H I C



Pequeno almoço: 1 copo leite MG ou magro, pão torrado, fruta

Meio da Manhã: iogurte magro, chá, gelatina

Almoço: sopa hortaliças, prato com carne/peixe, arroz/batata/massa, salada+fruta

Lanche: 1 copo de leite, iogurte, 1-2 bolachas simples

Jantar: semelhante ao almoço mas diminuindo as quantidades

Ceia: chá, iogurte ou gelatina



AS PROPORÇÕES DIÁRIAS



VERDURAS E LEGUMES
Proporção maior do prato com maior diversidade alimentar. Deve incluir uma ou duas cores.

PROTEÍNAS
Proteína de alta qualidade do prato em duas partes. Na primeira, sempre alternar com um vegetal, como cenoura, grão e nozes. Na segunda com arroz e grão.

CARBOIDRATOS
Arroz, macarrão, batata e outros cereais são ótimos para esta parte. Para os pratos complementares com leguminas, como feijão, use o grão-de-bico.

O PRATO

Alente como principal fonte de gordura.
Evite os alimentos gordos refinados, como frituras e salgados, com excesso de açúcar ou amido de origem industrializada.

Hortícolas, fruta, pão e outros cereais são essenciais e leguminosas em abundância.
Consuma variedade de alimentos, mas a água sempre em quantidade suficiente para manter a hidratação adequada do corpo. Evite bebidas açucaradas que não fornecem energia.

Alimentos pouco processados, frescos, locais e de época
Evite os alimentos processados, especialmente os de origem animal, como o presunto.

Consumo de carnes vermelhas com moderação e maior consumo de peixe e ovos.

Laticínios diariamente, em quantidades baixas e moderadas.
Evite os laticínios açucarados e de alto teor calórico, de especialidade e salgados e de origem animal.

Água como bebida de eleição.

Adaptado de: www.hiwa.org.pt/pt/medicina/prevencao/medicina-preventiva/como-proteger-se-um-estilo-de-vida-saudavel (acesso em 01/02/2021)



USE E ABUSE DA SOPA



DIMINUA O CONSUMO DE SAL

AS GORDURAS ALIMENTARES

AS GORDURAS SÃO ESSENCIAIS PARA O BOM FUNCIONAMENTO DO ORGANISMO

- FORNecem ÁCIDOS GORDOS ESSENCIAIS
- FUNDAMENTAIS PARA O CRESCIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
- POSSUEM CAPACIDADE SACIANTE
- SÃO VEÍCULO PARA A ABSORÇÃO DE VITAMINAS A, D, E e K
- MELHORAM O FUNCIONAMENTO DA VESÍCULA BILIAR

NO ENTANTO O SEU CONSUMO EXCESSIVO É NOCIVO

- ALIMENTA O RISCO PARA O APARECIMENTO DE DOENÇAS CEREBRO E CARDIOVASCULARES
- QUANDO SOBREAQUECIDAS DECOMPÕE-SE EM SUBSTÂNCIAS TÓXICAS
- ALIMENTO DO RISCO PARA O APARECIMENTO DETERMINADOS TIPOS DE CANCRO
- APARECIMENTO DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE
- DIFICULTAM A DIGESTÃO
- APARECIMENTO DE DISLIPIDÊMIA

QUE TIPOS DE GORDURAS EXISTEM?

GORDURA MONOSATURADA

é líquida à temperatura ambiente
São os melhores lipídios pelo organismo
Baixam o mau colesterol!
Ex: azeite, óleo amendoim, abacate, nozes, semente

GORDURA SATURADA

é sólida à temperatura ambiente
Associado ao aumento do mau colesterol (LDL)
Associado a doenças cardíacas e cardiovasculares
Recomenda-se que não ultrapassem 10% do valor ingerido diariamente
Ex: charcutarias, queijos gordos, manteiga de porco, óleo de palma, óleo de côco

GORDURA POLINSATURADA

é líquida à temperatura ambiente
Essenciais na alimentação pois que não são sintetizados pelo organismo
Ácidos gordos série ômega 6 e ômega 3
Ex: óleos vegetais, frutos oleaginosos, óleo fígado de peixe, hortícolas cor verde escura

QUE TIPOS DE GORDURAS EXISTEM?

GORDURA HIDROGENADA

São hidrogenadas pela indústria alimentar passando do estado líquido para o todo sólido
Aumenta o tempo de vida dos alimentos e atribui sabor agradável
Induz à formação dos prejudiciais ácidos gordos trans
Ex: bolachas, biscoitos, fast-food, batatas fritas de pacote, bolos de confeitaria, refeições congeladas

ÁCIDOS GORDOS TRANS

São transformados em ácidos gordos cis (normal) em trans (anómala) através da hidrogenação
Transformação bacteriana no aparelho digestivo de animais ruminantes (ex. Vaca para carne, leite)
Hidrogenação industrial
Aquecimento e filtra a altas temperaturas

COLESTEROL E FITOESTERÓIS

Colesterol é a gordura de origem animal
Responsável pelo mau colesterol
Fitoesteróis são gorduras de origem vegetal
Diminuem o colesterol sanguíneo e promovem um melhor controlo da diabetes





O CONSUMO DE SAL

DESDE SEMPRE O SAL FOI UTILIZADO COMO FORMA DE PRESERVAR A CARNE E PEIXE



E CONSTITUÍDO POR IONS DE CLORO E É ESSENCIAL PARA O BOM FUNCIONAMENTO DO NOSSO ORGANISMO

NO ENTANTO O CONSUMO EXCESSIVO PODE TRAZER:

S A L

AUMENTO DO RISCO PARA O APARECIMENTO DE HTA

AUMENTO DO RISCO DE ALGUNS TIPOS DE CÂNCER

RISCO AUMENTADO DE DOENÇAS CEREBRAIS E CARDIOVASCULARES (AVC e INFARTOS)

SUBRECARGA NO FUNCIONAMENTO DOS RINS

RETENÇÃO DE LÍQUIDOS

QUE QUANTIDADE?

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE RECOMENDA UM MÁXIMO DE
SAL 5 GRAMAS
OU
SÓDIO 2 GRAMAS

1 COLHER DE CHÁ RA SA!



COMO SUBSTITUIR O SAL?



**SUBSTITUA O SAL PELA
ERVAS AROMÁTICAS**



	CARNE	PEIXE	OVOS	SALADA	LEGUMES	SUAVES
Alho	X		X	X		
Alho-poró	X			X	X	
Alho	X	X	X		X	
Alcachofra	X	X	X	X	X	
Alcachofra			X			X
Alcachofra		X		X		
Alcachofra				X		
Alcachofra		X		X		X
Alcachofra				X		X
Alcachofra	X	X		X		X
Alcachofra	X		X	X		
Alcachofra	X	X	X		X	
Alcachofra	X	X	X			X
Alcachofra	X	X	X	X		
Alcachofra	X		X	X	X	X
Alcachofra	X	X	X	X	X	X

REDUZA PROGRESSIVAMENTE O CONSUMO DE SAL



NÃO ADICIONE SAL À MESA.

LEIA ATENTAMENTE OS RÓTULOS.

DEIXE A CARNE OU PEIXE A MARINAR ANTES DE OS CONFEZIONAR E NÃO ADICIONE SAL.

UTILIZE ALIMENTOS COLORIDOS NA COZINHA



QUE ALIMENTOS EVITAR?

- ENCHIDOS E CHARCUTARIA, ALCUNS QUEIJOS E REQUEIJÃO
- SALGADOS E BOLSAS DE PASTELARIA
- SNACKS, APERITIVOS, BATAIAS FRITAS, AZEITUNAS
- CUBOS DE CALDOS, MOLHOS
- CEREAIS DE PEQUENO ALMOÇO

Onde pode o Sal estar excessivamente presente?



ATENÇÃO





A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA



PresenterrMedia

A atividade física tem um papel decisivo na saúde e bem-estar das populações, ao estar diretamente ligada à prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis

DGS, 2017



A maioria dos portugueses não cumpre as recomendações internacionais para a prática de exercício físico (DGS, 2017:4)

EXISTE FORTE EVIDÊNCIA QUE A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

REDUZ A POSSIBILIDADE DE SE TER UM AVC

AJUDA A CONTROLAR A DIABETES TIPO 2

REDUZ A HIPERTENSÃO ARTERIAL



REDUZ O APARECIMENTO DE DOENÇAS CRONICAS (ENFARTE E CÂNCER)

MELHORA A APTIDÃO DO CORAÇÃO, DOS PULMÕES E DOS MÚSCULOS

O QUE DIFERE ATIVIDADE FÍSICA DE EXERCÍCIO?



RECOMENDA-SE

ENTRE 5-17 ANOS

CERCA DE 60 MINUTOS DE EXERCÍCIO FÍSICO VIGOROSO PELA MENOS 3 X SEMANA

ADULTOS ENTRE 18-64 ANOS

RECOMENDA-SE 150 MINUTOS DE EXERCÍCIO FÍSICO MODERADO, OU 75 MINUTOS DE EXERCÍCIO FÍSICO VIGOROSO DURANTE A SEMANA ALONGAMENTOS PELA MENOS 2 X SEMANA

MÁS DE 65 ANOS

150 MINUTOS DE EXERCÍCIO FÍSICO MODERADO DURANTE A SEMANA ALONGAMENTO MUSCULAR PELA MENOS 2 X SEMANA

ADULTOS:

150M SEMANAS DE EXERCÍCIO MODERADO
OU
75 M DE EXERCÍCIO VIGOROSO
BONDECO



ACIMA DOS 65 ANOS

CAMINHADAS: CERCA DE 30M DIÁRIOS (OU 3 PERÍODOS DE 10M)

BICICLETA (20M)

ALONGAMENTOS

ATENÇÃO

AQUEÇA OS MÚSCULOS ANTES DE INICIAR A ATIVIDADE

NÃO SUSTENHA A RESPIRAÇÃO QUANDO FAZ EXERCÍCIO
- PODE AUMENTAR A PRESSÃO ARTERIAL

UTILIZE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO (CAPACETE,
JACINETAS)

USE CALÇADO ADEQUADO



ACIMA DOS 65 ANOS



USE UM PODOMETRO!

CONTE OS PASSOS

AUMENTE GRADUALMENTE. ESTABELEÇA
UMA META

BEBA ÁGUA

ATENÇÃO AO RISCO DE QUEDA



SUGESTÕES



OBRIGADA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2017). Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde, acessado de https://www.dgs.gov.pt/pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/PDF/ACR017_V1.pdf

Direção Geral de Saúde. Envelhecer com Saúde. Atividade Física para Manter a Independência – Iniciação Mais. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde, acessado de https://www.dgs.gov.pt/pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/PDF/ACR017_V1.pdf

Serviço Nacional de Saúde (SNS). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2018). Disponível em https://www.dgs.gov.pt/pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/PDF/ACR017_V1.pdf

World Health Organization [WHO]. Physical Activity (2010). Disponível em <https://www.who.int/whosis/physical-activity/>

APÊNDICE XX : Plano de Sessão de Formação em Serviço e Conclusões com a Equipa
de Enfermagem da USF K

A Vigilância do Utente com HTA

A construção da consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar

REUNIÃO EQUIPA ENFERMAGEM USF K. 22/01/2020					
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar MACEHTA • Obter aprovação : Conteúdo Sessões de promoção para a saúde Critérios de priorização • Apresentação de resumo do artigo académico 		Metas da reunião: <ul style="list-style-type: none"> • Que 100% dos enfermeiros da equipa estejam presentes na reunião 		Presentes, 9 enfermeiros	Duração: 60m
INTRODUÇÃO	CONTEÚDOS		TÉCNICA	RECURSOS	DURAÇÃO
	Objetivos da reunião Apresentação para aprovação da estrutura de CEHTA Apresentação para aprovação do MACEHTA Apresentação para discussão de critérios de priorização para CEHTA Apresentar resumo artigo académico		Exposição Oral	Saquina Pestamgy	5m
DESENVOLVIMENTO			Participação	Computador Retroprojektor Tela Mesas Cadeiras Sala de Reuniões	50m
AVALIAÇÃO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes na reunião}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros na equipa}} \times 100 = 9/9 \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes na reunião que aprova a estrutura de CEHTA}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros na equipa}} \times 100 = 9/9 \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes na reunião que enumera critérios e ordem de priorização para a convocatória para a CEHTA}}{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros na equipa}} \times 100 = 9/9 \times 100 = 100\%$				

CONCLUSÕES	Apresentação e discussão para aprovação, nominal foi unânime			5m
-------------------	--	--	--	----

