

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO
CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
CONTEXTO DE INTERNAMENTO

DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SKILLS IN THE CARE OF PEOPLE
WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN AN ADMISSION SETTING

Autor

Carla Alexandra Rodrigues Goulart

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CONTEXTO DE
INTERNAMENTO

DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SKILLS IN THE
CARE OF PEOPLE WITH ARTERIAL
HYPERTENSION IN AN ADMISSION SETTING

Orientador(es)

Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

Autor

Carla Alexandra Rodrigues Goulart

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

Que as minhas convicções e persistências sejam o reflexo da minha forma de ser e estar.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho.

AGRADECIMENTO

À minha família pelo seu apoio e compreensão das minhas ausências.

À minha colega e amiga Floripes Paiva, pela forma como me acolheu e pelo seu companheirismo nas diferentes fases.

À Professora convidada Eloísa Maciel, pela sua orientação e disponibilidade.

À enfermeira Terezinha Laranjo, que participou na minha orientação pelo seu apoio permanente e partilha de conhecimentos .

Aos serviços, orientadores, e colegas que com os seus contributos enriqueceram o meu percurso e permitiram o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me encorajaram e estiveram ao meu lado ao longo deste percurso.

A todos o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença crónica caracterizada por elevados níveis da pressão arterial, com altos índices de prevalência e baixas taxas de controlo que consequentemente provocam alterações funcionais e em diversos órgãos, o que exige dos hipertensos mudanças no estilo de vida, de forma a evitar complicações relacionadas com a doença crónica.

O papel do enfermeiro é fundamental, pois facilita a transição da pessoa para a sua nova realidade, imposta pela doença crónica. As intervenções de enfermagem são fundamentais para auxiliar as pessoas com hipertensão na autogestão da doença bem como nas adaptações necessárias, de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida, sendo um recurso valioso e indispensável.

O presente relatório visa explicar as atividades e estratégias desenvolvidas no estágio de natureza profissional num serviço de medicina, que teve como principal objetivo a promoção e o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica, nomeadamente o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com hipertensão em contexto de internamento. Norteados por este objetivo geral e tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, foram delineados objetivos específicos: desenvolver capacidade de identificação da necessidade da pessoa com hipertensão no domínio de autogestão do regime terapêutico, desenvolver competências promotoras da capacitação da pessoa com hipertensão na autogestão do regime terapêutico e, por fim, desenvolver competências na promoção de um ambiente seguro através da prevenção e controlo de infeção em contexto da prestação de cuidados. Para suportar as competências pretendidas foram desenvolvidos dois casos clínicos, assentes na concepção de cuidados com base na ontologia de enfermagem e na evidência científica disponível, onde está expressa a tomada de decisão e a aplicação de conhecimentos teórico-práticos da enfermagem especializada com recurso à plataforma educacional “E4Nursing”.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho baseia-se numa análise crítica e reflexiva, onde constam reflexões das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, específicas da área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com recurso à evidência científica e referenciais da profissão.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Cuidados de Enfermagem; Pessoa em Situação Crónica; Hipertensão; Autogestão.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease characterized by high blood pressure levels, with high prevalence rates and low control rates that consequently cause functional changes in various organs, which requires hypertensive patients to make lifestyle changes in order to avoid complications related to the chronic disease.

The role of the nurse is fundamental, as it facilitates the person's transition to their new reality, imposed by the chronic disease. Nursing interventions are fundamental in helping people with hypertension to self-manage the disease and make the necessary adaptations in order to achieve a better quality of life, and are a valuable and indispensable resource.

This report aims to explain the activities and strategies developed during the professional internship in a medical service, the main objective of which was to promote and develop the specific skills of the Specialist Nurse in the Area of Nursing for People in Chronic Situations, namely the development of specialized skills in caring for people with hypertension in an inpatient setting. Guided by this general objective and based on the competences defined by the Order of Nurses, specific objectives were outlined: to develop the ability to identify the needs of people with hypertension in the field of self-management of the therapeutic regime, to develop competences to promote the empowerment of people with hypertension in the self-management of the therapeutic regime and, finally, to develop competences in the promotion of a safe environment through the prevention and control of infection in the context of the provision of care. To support the desired competences, two clinical cases were developed, based on the conception of care based on nursing ontology and the available scientific evidence, which expresses decision-making and the application of theoretical and practical knowledge of specialized nursing using the “E4Nursing” educational platform.

The methodology used to carry out this work is based on a critical and reflective analysis, which includes reflections on the activities carried out during the internship, as well as the process of acquiring and developing specialist nurse competences, specific to the area of Nursing for People in Chronic Situations, using scientific evidence and references from the profession.

Keywords: Specialist Nurse; Nursing Care; Chronically Ill Person; Hypertension; Self-Management

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC- Cateter Venoso Central

DASH- Dietary Approach to Stop Hypertension

DCV- Doença Cardiovascular

DGS- Direção Geral da Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EEMC- Enfermeiro Especialista Médico- Cirúrgica

EMC- Enfermagem Médico- Cirúrgica

EEMCPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crónica

EAM- Enfarte agudo do Miocárdio

EOE- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EP- Embolismo Pulmonar

ESC- Sociedade Europeia de Cardiologia

ESH - European Society of Hypertension

FA- Fibrilhação Auricular

HAR-C- Hipertensão Arterial Resistente Controlada

HAR-NC- Hipertensão Arterial não Controlada

HAS- Hipertensão Arterial Sistémica

HBCS- Hill- Bone Compliance Scale

HTA- Hipertensão Arterial

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC- Insuficiência Cardíaca

IECA- Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

IMC- Índice Massa Corporal

INCS-Infeção nosocomial da Corrente Sanguínea

MAPA- Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial

MAT- Medida de Adesão aos Tratamentos

MMA- Morisky Medication adherence scale

MUAH- Maastrich Utrecht Adherence in Hypertension

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial Saúde

PA- Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS- Pressão Arterial Sistólica

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCI- Programas de Controlo de Infecção

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM- Resistência Antimicrobiana

REPE- Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

SPH- Sociedade Portuguesa de Hipertensão

TEP- Tromboembolismo Pulmonar

TVP- Trombose Venosa Profunda

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	19
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	21
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. CASO 1	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	48
3.3. Medicação	48
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	49
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	51
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	52
3.5. Domínios	52
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
3.6. Conceção de Cuidados	55
3.7. Especificação das intervenções	61
3.8. Síntese relativa ao caso	64
4. CASO 2	69
4.1. Enquadramento teórico	69
4.2. Clientes	69
4.3. Medicação	70
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	70
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	74
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	74
4.5. Domínios	75
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	75
4.6. Conceção de Cuidados	78
4.7. Especificação das intervenções	88
4.8. Síntese relativa ao caso	94
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	99
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	123

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	139

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1: Classificação da Pressão Arterial no Consultório baseado em Williams et al. (2018)

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A prevalência de doenças crónicas aumentaram em todo o mundo, resultado dos avanços tecnológicos na saúde e do aumento da esperança de vida. Cada vez mais a população vive com uma ou mais condições. As doenças crónicas não só serão a primeira causa de incapacidades em todo o mundo, mas também se tornarão o problema de saúde mais dispendioso para os sistemas de saúde. Assim sendo, as doenças crónicas são vistas como uma ameaça para os países em termos de saúde e economia (Organização Mundial de Saúde, 2002).

A doença crónica é apontada como uma das principais causas da diferença entre as taxas de mortalidade e morbilidade, ou seja, a distância entre a expectativa de vida e a qualidade de vida (Silva et al., 2023).

A Hipertensão Arterial (HTA) constitui-se como uma doença crónica e um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, impondo-se como um relevante problema de saúde pública (Ferreira, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que a HTA, causa uma em cada oito mortes, tornando esta doença crónica a terceira principal causa de morte no mundo. Globalmente, há um bilhão de hipertensos e quatro milhões de pessoas morrem anualmente como resultado direto da HTA (Organização Mundial de Saúde, 2005). Em Portugal, a HTA tem uma prevalência de 36% e é a principal causa de morte (Santos et al., 2022). Na maior parte dos casos, não há uma causa conhecida para a HTA, embora em algumas situações, seja possível encontrar uma doença associada. Como doença crónica, não tem cura mas na maioria dos casos é controlável e muitas vezes pode ser prevenida (Nóbrega & Figueiredo, 2020).

A experiência de conviver com uma doença crónica não é uma tarefa fácil. São necessárias ferramentas que aumentem o grau de consciência para enfrentar as necessidades e superar os desafios sobre o estado de saúde e doença. É fundamental o envolvimento da pessoa no processo terapêutico, uma vez que, quanto mais informada estiver sobre a doença, regime terapêutico e estilos de vida saudáveis, maior será a autonomia na gestão da doença, alcançando melhores resultados de saúde. Aqui o enfermeiro assume um papel preponderante porque, além de promover a capacitação da pessoa para a gestão da doença e aumentar o seu envolvimento, proporciona uma atitude promotora de autonomia para a tomada de decisão informada (Figueiredo et al., 2023). Não obstante, nos últimos anos, o apoio à autogestão da doença tornou-se se um objetivo, na medida em que é de extrema importância que as pessoas adquiram habilidades para gerir este tipo de condição, sendo certo considerar que o enfermeiro pode contribuir para que a pessoa consiga alcançar essa capacidade (Sanhueza Muñoz et al.,

2024).

Com base nas necessidades dos doentes crónicos e na complexidade dos cuidados, o recurso a teorias, como a Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Orem, mostram-se fundamentais nos cuidados de enfermagem que são dirigidos ao cliente, na medida em que, este pode estar completamente ou parcialmente capaz de realizar o seu autocuidado. Através da implementação desta teoria, os cuidados prestados pelo enfermeiro possibilitam o auxílio e a orientação dos aspetos que mais necessitam de autocuidado. Neste sentido, torna-se relevante qualificar e individualizar a assistência no sentido de empoderar a pessoa hipertensa, face ao seu autocuidado, bem como ser capaz de tomar decisões adequadas para manter, restaurar ou melhorar sua condição (Cavalcante et al., 2021).

Segundo Meleis, as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem, por sua vez, afetar sua saúde. Cada transição é caracterizada pela sua própria singularidade, complexidade e múltiplas dimensões (Meleis et al., 2000). Os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas às experiências de saúde e doença dos clientes (Meleis et al., 2000).

Face ao exposto, apresenta-se a necessidade do enfermeiro desenvolver competências necessárias e específicas, a fim de promover a adaptação e melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença crónica.

O Enfermeiro Especialista (EE) é definido pelo Regulamento nº140/2019 como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). O mesmo Regulamento define competência do enfermeiro especialista como aquele que “(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

De acordo com o Regulamento nº429/2018 de 6 de julho de 2018

“os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.19368)

Para a obtenção do título de enfermeiro especialista é necessária formação avançada. Desta forma a Portaria n.º 268/2002, de 13 de março, aprova o Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. Este regulamento estabelece os princípios gerais para a criação e funcionamento destes cursos, garantindo a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas adequadas à prática de enfermagem especializada. A elaboração do presente relatório insere-se na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório final, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que tem como objetivo final a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com Especialização em Enfermagem, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O estágio decorreu num serviço de medicina de uma instituição hospitalar com um total de 384 horas. A realização do ENP e a elaboração do relatório constituem-se como requisitos essenciais para a atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), do título profissional de EE nesta área.

Com um percurso profissional de 23 anos, a prestar cuidados diários a doentes crónicos, senti a necessidade de investir nesta área, com o intuito de melhorar a minha performance e encarar o doente como um todo e não apenas como uma pessoa, com a necessidade de um cuidado individualizado. O desenvolvimento profissional deve ser incrementado pela prática nos contextos clínicos e pelo conhecimento científico, ou seja, deve existir investimento em novos saberes, na procura da excelência profissional e, conseqüentemente, aquisição de novas competências. Patrícia Benner (2001), refere que um enfermeiro não se caracteriza como perito, apenas por reunir um leque diversificado de técnicas, pelo contrário, esse desenvolvimento torna-se possível, porque o profissional integra um conjunto de conhecimentos próprios, que possibilita a evolução do seu caráter profissional, bem como as suas competências. O progresso da enfermagem advém dos contextos profissionais, onde lidar com as adversidades, necessidades e problemas reais, possibilitam o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para o aperfeiçoamento profissional (Benner, 2001). Esta prática permite ao enfermeiro reconhecer a pessoa como um todo, enquanto um ser de necessidades e vulnerável, que precisa que sejam satisfeitas essas mesmas necessidades (Benner, 2001).

A realização do ENP teve por objetivo o desenvolvimento de competências específicas do EE na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, nomeadamente o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com hipertensão em contexto de internamento. Assim, e tendo por base quer as competências comuns do EE, quer as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crónica (EEMCPSC), definidas pela OE, a elaboração do presente documento tem por base a reflexão sobre o projeto de desenvolvimento de competências, elaborado previamente (Anexo I).

O primeiro objetivo específico definido foi “ Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com HTA na gestão do regime terapêutico”, subdividido em objetivos

ainda mais específicos, nomeadamente: “Desenvolver a capacidade de identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso”; “Desenvolver capacidade de identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar”; e “Melhorar a performance na identificação das necessidades da pessoa com HTA na gestão do regime terapêutico”. O segundo objetivo específico foi “Desenvolver competências promotoras da capacitação da pessoa com HTA na autogestão do regime terapêutico.” Igualmente subdividido em objetivos específicos, nomeadamente “Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso”; “Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar”; e “Melhorar a performance na capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime terapêutico”. O terceiro objetivo específico é “Desenvolver cuidados de enfermagem especializados promovendo um ambiente seguro, através da prevenção e ou controlo de infeção da pessoa com doença crónica em regime de internamento”.

Os estágios permitem o contacto direto, que por sua vez proporcionam o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e organizacionais. O presente relatório pretende relatar o caminho percorrido para atingir tais competências. Para tal, adotou-se uma abordagem crítica e reflexiva, que contemplou tanto os conhecimentos teóricos quanto práticos, bem como o desenvolvimento de competências ao longo desse percurso, através da elaboração de dois estudos de caso, com recurso à plataforma educacional E4Nursing, como forma de responder aos objetivos do projeto de desenvolvimento de competências.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco partes. A primeira parte corresponde à introdução. A segunda parte corresponde à caracterização do contexto clínico onde decorreu o ENP. Na terceira parte é apresentada a conceção de cuidados e o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, com a elaboração de dois casos clínicos suportados na Ontologia de enfermagem e com recurso à plataforma educacional E4Nursing e devidamente fundamentados, tendo como base a mais atual evidência científica. De acordo com a temática dos casos clínicos desenvolvidos "A pessoa com hipertensão em contexto de internamento" salienta-se que a parte correspondente ao enquadramento teórico é comum aos 2 casos, pelo que é apresentada apenas uma vez; e o mesmo acontece quando os domínios selecionados se repetem. A quarta parte deste relatório reflete o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências específicas do EEEMCPSC. A quinta parte corresponde à síntese final do relatório. Por último, surgem os anexos, onde são apresentados os documentos e trabalhos, desenvolvidos durante o ENP e que se apresentam como um contributo para o desenvolvimento das competências especializadas do EEEMCPSC.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O estágio de natureza profissional proporciona uma formação com a vertente prática permitindo, através da mobilização de conhecimentos teóricos, adquirir e desenvolver competências na área profissional de especialização, neste caso em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica. A prática é fundamental para o desenvolvimento de competências, pois permite que os enfermeiros adquiram habilidades e conhecimentos através das vivências, experiências e da exposição a situações reais, o que proporciona o julgamento clínico e a capacidade de tomar decisões apropriadas e eficazes em contextos clínicos complexos (Benner, 2001).

A escolha do local de estágio teve por base os contextos de trabalho onde desenvolvi a minha atividade profissional até ao momento, os quais me permitiram prestar cuidados de enfermagem ao doente crónico. Assim, para o desenvolvimento de competências especializadas ao doente crónico, o local onde o estágio foi um serviço de Medicina.

Trata-se de um contexto de estágio com algumas particularidades, na medida em que é um serviço de Medicina de um Hospital, inserido numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários. Para além de ter serviço de atendimento permanente, conta com outras valências, como por exemplo: imagiologia, laboratório, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, etc. O serviço foi criado com o objetivo de facultar cuidados de proximidade, evitando deslocações constantes de doentes. Embora existam outras unidades, este serviço, em particular, visa dar resposta às necessidades das pessoas, num total de 13643, para além da população flutuante (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

O serviço de Medicina dá resposta a uma grande diversidade de pessoas com patologia crónica, sendo as mais frequentes as doenças do foro respiratório nomeadamente pneumonias e doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças cardiovasculares, doenças do foro renal, doenças metabólicas, hepáticas e também doenças do foro oncológico.

No que se refere à estrutura física, o serviço de Medicina encontra-se instalado num edifício de um único piso, construído de raiz e a funcionar com todas as valências desde julho de 2014. Possui 18 enfermarias com capacidade para 35 camas. Neste momento apenas é utilizada uma capacidade de 15 camas funcionando todas elas como quartos individuais. O serviço contempla três arrecadações, uma sala de sujos, três copas uma de pessoal duas destinadas aos doentes, uma sala de tratamento de feridas, uma sala de enfermagem, uma sala de preparação de medicação, um gabinete para o enfermeiro responsável e uma sala para as assistentes operacionais. O serviço em termos de horário está organizado em três turnos: manhã, das 8:00

horas às 16:00 horas, tarde das 16:00 horas às 00:00 horas e noite das 00:00 horas às 8:00 horas.

Quanto aos recursos humanos, a equipa é multiprofissional composta por três médicos de medicina interna, quinze enfermeiros entre os quais um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica e oito técnicos auxiliares de saúde, entre outros profissionais que dão apoio ao serviço.

Nos turnos da manhã, tarde e noite, encontram-se escalados dois enfermeiros, recentemente foi adicionado um terceiro enfermeiro ao turno da manhã que é responsável por atividades específicas, nomeadamente, a gestão dos materiais de armazém e medicação em stock, o planeamento dos cuidados, a manutenção dos diferentes equipamentos e ainda colabora com Enfermeiro Diretor da Unidade Cuidados Saúde Primários, o Enfermeiro Diretor da Instituição Hospitalar e com o médico responsável do serviço de Medicina. Este enfermeiro também dá apoio às atividades no âmbito de Hospital de Dia.

O Regulamento nº 743/2019 das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, estabelece diretrizes para determinar as dotações adequadas de enfermeiros em diferentes contextos de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A equipa de enfermagem é composta por quinze enfermeiros tendo apenas dois enfermeiros especialistas, um em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outro em Enfermagem de Reabilitação, que exercem simultaneamente cargos na área de gestão dos cuidados. Atendendo ao número de enfermeiros especialista, conclui-se que este é inferior ao preconizado, ou seja, o serviço possui apenas 13% de enfermeiros especialistas, em vez de 35% do número total de enfermeiros.

O método de trabalho utilizado pelos enfermeiros é o método individual, em que o enfermeiro é responsável pela tomada de decisão sobre os cuidados a serem prestados às pessoas que estão sob os seus cuidados (Silva et al, 2021).

O sistema de informação utilizado no serviço de Medicina é o Sclínico. É de salientar que este aplicativo é o mesmo que é utilizado na Instituição Hospitalar, todavia, é diferente do utilizado na Unidade de Cuidados de Saúde Primários onde o serviço está inserido. O facto de não existir interoperabilidade entre os sistemas utilizados, constituiu uma barreira à documentação dos cuidados de enfermagem, visto que surge a necessidade de duplicar registos aquando da admissão do doente, porque estes são maioritariamente admitidos pelo Serviço de Atendimento Permanente ou através da Unidade de Cuidados Continuados que não pertencem à Unidade Hospitalar.

Verifica-se preocupação da instituição para com a formação contínua dos seus profissionais, nomeadamente, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais pelo que, anualmente, é feito um levantamento das necessidades juntos dos profissionais e, seguidamente, é elaborado um

plano anual de formação. Salienta-se ainda que os profissionais podem usufruir de outras formações externas à instituição, para tal, caso seja do interesse, a instituição permite a dispensa de serviço até 15 dias úteis por ano, incluindo uma formação e deslocação gratuita.

3. CASO 1

Cliente do sexo feminino com 75 anos. Recorreu ao serviço de urgência a 27/09/2024 por crise hipertensiva e sintomas compatíveis com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em evolução. Foi transferida para a Unidade Avançada de AVC, onde foi submetida a trombectomia, por AVC Isquémico à direita, com reperfusão completa. Foi enviada para o serviço de Medicina da instituição de referência, com paresia do membro superior esquerdo e ligeira disartria.

3.1. Enquadramento teórico

Perante a complexidade da HTA, apresenta-se como fundamental a exposição teórica de aspetos mais relevantes desta patologia, nomeadamente definição e classificação, fatores de risco, fisiopatologia, complicações e tratamento. Serão também abordados outros aspetos relacionados com as necessidades e desafios da pessoa com HTA. Desta forma a fundamentação teórica que se segue é comum aos dois casos clínicos apresentados neste relatório e essencial para uma melhor compreensão dos mesmos.

O primeiro caso clínico para a explanação do processo de conceção de cuidados trata-se de uma cliente do sexo feminino, independente nas atividades de vida diária, sem alterações cognitivas. Vive com o marido, ambos estão reformados, independentes no autocuidado e com um estilo de vida ativo. Tem como antecedentes de saúde pessoais: HTA diagnosticada há mais de 20 anos, Fibrilhação Auricular (submetida a cardioversão elétrica em novembro de 2023) e patologia osteoarticular degenerativa. Após ter recorrido ao serviço de urgência foi diagnosticada com AVC Isquémico à direita, resultando numa paresia do membro superior esquerdo e ligeira disartria. Aquando do primeiro contacto com a cliente, esta encontrava-se no quarto dia de internamento.

Hipertensão Arterial: Definição

A HTA é uma doença crónica não transmissível e multifatorial, caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (Barroso et al., 2021). A OMS (2023) e, à sua semelhança, a Direção-Geral da Saúde (DGS), na sua norma 020/2011 atualizada em 19/03/2013, definem HTA como a elevação persistente da pressão exercida pelo sangue na passagem pelos vasos sanguíneos, sendo este aumento mensurável em várias medições, e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg

(Direção-Geral da Saúde, 2013; OMS, 2023).

Classificação da Pressão Arterial

Categoria Pressão Arterial	Pressão Arterial sistólica (mmHg)		Pressão Arterial diastólica (mmHg)
Ótima	120 mmHg	e	80 mmHg
Normal	120-129 mmHg	e/ou	80-84 mmHg
Normal alta	130-139 mmHg	e/ou	85-89mmHg
Hipertensão grau 1	140-159 mmHg	e/ou	90-99 mmHg
Hipertensão grau 2	160-179 mmHg	e/ou	100-109mmHg
Hipertensão grau 3	≥ 180 mmHg	e/ou	≥ 110 mmHg
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140 mmHg	e	< 90 mmHg

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial no consultório (Williams et al., 2018)

A HTA pode ser classificada em diferentes tipos, com base nas suas causas e nas suas características.

Cerca de 95% dos adultos com a pressão arterial elevada têm Hipertensão Primária (às vezes chamada de hipertensão essencial). A causa da Hipertensão Primária não é conhecida, embora fatores genéticos e ambientais que afetam a regulação da pressão arterial estejam a ser estudados (Weber et al., 2013).

Por sua vez, a Hipertensão Secundária refere-se a um número relativamente pequeno de casos, cerca de 5% de todos os casos de HTA, em que a causa da doença crónica pode ser identificada e, às vezes, corretamente tratada. Os principais tipos de Hipertensão Secundária ocorrem aquando da doença renal crónica, estenose da artéria renal, secreção excessiva de aldosterona, feocromocitoma e apneia do sono (Weber et al., 2013; Barroso et al., 2021).

No que se refere aos tipos da Hipertensão esta poderá ser:

Hipertensão Sistólica Isolada: Ocorre quando apenas a pressão arterial sistólica (o número mais alto na leitura da pressão arterial) está elevada, enquanto a pressão arterial diastólica (o número mais baixo) permanece normal. É mais comum em idosos e pode estar associada ao envelhecimento das artérias (Williams et al., 2018).

Hipertensão Maligna: É uma forma grave e rara de HTA que se desenvolve rapidamente e causa danos significativos aos órgãos. A pressão arterial é extremamente alta e pode levar a complicações graves, como insuficiência renal, edema cerebral e danos aos vasos sanguíneos (Williams et al., 2018).

Hipertensão Resistente: Ocorre quando a pressão arterial permanece elevada apesar do uso de três ou mais medicamentos anti hipertensores de diferentes classes, incluindo um diurético. Pode ser subdividida em hipertensão resistente controlada (HAR-C) e hipertensão resistente não

controlada (HAR-NC) (Williams et al., 2018).

Hipertensão da "bata branca": Ocorre quando a pressão arterial do paciente é elevada apenas em ambientes médicos, como no consultório do médico, mas é normal em outras situações. Tal facto pode ser causado pela ansiedade ou pelo stress associado à ida ao médico de família (Williams et al., 2018).

Hipertensão Mascarada: Ocorre quando a pressão arterial da pessoa é normal em ambientes médicos, mas elevada em outras situações, como em casa ou no trabalho. Isto pode dificultar o diagnóstico e o tratamento adequado (Weber et al., 2013).

Epidemiologia da Hipertensão Arterial

Tendo por base um estudo de *Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factor* de 2015, a prevalência de pressão arterial sistólica elevada (≥ 110 -115 e ≥ 140 mmHg) aumentou substancialmente entre 1990 e 2015, com um aumento correspondente em *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) e mortes associadas à pressão arterial sistólica elevada. Estima-se que, em 2015, cerca de 3,5 biliões de adultos tinham a pressão arterial sistólica de 140 mmHg ou mais (Forouzanfar et al., 2017).

O número de pessoas que vivem com HTA duplicou entre 1990 e 2019, passando de 650 milhões para 1,3 biliões (OMS, 2023a). De acordo com vários estudos estima-se que, a nível da Europa, 30-45% da população tem HTA e Portugal não é exceção a estes números (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2024).

A HTA é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte do mundo e é a condição crónica responsável por mais de 50% dos casos de doenças cardiovasculares (OMS, 2023).

Fatores de Risco

Os fatores de risco que concorrem para a HTA podem ser distinguidos em fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis (OMS, 2021).

Dentro dos fatores de risco não modificáveis, salientam-se o sexo, a idade e a hereditariedade. É sabido que antes dos 45 anos, a HTA surge mais frequentemente nos homens; enquanto, a partir dos 65 anos, após a instalação da menopausa, as mulheres têm maior risco de desenvolver a doença. A pressão arterial tem tendência a aumentar com a idade, uma vez que os vasos sanguíneos vão perdendo a sua elasticidade ao longo dos anos, como resultado da rigidez progressiva e da perda de complacência das grandes artérias (Barroso et al., 2021). A probabilidade de desenvolver a doença aumenta quando há predisposição genética, isto porque, a HTA tem relação com a atividade inapropriadamente alta do sistema renina-angiotensina-aldosterona e do sistema nervoso simpático, bem como a suscetibilidade aos efeitos do sal na dieta (Barroso et al., 2021).

Dos fatores de risco modificáveis destacam-se a alimentação, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo e o consumo de tabaco. O excesso de ingestão de sódio na alimentação contribui para o aumento da pressão arterial. De todas as mortes por causas cardiovasculares ocorridas em 2019, quase 2 milhões foram atribuídas ao consumo de sódio, revelando-se superior a qualquer outro fator dietético (OMS, 2023). A obesidade é um fator com propensão para o desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo responsável por 20% a 30% dos casos da pressão arterial elevada (Lima et al., 2021). A diminuição de peso, reduz a pressão arterial em pessoas com excesso de peso, visto que muitos hipertensos que apresentam excesso de peso, deixariam de o ser se perdessem peso (OMS, 2005). Existe uma relação direta entre consumo de álcool, os níveis de pressão arterial e prevalência de hipertensão; além do que, o álcool pode reduzir a eficácia da terapêutica anti-hipertensiva. Os grandes consumidores de álcool também podem sofrer de um aumento da pressão arterial após a abstinência aguda do álcool. De acordo com as recomendações da OMS, pessoas com HTA com consumo excessivo de álcool devem ser aconselhadas a parar de consumir álcool (OMS, 2005). Pessoas sedentárias apresentam maior risco de desenvolver hipertensão comparativamente às pessoas que fazem exercício físico (Costa et al., 2021). A eliminação dos hábitos tabágicos é provavelmente a medida de estilo de vida mais poderosa para a prevenção de doenças cardiovasculares e não cardiovasculares, incluindo AVC e doenças coronárias. Embora qualquer efeito crônico, independente do tabagismo, sobre a pressão arterial seja pequeno e a cessação do tabagismo não reduza a pressão arterial, o risco cardiovascular total aumenta bastante com o tabagismo. Além disso, fumar pode interferir nos efeitos benéficos de alguns agentes anti-hipertensivos, como os bloqueadores β -adrenérgicos. Quando necessário, terapias de reposição de nicotina ou bupiriona devem ser consideradas, pois parecem ser seguras na HTA e facilitam a cessação do tabagismo (OMS, 2005).

Em suma, embora a idade avançada e a genética possam aumentar o risco de HTA, fatores modificáveis como uma dieta rica em sal, falta de atividade física ou consumo excessivo de álcool, podem estar na origem do aparecimento da HTA. Mudanças no estilo de vida, como adotar uma dieta mais saudável, parar de fumar e ser mais ativo, podem ajudar a reduzir a pressão arterial (OMS, 2021).

O indivíduo deve ser protagonista em todo o processo para a tomada de decisões. O processo de educação em saúde parece ser capaz de conduzir a pessoa hipertensa a condutas de controlo da HTA através de estratégias com foco nos fatores modificáveis (Macete & Borges, 2020).

Sintomatologia e diagnóstico

Quase metade das pessoas com HTA em todo o mundo não têm conhecimento da sua condição. A HTA é frequentemente chamada de “assassina silenciosa” porque muitas pessoas não apresentam sintomas, mesmo quando a pressão arterial está elevada (OMS, 2023).

Regra geral, a HTA não provoca quaisquer sintomas nos primeiros anos de doença. Nalguns casos, pode manifestar-se através de sintomas como cefaleias, tonturas, mal-estar difuso, visão desfocada, dor no peito ou sensação de falta de ar; sintomas estes que são comuns a muitas outras doenças (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Segundo as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e *European Society of Hypertension* (ESH), a pressão arterial pode ser medida por um esfigmomanómetro convencional usando um estetoscópio, ou por um dispositivo eletrónico automático. O diagnóstico de HTA deve ser baseado em medições repetidas da pressão arterial que pode ser medida no consultório do médico, em casa ou através de monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA). Em todos os casos, é importante que a pressão arterial seja medida cuidadosamente utilizando um equipamento validado (Williams et al., 2018).

Monitorização da pressão arterial no consultório

A pessoa deve estar confortavelmente sentada num ambiente sossegado durante cinco minutos antes de iniciar a monitorização da pressão arterial. Devem ser registadas três medições da pressão arterial, com intervalos entre um e dois minutos, e as medições adicionais só devem ser efetuadas se as duas primeiras leituras diferirem em valor superior a 10 mmHg. A pressão registada deverá ser a média das duas últimas leituras (Williams et al., 2018). Medições adicionais podem ter de ser efetuadas em doentes com valores instáveis da pressão arterial devido a presença de arritmias com, por exemplo, a Fibrilhação Auricular. Nestes casos, devem ser utilizados os métodos de auscultação manual uma vez que a maioria dos equipamentos automatizados não foi validado para a medição da pressão arterial em doentes com arritmias.

Para a avaliação da pressão arterial deve ser utilizada uma braçadeira padrão com manga insuflável. A manga deve ser colocada ao nível do coração, estando as costas e o braço devidamente apoiados. A medição da pressão arterial deve ser feita em ambos os braços na primeira consulta para detetar possíveis diferenças entre os dois braços; e deve ser utilizado como valor de referência, o braço com o valor mais elevado. Deve proceder-se ao registo da frequência cardíaca por palpação de pulso para excluir a existência de arritmias (Williams et al., 2018).

Monitorização da pressão arterial em casa

A pressão arterial em casa é expressa pela média de todas as leituras efetuadas com um monitor semi-automático, validado, durante pelo menos três dias e de preferência até 6-7 dias consecutivos, antes das consultas médicas, com leituras de manhã e ao fim da tarde, realizadas numa sala silenciosa, após cinco minutos de descanso, com a pessoa sentada com o braço e as costas apoiadas. Devem ser efetuadas duas medições em cada sessão, com intervalos entre um e dois minutos (Williams et al., 2018).

Monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA)

A MAPA fornece a média das leituras da pressão arterial durante um período definido, geralmente de 24 horas. O equipamento é habitualmente programado para registar a pressão arterial em intervalos de 15 a 30 minutos e os valores médios da pressão arterial são habitualmente obtidos ao longo de 24 horas (Williams et al., 2018).

Fisiopatologia da Hipertensão Arterial

A pressão arterial resulta da relação entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Nas pessoas ditas “normais” e nas pessoas com HTA, poderão existir alterações no débito cardíaco e nas respostas à resistência vascular periférica para um determinado nível de pressão arterial. Independentemente de se tratar de uma situação de repouso ou em condições de estímulo, a contratilidade e o relaxamento cardíaco, o volume sanguíneo circulante, o retorno venoso e a frequência cardíaca influenciam o débito cardíaco (Barroso et al., 2021).

Da mesma forma, a resistência vascular periférica é determinada por múltiplos mecanismos vasoconstritores e vasodilatadores, como o sistema nervoso simpático, o sistema renina-angiotensina e a regulação endotelial. A resistência vascular periférica também depende da espessura da parede arterial, que é potenciada pelo estímulo vasoconstritor do espessamento. Em muitas pessoas com HTA, a pressão arterial elevada é devida ao aumento da resistência vascular periférica e, em alguns casos, ao aumento do débito cardíaco (Barroso et al., 2021).

Complicações da Hipertensão Arterial

Com o passar dos anos, são várias as complicações provocadas pela pressão arterial elevada, acabando por lesar os vasos sanguíneos e alguns órgãos vitais como por exemplo: cérebro, coração, rins contribuindo para o aparecimento de sinais e sintomas relacionados com estas complicações (Serviço Nacional de Saúde, 2023)

Valores de pressão arterial elevados estão associados ao risco de cardiopatia isquémica, doença renal crónica e mortalidade precoce (Barroso et al., 2021). Entre as doenças cardiovasculares destacam-se o AVC, a doença arterial coronária, a insuficiência cardíaca e a insuficiência vascular periférica. O controlo adequado dos níveis de pressão arterial reduz significativamente o aparecimento deste tipo de eventos (Póvoa, 2024).

Tratamento da Hipertensão Arterial

O tratamento da HTA pode ser farmacológico ou não farmacológico. O tratamento farmacológico é feito por meio de medicamentos anti-hipertensores, enquanto o tratamento não farmacológico consiste em alterações ou mudanças no estilo de vida (Costa et al., 2021). Neste sentido, pode dizer-se que o tratamento da HTA assenta na tríade terapêutica: regime medicamentoso, regime alimentar e regime de exercício (Direção Geral da Saúde, 2013a; OMS, 2023). Realça-se, assim, a importância das medidas não farmacológicas no tratamento da HTA que continuam a passar, numa primeira instância, pela alteração dos estilos de vida (Direção Geral da Saúde,

2013a).

Regime Medicamentoso

Em pleno século XXI, a HTA continua a ser o fator de risco com mais incidência em Portugal e no mundo, mesmo sendo de diagnóstico fácil. Sendo uma doença crónica, requer terapêutica e seguimento contínuo, posto que a suspensão da medicação poderá estar associada a um agravamento do estado clínico, apesar de que, na grande maioria dos casos, seja fácil de controlar (Direção Geral da Saúde, 2013a). Algumas pessoas podem precisar de medicamentos para controlar a HTA de forma eficaz e evitar complicações relacionadas com a doença crónica (OMS, 2021). Efetivamente, o objetivo das medidas farmacológicas é, a curto prazo, controlar e diminuir a pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mmHg, quando são bem tolerados pela pessoa; a médio prazo, evitar que a doença progrida reduzindo o impacto nos órgãos alvo; e a longo prazo, diminuir a mortalidade e morbilidade relacionada com a HTA (Direção Geral da Saúde, 2013b).

Entre os medicamentos mais usados no controlo HTA destacam-se os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), os Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (ARA), os betabloqueantes, os Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC) e os diuréticos (tiazidas e tiazídicos tais como a clortalidona, e a indapamida). Estes medicamentos demonstram uma redução efetiva da pressão arterial e de eventos cardiovasculares (Williams et al., 2018).

Regime Alimentar

Um estilo de vida saudável pode prevenir ou retardar o aparecimento da HTA e reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Mudanças no estilo de vida podem ser suficientes para atrasar ou eliminar a necessidade de tratamento farmacológico em pessoas com HTA grau 1 e também podem melhorar os resultados do tratamento da HTA em clientes que já estão em tratamento (Williams et al., 2018). No que toca a estas mudanças, as alterações a nível do regime alimentar são de extrema importância para a gestão do regime terapêutico da pessoa hipertensa. Note-se que as escolhas alimentares saudáveis podem não apenas reduzir a pressão arterial, mas também melhorar a saúde geral de uma pessoa. Tal comportamento ajuda a prevenir e controlar doenças cardíacas, além de contribuir para uma melhor qualidade de vida (Santos & Lima, 2008).

As diretrizes atuais têm apontado cada vez mais estudos, que verificam a influência dos diferentes padrões alimentares e seus efeitos benéficos no controle da HTA. Entre as dietas mais conhecidas destaca-se a *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) que preconiza um consumo preferencial de proteínas de origem vegetal, com um padrão alimentar rico em fibras, que inclua cereais integrais, frutas, legumes, leguminosas e nozes, com uma ingestão regular de peixes e frutos do mar e laticínios com baixo teor de gordura. Por sua vez, a dieta

mediterrânica (a que mais se aproxima à realidade dos Portugueses) caracteriza-se pela ingestão reduzida de carne vermelha, ovos, doces e bebidas açucaradas, aconselhando-se o consumo moderado de peixes, permitido o consumo de vinho tinto e laticínios com baixo teor de gordura, e ainda é altamente aconselhado o consumo de azeite. Apesar desta dieta demonstrar ser eficaz e com benefícios no controlo da pressão arterial, a que mais se destaca é a DASH, uma vez que, representa um padrão alimentar mais recomendado e com maior nível de evidência para a prevenção primária e o controlo da HTA (OMS, 2005).

Como já foi referido, a adoção de um estilo de vida saudável é essencial tanto para a prevenção como para o controlo da pressão arterial. Esta premissa é corroborada por um estudo de Gay e colaboradores (2016), que consistiu numa meta-análise, composta por 24 ensaios clínicos randomizados, que demonstraram que as modificações dietéticas têm efeitos significativos na pressão arterial, e que alguns padrões alimentares podem ser mais eficazes do que outros. Os resultados deste estudo demonstraram que o recurso à DASH foi semelhante ao efeito de monoterapias medicamentosas para a HTA leve, fornecendo uma possível alternativa ao início da medicação na HTA em estágio inicial (Gay et al., 2016).

No padrão alimentar DASH é recomendada uma dieta com baixo teor de sódio, baixo teor de gordura e que inclua grupos de alimentos ricos em potássio. Note-se que, para além de ser o tipo de dieta mais apropriado para o controlo da pressão arterial, também apresenta benefícios significativos para a perda de peso. Na verdade, é adequada a clientes que estão na faixa de pré-hipertensão, bem como para aqueles que já estão medicados com anti-hipertensivos. Os profissionais de saúde devem estar munidos deste tipo de conhecimento e atendendo ao nível de literacia da pessoa que têm diante de si, devem considerá-los nas recomendações dietéticas que fazem (Gay et al., 2016).

O consumo do sódio em excesso aparece, não só associado ao já conhecido risco de HTA, como também à mortalidade subjacente à doença cardiovascular (Lourenço & Macedo, 2015). A OMS recomenda a redução do consumo de sódio para reduzir a pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares; pelo que a ingestão de sódio deverá ser de menos de 5 g de sal por dia para adultos, o equivalente a cerca de uma colher de chá, dando especial preferência ao sal iodado (OMS, 2012a; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

Relativamente ao conteúdo de sal na alimentação, sabe-se que grande parte do sal necessário provém dos próprios alimentos e que a adição de sal de mesa às refeições deverá ser um dos principais pontos de intervenção, até porque o sal de mesa contém 30% de sódio (Lourenço & Macedo, 2015). Para além do sódio adicionado à alimentação, há ainda cerca de 75% de sódio que provém de alimentos processados e refeições pré-cozinhadas, o que é motivo de preocupação para os profissionais de saúde, nomeadamente para a intervenção do enfermeiro (Reinaldo et al., 2017).

Nas suas recomendações a nível de plano alimentar para a pessoa com HTA, a OMS preconiza o aumento da ingestão de potássio através da dieta alimentar, para reduzir a pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e doenças coronárias em adultos (OMS, 2012b). De acordo com Santos e colaboradores (2018), o efeito protetor do potássio na redução da pressão arterial em doentes com HTA está amplamente comprovado, na medida em que o potássio, desempenha um papel de relevo na distribuição de água intra e extracelular, na regulação do equilíbrio ácido-base e no estabelecimento do potencial de membrana essencial à atividade elétrica de fibras nervosas e musculares (Santos et al., 2018).

Com o aumento da ingestão de potássio, verifica-se uma menor libertação renal de renina, menor proliferação e migração de células musculares lisas vasculares, redução do stresse oxidativo, redução da oxidação de lipoproteínas de baixa densidade, redução da agregação plaquetária e melhoria da vasodilatação. Por meio destes mecanismos de ação, fica comprovado que o potássio é de extrema importância no controlo da pressão arterial, e também na prevenção da HTA (Santos et al., 2018). A OMS e a *Food and Nutrition Board do Institute of Medicine* recomendam uma ingestão de potássio, de pelo menos, 3500 mg por dia. No entanto em certas situações clínicas, como a doença renal crónica, ou o uso de medicação, ou risco de hipercalemia obriga a controlar a ingestão de potássio; porém quando não estamos perante nenhuma destas situações, a ingestão de potássio na alimentação do hipertenso, é aconselhada (Santos et al., 2018).

Resumidamente as recomendações do padrão alimentar da pessoa com HTA, não se podem cingir unicamente à restrição de sal. Um padrão alimentar adequado às necessidades de cada indivíduo do ponto vista energético e de composição nutricional, com um balanço adequado de sódio e potássio, é a melhor estratégia e a mais sustentável (Santos et al., 2018).

Regime de Exercício Físico

De entre as intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios, entre eles, o facto de contribuir para a diminuição da pressão arterial, pelo que deve ser corretamente planeado e orientado quanto à sua duração e intensidade (Costa et al., 2021).

O efeito imediato de um exercício aeróbio caracteriza-se pelo aumento do débito cardíaco, como consequência verifica-se elevação da pressão arterial sistólica e a manutenção ou mesmo ligeira redução da pressão arterial diastólica (Ruivo & Alcântara, 2019).

Apesar dos níveis tensionais se elevarem durante a prática de exercício físico, os efeitos pós-esforço manifestam-se ao longo das horas que se seguem ao exercício, caracterizando-se por uma ligeira redução dos níveis tensionais, designada de hipotensão pós esforço. Um indivíduo fisicamente treinado apresenta menores valores tensionais, ligeira bradicardia em repouso, hipertrofia muscular, hipertrofia ventricular esquerda fisiológica e aumento do consumo de oxigénio (Ruivo & Alcântara, 2019).

O exercício aeróbico causa alterações hemodinâmicas significativas que afetam o sistema cardiovascular. Trinta a sessenta minutos de exercícios de intensidade leve a moderada, como caminhada, hidroginástica e natação, podem reduzir a pressão arterial porque levam à diminuição do volume plasmático e da pressão arterial sistólica (Junior & Almeida, 2003; Godinho et al., 2021). Sabe-se que o exercício físico reduz a pressão arterial em aproximadamente 75% das pessoas com HTA, mas o exercício aeróbico pode não ser suficiente e deve ser usado como um adjuvante ao tratamento. Em geral, pode-se dizer que exercícios aeróbicos regulares podem reduzir a pressão arterial sistólica em 5 mmHg e a pressão arterial diastólica em 3 mmHg. Desta forma pode-se afirmar que o exercício físico é eficaz no tratamento da HTA (Junior & Almeida, 2003).

Segundo as indicações da OMS, os adultos devem fazer pelo menos, 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbica de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos por semana de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividade aeróbica de intensidade moderada e vigorosa (Bull et al., 2020).

Não se pode esquecer o papel importante que o exercício tem na redução do peso o que, por sua vez, tem efeito redutor da pressão arterial. Assim, os clientes sedentários devem ser aconselhados a praticar regularmente exercício, como caminhada rápida por pelo menos 30 minutos por dia. Quando a HTA é mal controlada, e no caso de hipertensão grave, o exercício físico intenso deve ser desaconselhado ou até mesmo adiado até que o tratamento medicamentoso seja eficaz (OMS, 2005).

Em suma, a prática regular de atividade física, resulta numa série de benefícios para a saúde em geral, como melhoria na capacidade cognitiva, diminuição da gordura visceral e controle dos níveis de pressão arterial (Vieira et al., 2023).

Adesão ao regime terapêutico

A HTA apresenta-se como o fator de risco cardiovascular mais prevalente na população portuguesa e como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância contínua, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da condição de saúde (Dias et al., 2016). O fenómeno da adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial de elevada magnitude. As implicações são de grande relevância na morbilidade e mortalidade e no significativo aumento do consumo de cuidados de saúde e dos custos para o sistema de saúde (Dias et al., 2016).

A adesão terapêutica manifesta-se através de um conjunto de mudanças comportamentais que são coincidentes com o cumprimento do regime terapêutico prescrito, tais como, a aquisição de medicamentos, a toma da medicação, regime alimentar adequado, prática de exercício físico, abandono de comportamentos de risco e seguimento regular em consultas (Camarneiro, 2021).

De acordo com a literatura consultada são apontados diversos fatores de não adesão ao regime terapêutico como, por exemplo, regimes terapêuticos não consonantes com as *guedelines*, inércia médica na prescrição de terapêuticas e baixa literacia no que concerne aos seus benefícios para o controlo da pressão arterial (Capela & Polonia, 2024). A isto, acrescem as prescrições farmacológicas complexas, o pouco conhecimento sobre a doença e a insatisfação com o serviço de saúde que, de forma direta, influenciam o processo de adesão ao tratamento medicamentoso com anti-hipertensores (Barreto et al., 2014).

A não adesão ao tratamento poderá também estar relacionada com a falta de melhoria imediata dos sintomas, os horários e a duração das consultas médicas (Almeida & Malagris, 2023). De modo similar, a expectativa por parte do cliente de uma melhoria imediata através da medicação, sem que seja necessário alterar o seu estilo de vida, a falta de recursos psicológicos para lidar com a doença e as dificuldades que ela acarreta, a vulnerabilidade psicológica para vivenciar problemas e a falta de motivação para o autocuidado, são aspetos que concorrem para a não adesão ao regime terapêutico (Peacock & Krousel-Wood, 2017; Almeida & Malagris, 2023).

A OMS organizou em cinco grupos, os fatores que se associam à adesão terapêutica: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; fatores relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente (OMS 2003).

No que se refere a fatores sociais, económicos e culturais, o estatuto socioeconómico, a pobreza, a falta de literacia em saúde, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, a falta de rede social de suporte, as condições de vida instáveis, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, os custos dos transportes, o custo da medicação, as crenças de saúde relacionados com a identidade cultural e as disfunções familiares, têm sido frequentemente identificados como fatores que podem influenciar a adesão terapêutica (OMS, 2003). De modo similar, os fatores culturais em particular, nomeadamente a etnia e as crenças culturais, interferem frequentemente na adesão terapêutica (OMS, 2003).

Relativamente aos fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, destaca-se a relação entre o profissional de saúde e o doente; isto porque uma relação de proximidade parece melhorar a adesão à terapêutica. Porém, outras circunstâncias podem contribuir para a diminuição da adesão ao tratamento, como sejam a falta de conhecimento e disponibilidade dos profissionais de saúde relativamente à gestão de doenças crónicas, a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais, a dificuldade de acesso a consultas e a curta duração das mesmas, a pouca capacidade do sistema em promover programas e a inexistência de mecanismos de follow-up dos doentes em ambulatório em articulação com outros apoios na comunidade (OMS, 2003).

Quanto aos fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades, a adesão terapêutica está frequentemente relacionada com a severidade dos sintomas, o nível de dependência (física, psicológica, social e profissional), a evolução e severidade da doença e a disponibilidade de tratamentos eficazes. Todos estes aspetos influenciam a forma como os doentes percebem a importância da adesão ao tratamento. Simultaneamente, comorbidades como a depressão, a Diabetes Mellitus, o abuso de drogas e álcool, entre outras, são fatores importantes que influenciam os comportamentos de adesão (OMS, 2003).

No que concerne aos fatores relacionados com a terapêutica prescrita, salientam-se os que se relacionam com a complexidade do regime medicamentoso, a duração do tratamento, a ineficácia de tratamentos anteriores, as frequentes mudanças no tratamento, a relação entre os benefícios e os efeitos secundários e a falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para ajudar na gestão de regime terapêutico (OMS, 2003).

Por fim, de entre os fatores individuais relativos ao doente, destacam-se a idade, o sexo, a ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativamente à sua doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente à toma dos fármacos, a incapacidade em manusear o esquema terapêutico, a ausência de percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência ou até mesmo a discriminação, poderão interferir no cumprimento do regime terapêutico (OMS, 2003).

Ao longo do tempo, a adesão tem sido estudada usando métodos cada vez mais confiáveis e sofisticados. As abordagens para avaliar a adesão ao regime medicamento podem ser divididas em duas categorias: métodos indiretos e diretos. Os métodos indiretos incluem a avaliação pelo profissional de saúde, autoavaliação pelo paciente (entrevistas/questionários), monitorização e avaliação de parâmetros farmacodinâmicos (frequência cardíaca para β -bloqueadores, ausência de aumento de renina plasmática para inibidores de renina-angiotensina, e monitorização de acetil-SDKP para inibidores da enzima de conversão da angiotensina), contabilização de comprimidos e controlo das prescrições médicas (Berra et al., 2016). Os métodos diretos incluem ingestão de medicamentos testemunhada, telemonitorização e monitorização de medicamentos em fluídos corporais (Berra et al., 2016).

A medição exata da adesão é muito importante, mas não há forma ideal para determinar a extensão do problema. Há várias medidas debatidas na literatura, mas são medidas substitutas do comportamento real do doente. Algumas das estratégias que são utilizadas para medir a adesão incluem: perguntar aos prestadores de cuidados e aos clientes se tomam a medicação; contabilização do número de comprimidos que restam; utilização de dispositivo eletrónico de monitorização, que regista a hora e a data a que o recipiente de medicação foi aberto e a confirmação de quando é que a pessoa faz a compra da receita que lhe foi prescrita, bem como aquisição das prescrições subsequentes. Cada um destes métodos tem as suas vantagens, mas

também tem desvantagens, devendo ser utilizados com precaução. Por exemplo, tanto os prestadores de cuidados como os doentes tendem a sobrestimar a extensão da adesão, até porque, na realidade, o uso de um dispositivo eletrónico de monitorização ou a contabilização dos comprimidos restantes não indica que o doente, os tenha realmente tomado (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Existem alguns instrumentos validados em Portugal para avaliar a adesão terapêutica em pessoas com HTA. A literatura pesquisada apresenta alguns instrumentos, nomeadamente:

- Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT): Este questionário de autopreenchimento é validado para a população portuguesa e consiste em 7 itens com uma escala de Likert de 1 a 6 pontos. Um score médio de 5 ou mais pontos indica adesão. Pode ser aplicado, teoricamente, a qualquer doença crónica. Avalia o comportamento dos indivíduos em relação ao uso de medicamentos no dia-a-dia (Delgado & Lima, 2001).
- Hill-Bone Compliance Scale (HBCS): Este questionário é utilizado para medir a adesão ao tratamento em pessoas com HTA e foi validado para a população portuguesa (Nogueira et al., 2016).
- Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8): Esta escala é amplamente utilizada para medir a adesão ao tratamento medicamentoso e também foi validada para a população portuguesa (Cabral, et al., 2018).
- Maastrich Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH): Questionário de 25 itens que avalia as causas da baixa adesão ao tratamento com anti-hipertensor. Os itens estão agrupados em 4 grupos, que medem as 4 dimensões associadas à baixa adesão à terapêutica: Dimensão I: Atitudes positivas em relação aos cuidados de saúde e medicamentos; Dimensão II: Falta de disciplina; Dimensão III: Aversão à medicação; Dimensão IV: Atitudes proativas em relação aos problemas de saúde (Cabral, et al., 2018).
- MUAH-16: Questionário de 16 itens derivado do questionário MUAH. Mantém as quatro dimensões do questionário original e possui um sistema de pontuação, que permite obter um somatório final, de forma a possibilitar a classificação do nível de adesão à terapêutica (Cabral, et al., 2018)

Estes instrumentos são úteis para identificar se os clientes estão a ter dificuldades em seguir a prescrição médica e para ajudar os enfermeiros a definir um conjunto de intervenções que possam melhorar a adesão ao tratamento. É de salientar que apesar de não existir nenhum questionário ideal para avaliar a adesão ao regime medicamentoso com anti-hipertensor, o HBCS é o questionário mais apto e adequado para ser utilizado, uma vez que o seu uso está validado para doentes com baixo nível de literacia, aumentando, deste modo, o leque de doentes legíveis para a aplicação do questionário (Coelho et al., 2024).

Além da quantidade de internamentos, a HTA gera custos médicos e socioeconômicos, resultantes principalmente das suas complicações, levando em consideração o grande número de morbidade e mortalidade que a HTA acarreta, pelo que, a adesão do cliente ao tratamento correto, é essencial.

Embora a prevenção e controlo da HTA seja alcançada com medidas simples, como manutenção do peso adequado, mudança dos hábitos alimentares e prática de atividade física, o índice de casos de HTA permanece elevado pois, embora seja uma doença comum e bastante conhecida, a sua prevenção e controlo ainda é um desafio (Lima et al., 2021).

As pessoas com HTA têm grande dificuldade em aderir às modificações de estilo de vida. As medidas recomendadas são muitas vezes difíceis de aceitar pela pessoa, bem como pelo resto da família. Por exemplo, os hábitos alimentares podem vir a sofrer mudanças drásticas que exigem o desenvolvimento de novas competências, como a leitura dos rótulos dos alimentos, o conhecimento de métodos de cozinha saudáveis, a gestão do tempo e a realização de escolhas alimentares adequadas fora de casa (OMS, 2005).

As condições socioeconômicas contribuem plenamente para as dificuldades na prevenção da HTA, uma vez que para ter um estilo de vida saudável é necessário dispor de recursos financeiros que a maioria das pessoas não possui (Lima et al., 2021). Também as variações geográficas apresentam impacto direto sobre o acesso à informação e alimentação de qualidade, sendo que as pessoas com menor poder de compra e com baixa literacia, são mais expostas ao consumo de sódio e alimentos processados (Barros et al., 2024).

No que respeita ao cliente, é importante que se intervenha junto do saber oriundo do senso comum, ou seja, aquele que é passado de geração em geração, porque muitas vezes promove a resistência em seguir novas orientações, pois mesmo possuindo consciência sobre os hábitos de vida inadequados, os clientes podem estar desmotivados em relação à necessidade de mudanças (Lima et al., 2021).

Autocuidado e Autogestão da Hipertensão Arterial

Ao receber o diagnóstico de uma doença crónica, a pessoa confronta-se com uma nova realidade que exige alterações nos seus hábitos de vida. Estas mudanças incluem adotar e manter comportamentos como uma alimentação equilibrada, a prática regular de exercício físico e a administração contínua de medicamentos. Todas estas transformações na rotina diária têm um impacto significativo na vida da pessoa (Almeida & Malagris, 2023).

Esta ideia remete-nos para a necessidade do cliente ser capaz de cuidar de si ou, por outras palavras, ser responsável pelo seu autocuidado. Entende-se por autocuidado a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”

(<https://www.icn.ch/icnp-browser>).

Segundo Petronilho, o autocuidado envolve a responsabilização dos indivíduos e suas famílias para gerir atividades diárias e adotar comportamentos saudáveis com o apoio dos profissionais de saúde. De acordo com Petronilho (2012) o autocuidado é crucial para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas, pelo que, compete ao enfermeiro uma abordagem holística e centrada na pessoa, de forma a promover a sua independência e a autonomia.

Contextualizando, a Teoria de Enfermagem do Autocuidado de Orem (1993) é uma teoria que engloba três teorias. A Teoria do Autocuidado, que explica o processo e a motivação das pessoas para cuidarem de si mesmas de forma a manter a sua própria saúde e bem-estar. Incluem atividades como a alimentação, higiene, exercícios, descanso e sono, atividade social e espiritual (Orem, 1993). A Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão por que as pessoas necessitam dos cuidados de enfermagem, ocorre quando o cliente não consegue atender às suas necessidades de autocuidado devido a limitações físicas, mentais ou emocionais. O papel do enfermeiro, neste caso, é identificar e suprimir esses défices, fornecendo cuidados diretos ou facilitando a aquisição de habilidades e recursos necessários para o autocuidado (Orem, 1993). Por fim surge a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que detalha as interações necessárias para a prática eficaz da enfermagem e assenta em três sistemas de enfermagem para ajudar as pessoas a superarem os seus défices de autocuidado: sistema de apoio educacional, sistema de apoio parcialmente compensatório e sistema de apoio totalmente compensatório. Cada sistema é aplicado com base na capacidade do paciente para realizar atividades de autocuidado e nas necessidades específicas de cuidado (Orem, 1993).

De acordo com a evidência científica, a teoria de enfermagem que teve maior enfoque na prestação de cuidados pelos enfermeiros à pessoa com HTA, foi a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem. Este achado vai ao encontro da revisão integrativa de Cavalcante e colaboradores (2021), que refere que os cuidados de enfermagem visam promover a autonomia e independência das pessoas, sendo que a teoria referida é utilizada para identificar os défices de autocuidado e fatores relacionados em clientes hipertensos, bem como o fortalecimento da autoeficácia e da melhoria da qualidade de vida (Cavalcante et al., 2021).

A implementação da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem nos cuidados prestados pelo enfermeiro, possibilita a manutenção dos aspetos que mais necessitam de autocuidado, o que demonstra ser relevante por qualificar e individualizar a assistência no sentido de empoderar a pessoa com HTA no seu autocuidado, bem como ser capaz de tomar decisões adequadas para manter, restaurar ou melhorar a sua saúde (Cavalcante et al., 2021).

É fundamental que o cliente assuma um papel ativo na gestão do seu processo de saúde/doença. A autogestão da doença crónica é um fenómeno multidimensional, complexo e dinâmico que afeta as pessoas e famílias ao longo da sua vida, engloba a incorporação de conhecimentos, competências e atitudes necessárias para que a pessoa seja capaz de gerir a

sua condição crónica ao longo da vida (Luz et al., 2022).

A autogestão da doença crónica propõe intervenções de modo a facilitar as competências das pessoas para monitorizar os seus sintomas, tomar decisões informadas e serem parceiros ativos no controlo do seu processo de doença, ou seja, o seu envolvimento vai facilitar o desenvolvimento do autocuidado (Galvão & Janeiro, 2013). Neste contexto, a autogestão trata-se de um conceito abrangente, na medida em que se refere às competências da pessoa para o desempenho das atividades de promoção e manutenção da saúde, incluindo atividades específicas para situações agudas e crónicas (Galvão & Janeiro, 2013).

Entende-se que a autogestão, como a capacidade para a vigilância e o controlo sintomático, são abrangidos pelo conceito de autocuidado na maioria das vezes referindo-se especificamente às habilidades. Na verdade, a autogestão corresponde à capacidade para vigilância e para a gestão de sintomas, mas de uma forma mais ampla, uma vez que aborda as consequências funcionais, emocionais, psicossociais e físicas ou de conforto das condições de saúde (Galvão & Janeiro, 2013). É necessário que o cliente seja capaz de compreender a sua doença crónica e seja capaz de desenvolver cuidados de autovigilância e monitorização. Galvão e Janeiro (2013) corroboram esta ideia quando afirmam que as pessoas necessitam de reconhecer precocemente os sinais de uma agudização, de modo a prevenir os problemas relacionados com a vivência de uma doença crónica.

Os consensos científicos atuais apontam ainda para a corresponsabilização do utente com o seu processo de transição saúde-doença e valorizam o papel ativo que este deve ter em relação à sua saúde, nomeadamente, no tratamento e gestão da sua doença, considerando-o imprescindível ao sucesso terapêutico (Lourenço & Macedo, 2015).

Transição Saúde Doença

Viver com HTA é uma experiência complexa, caracterizada pela necessidade de um regime medicamentoso permanente, pela necessidade de abdicar de várias atividades do dia-a-dia e pela necessidade de manter, ao longo da vida, uma interação constante com os serviços de saúde (Fava et al., 2013).

A HTA é atravessada por dimensões no domínio biológico, socioeconómico, emocional, cultural e ambiental. Assim, a prestação de cuidados pressupõe considerar o que as pessoas pensam, sentem e conhecem sobre a doença e a perspetiva que têm para o seu autocuidado (Pereira & Mussi, 2020). Tendo em consideração que as causas que estão relacionadas com o problema refletem mais a história de vida do que a condição patológica, a presença da doença altera a relação da pessoa com o mundo e consigo mesma, pela necessidade de adaptação às novas condições, levando a pessoa a reconstruir a vida com repercussões na criação de uma nova identidade (Fava et al., 2013).

O significado que as pessoas portadoras de doença crónica atribuem à sua condição é diferente, consoante as suas atitudes, crenças e valores (Galvão & Janeiro, 2013). Neste contexto, a procura de tratamento para a HTA depende dos significados construídos ao longo da vida, que muitas vezes entram em confronto com as ações prescritas pelo profissional de saúde (Fava et al., 2013).

Os processos de saúde e doença precisam de ser examinados nos contextos históricos, sociais e culturais, com enfoque no sujeito, levando em consideração que a eficácia da terapêutica está estritamente ligada à interpretação que o indivíduo faz sobre a sua condição de saúde (Pereira & Mussi, 2020). Face ao exposto, deverão ser foco dos cuidados de enfermagem as transições vivenciadas pelos clientes, em decurso das consequências que trazem para o seu bem-estar. De forma a evitar instabilidade, os enfermeiros deverão ter em conta os padrões de resposta dos clientes e reconhecerem situações críticas ou de vulnerabilidade nas transições (Costa, 2016).

A Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis (2000) faz referência à natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); aos condicionalismos facilitadores e inibidores da transição (pessoais, da comunidade e da sociedade); aos padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e às terapêuticas de enfermagem. O processo de transição é singular e complexo, o que permite diferentes significados, dependendo da perceção de cada cliente (Meleis et al., 2000).

As transições estão intimamente ligadas às mudanças na vida. No que concerne à natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra organizacionais) (Meleis et al., 2000). Para além disto, apresentam diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como sejam a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal da transição e os eventos críticos (Meleis et al., 2000).

A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora de transição, cuja ausência significa que o cliente pode não ter iniciado a experiência de transição, o que traduz o seu nível de envolvimento, que é definido como o grau em que a pessoa se envolve no seu processo de transição; ou seja, só irá envolver-se depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. São exemplos de envolvimento a procura de informação sobre a doença e o tratamento e a proatividade (Meleis et al., 2000).

Fazem parte das propriedades da transição a mudança e diferença; isto é, as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nos ideais, percepções, identidades, relações e rotinas (Meleis et al., 2000). A diferença é uma outra propriedade da transição que se relaciona com as expectativas ou sentimentos divergentes como, por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (Meleis et al., 2000).

Os eventos críticos estão relacionados com a consciencialização da mudança ou diferença e com o envolvimento na transição. Estes podem verificar-se pela necessidade de lidar com novas situações, perante as quais, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na medida em que tenta identificar e compreender as experiências vivenciadas pelos clientes durante as transições, atribuindo especial atenção a aspetos pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o cliente alcance uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Quanto aos condicionalismos pessoais identificam-se: os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais, quando o estigma que está associado à transição pode influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; o status socioeconómico quando é baixo proporciona clientes vulneráveis o que pode dificultar a transição; a preparação e o conhecimento que podem influenciar fortemente a transição (Meleis et al., 2000).

Uma transição saudável é estabelecida pela resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode ser dada a partir dos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se a pessoa se encontra na direção da saúde e do bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e de potenciais riscos (Meleis et al., 2000). Segundo a autora, os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado, o interagir e o estar situado, que possibilitam que o cliente corte com o passado e enfrente novos desafios, desenvolvendo confiança e *coping*, que se manifesta pela compreensão da necessidade de mudança, utilização de recursos e estratégias para lidar com a nova situação. Os indicadores de resultado correspondem à mestria (novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade), ou seja, à aquisição de capacidades ou habilidades para desenvolver novas competências fundamentais para uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Capacitar para Consciencializar

O objetivo dos enfermeiros não passa unicamente por conseguirem a adesão ao regime terapêutico, mas sim fazerem com que sejam os clientes a decidir, a escolherem de forma informada e numa relação de parceria (Luz et al., 2022). De acordo com Luz e colaboradores (2022), o cuidado de enfermagem na doença crónica passa por capacitar a pessoa a tomar

decisões informadas e gerir a sua doença crónica. Capacitar é sinónimo de empoderar o cliente. O *empowerment* pode ser visto como um processo e um resultado pelo qual o cliente alcança o controlo sobre a sua própria vida, aumentando a autoconfiança através de conhecimentos, habilidades e participação ativa (Nóbrega & Figueiredo, 2020). Com efeito, o *empowerment*, no contexto da doença crónica, deve ser encarado como um processo, um resultado e uma intervenção educativa e/ou participativa; ou então, ser visto como a capacidade para lidar com as doenças crónicas permitindo que a pessoa desenvolva a sua consciência crítica (Luz et al., 2022).

A capacitação do cliente para gerir a doença é essencial no que concerne ao seu controlo e à evicção de possíveis complicações. A determinação do nível de conhecimento da pessoa e família sobre a HTA, é fundamental para estruturar as intervenções de enfermagem, visando a promoção da autonomia para a tomada de decisão consciente, adoção de estilos de vida saudáveis e participação ativa no seu projeto de saúde (Figueiredo et al., 2023). O enfermeiro, aquando da implementação de intervenções do tipo ensinar, pode ser entendido como um meio para o doente conseguir suporte e recursos, no sentido de potenciar o seu nível de preparação para participar no processo de tomada de decisão e envolvimento na gestão da doença, aumentando, simultaneamente, o grau de responsabilidade individual e social, sobre a evolução da doença e sobre a sua qualidade de vida (Dias et al., 2016). Compete aos enfermeiros apoiar e disponibilizar informação necessária, recorrendo a estratégias ajustadas à realidade de cada um; pois é através da capacitação que a pessoa enfrenta a vida com a doença crónica (Sousa et al., 2021).

Neste caso, em concreto, cabe ao enfermeiro capacitar a pessoa com HTA e/ou prestador de cuidados, fornecendo-lhes informação para a gestão do regime terapêutico, de modo a serem proativos na realização do seu “projeto de saúde”, utilizando estratégias que visam a implementação de processos de ensino aprendizagem, para que adquiram competências para a implementação de comportamentos adequados à sua condição de saúde (Évora, 2017).

A consciencialização do doente crónico é um processo fundamental para a gestão eficaz de doenças crónicas, nomeadamente da pessoa com HTA, para tal é crucial, educar os clientes sobre a sua condição, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre o tratamento e o estilo de vida. Da evidência científica consultada, emergiram alguns pontos importantes sobre a consciencialização da pessoa com HTA. Em primeira instância destaca-se a necessidade de educar sobre a doença, no que se refere a informar sobre a natureza da doença, os sintomas, as complicações potenciais e as opções de tratamento disponíveis (Dias et al., 2016; Camareiro, 2021). A capacitação dos clientes para gerir a sua própria saúde/doença, ou seja, fomentar o autocuidado e autogestão, incluindo a vigilância dos sintomas, a administração de medicamentos e a adoção de hábitos saudáveis (Santos & Lima, 2008; Figueiredo et al., 2023) também releva para a consciencialização da pessoa com HTA. Outro dos pontos importantes é

oferecer suporte emocional e psicológico para ajudar os clientes a lidar com o *stress* e a ansiedade associados à doença crónica (Pinto & Seidl, 2022). Incluir a família no processo de educação e gestão da doença, garantindo que eles compreendam a condição e sabem como oferecer suporte adequado também concorre para a consciencialização da pessoa com HTA (Figueiredo et al., 2023). Destaca-se ainda a necessidade de garantir que os clientes tenham acesso a recursos e serviços de saúde necessários, como consultas regulares, medicamentos, dispositivos médicos e programas de reabilitação (Borges et al., 2022). Em suma, estes pontos são essenciais para promover a consciencialização e a gestão eficaz das doenças crónicas, melhorando a saúde e o bem-estar da pessoa com doença crónica.

O enfermeiro para além de ensinar, orientar e apoiar, deve incentivar que o cliente seja submetido a uma reflexão crítica decorrente das experiências vivenciadas no dia-a-dia. A reflexão crítica possibilita a produção de um novo saber ou conhecimento, viabilizando a aprendizagem, que significa mudança de comportamento (Santos & Lima, 2008). Deve ter em conta que processo exige tempo, esforço, aceitação e incentivo por parte dos clientes, familiares, amigos e profissionais envolvidos. Desta forma, torna-se necessário que o cliente apresente o desejo de fazer parte desta mudança, compreenda os motivos do planeamento de cuidados, bem como, as possíveis potencialidades e associações com o seu quadro de saúde (Bezerra et al., 2022).

O enfermeiro deve ter presente que os clientes também precisam de motivação e acompanhamento enquanto tentam aprender novas habilidades e mudar os seus hábitos de vida. É fundamental que o cliente sinta a mudança dos hábitos não como uma imposição na gestão de uma doença crónica, mas principalmente, uma opção no sentido de promover a saúde (Bastos & Pais-Ribeiro, 2012).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-25 10:00:00	Bisoprolol 2,5mg às 7 horas	
2024-10-25 10:00:00	Amoxicilina + Ácido Clavulânico 1,2 g às 7; 15; 23 horas	
2024-10-25 10:00:00	Omeprazol 20mg às 7 horas (em Jejum)	
2024-10-25 10:00:00	Ramipril 5mg às 7 horas	
2024-10-25 10:00:00	Rivaroxabano 10mg às 12 horas	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Bisoprolol

O bisoprolol está indicado no tratamento da hipertensão e pertence ao grupo farmacológico bloqueador adrenérgico beta. Os bloqueadores beta-adrenérgicos ou betabloqueadores são uma classe de fármacos que têm em comum a capacidade de bloquear os recetores adrenérgicos beta do miocárdio. O seu efeito terapêutico é a diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca. Um dos efeitos adversos associados ao uso deste medicamento incluiu a bradicardia sintomática, hipotensão arterial e broncoespasmos. Se o cliente apresentar uma frequência cardíaca inferior a 50 batimentos por minutos não deve tomar o medicamento e deve comunicar o mais breve ao médico assistente (Deglin & Vallerand, 2003). Entre as atividades de vigilância de enfermagem, destaca-se a importância de monitorizar regularmente a frequência cardíaca e a pressão arterial, especialmente durante ajustes na dose medicamentosa, os quais devem ser realizados com maior frequência. É também importante instruir o doente a tomar a medicação sempre à mesma hora todos os dias, sem omitir nem duplicar as doses (Deglin & Vallerand, 2003).

Omeprazol

O omeprazol pertence ao grupo farmacológico dos inibidores da bomba de prótons, pelo que tem um efeito terapêutico significativo na redução da quantidade de ácido acumulado no interior do estômago. Este processo resulta na diminuição do refluxo gastroesofágico e na promoção da cicatrização de úlceras no duodeno (Deglin e Vallerand, 2003). De entre as implicações para a enfermagem, destacam-se a necessidade de identificar a presença de dor abdominal ou epigástrica, presença de sangue nas fezes ou cefaleias persistentes (Deglin & Vallerand, 2003). O omeprazol deve ser tomado antes das refeições, preferencialmente de manhã e as cápsulas devem ser ingeridas inteiras (Deglin & Vallerand, 2003).

Amoxicilina+Ácido Clavulânico

A amoxicilina + ácido clavulânico é um medicamento anti-infeccioso que pertence ao grupo das aminopenicilinas/inibidores da beta-lactamase (Deglin & Vallerand, 2003). Está indicado no tratamento de várias infeções, com uma ação bactericida contra bactérias susceptíveis nomeadamente *Streptococos*, *Pneumococos*, *Enterococos*, *Haemophilus Influenzae*, *Escherichia Coli*, *Shigella*, *Salmonella* e *Moraxe*. No que se refere às implicações para a enfermagem, deve investigar-se cuidadosamente a possibilidade de existir história prévia de reacções de hipersensibilidade às penicilinas ou cefalosporinas ou outros agentes beta-lactâmicos. Um dos efeitos adversos associados ao uso deste medicamento inclui náuseas, vómitos e diarreia (Deglin & Vallerand, 2003).

Ramipril

O ramipril é um anti-hipertensor que atua como inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA). Os IECA's bloqueiam a conversão de angiotensina I em angiotensina II e também aumentam os níveis plasmáticos de renina e reduzem os níveis de aldosterona. O seu efeito global é a vasodilatação sistémica. No que concerne à prevenção cardiovascular, colabora na redução da morbilidade e mortalidade cardiovasculares em pessoas com doença aterotrombótica cardiovascular (história de doença cardíaca coronária ou AVC, ou doença vascular periférica) ou com diabetes mellitus associado a pelo menos um fator de risco cardiovascular. Um dos efeitos adversos associados ao uso deste medicamento inclui alteração do paladar, erupções cutâneas, tosse seca e hipotensão (Deglin & Vallerand, 2003). No que se refere às implicações para a enfermagem, deve-se monitorizar a pressão arterial com regularidade para titular a medicação instituída e minimizar os efeitos adversos (Deglin & Vallerand, 2003).

Rivaroxabano

O Rivaroxabano pertence à classe dos anticoagulantes e anti-trombóticos. O rivaroxabano é um inibidor directo do factor Xa, altamente selectivo, sob apresentação oral. A inibição do factor Xa interrompe a via intrínseca e a via extrínseca da cascata de coagulação sanguínea, inibindo a formação de trombina e o desenvolvimento de trombos (Infarmed, 2014). É utilizado na prevenção do AVC e do embolismo sistémico em doentes adultos com fibrilhação auricular não valvular com um ou mais fatores de risco, tais como insuficiência cardíaca congestiva, HTA, idade ≥ 75 anos, diabetes mellitus, antecedentes de AVC ou acidente isquémico transitório. É ainda utilizado no tratamento da Trombose Venosa Profunda (TVP) e Embolismo Pulmonar (EP), bem como na prevenção da TVP recorrente e do EP em adultos. Tal como com outros anticoagulantes, os clientes devem estar atentos a sinais de hemorragia. Recomenda-se precaução ao ser utilizado em situações com risco aumentado de hemorragia. A administração deve ser interrompida se ocorrer hemorragia grave

(https://www.infarmed.pt/documents/15786/1437513/rivaroxabano_xareltto_aco_parecernet_20140616.pdf/d040610b-65b3-4355-b4f1-0451157b1915).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

25-10-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Quantidade de urina: 400 ml.

25-10-2024 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

25-10-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida.

25-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: sonda silicone nº14.

25-10-2024 10:00 - Determinar sinais de infeção do sistema urinário [FIM]

11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário* [FIM]

11-11-2024 10:00

11-11-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

11-11-2024 10:00 - Cor da urina: âmbar.

11-11-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

25-10-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

[FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - *Remover cateter urinário* [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

25-10-2024 10:00 - Antebraço Direita(o)

25-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: CVPnº22.

25-10-2024 10:00 - Ausência de dor.

25-10-2024 10:00 - Ausência de calor.

25-10-2024 10:00 - Ausência de rubor.

25-10-2024 10:00 - Ausência de tumefação.

25-10-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

25-10-2024 10:00 - Ausência de infiltração.

25-10-2024 10:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico* [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - *Otimizar cateter venoso periférico* [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Trocar cateter venoso periférico [FIM] 11-11-2024 10:00

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica tratam essencialmente, de uma ação complementar a uma prescrição médica, vinculando-se como necessária e fundamental para a obtenção de melhores resultados para a saúde e bem estar do cliente. Neste caso clínico, a presença de um cateter venoso periférico prende-se com a necessidade de administração de antibioterapia por via endovenosa. Cateterizar um acesso venoso periférico, vigiar sinais inflamatórios e garantir o seu funcionamento, faz parte das competências técnicas do enfermeiro. Para além do cateter venoso periférico, a cliente deu entrada no serviço com um cateter vesical em sequência do diagnóstico de retenção urinária, tendo sido retirado 48 horas depois da sua admissão no serviço de medicina. É igualmente da competência do enfermeiro garantir a vigilância e funcionamento do cateter vesical. A infeção urinária associada à presença de cateter vesical é uma das mais frequentes infeções hospitalares (Santos et al., 2021). Compete ao enfermeiro especialista seguir indicações normas e protocolos do serviço, assegurando que os clientes recebem tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O objetivo é reduzir/evitar as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos, é através de práticas seguras e ambientes seguros que garantimos a segurança dos clientes.(DGS, 2017a)

3.5. Domínios

Início

25-10-2024 10:00
25-10-2024 10:00
25-10-2024 10:00
25-10-2024 10:00

Domínios

Sistema cardiovascular
Autogestão do regime medicamentoso
Sondas, Drenos e Cateteres
Emoção

Fim

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A identificação dos domínios tem como finalidade priorizar os cuidados prestados de acordo com as necessidades do cliente, considerando o contexto de estágio e o enquadramento teórico apresentado. Assim, torna-se importante analisar a relevância desses domínios com o caso clínico em análise.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

A seleção deste domínio advém do diagnóstico principal da cliente, que se tratou de um AVC e da relação direta entre o sistema cardiovascular e a hipertensão. O sistema cardiovascular assume primordial importância no contexto da hipertensão, dado que esta patologia caracteriza-se por uma instalação silenciosa e progressiva, motivo pelo qual, inicialmente, os seus sinais e sintomas não são perceptíveis; contudo a sua elevação contínua ao longo do tempo, acaba por originar lesões nos vasos sanguíneos, fragilizando-os; o que mais tarde pode dar origem a Aneurismas, AVC's, Insuficiência Cardíaca (IC), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Insuficiência Renal, entre outras. Os seus sintomas são inespecíficos e facilmente associáveis a outras causas, levando a diagnósticos tardios (Williams et al., 2018). A avaliação do risco de Doença Cardiovascular (DCV) em clientes com HTA e risco Cardiovascular (CV) basal elevado, têm maior benefício absoluto com a redução da pressão arterial. Muitas das diretrizes atuais relacionadas com a HTA, inclusive a recente atualização de 2021 das Diretrizes de Hipertensão Arterial da OMS, recomendam que a avaliação de risco CV tenha metas de pressão arterial sistólica mais baixas nos pacientes com risco basal mais elevado (Brettler et al., 2023). Assim, pretende-se que o cliente melhore o seu conhecimento sobre HTA, nomeadamente, sinais, sintomas e complicações, e de modo similar melhore o significado atribuído à HTA.

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

A escolha deste domínio decorre da identificação do diagnóstico autogestão do regime terapêutico comprometido. Dada a proximidade que tem com o doente, o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada para incentivar a pessoa à adesão ao regime medicamentoso. Neste processo, é crucial avaliar, com vista ao estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem e à implementação das intervenções correspondentes, com o objetivo de aprimorar a adesão (Pinto, 2021).

Pode dizer-se que o tratamento da HTA assenta na tríade terapêutica: regime medicamentoso, regime alimentar e regime de exercício (Direção-Geral da Saúde, 2013b; OMS, 2023). No entanto, algumas pessoas podem precisar de medicamentos para controlar a hipertensão de

forma eficaz e evitar as principais complicações relacionadas com a doença crónica (OMS, 2021).

A autogestão desempenha um papel fundamental e é um fator determinante na prevenção das complicações da HTA. A gestão do regime terapêutico é realizado quase que exclusivamente pelo próprio indivíduo no seu dia a dia, com uma diminuta interferência do profissional de saúde (Sousa & Bastos, 2021).

A capacidade de autogestão do regime medicamentoso é fundamental para identificar as necessidades da pessoa, no que se refere à administração eficaz de medicamentos. Neste caso em particular, a responsabilidade da gestão do regime medicamentoso é da cliente, sendo crucial clarificar a importância de manter o tratamento com o anti-hipertensor, mesmo estando assintomática ou com melhoria na condição de saúde.

EMOÇÃO

A escolha deste domínio está relacionada com episódios de ansiedade referidos pela cliente, decorrentes da sua condição. O acometimento pela doença pode tornar o sujeito vulnerável a mudanças psicológicas, emocionais e de comportamento (Oliveira et al., 2021).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2019), ansiedade é classificada como um tipo de emoção com características específicas: "sentimentos de ameaça, perigo ou angústia" (<https://www.icn.ch/icnp-browser>). Pode ser um sintoma que, depois de devidamente avaliado, pode ser classificado como diagnóstico de enfermagem, pelo que o enfermeiro desempenha um papel importante para a redução e controlo da mesma.

SONDAS, DRENOS E CATETERES

A inserção de cateteres intravenosos periféricos é uma habilidade clínica que faz parte das competências dos enfermeiros. A cateterização de um acesso intravenoso é uma parte básica e vital dos cuidados de saúde modernos para a administração de fluídos, administração de medicamentos e hemoderivados ou para estudos de diagnóstico por imagem (Loon et al., 2022).

O cateterismo vesical é uma técnica invasiva, caracterizada pela introdução de uma sonda por meio da uretra até à bexiga, tendo como principal finalidade a drenagem da urina. Apesar de ser um fator de risco para as infeções do trato urinário, este procedimento tem grande indicação para pessoas com grave lesão medular, politraumatizados, controlo de volume e débito urinário, conforto para os doentes em cuidados de fim de vida, pessoas com obstrução do trato urinário, pós-operatório de cirurgias urológicas, ortopédicas, ginecológicas e outras (Silva et al., 2019).

A prevenção de complicações decorrentes da inserção de um cateter venoso periférico e de um cateter vesical de um modo geral, depende diretamente das intervenções implementadas pelos

enfermeiros, que têm início a partir da decisão pela cateterização, passando pela escolha do cateter (tipo de material e calibre), escolha da técnica de inserção e garantia de uma fixação correta, de forma a evitar e/ou prevenir a extração ou tração acidental do mesmo (Silva et al., 2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

25-10-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Localização do Pulso

25-10-2024 10:00 - Braço Direita(o)

25-10-2024 10:00 - Frequência do pulso: 67 pulsações por minuto.

25-10-2024 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

25-10-2024 10:00 - Pulso rítmico.

25-10-2024 10:00 - Pulso simétrico.

25-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

25-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

25-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 145 mmHg.

25-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 73 mmHg.

25-10-2024 10:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

25-10-2024 10:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

25-10-2024 10:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

25-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Significado atribuído à hipertensão: desvalorização.

11-11-2024 10:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipertensão

[RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [FIM]

11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre hipertensão [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para vigiar pressão sanguínea [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Instruir a vigiar a pressão sanguínea [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à hipertensão [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à hipertensão [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea

11-11-2024 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da pressão sanguínea.

11-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão da pressão sanguínea mas disponibilidade para melhorar.

25-10-2024 10:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [FIM]
11-11-2024 10:00

11-11-2024 10:00

11-11-2024 10:00 - Localização do Pulso

11-11-2024 10:00 - Braço Direita(o)

11-11-2024 10:00 - Frequência do pulso: 63 pulsações por minuto.

11-11-2024 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

11-11-2024 10:00 - Pulso rítmico.

11-11-2024 10:00 - Pulso simétrico.

11-11-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-11-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

11-11-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 114 mmHg.

11-11-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

Emoção

25-10-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

25-10-2024 10:00 - Sem indícios de euforia.

25-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.

25-10-2024 10:00 - Ansiedade

25-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

25-10-2024 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

25-10-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-10-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento

próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

11-11-2024 10:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

25-10-2024 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

25-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

11-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

11-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo da ansiedade mas disponibilidade para melhorar.

11-11-2024 10:00

11-11-2024 10:00 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].

11-11-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

25-10-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

25-10-2024 10:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

25-10-2024 10:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

25-10-2024 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

25-10-2024 10:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

25-10-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

25-10-2024 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

25-10-2024 10:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

25-10-2024 10:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

11-11-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

11-11-2024 10:00 - Organiza a medicação conforme horário.

11-11-2024 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

11-11-2024 10:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

11-11-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

11-11-2024 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

25-10-2024 10:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

25-10-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

11-11-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

11-11-2024 10:00 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - facilitadora.

25-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

25-10-2024 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

25-10-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-11-2024 10:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

11-11-2024 10:00 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-10-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: efeitos secundários.

11-11-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

11-11-2024 10:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

11-11-2024 10:00 - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre

compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

11-11-2024 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

11-11-2024 10:00 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - facilitadora.

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

25-10-2024 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente

25-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

25-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso [RESOLVIDO] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 11-11-2024 10:00

25-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

11-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

11-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime medicamentoso mas disponibilidade para melhorar.

11-11-2024 10:00

11-11-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

11-11-2024 10:00 - Organiza a medicação conforme horário.

11-11-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

11-11-2024 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar sobre os benefícios da medicação;
- Informar sobre os efeitos secundários da medicação;
- Informar sobre a importância de cumprir esquema terapêutico;
- Informar sobre a necessidade de avaliar e registar os valores da tensão arterial;
- (Williams et al., 2018; McEvoy et al., 2024; Deglin e Vallerand, 2003).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar sobre sinais e sintomas de HTA: dores de cabeça, tonturas, enjoo, zumbidos, sensação de falta de ar, visão desfocada, palpitações;
- Informar para a necessidade de procurar cuidados de saúde (como por exemplo, o serviço de urgência) em caso sintomatologia severa ou persistente;
- (OMS, 2003 ; William et al., 2018).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Nome do medicamento, principal indicação, posologia, reações adversas e precauções especiais da sua utilização;
- Informar sobre regime medicamentoso com recurso a esquema terapêutico escrito: nome do medicamento, dose e horário;
- (Carmaneiro 2021; Deglin e Vallerand, 2003; Rubio et al., 2015).

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

- Demonstrar a importância de manter a autogestão do regime medicamentoso, na medida em que, quando a gestão do regime medicamentoso é feita pela própria pessoa, aumenta a sua autoconfiança, a capacidade de controlo, adopta uma participação ativa no seu projeto de saúde, o que é facilitador da transição;
- Informar sobre a utilidade da caixa de preparação da medicação semanal;
- Mostrar modelos de caixas de preparação de medicação semanal;
- (Camarneiro, 2021; Nobrega & Figueiredo, 2020).

Instruir a vigiar a pressão sanguínea

- Informar que, através da análise dos valores da pressão arterial, é possível perceber se o regime medicamentoso está a ser adequado;
- Fazer avaliações duplicadas uma ou duas vezes por semana (mais frequente) ou por mês (requisito mínimo);
- Escolher um local tranquilo e confortável, a pessoa deve estar sentada, de costas apoiadas na cadeira, sem pernas cruzadas, e com os pés apoiados no chão, o braço despido e pousado numa mesa com o ponto médio do braço ao nível do coração;
- Informar que não deve fumar, tomar café, comer ou realizar exercício durante os 30 minutos que antecedem a avaliação da pressão arterial;
- Permanecer sentado e relaxado durante 3 a 5 minutos antes da avaliação da tensão arterial;
- Evitar falar durante, ou entre as avaliações de tensão arterial;
- Ajustar a braçadeira à volta do braço;
- Registar os valores de pressão arterial com data e hora da avaliação;
- (Stergiou et al., 2021; Williams et al., 2018).

Ensinar sobre hipertensão

- Avaliar com a cliente o seu conhecimento sobre HTA (patologia, sinais e sintomas, complicações a longo prazo e tratamento);
- Informar sobre os valores de referência que a cliente deve manter (valores de tensão arterial inferiores a 120/70mmHg);
- Informar que um valor de pressão arterial superior a 135/85mmHg é HTA;
- Informar sobre sinais e sintomas de HTA;
- Informar sobre as principais complicações da HTA (AVC, EAM, Insuficiência renal, Insuficiência cardíaca, perda gradual de visão e arteriosclerose);
- Informar sobre o padrão alimentar na HTA: fazer 5 a 6 refeições por dia, optar por uma dieta rica em fruta e legumes frescos, preferir cereais integrais, peixe e carnes magras (frango e peru), ingerir 1,5L de água por dia, ingerir leite, derivados do leite e iogurtes

- Magros, evitar conservas, enchidos, salgados, batatas fritas de pacote, bolachas de água e sal, evitar o consumo de molhos e temperos prontos, evitar o consumo de açúcar, reduzir a ingestão de sal nos alimentos, substituindo-o por limão e ervas aromáticas, confeccionar os alimentos em pouca gordura, optando pelo uso de azeite, optar pelos alimentos cozidos e grelhados e experimentar também os estufados, assados e cozidos a vapor;
- Informar sobre o regime de exercício: Recomendar a realização, de pelo menos, 150-300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75-150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa por semana;
 - Informar sobre o regime medicamentoso: Cumprir de forma rigorosa o esquema terapêutico instituído;
 - (DGS, 2013; Williams et al., 2018; McEvoy et al., 2024; OMS /Organização Pan- Americana da Saúde, 2019).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Promover a escuta ativa;
- Informar sobre a importância do controlo da pressão arterial através da tríade: exercício físico, alimentação e medicação;
- Analisar com a cliente a desvalorização da toma de medicação;
- Analisar com a cliente a importância da avaliação e controlo de pressão arterial;
- (Camarneiro, 2021; DGS, 2013; OMS, 2023).

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Analisar com a cliente a importância de cumprir esquema terapêutico e seu impacto no controlo de pressão arterial;
- Analisar com a cliente a importância e a prevenção de complicações da HTA;
- Identificar os benefícios para a cliente em ter uma participação ativa no seu plano de cuidados;
- (Carmareiro, 2021; Williams et al., 2018).

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- Informar sobre as possíveis complicações da HTA nos diferentes órgãos: AVC, EAM, Tromboses, Insuficiência renal, Insuficiência cardíaca; Perda gradual de visão e Arteriosclerose;
- (OMS, 2023 ; Williams, et al. 2018; McEvoy et al., 2024).

Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

- Informar sobre a medicação, nomeadamente nome do medicamento, dose e horário da administração;
- Informar sobre a importância da toma de medicação de forma contínua;
- Informar sobre a importância de avaliar a pressão arterial de forma regular;
- Analisar com a cliente os valores das avaliações da pressão arterial e a sua relação com a terapêutica;
- (Deglin e Vallerand, 2003; Williams et al., 2018; McEvoy et al., 2024).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Disponibilizar guia terapêutico com nome dos medicamentos, dose e horário;
- Simplificar guia terapêutico agrupando pelos horários da medicação;
- (Camarneiro, 2021).

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- Identificar com a cliente os momentos de maior ansiedade;
- Evidenciar com a cliente os aspetos positivos da sua situação;
- Identificar a rede de apoio (Familiar; Fisioterapia; Terapia da fala; Psicologia; Cuidados continuados);
- Ajudar a cliente a identificar as suas forças e potencialidades (consciente, orientada, autónoma na deambulação, necessita de pouco apoio nas atividades de vida diárias, empenho nas diferentes terapias, evolução do seu quadro clínico);
- Encorajar a sua participação no plano de cuidados;
- Sugerir à cliente que ocupe o tempo com atividades do seu agrado (como por exemplo, ler);
- (Brezolin et al., 2023 ; Pinto & Seidl, 2022).

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Estabelecer com a cliente a relação entre a toma de medicação anti-hipertensiva, avaliação, registo e controlo da tensão arterial até à próxima consulta;
- Estabelecer contato telefónico motivar a cliente a manter o controle da pressão arterial;
- Explicar a relação entre o AVC e a HTA, dando ênfase ao facto da cliente ter deixado de tomar a medicação anti-hipertensiva de forma contínua;
- Comunicar com a equipa da área de residência e informar sobre a alta hospitalar e a dificuldade por parte da cliente na monitorização da tensão arterial;
- (Williams et al., 2018; McEvoy et al., 2024).

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Estabelecer relação empática;
- Proporcionar escuta ativa;
- Encorajar o cliente a verbalizar os sentimentos de ansiedade;
- Analisar com a cliente as suas percepções geradoras de ansiedade;
- Analisar com a cliente a relação entre a ansiedade e possíveis sintomas fisiológicos;
- (Brezolin et al., 2023 ; Pinto & Seidl, 2022).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Informar os possíveis efeitos secundários da medicação:
- Bisoprolol- bradicardia e hipotensão;
- Omeprazol- dor abdominal, epigastralgias, cefaleias, sangue nas fezes;
- Ramipril- alterações no paladar, tosse seca, hipotensão;
- (Deglin e Vallerand, 2003).

3.8. Síntese relativa ao caso

O caso clínico incidiu sobre uma mulher de 75 anos com história de HTA há 20 anos, internada com o diagnóstico médico de AVC isquémico do hemisfério direito, do qual resultou uma paresia do membro superior esquerdo e ligeira disartria. Não há registo de internamentos anteriores. A cliente refere um seguimento regular no médico de família. Apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 21. Quanto ao padrão alimentar, refere que segue uma dieta à base de cozidos e grelhados, com ingestão diária de sopa e fruta, realizando cinco refeições por dia e consumindo um litro de água. Raramente faz refeições fora de casa e habitualmente usa pouco sal, além de não usar caldos preparados para cozinhar. No que se refere ao padrão de exercício, afirma que fazia caminhadas diariamente quando o tempo permitia no mínimo de 3km. Como fatores de vulnerabilidade destaca-se a idade, a HTA e a fibrilação auricular. Tem consultas frequentes com o médico de família. A cliente é casada e reside com o marido, tem dois filhos e, diariamente, tem apoio de uma empregada doméstica.

As necessidades que se colocam à pessoa com doença crónica, nomeadamente com HTA, continuam a ser um desafio na área da saúde, onde os enfermeiros são frequentemente desafiados. Com efeito, o acompanhamento regular destes clientes, poderá constituir-se como fulcral para a prevenção de complicações que esta patologia pode trazer a longo prazo.

Tratando-se de uma situação em que a cliente se encontrava em regime de internamento e onde permaneceu desde 22 de outubro a 15 de novembro, permitiu rapidamente que se desenvolvesse uma relação de confiança entre enfermeiro/cliente. Conforme o preconizado no processo de enfermagem, foi priorizada a colheita de dados para perceber quais as necessidades da cliente, com recurso a um método indireto e sem necessidade de aplicar questionário. Neste sentido, a seleção dos domínios atendeu àquelas que poderiam ser as necessidades da cliente, face às hipóteses diagnósticas que foram identificadas decorrentes do cenário clínico.

Da colheita de dados constatou-se que a cliente não costumava fazer uma vigilância regular da sua pressão arterial e, simultaneamente, também não cumpria com rigor o regime medicamentoso prescrito. Para além disto, a doente não relacionava estes dados com a ocorrência do AVC isquémico que motivou o seu internamento. Referia “sempre tive cuidado com a alimentação, nunca fumei, na minha idade já não faço exercício, mas costumo fazer caminhadas; a tensão andava bem nem era preciso tomar diariamente a medicação, não sei porque é que isto aconteceu?” (sic.). Foi também identificada a constante preocupação com o seu estado atual: “será que tudo volta ao normal, e se isto se repete?” (sic.).

A seleção dos domínios esteve intimamente relacionada com o caso clínico em análise, como

também, com o desenvolvimento das competências clínicas pretendidas do EEEMCPSC. Para tal foram considerados os aspetos mais relevantes e que se encontram no contexto teórico anteriormente abordado. Assim, os domínios selecionados foram: sistema cardiovascular, autogestão do regime medicamentoso, sondas drenos e cateteres e emoção. Assim, após o diagnóstico de situação foram estabelecidas prioridades e planeadas intervenções de enfermagem. Dada a natureza da condição clínica da doente, o domínio do sistema cardiovascular foi selecionado por estar diretamente relacionado com a HTA. No que concerne à conceção de cuidados, no domínio do sistema cardiovascular, considerou-se: promover autogestão da pressão sanguínea; potencial para melhorar o conhecimento sobre a hipertensão; potencial para melhorar o conhecimento sobre as complicações da hipertensão; potencial para melhorar a vigilância da pressão sanguínea; potencial para melhorar o significado atribuído à hipertensão. Para tal foi necessário ensinar a cliente acerca da doença, sinais e sintomas, possíveis complicações a longo prazo e importância da monitorização regular. Ao determinar o nível de conhecimento da pessoa sobre a HTA, são estruturadas intervenções de enfermagem visando a promoção e a autonomia para a tomada de decisão consciente, adoção de estilos de vida saudáveis e participação ativa no seu projeto de saúde (Figueiredo et al., 2023). Acresce que foi sugerido que a cliente adquirisse um aparelho para medir a pressão arterial para ter no domicílio, visto ela ter referido que “nunca senti que a pressão arterial estivesse tão elevada” (sic.). Neste sentido, salienta-se a importância de desmistificar que a ausência de sintomas não é sinónimo de ausência da doença crónica. A OMS refere que a maioria das pessoas com hipertensão não tem conhecimento da sua condição, porque não apresentam sintomas, mesmo quando a pressão arterial está extremamente elevada (OMS, 2023b).

No domínio da autogestão do regime medicamentoso considerou-se o planeamento dos diagnósticos de enfermagem: potencial para melhorar o conhecimento de autogestão do regime medicamentoso; potencial para melhorar a consciencialização da relação entre regime medicamentoso e pressão sanguínea; potencial para melhorar a consciencialização entre o uso de dispositivos e autonomia na autogestão do regime medicamentoso; potencial para melhorar o significado atribuído ao regime medicamentoso. Para tal foi necessário ensinar a cliente sobre a medicação e efeitos secundários, sobre a necessidade de tomar a medicação de forma contínua e de como está relacionada com o controlo da HTA, alertando para os efeitos da HTA ao longo do tempo nos diferentes órgãos. As intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar, para a promoção de saúde (Évora, 2017).

Percebeu-se que a cliente atribuía à medicação um significado dificultador, porque referia que “como os medicamentos fazem bem a umas coisas e fazem mal a outras por isso tomava a medicação quando a pressão arterial estava mais alta” (sic.). De modo a desmistificar o significado atribuído à medicação elaborou-se um esquema terapêutico e, numa fase inicial, sugeriu-se a utilização de uma caixa dispensadora de medicação semanal, visto que poderia

facilitar a autonomia da cliente na toma da medicação após a instalação do AVC. De acordo com Luz e colaboradores (2022) a autogestão do regime terapêutico, trata-se de um processo, um resultado e uma intervenção educacional participativa. O processo é construído com base na reciprocidade entre pessoas e saberes, requerendo escuta ativa e o diálogo aberto, sendo que a intenção do cuidado não é apenas a compreensão da informação, mas incentivar as pessoas a definir os seus problemas e a encontrar as suas próprias soluções para lidar com esses problemas de forma eficaz (Luz et al., 2022).

O domínio da emoção foi selecionado como alvo de intervenção, visto a cliente ter verbalizado várias vezes ansiedade relacionada com a sua condição de saúde: “será que tudo volta ao normal...e se isto se repete?”, “como vai ser se a mão ficar sem força?” ou “vou ficar algaliada para sempre?” (sic.). No que concerne à conceção de cuidados, neste domínio optou-se por assistir a cliente a identificar os fatores concorrentes para a ansiedade; analisar com a cliente a relação entre o pensamento positivo e controlo da ansiedade. Para operacionalizar este tipo de intervenção, foram privilegiados momentos onde não foi necessário a prestação de cuidados diretos, num ambiente calmo e confortável, recorrendo à escuta ativa e sempre que necessário ao toque. Avaliar as necessidades daqueles que convivem com o diagnóstico de uma doença crónica é o primeiro passo para pensar na implementação de intervenções mais eficazes que proporcionem melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida (Pinto & Seidl, 2022).

Foram analisados com a cliente os fatores geradores da ansiedade, evidenciados os aspetos positivos, identificadas as suas forças e potencialidades, ainda foi dada a conhecer a rede de apoio e sugestões para ocupar o seu tempo com atividades do seu agrado, como por exemplo ler. Face ao diagnóstico de ansiedade, também foi discutido no seio da equipa multidisciplinar a necessidade de acompanhamento psicológico. Efetivamente, a existência de quadros depressivos e/ou ansiosos merecem especial atenção, para que as intervenções de enfermagem ou o encaminhamento para outros profissionais, como por exemplo o psicólogo, concorram para minimizar tais efeitos, melhorar os níveis de resiliência e a qualidade de vida das pessoas com doença crónica (Pinto & Seidl, 2022).

A seleção do domínio sondas, drenos e cateteres está relacionada com a presença de cateter venoso periférico para administração de terapêutica endovenosa e a presença de cateter vesical. Foram tidas em conta medidas e protocolos de atuação quanto ao uso e manuseamentos dos mesmos, de forma que a qualidade e segurança fossem garantidos durante a prestação de cuidados.

Num segundo contato mantiveram-se todos os domínios com exceção do domínio sondas drenos e cateteres, cujos dispositivos foram suspensos.

Fazendo uma breve reflexão do caso com o objetivo de encontrar pontos de encontro com a teoria das transições em enfermagem desenvolvida por Meleis (2000) podemos constatar que

estamos perante uma transição, destacando a cliente independente “saudável” (antes da admissão), que é admitida com diagnóstico médico de AVC (evento crítico) e que fica com limitações nas suas atividades de vida diárias. Assim sendo, estamos perante a vivência de um processo de transição de tipo saúde-doença de padrão único. Inicialmente verifica-se que a cliente reúne uma série de condicionalismos que podem favorecer este tipo de transição, que comporta os fatores individuais (formação académica de nível elevado, algum nível de literacia em saúde), fatores económicos (sem dificuldades económicas) e fatores sociais (apoio familiar e de empregada).

Como indicadores de processo embora alguns negativos destacam-se o não entender a situação, sentimentos de injustiça até porque tinha cuidados com a sua saúde, ansiedade em relação à sua situação e incerteza em relação ao futuro. Outros indicadores de processo são o compromisso e o empenho assumido com as diferentes terapias e a relação existente entre enfermeiro/cliente.

Destacam-se alguns condicionalismos, nomeadamente as crenças pessoais e os significados atribuídos à doença e à medicação. Como resultado das intervenções de enfermagem, notou-se na cliente uma evolução positiva nos diferentes domínios com um envolvimento gradual por parte da mesma. Este envolvimento foi comprovado pelas questões colocadas pela cliente, mas também pela aquisição de um aparelho automático de avaliação da pressão arterial e a aquisição da caixa para preparação e armazenamento da medicação, estando assim perante indicadores de resultado. Quando existe a utilização de recursos pela cliente verifica-se que há confiança e *coping*; ou seja, capacidade para satisfazer as exigências de todo o processo.

Os indicadores de resultado indicam que a cliente iniciou o processo de consciencialização, isto é, há evidência no domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos, que fez mudanças para lidar com a sua nova condição de saúde, ou seja, deu início ao processo de reformulação da sua identidade, transformando-se numa pessoa diferente da que iniciou o processo de transição saúde-doença.

4. CASO 2

Cliente de sexo feminino 55 anos, recorre ao serviço de urgência com toracalgia, dificuldade respiratória e crise hipertensiva. Fica em regime de internamento com suspeita de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Tem como antecedentes de saúde: obesidade, Insuficiência venosa periférica, HTA e asma.

4.1. Enquadramento teórico

Contextualizando o segundo caso clínico selecionado para explanação do processo de conceção de cuidados de enfermagem especializados, este refere-se a uma cliente, igualmente do sexo feminino, independente nas atividades de vida diárias, sem alterações cognitivas que vive com o marido e um filho adulto. É assistente operacional num lar de idosos. Tem como antecedentes de saúde, HTA diagnosticada há 5 anos, obesidade, Insuficiência venosa periférica e asma. Após ter recorrido ao serviço de urgência por dispneia e dor torácica, fica internada com suspeita de TEP. Aquando do primeiro contacto com a cliente, esta encontrava-se no segundo dia de internamento.

À semelhança do caso 1, também o caso 2, retrata uma cliente em regime de internamento, cuja doença crónica de base é a HTA. Como o enquadramento teórico dos dois casos é semelhante, optou-se por não repetir os conteúdos. Face ao exposto, o enquadramento teórico, encontra-se explanado no caso 1, pelo que se sugere que seja consultado o capítulo 3.1. Enquadramento teórico.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-16 15:00:00	Omeprazol 20mg às 7 horas (jejum)	
2024-11-16 15:00:00	Bisoprolol 2,5mg às 7 horas	
2024-11-16 15:00:00	Perindopril 8mg+Idapamida2,5 às 7horas	
2024-11-16 15:00:00	levofloxacin 250mg às 7; 19 horas	
2024-11-16 15:00:00	Brometo Ipatropio às 7; 15; 23 horas	
2024-11-16 15:00:00	Montelucaste 10mg às 12 horas	
2024-11-16 15:00:00	Gabapentina 300mg às 7; 15; 22 horas	
2024-11-16 15:00:00	Daflon 1000mg às 7; 19 horas	
2024-11-16 15:00:00	Lercanidipina 10mg às 7 horas	
2024-11-16 15:00:00	Hidrocortisona 100mg às 7; 19 horas	
2024-11-16 15:00:00	Beclotaide Forte às 12; 23 horas	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Omeprazol 20mg

O omeprazol integra a classe dos inibidores da bomba de protões gástrica. O omeprazol tem um efeito terapêutico significativo na redução da quantidade de ácido acumulado no interior do estômago, ligando-se a uma enzima nas células gástricas parietais na presença de pH gástrico ácido, prevenindo o transporte de iões de hidrogénio para o lúmen gástrico. Este processo resulta na diminuição do refluxo gastroesofágico e na promoção da cicatrização de úlceras no duodeno. Como atividades de vigilância de enfermagem destacam-se a necessidade de identificar a presença de dor abdominal ou epigástrica, presença de sangue nas fezes ou cefaleias persistentes (Deglin & Vallerand, 2003).

Bisoprolol 2,5mg

O bisoprolol é um anti-hipertensor, classificado como beta bloqueador adrenérgico beta. Os bloqueadores beta-adrenérgicos ou betabloqueadores são uma classe de fármacos que têm em comum a capacidade de bloquear os recetores beta da noradrenalina. Entre as atividades de vigilância de enfermagem, destaca-se a importância de monitorizar regularmente a frequência cardíaca e a pressão arterial, especialmente durante ajustes na dose medicamentosa, os quais

devem ser realizados com maior frequência. Um dos efeitos adversos associados ao uso deste medicamento incluiu a bradicardia sintomática, hipotensão arterial e broncoespasmos. Se apresentar uma frequência cardíaca inferior a 50 batimentos por minutos não deve tomar o medicamento e deve comunicar o mais breve ao médico assistente (Deglin & Vallerand, 2003).

Lercanidipina 10mg

A lercanidipina é um anti-hipertensor, bloqueador da entrada do cálcio, do grupo das di-hidropiridinas e inibe o influxo transmembranar de cálcio para os músculos cardíaco e liso, diminuindo desse modo a resistência periférica total. Está indicado para o tratamento da hipertensão essencial ligeira a moderada. Entre as atividades de enfermagem, é importante transmitir ao cliente que deverá evitar o consumo de bebidas alcoólicas porque podem potenciar o efeito vasodilatador dos fármacos anti-hipertensores e não deve comer toranjas nem beber sumo de toranja, pois isso poderá aumentar o efeito da lercanidipina. Destaca-se a necessidade de monitorizar regularmente a frequência cardíaca e a pressão arterial. Tem como principais efeitos secundários cefaleias, tonturas, edema periférico e taquicardia, palpitações e rubor (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/lercanidipina/informacao-geral>).

Perindopril 8mg+Idapamida2,5mg

É um fármaco anti-hipertensor, que resulta de uma associação de duas substâncias ativas: o perindopril pertence a uma classe de medicamentos chamada inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA); a indapamida é um diurético. Os diuréticos aumentam a quantidade de urina produzida pelos rins. Contudo, a indapamida é diferente de outros diuréticos, porque só provoca um ligeiro aumento na quantidade de urina produzida. Cada um dos componentes ativos reduz a pressão sanguínea e trabalham juntos para controlar a pressão sanguínea. Este medicamento deve ser tomado de manhã, com um copo de água. Entre as atividades de vigilância de enfermagem, destaca-se a importância de monitorizar regularmente a frequência cardíaca e a pressão arterial. Como efeitos secundários, a pessoa pode apresentar dores de cabeça, tonturas, vertigens, picadas e formigueiro, alterações da visão, zumbidos, sensação de cabeça oca devido à diminuição da pressão arterial e sensação de fadiga (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/perindopril-indapamida/informacao-geral>).

Daflon 1000mg

O daflon é um medicamento venotrópico que contém bioflavonoides (designação dada a um grande grupo de metabolitos secundários da classe dos polifenóis que são componentes de baixo peso molecular, encontrados em diversas espécies vegetais). Os diferentes tipos de flavonoides são encontrados em frutas, flores e vegetais em geral, assim como no mel e em alimentos processados, como chá e vinho. Este medicamento tem uma ação anti-inflamatória, antitrombogénica, antidiabética, anticancerígena, antialérgica, antimicrobiana e neuro protetora. É indicado em flebologia, em proctologia, em oftalmologia, para a prevenção do risco

vascular geral. (
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/daflon-1000/informacao-geral>).

Gabapentina 300mg

A gabapentina integra a classe dos antiepilépticos e anticonvulsivantes. Está indicada para o tratamento da epilepsia e eventualmente é utilizado para o tratamento de dor ocasionada pela ação dos nervos periféricos. Pode provocar várias reações adversas, sobretudo fadiga, tonturas e sonolência, além disso, não pode ser interrompido de forma abrupta e afeta alguns exames laboratoriais como o Ames N- Multistick SG que resulta em falsos positivos para proteínas na urina. No que se refere às implicações para a enfermagem, é importante advertir os clientes para o facto da gabapentina poder provocar tonturas, sonolência e cansaço, pelo que se deverá ter cuidado em conduzir, manobrar máquinas complexas ou realizar outras atividades potencialmente perigosas até se perceber se este medicamento afeta a capacidade para realizar essas atividades ou não. A gabapentina não deve ser tomada em simultâneo com antiácidos, visto que a sua absorção no estômago pode se reduzida (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/gabapentina/informacao-geral>).

Montelukaste 10mg

O montelukaste faz parte do grupo farmacológico dos broncodilatadores, antagonistas dos leucotrienos. Está indicado no tratamento da asma como terapêutica adjuvante nos doentes com asma persistente ligeira a moderada, controlados de forma inadequada com corticosteroides inalados. A sua ação, consiste em antagonizar os efeitos dos leucotrienos que medeiam os seguintes efeitos: edema das vias respiratórias, contração do músculo liso e alteração da atividade celular, que têm como resultado a diminuição do processo inflamatório (Deglin & Vallerand, 2003). No que se refere às implicações para a enfermagem, os clientes devem ser informados para manter o tratamento mesmo sem sintomatologia e reforçar que a administração de montelukaste nunca deve ser feita por via oral quando se pretende tratar ataques agudos de asma, devendo nessas situações, os clientes, manter disponíveis os medicamentos habituais para as crises agudas. O montelukaste é de toma diária e deverá ser administrado uma hora antes ou duas horas depois da ingestão de alimentos (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/montelukaste/informacao-geral>).

Beclotaide Forte

O beclotaide forte é um corticoide inalatório, dado no tratamento de manutenção da asma como terapia profilática em clientes de 5 anos de idade e mais velhos, e no tratamento dos sintomas da rinite alérgica (sazonal ou perene) em clientes com 12 anos de idade e mais velhos. Possui acção anti-inflamatória nos pulmões e constitui tratamento preventivo de base para a asma. No que se refere às implicações para a enfermagem, é importante orientar os doentes considerados de risco, para a monitorização diária da função expiratória, alertar para o facto do medicamento

não se destinar à utilização na crise aguda, mas para controlo de rotina, a longo prazo. Para o alívio dos sintomas da asma aguda será necessário um broncodilatador inalado de ação rápida e curta duração. A técnica de inalação efetuada pelo doente deve ser verificada para certificar que a atuação do dispositivo é sincronizada com a inspiração, de modo que o fármaco atinja devidamente os pulmões (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/beclotaide-forte/informacao-geral>).

Brometo de Ipratrópio

O brometo de Ipratrópio é um broncodilatador antagonista colinérgicos. O brometo de Ipratrópio está indicado para o tratamento do broncospasmo reversível, associado à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Recomenda-se que seja utilizado concomitantemente com agonistas beta-2 por via inalatória, para o tratamento da obstrução reversível das vias aéreas na asma (dilata os canais das vias respiratórias, facilitando e aumentando a passagem de ar). Como intervenções de enfermagem, é importante explicar e verificar a técnica de inalação, para certificar que a atuação do dispositivo é sincronizada com a inspiração, de modo a que o fármaco atinja devidamente os pulmões. Convém ainda informar que o início de ação ocorre em poucos minutos após a inalação, entre 3 a 30 minutos, e dura, em média, de 5 a 6 horas. Se o tratamento não produzir melhoria significativa, ou até mesmo piorar, os clientes devem ser instruídos a procurar imediatamente o médico em caso de dispneia aguda ou agravamento súbito da mesma (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/atrovent-pa/informacao-geral>).

Hidrocortisona 100mg

A hidrocortisona é um corticosteróide com atividade glucocorticoide. Tem uma acção anti-inflamatória e imunossupressora. A dosagem de hidrocortisona endovenosa geralmente pode variar entre 100 mg a 500 mg, dependendo da gravidade do estado, e administrada por injeção intravenosa, por um período de 1 a 10 minutos. A dose pode ser repetida em intervalos de 2, 4 ou 6 horas, conforme a resposta do doente e a situação clínica. Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados usando a dose mais baixa efetiva pelo período de tempo mínimo. A reavaliação frequente dos clientes é necessária para titulação apropriada da dose face à actividade da doença. Embora os efeitos adversos associados a doses elevadas de corticosteróides no tratamento de curta duração sejam pouco frequentes, pode ocorrer ulceração péptica, pelo que terapêutica antiácida pode estar indicada (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/hidrocortisona/informacao-geral>).

Levofloxacina 250mg

A levofloxacina integra a classe dos antibacterianos, sendo um antibiótico utilizado para tratar infeções dos seios nasais, pulmões (como por exemplo uma pneumonia), rins e vias urinárias, próstata, pele e tecidos moles (incluindo a gordura e os músculos). Pode ser administado por via

oral ou via intravenosa. No que se refere à via intravenosa, a dose em adultos e em idosos com função renal normal é de 250 mg a 500 mg, uma ou duas vezes por dia. No que se refere às implicações para a enfermagem, salienta-se que a levofloxacina solução para perfusão, destina-se apenas a perfusão intravenosa lenta e o período de perfusão deve ser de, pelo menos, 30 minutos para 250 mg. ou 60 minutos para 500 mg. A levofloxacina não deverá ser administrada e em doentes com hipersensibilidade à levofloxacina, em doentes com epilepsia, em doentes com antecedentes de afeções tendinosas relacionadas com a administração de fluoroquinolonas (<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/levofloxacina/informacao-geral>).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

16-11-2024 15:00 - Antebraço Direita(o)

16-11-2024 15:00 - Características do dispositivo: CVPnº22.

16-11-2024 15:00 - Ausência de dor.

16-11-2024 15:00 - Ausência de calor.

16-11-2024 15:00 - Ausência de rubor.

16-11-2024 15:00 - Ausência de tumefação.

16-11-2024 15:00 - Ausência de exsudado.

16-11-2024 15:00 - Ausência de infiltração.

16-11-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 28-11-2024 15:00

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Tal como foi referido no caso clínico 1, os aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica, são essencialmente resultantes de uma ação complementar a uma prescrição médica, vinculando-se como necessária e fundamental, para a obtenção de melhores resultados para a saúde e de bem-estar para o cliente. Neste caso clínico, a utente possuía

cateter venoso periférico com a finalidade de administrar terapêutica endovenosa (levofloxacina e hidrocortisona) e óculo nasal para a administração de oxigenoterapia a 2 L/min. O EE deve apresentar conhecimentos técnico-científicos atualizados, para garantir cuidados de qualidade e identificar precocemente possíveis complicações associadas à presença de dispositivos, garantindo a segurança do cliente.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-11-2024 15:00	Autogestão do regime medicamentoso	
16-11-2024 15:00	Padrão alimentar	
16-11-2024 15:00	Padrão de exercício	
16-11-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
16-11-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
16-11-2024 15:00	Sistema respiratório	
16-11-2024 15:00	Sensações somáticas	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Assim como no caso clínico 1, a identificação dos domínios tem como objetivo priorizar os cuidados prestados, alinhando-os com as necessidades da cliente, com o contexto de estágio e o enquadramento teórico. Face ao exposto, selecionou-se um conjunto de domínios que relevam para a conceção de cuidados de enfermagem especializados.

Dos domínios selecionados para este caso, a autogestão do regime medicamentoso, o sistema cardiovascular e sondas, drenos e cateteres, são sobreponíveis ao caso clínico 1, pelo que, a fundamentação teórica já foi explanada anteriormente.

Autogestão do regime medicamentoso

A seleção do domínio autogestão do regime medicamentoso, como já referido foi explanada no Caso clínico 1, mas neste caso clínico em concreto, está relacionada com o diagnóstico de enfermagem autogestão do regime medicamentoso comprometida. Os objetivos que visam alcançar com a seleção deste domínio são: promover no cliente a autogestão do regime medicamentoso, melhorar o conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso, melhorar a consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea e melhorar o significado atribuído ao regime medicamentoso.

A seleção do domínio sistema cardiovascular está relacionada com o diagnóstico de HTA. Assim

sendo, pretende-se promover na cliente a capacidade para autogestão da pressão sanguínea, através de melhorar o conhecimento sobre a hipertensão e suas complicações, melhorar a capacidade para vigiar a pressão sanguínea e por fim melhorar o significado atribuído à HTA.

Padrão do exercício

A escolha deste domínio advém do diagnóstico autogestão do regime de exercício comprometido e da necessidade da cliente se consciencializar para a relação entre o exercício físico e controlo da tensão arterial, bem como melhorar o o significado atribuído ao regime de exercício. No que se refere ao regime de exercício, é de salientar que existe uma relação direta entre a prática de atividade física e o combate à obesidade e ao sedentarismo, o que de forma direta também atua como elemento de prevenção e controlo da HTA.

A obesidade pode ser caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura em comparação à massa corporal magra, resultante de um desequilíbrio entre a ingestão e o desgaste de calorias ou então em consequência de uma doença. O exercício físico é uma das maneiras de tratar a obesidade (Santos et al., 2021). A HTA representa um risco para diversas doenças e a atividade física aparece como uma alternativa não farmacológica eficaz na sua prevenção, controlo e tratamento.

Diferentes programas de exercício físico, como aeróbico, musculação e resistência, mostraram diminuição nos níveis da pressão arterial. Para além da diminuição de peso, comprovada pela percentagem de gordura eliminada, verifica-se uma melhor aptidão cardiorrespiratória. De maneira geral, a atividade física é vantajosa para os hipertensos assim como para o bem-estar geral (Kirinus et al., 2009).

Padrão Alimentar

A seleção do domínio padrão alimentar advém da identificação do diagnóstico de enfermagem autogestão do regime dietético comprometido. Nesta caso clínico em concreto, verificou-se que a cliente tinha potencial para melhorar o conhecimento sobre a gestão do regime dietético e identificou-se a necessidade de a consciencializar para a relação entre a dieta e os valores de tensão arterial. A dieta é um dos fundamentos do tratamento da HTA, juntamente com a medicação e a prática de atividade física. A prevenção da HTA pode ser adquirida por aspetos simples, como manter um peso saudável, alterar a alimentação e realizar exercícios físicos (Lima et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde em 2023, publicou o primeiro relatório sobre os efeitos globais devastadores da pressão alta, onde se refere às recomendações para combater a HTA. Das recomendações emanadas, estão fatores modificáveis, como mudanças no estilo de vida, nomeadamente adotar uma dieta mais saudável (OMS, 2023b). Uma dieta saudável é aquela que fornece a quantidade adequada de energia e nutrientes essenciais para o bom

funcionamento do organismo, deve incluir uma grande variedade de alimentos naturais e minimamente processados (OMS, 2023a). Manter uma alimentação saudável ao longo da vida evita não só a má nutrição em todas as suas formas, mas também doenças crónicas não transmissíveis e outras condições de saúde (OMS, 2019).

Sistema respiratório

O diagnóstico de TEP é um desafio, devido à sua apresentação variável e inespecífica. Os sintomas podem se manifestar desde quadros assintomáticos até eventos fatais, como a morte súbita. No entanto, a maioria dos pacientes apresenta sintomas clássicos, incluindo dispneia e taquicardia, dor torácica pleurítica ou subesternal, síncope e insuficiência cardíaca direita. A avaliação clínica inicial deve considerar não apenas os sintomas, mas também os fatores de risco e as comorbidades do cliente (Fonseca et al., 2025).

De acordo com o ICN, a dispneia é um processo do sistema respiratório que se caracteriza pelo movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade (ICN, 2019). A colheita de dados referente ao sistema respiratório permitiu conhecer as manifestações clínicas da cliente, nomeadamente a dispneia. Portanto, a seleção do domínio sistema respiratório, prendeu-se com o facto da dispneia ter sido uma das queixas que motivou a cliente a procurar cuidados de saúde. A hipótese de diagnóstico para esta cliente será a dispneia, para tal contribuíram os dados colhidos relacionados com a frequência respiratória, o ritmo respiratório, a utilização de músculos acessórios, a saturação de oxigénio no sangue e a comunicação de falta de ar.

Sensação somáticas

A dor é um dos sintomas mais prevalentes no contexto clínico e um dos principais motivos que levam os clientes a procurarem cuidados de saúde (DGS, 2017). Na Ontologia de enfermagem a dor está inserida no domínio das sensações somáticas, pois está diretamente relacionada à percepção sensorial. A dor pode ser definida como a alteração da percepção relacionada com o aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.” (<https://www.icn.ch/icnp-browser>).

O enfermeiro ao efetuar a avaliação detalhada da dor, considera a intensidade, localização, duração e fatores agravantes ou atenuantes, ddos estes que se apresentam como essenciais para planear intervenções adequadas. As estratégias podem incluir medidas farmacológicas e não farmacológicas, como relaxamento, posicionamento adequado e apoio emocional, visando

minimizar o desconforto e melhorar a qualidade de vida do cliente (Valério et al., 2019).

Neste caso clínico, a seleção do domínio das sensações somáticas está relacionada com a dor torácica apresentada pela cliente e que foi um dos sintomas que a levou a procurar cuidados de saúde, motivando a sua ida ao serviço de urgência.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Manifesta dor.

16-11-2024 15:00 - Dor

16-11-2024 15:00 - Localização da dor

16-11-2024 15:00 - Dorso Direita(o)

16-11-2024 15:00 - Intensidade da dor - 2.

16-11-2024 15:00 - frequência da dor - intermitente.

16-11-2024 15:00 - duração da dor - aguda.

16-11-2024 15:00 - dor de tipo - pontada.

16-11-2024 15:00 - Determinar evolução da dor

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da dor (Dorso Direita(o))

28-11-2024 15:00 - Localização da dor

28-11-2024 15:00 - Dorso Direita(o)

28-11-2024 15:00 - Intensidade da dor - sem dor.

28-11-2024 15:00

28-11-2024 15:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Sistema respiratório

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

16-11-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular.

16-11-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

16-11-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

16-11-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

16-11-2024 15:00 - Com adejo nasal.

16-11-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

16-11-2024 15:00 - Periférico(a): 92 %.

16-11-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

16-11-2024 15:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

16-11-2024 15:00 - Reflexo da tosse: presente.
16-11-2024 15:00 - Expele as secreções das vias aéreas.
16-11-2024 15:00 - Sons respiratórios: normais.
16-11-2024 15:00 - Secreções em moderada quantidade.
16-11-2024 15:00 - Secreções fluídas.
16-11-2024 15:00 - Secreções esbranquiçadas.

16-11-2024 15:00 - Dispneia [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da dispneia [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Melhorar ventilação [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 28-11-2024 15:00

28-11-2024 15:00

28-11-2024 15:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
28-11-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
28-11-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
28-11-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
28-11-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
28-11-2024 15:00 - Sem adejo nasal.
28-11-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue
28-11-2024 15:00 - Periférico(a): 97 %.
28-11-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.
28-11-2024 15:00 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Localização do Pulso

16-11-2024 15:00 - Punho Direita(o)

16-11-2024 15:00 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

16-11-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

16-11-2024 15:00 - Pulso rítmico.

16-11-2024 15:00 - Pulso simétrico.

16-11-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)

16-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 182 mmHg.

16-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

16-11-2024 15:00 - Hipertensão

16-11-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador

[MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora
[MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Significado atribuído à hipertensão: desvalorização.

28-11-2024 15:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador
[MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipertensão [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [FIM]

28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre hipertensão [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [FIM]

28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para vigiar pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Instruir a vigiar a pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Treinar a vigiar pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à hipertensão [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à hipertensão [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]

28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea

28-11-2024 15:00 - Adota comportamentos de autogestão da pressão sanguínea.

28-11-2024 15:00 - Refere satisfação com a autogestão da pressão sanguínea.

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso

e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: regime dietético

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: regime de exercício

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre regime de exercício [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [FIM]

28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

28-11-2024 15:00

28-11-2024 15:00 - Localização do Pulso

28-11-2024 15:00 - Punho Direita(o)

28-11-2024 15:00 - Frequência do pulso: 69 pulsações por minuto.

28-11-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

28-11-2024 15:00 - Pulso rítmico.

28-11-2024 15:00 - Pulso simétrico.

28-11-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-11-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)

28-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

28-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

Autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

16-11-2024 15:00 - Organiza a medicação conforme horário.

16-11-2024 15:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

16-11-2024 15:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

16-11-2024 15:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

16-11-2024 15:00 - Administra a medicação pela via adequada.

16-11-2024 15:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

16-11-2024 15:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

16-11-2024 15:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

16-11-2024 15:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

28-11-2024 15:00 - facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

28-11-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e efeitos secundários.

28-11-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre resposta à medicação

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO]

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Instruir a administrar medicação [FIM] 28-11-2024 15:00

28-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso [RESOLVIDO]

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso 28-11-2024 15:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

28-11-2024 15:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime

medicamentoso.

28-11-2024 15:00

28-11-2024 15:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

28-11-2024 15:00 - Organiza a medicação conforme horário.

28-11-2024 15:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

28-11-2024 15:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

28-11-2024 15:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

28-11-2024 15:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Número de refeições diárias: 4.

16-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

16-11-2024 15:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

16-11-2024 15:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

16-11-2024 15:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

16-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

16-11-2024 15:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

16-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

16-11-2024 15:00 - Excesso de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

16-11-2024 15:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

16-11-2024 15:00 - Autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: regime dietético

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

28-11-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em gorduras [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em energia [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

28-11-2024 15:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime dietético.

28-11-2024 15:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime dietético mas disponibilidade para melhorar.

Padrão de exercício

16-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

16-11-2024 15:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

16-11-2024 15:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

16-11-2024 15:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

16-11-2024 15:00 - Autogestão do regime de exercício

16-11-2024 15:00 - Promover autogestão: regime de exercício

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

16-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-11-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização.

28-11-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização [MANTEVE].

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre regime de exercício [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre exercício físico [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia [FIM] 28-11-2024 15:00

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

16-11-2024 15:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

16-11-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal

16-11-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício

16-11-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

16-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

28-11-2024 15:00 - Não adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

28-11-2024 15:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime de exercício e indisponibilidade para melhorar.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar sobre a necessidade de separar a medicação fora de uso;

- Informar sobre a importância de ter um esquema terapêutico impresso como auxiliar para a gestão da medicação;
- Informar sobre a importância de confirmar a nome, dose e horário do medicamento;
- (Deglin e Vallerand, 2003; Camarneiro, 2021).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar sobre a ação dos diferentes medicamentos;
- Informar sobre os efeitos secundários de cada medicamento;
- (<https://www.indice.eu/pt/>; Deglin &Vallerand, 2003)

Ensinar sobre regime dietético

- Informar sobre os benefícios de ter alimentação diversificada e baseada em produtos naturais;
- Informar sobre o número de refeições diárias;
- Informar sobre a necessidade de reduzir o consumo de açúcar e evitar adicioná-lo aos alimentos;
- Informar sobre a necessidade de evitar o consumo de alimentos processados;
- Informar sobre formas mais saudáveis de confeccionar os alimentos: grelhados, cozidos, estufados e a vapor;
- Informar sobre a necessidade de aumentar a ingestão, nozes, sementes, leguminosas e cereais integrais;
- Informar sobre a necessidade de ingestão de pelo menos 1,5L água;
- (OMS,2005; DGS, 2013; McEvoy et al 2024)

Ensinar sobre regime de exercício

- Informar sobre as vantagens do exercício físico: redução dos níveis de pressão arterial, redução de peso, diminuição da gordura visceral e melhoria da capacidade cognitiva;
- Informar sobre os diferentes tipos de exercício físico: 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75-150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa, por semana;
- (OMS, 2005; Bull et al., 2020; Vieira et al., 2023).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre nome do medicamento, principal indicação, posologia, reações adversas e precauções especiais da sua utilização;
- Informar sobre o regime medicamentoso com recurso a esquema terapêutico escrito: nome do medicamento, dose e horário;
- (Carmaneiro 2021; Deglin e Vallerand, 2003; Rubio et al., 2015).

Instruir a vigiar a pressão sanguínea

- Informar a cliente que deve fazer avaliações duplicadas uma ou duas vezes por semana (mais frequente) ou por mês (requisito mínimo);
- Escolher um local tranquilo e confortável: a pessoa deve estar sentada, de costas apoiadas na cadeira, sem pernas cruzadas, e com os pés apoiados no chão, o braço despido e pousado numa mesa com o ponto médio do braço ao nível do coração;
- Informar que não deve fumar, tomar café, comer ou realizar exercício durante os 30

minutos que antecedem a avaliação da pressão arterial;

- Permanecer sentado e relaxado por 3 a-5 minutos antes da avaliação da tensão arterial; evitar falar durante, ou entre as avaliações da tensão arterial;
- Ajustar a braçadeira à volta do braço;
- Registar os valores de pressão arterial com data e hora da avaliação;
- (Williams et al., 2018; Stergiou et al., 2021; McEvoy et al., 2024).

Ensinar sobre hipertensão

- Informar sobre os valores de referência que a cliente deve manter (valores de tensão arterial inferiores a 135/85mmHg);
- Informar que um valor de pressão arterial superior a 140/90mmHg é HTA;
- Informar sobre sinais e sintomas de HTA (visão turva, cefaleias, náuseas vômitos, zumbidos, palpitações);
- Informar sobre as principais complicações da HTA (AVC, EAM, Insuficiência renal, Insuficiência cardíaca, perda gradual de visão e arteriosclerose);
- Informar sobre o padrão alimentar na HTA: fazer 5 a 6 refeições por dia, optar por uma dieta rica em fruta e legumes frescos, preferir cereais integrais, peixe e carnes magras (frango e peru), ingerir 1,5L de água por dia, ingerir leite, derivados do leite e iogurtes Magros, evitar conservas, enchidos, salgados, batatas fritas de pacote, bolachas de água e sal, evitar o consumo de molhos e temperos prontos, evitar o consumo de açúcar, reduzir a ingestão de sal nos alimentos, optar pelos alimentos centos, substituindo-o por limão e ervas aromáticas, confeccionar os alimentos em pouca gordura, optando pelo uso de azoados e grelhados e experimentar também os estufados, assados e cozidos a vapor;
- Informar sobre o regime de exercício: recomendar a realização de, pelo menos, 150-300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75-150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa, por semana;
- Informar sobre o regime medicamentoso: cumprir de forma rigorosa o esquema terapêutico instituído;
- (DGS, 2013a; DGS, 2013a; Williams et al., 2018; McEvoy et al., 2024; OMS /Organização Pan- Americana da Saúde, 2019).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Promover escuta ativa;
- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a cliente;
- Informar sobre a importância do controlo da pressão arterial através da tríade: exercício físico, alimentação e medicação;
- Analisar com a cliente a desvalorização da toma de medicação;
- Analisar com a cliente a importância da avaliação e controlo de pressão arterial;
- Fornecer estratégias como guias, informo terapia e/ou encaminhamento para outros profissionais de saúde;
- (Camarneiro, 2021; DGS, 2013b; DGS, 2013b; OMS, 2023).

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal

- Analisar com a cliente o conhecimento sobre o exercício e o peso corporal;
- Informar sobre as vantagens da prática do exercício físico;

- Informar sobre a relação entre o exercício e o gasto de calorias;
- (OMS, 2005; SNS, 2023; Bull et al., 2020; Vieira et al., 2023).

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Explicar os efeitos do sal e relacionar com a alimentação saudável;
- Explicar à cliente que deve evitar a carne e peixe defumados, produtos enchidos e charcutaria;
- Informar a cliente que deve evitar carnes vermelhas e peixe salgados;
- Informar a cliente que deve evitar produtos enlatados;
- Informar a cliente que deve evitar a compra de refeições e molhos já confencionados;
- Informar que o uso ervas aromáticas, pode substituir o sal;
- Reduzir o consumo de sal até 5 gramas por dia (colher de chá);
- (OMS, 2012a; Organização Pan-Americana da Saúde, 2019).

Ensinar sobre dieta restrita em gorduras

- Informar sobre consumo de laticínios com baixo níveis de gordura (magros);
- Informar sobre a necessidade de consumir preferencialmente carnes magras (frango, peru, coelho);
- Informar sobre a restrição de enchidos;
- Informar sobre a restrição de manteiga, banha e óleos, optando preferencialmente, por utilizar o azeite;
- (OMS, 2003; DGS, 2013b; McEvoy et al., 2024).

Ensinar sobre dieta restrita em energia

- Informar sobre a necessidade de evitar o consumo de álcool;
- Informar sobre a necessidade de restringir o consumo de açúcar em bolos e alimentos processados;
- Informar sobre a redução de consumo de fritos e alimentos já preparados;
- Informar sobre a necessidade de evitar consumo de bebidas açucaradas;
- (OMS, 2005; McEvoy et al 2024).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia

- Entrega de panfleto com informação relativa ao regime dietético.

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Analisar com a cliente que tipo de exercício a motiva;
- Analisar com a cliente o que existe disponível na sua zona de residência, ou optar por caminhadas;
- Informar sobre a necessidade do exercício físico ser realizado de forma contínua e no mínimo 150 a 300 minutos, por semana;
- (OMS, 2005; Vieira et al., 2023; McEvoy et al., 2024).

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia

- Entrega de panfleto com sugestão de exercícios.

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Analisar com a cliente a importância de cumprir esquema terapêutico e o seu impacto no controlo da pressão arterial;
- Analisar com a cliente a importância de evitar o aparecimento das complicações da HTA;
- Identificar os benefícios da cliente participar no seu plano de cuidados;
- (Williams et al., 2018; Carmareiro, 2021; McEvoy et al., 2024).

Ensinar sobre exercício físico

- Avaliar junto da cliente o conhecimento sobre o exercício físico;
- Informar sobre benefícios da prática de exercício físico;
- Informar sobre diferentes tipos de exercício como por exemplo: caminhar, natação, ioga, pilatos, andar de bicicleta;
- Recomendar a realização de, pelo menos, 150-300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75-150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa, por semana;
- Informar a cliente para a necessidade de se aconselhar com o seu médico assistente, caso exista alguma situação que condicione a prática de exercício físico;
- (OMS, 2005; Bull et al., 2020; Vieira et al., 2023).

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Informar sobre os diferentes tipos de exercícios (caminhada, natação, pilatos);
- Recomendar a realização, de pelo menos, 150-300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75-150 min de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa por semana;
- (OMS, 2005; Bull et al., 2020; Vieira et al., 2023)

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- Informar sobre as possíveis complicações da HTA nos diferentes órgãos: AVC, EAM, rombozes, Insuficiência renal, Insuficiência cardíaca, perda gradual de visão e arteriosclerose;
- (OMS, 2005; Williams, et al. 2018; McEvoy et al., 2024).

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

- Avaliar o conhecimento da utente sobre a relação entre a alimentação e controlo da pressão arterial;
- Informar sobre o efeito de uma alimentação com restrição de sal no controlo da pressão arterial;
- Informar sobre os benefícios de uma alimentação saudável quer no controlo de peso como no controle da pressão arterial;
- (OMS, 2003; DGS, 2013b; McEvoy et al 2024).

Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

- Informar sobre a medicação, nomeadamente a indicação, a dose e o horário da administração;
- Informar sobre a importância de tomar a medicação de forma contínua;

- Informar sobre a importância de avaliar a tensão arterial e proceder ao seu registo;
- (Deglin e Vallerand, 2003; Williams et al., 2018; McEvoy et al., 2024).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Disponibilizar guia terapêutico atualizado com nome dose e horário da medicação.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Analisar com a cliente a relação entre obesidade, hipertensão e alimentação;
- Estabelecer com a cliente a relação entre a toma de medicação anti-hipertensiva e os valores de tensão arterial;
- Contratualizar com a cliente a alteração de alguns hábitos a nível alimentar, incentivar à prática de exercício físico (começando com caminhadas) e incentivar à toma contínua da medicação, até à nova consulta para que se possam analisar os resultados;
- contratualizado no internamente, relativo aos hábitos alimentares, prática de exercício físico e toma contínua da medicação, permitindo orientar ou esclarecer alguma dúvida da cliente;
- (Deglin e Vallerand, 2003; OMS, 2005; DGS, 2013b; McEvoy et al 2024).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Informar os possíveis efeitos secundários da medicação:
- Omeprazol 20mg - dor abdominal, epigastralgias, cefaleias, sangue nas fezes;
- Bisoprolol 2,5mg - bradicardia e hipotensão;
- Lercanidipina 10mg - dor de cabeça, tonturas, edema periférico, taquicardia, palpitações, rubor;
- Brometo Ipatropio - tosse, dor de garganta e rouquidão, boca seca, diarreia, prisão de ventre, vômitos e dor de cabeça;
- Perindopril 8mg + Indapamida 2,5mg - dores de cabeça, tonturas, vertigens, picadas e formigueiro, alterações da visão, zumbidos, sensação de cabeça oca devido à diminuição da pressão, sensação de fadiga;
- Montelucaste 10mg - erupções cutâneas, inchaço da face, lábios, língua e/ou garganta, pode provocar dificuldades a respirar ou engolir;
- Gabapentina 300mg - tonturas, sonolência e cansaço;
- Daflon 1000mg - urticária, dificuldade em respirar, inchaço do rosto, lábios, língua ou garganta;
- (<https://www.indice.eu/pt/>; Deglin & Vallerand, 2003).

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

- Avaliar o conhecimento da cliente sobre a relação entre a prática de exercício e o controlo da pressão arterial;
- Informar sobre o efeito que o exercício físico tem no controlo da pressão arterial;
- Informar que o exercício físico tem uma ação sobre a diminuição do peso e consequentemente sobre a pressão arterial;
- (OMS, 2005; Junior & Almeida, 2003; Godinho et al., 2021).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Informar sobre a leitura dos rótulos;

- Informar a importância de ser a própria a adquirir os produtos alimentares;
- Informar sobre a importância de ser a própria a confeccionar as refeições;
- Aconselhar a utilização de produtos alimentares frescos;
- (DGS, 2013b; McEvoy et al., 2024; OPAS/OMS Organização Pan-Americana, 2019).

4.8. Síntese relativa ao caso

O caso clínico incidiu sobre uma mulher de 55 anos que recorreu ao serviço de urgência com toracalgia, dificuldade respiratória e crise hipertensiva. Ficou internada no serviço de Medicina de 16 de novembro a 29 de novembro com o diagnóstico médico de suspeita de TEP. Tem registo de internamento por cirurgia às cataratas há 8 meses e um internamento motivado por uma pneumonia há 3 meses. Aquando da admissão apresentava uma tensão arterial de 182/82mmhg, um pulso 71 bat/min, uma saturação de oxigénio periférica de 88% e uma temperatura timpânica de 36,2 °C. A cliente pesa 90 Kg e apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 34 o que corresponde a obesidade grau I. Tem como antecedente pessoais de saúde: obesidade, Insuficiência venosa periférica, HTA e asma. Faz seguimento médico pontual, justificando-se com o facto de ter ficado sem médico de família, há aproximadamente um ano. Do ponto de vista profissional, é auxiliar num lar de idosos e refere que trabalha por turnos, fazendo um horário rotativo. A cliente é casada, tem dois filhos e um neto. Atualmente vive com o marido que é pedreiro e um filho com formação superior.

Conforme o preconizado num processo de enfermagem e após a colheita de dados através de conversa orientada com a cliente sobre a sua condição, com o propósito de identificar os problemas atuais bem como os potenciais, constatou-se que a mesma não tinha médico de família, não tinha práticas de vigilância regular da tensão arterial, não cumpria com rigor o regime medicamentoso, não tinha uma alimentação equilibrada, diversificada e apropriada à sua doença crónica, tinha excesso de peso e não reconhecia a prática de exercício físico como adjuvante no controlo e tratamento da HTA. A sua preocupação estava mais direcionada para a dificuldade respiratória que sentia. Após o diagnóstico de situação foram estabelecidas prioridades e planeadas intervenções, para os seguintes domínios: sistema cardiovascular, autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar, padrão de exercício, sistema respiratório, sensações somáticas e drenos e cateteres.

Assim no domínio do sistema cardiovascular foi considerado pertinente melhorar conhecimento da cliente sobre hipertensão, nomeadamente: sinais e sintomas, suas complicações e concomitantemente orientar para a necessidade vigiar a pressão sanguínea com frequência. Com efeito, estratégias educativas assentes na transmissão de informação permitem ao cliente articular e desenvolver habilidades promotoras de comportamentos saudáveis (Borges et al.,

2022). Relativamente a esta matéria, constatou-se que a cliente não possuía aparelho automático no domicílio para avaliar a tensão arterial, mas mostrou-se receptiva à adoção de novos comportamentos e apresentou como estratégia, passar a avaliar a tensão arterial no local que trabalho, visto que trabalhava num lar de idosos, que disponha de vários aparelhos e lidava com profissionais de saúde que a poderiam ajudar em caso de dúvidas.

Quando nos referimos ao domínio da autogestão, esta para além de englobar a gestão de sinais e sintomas, também abrange a capacidade de gestão do regime terapêutico, nomeadamente do regime medicamentoso, regime dietético e regime de exercício, bem como a necessidade de aceitação que a doença crónica lhe impõe e de adaptação face aquilo que são as suas rotinas diárias. Como foram detetadas necessidades de intervenção nos três componentes do regime terapêutico, procedemos de seguida à sua análise em relação a este caso clínico.

No que se refere ao domínio do regime medicamentoso, aquando da colheita de dados foram detectados vários défices de conhecimento, pelo que foi emergente capacitar a cliente, para a autogestão do regime medicamentoso e consciencializá-la para a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea. A cliente não tomava medicação para a hipertensão, porque deixou de tomar os anti-hipertensores depois de ter tido um episódio de hipotensão, após ter sido submetida a uma intervenção cirúrgica às cataratas. Segundo a cliente, na altura foi-lhe suspensa a medicação, mas o que posteriormente lhe foi esclarecido é que a suspensão do anti-hipertensor foi apenas no dia após a cirurgia e não de forma definitiva. Porém, a cliente refere que se sentia assintomática, pelo que suspendeu de forma definitiva o anti-hipertensor, por iniciativa própria. Face ao exposto, a cliente foi esclarecida que a HTA é uma doença crónica que não tem cura, e que pode ser controlada por meio da gestão eficaz do regime terapêutico; foi também reforçado o facto de ser uma doença silenciosa e que, quando não controlada, provoca danos em vários órgãos por vezes irreversíveis. As estratégias para capacitar o cliente devem ir de encontro às suas necessidades, verificando-se que muitas das vezes prendem-se com falta de informação, a desvalorização da doença por ser silenciosa, o baixo nível de escolaridade, a coexistência de polimedicação, os efeitos secundários indesejáveis e a percepção errada do estado de saúde (Souza et al., 2023).

Ainda neste domínio, e com base no “saco” da medicação da cliente, foi possível observar diversa medicação, inclusive a que já não tomava, medicação repetida e medicação inalatória fora do prazo de validade. Neste sentido, optou-se por avaliar o conhecimento que a cliente tinha sobre os diferentes medicamentos, seguindo-se o esclarecimento sobre a sua ação e possíveis efeitos secundários, alertando-a igualmente para a necessidade de cumprir a dose e o horário de cada medicamento. Em termos práticos, e com a participação ativa da cliente, foi separada a medicação atual da que já estava suspensa e excluída a que estava fora do prazo de validade. Simultaneamente, a cliente foi alertada para o nome comercial e princípio ativo de cada fármaco, uma vez que havia a duplicação de medicação como, por exemplo, o concor e o bisoprolol. Uma das intervenções decorrente destes dados, foi a elaboração de um esquema

terapêutico escrito, com os nomes dos medicamentos, dosagem e respetivos horários, de modo a que fosse utilizado como um guia orientador. A cliente também foi aconselhada a requerer médico de família, até porque, existe resposta para toda a população local, o que ajudaria não só no que respeita ao controlo da medicação, mas também no acompanhamento do seu estado de saúde em geral. Quando o cliente assume, como está a sua saúde e percebe as razões de ser e o porquê da necessidade de mudança, torna-se capaz de mudar (Santos & Lima, 2008).

Um dos domínios onde se identificaram várias necessidades para esta cliente e que foi alvo de atenção nos vários contatos, foi o padrão alimentar, não só pelo papel que desempenha no controlo da tensão arterial, mas também pelo facto da cliente ser obesa. A falta de conhecimento e hábitos alimentares muito enraizados pela cultura e modo de vida da cliente, estiveram na base do diagnóstico de situação. A cliente vive em meio rural, se por um lado tem sazonalmente acesso a produtos hortícolas frescos, por outro lado cria porco, de onde obtém a banha para cozinhar, faz enchidos e o marido vai à pesca e salga o peixe que apanha. Efetivamente expor os alimentos ao sal e ao fumo, são formas de os prolongar no tempo, permitindo que possam ser consumidos posteriormente e não apenas enquanto estão frescos, mas acarreta riscos para a saúde das pessoas.

Refere ainda que quando não tem fruta da época ou algum produto hortícola e não encontra a vender na freguesia, opta por comprar enlatados. Neste contexto, a cliente foi informada sobre a importância de uma alimentação saudável, não só pelo seu bem-estar geral, mas acima de tudo como uma aliada no controlo da hipertensão, salientando que a hipertensão e obesidade são dois fatores importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares graves (Neto et al., 2019).

No âmbito do padrão alimentar, também foi explicada a necessidade de reduzir o consumo de sal da alimentação, uma vez que é fundamental para o controlo da tensão arterial. As recomendações em vigor, referem que o consumo de sal deve ser de 5g, o que equivale a uma colher de chá por dia. A cliente foi alertada de que poderia recorrer a ervas aromáticas como salsa, manjerição, coentros e orégãos como forma de substituição do sal. Pelo elevado teor de sal foi incentivada a evitar enchidos, charcutaria, peixe salgado, produtos enlatados, refeições e molhos já confeccionados. Embora tenham sido várias as estratégias de incentivo, a alteração de alguns padrões alimentares nomeadamente relacionados com o consumo de sódio, vislumbra-se como algo difícil de gerar mudança, referindo várias vezes “não estou doente dessa maneira” ou “sai caro comer coisas saudáveis” (sic.). A realidade constatada neste caso clínico, vai de encontro à evidência científica consultada, pois são vários os fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico entre eles a baixa escolaridade, as desigualdades sociais, o baixo poder de compra, o não aceitar a necessidade de mudar hábitos, a doença ser assintomática, a falta de compromisso com o tratamento, a falta de instrução da doença e a dificuldade em seguir o regime terapêutico (Macete & Borges, 2020).

Com o evoluir do internamento e através dos diferentes contatos, foi possível verificar maior receptividade, chegando mesmo a referir que a comida que lhe era servida era saborosa. A intervenção junto desta cliente teve que ser feita de forma gradual; assim, umas vezes abordando o número de refeições, a necessidade de ingestão de líquidos, outras vezes demonstrando a confeção de receitas simples, sugerindo a leitura de rótulos com recurso ao sistema de cores ou mesmo a entrega de panfleto informativo (Anexo II). Desta forma, proporcionaram-se estratégias de envolvimento da cliente no seu problema de saúde que ajudaram a torná-la cada vez mais consciencializada para a mudança de hábitos alimentares. Uma das decisões que a própria tomou foi não continuar a criar porco, porque já eram só três pessoas em casa e sabia que, a partir de agora, não podia comer a maior parte das carnes oriundas do porco, pois tinha decidido priorizar a sua saúde.

Quanto ao domínio padrão de exercício foi evidente que os significados atribuídos ao exercício físico foram dificultadores, pois a mesma referia que “faço caminhadas todos os dias para ir trabalhar, faço as voltas que são precisas, se não fez bem, já não vai fazer” (sic). Mesmo transmitindo as vantagens do exercício físico para o controlo da HTA e do peso, bem como os diferentes tipos de exercício que poderia realizar, não foi possível a cliente durante o internamento desenvolver a consciencialização para a prática de exercício físico. É notório que a população mesmo ciente dos benefícios, não desenvolve hábitos de fazer exercício físico (Lima et al., 2021).

Resumindo, a evolução da cliente foi positiva nos diferentes domínios de atenção, com um envolvimento que decorreu de forma gradual. No que se refere ao regime medicamentoso, verificou-se mudanças, visto que a cliente passou a organizar rigorosamente a sua medicação depois da criação de um guia terapêutico. Quanto ao padrão alimentar, as mudanças mais notórias decorreram da vontade expressa em deixar de criar porco. Evitando assim o consumo de grande parte dos alimentos desaconselhados. Contudo, relativamente ao padrão de exercício, apesar de ter sido alvo de intervenção do EE não se verificou volição por parte da cliente em mudar.

A seleção do domínio sondas, drenos e cateteres decorre da presença de um cateter venoso periférico para administração de terapêutica endovenosa. Foram tidas em conta medidas e protocolos de atuação quanto ao uso e manutenção do mesmo, de forma a garantir uma assistência com qualidade e segurança.

No que se refere ao domínio do sistema respiratório, neste caso, foram instituídas as medidas farmacológicas, procedeu-se à avaliação dos parâmetros respiratórios conforme a prescrição e manteve-se a vigilância de sinais ou sintomas de agravamento respiratório.

Num segundo contato mantiveram-se todos os domínios com exceção do domínio sondas drenos e cateteres uma vez que a terapêutica endovenosa foi suspensa. O domínio do sistema respiratório e sensações somáticas também deixaram de ser alvo de intervenção do enfermeiro,

visto que a cliente apresentou melhoria do seu estado geral e deixou de apresentar dispneia e dor.

A colaboração entre o cliente e enfermeiro é essencial tanto para a identificação de problemas como na definição de objetivos para o plano de cuidados, antecipando os desafios que possam surgir na sua realização, mas promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades para a resolução de problemas (Sousa et al., 2021).

Fazendo uma breve reflexão do caso com o objetivo de encontrar pontos em comum com a teoria das transições em enfermagem desenvolvida por Meleis (2010) podemos constatar que estamos perante uma transição, destacando a cliente independente “saudável” (antes da admissão), admitida por dificuldade respiratória com suspeita de TEP (evento crítico). Assim sendo, estamos perante a vivência de um processo de transição de tipo saúde-doença de padrão único. Inicialmente verifica-se que a cliente reúne uma série de condicionalismos que podem dificultar a transição, nomeadamente, baixo nível de literacia, limitações económicas, crenças, desvalorização da doença e padrões culturais muito enraizados.

Como indicadores de processo destacam-se o interesse e envolvimento por parte da cliente, e a relação existente entre a cliente e o enfermeiro. A destacar alguns condicionalismos, nomeadamente as crenças pessoais e significados atribuídos à medicação e ao exercício físico ou desvalorização da HTA enquanto doença crónica. Como resultado das intervenções de enfermagem, notou-se na cliente uma evolução positiva nos diferentes domínios com um envolvimento gradual na sua transição saúde-doença. Notou-se uma participação ativa da cliente no seu projeto de saúde, apresentando por vezes soluções para contornar os obstáculos. Como exemplos, destaca-se a dificuldade em adquirir aparelho para a medição da pressão arterial, cuja cliente passou a fazer no seu local de trabalho; a sua participação na organização da terapêutica e elaboração do guia; a solicitação de informação escrita de forma a ter presente tudo o que precisava saber e ainda a vontade expressa de deixar de criar o porco, um hábito que estava enraizado no seu padrão cultural.

Os indicadores de resultado indicam que a cliente iniciou o processo de consciencialização, isto é, há evidência na mudança de comportamentos, especialmente no que se refere ao regime medicamentoso e padrão alimentar, uma vez que fez mudanças para lidar com a sua condição. Assim, é possível identificar que a cliente se encontra na direção da saúde, embora continue a desvalorizar a prática de exercício físico.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Enfermeiro Especialista

O exercício profissional do enfermeiro encontra-se estruturado por um conjunto de normas, regulamentos e orientações que são os referenciais de boa prática da profissão, dos quais se destacam o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 190/2015, de 23 de Abril, que define o perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, que define o perfil das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamentação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº 429/2018), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017) e o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 743/2019, de 35 de Setembro, que aprova a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

O EE é definido pelo Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento nº140/2019, a atribuição do título de especialista, a um enfermeiro, pressupõe um leque de competências comuns passíveis de se aplicarem em qualquer contexto profissional, designadas de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e que envolvem “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4744). Estas competências dividem-se então nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O EE deve orientar a sua prática profissional segundo as competências comuns no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; isto porque, é esperado que o EE desenvolva “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e que deve promover

uma prática de cuidados que “respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

No decurso do ENP, foi realizada uma avaliação fundamentada das necessidades e preferências das clientes, com o objetivo de prestar cuidados personalizados, respeitando a sua individualidade, dignidade e autonomia, promovendo o devido consentimento informado.

Foram vários os momentos em que foi necessário obter o consentimento informado, nomeadamente para a realização do estudo de caso, tendo cumprido com rigor o dever de confidencialidade e o sigilo profissional. A obtenção do consentimento informado por parte do EE constitui um aspeto vital dos cuidados de enfermagem, sendo fundamental para que o doente e a sua família disponham de informação adequada sobre o tratamento, incluindo riscos e benefícios, de modo a tomarem decisões autónomas e responsáveis. O consentimento informado representa um momento essencial na relação entre profissional de saúde e utente, exigindo mais do que uma simples formalidade. Trata-se de um processo contínuo de diálogo, onde o enfermeiro tem o dever de assegurar que o utente compreende plenamente a informação transmitida, para que possa decidir de forma livre e esclarecida sobre os cuidados que lhe dizem respeito. Esta forma de atuar, foi constante na interação com os doentes, ao longo do ENP, a qual reflete um compromisso ético com a autonomia do doente e com a promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo (Simões, 2009).

No que se refere ao desenvolvimento desta competência, posso referir que a minha atuação refletiu a clara aceitação da responsabilidade profissional, manifestada na autonomia para a tomada de decisões clínicas baseadas em conhecimento especializado. Entendo que essa autonomia exige uma responsabilidade acrescida, uma vez que cada intervenção tem impacto direto no estado de saúde e segurança da pessoa alvo dos cuidados. Esta perspetiva é sustentada por Benner (2001), que associa os níveis mais elevados de competência clínica a uma prática autónoma e ética, sendo igualmente reforçada pela Ordem dos Enfermeiros (2011) e pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2021), que enfatizam a ligação entre conhecimento especializado, autonomia clínica e responsabilidade ética nas decisões do EE. Neste sentido, a autonomia de enfermagem, após a identificação de um determinado diagnóstico de enfermagem, leva os enfermeiros a prescreverem, implementarem e avaliarem o impacto das intervenções face a esse diagnóstico (Ribeiro, 2011), podendo por vezes surgir conflitos éticos e tomadas de decisão complexas, que exigem aos enfermeiros, o recurso a princípios e valores éticos, com o intuito de alcançar como objetivo final o bem-estar e a segurança da pessoa. Aqui, destaca-se a importância do EE em promover no seio da equipa momentos de reflexão e participar na tomada de decisão em situações complexas e específicas, de modo a garantir a proteção dos direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em termos éticos, foi mantida uma postura de respeito pela dignidade humana, garantindo

cuidados centrados na pessoa, independentemente do contexto. É fundamental que na sua prestação de cuidados, o EE seja sensível às necessidades e valores de cada cliente, respeitando as suas decisões e promovendo um ambiente terapêutico seguro (Simões & Sapeta, 2019).

O EE na sua intervenção deve defender os direitos do cliente sempre que necessário, junto da equipa ou da instituição. Embora não tenham surgido dilemas éticos nos casos alvo de estudo, durante o ENP foi possível refletir sobre questões éticas emergentes, como por exemplo situações em que foi identificada a necessidade de transferência imediata de um utente para outro serviço de saúde. Assim que a decisão foi tomada, a equipa iniciou rapidamente o processo burocrático (preenchimento de relatórios, contacto com a ambulância, organização de documentação), antes de informar o utente sobre a situação. Foi sugerido com a devida calma, que um dos elementos fosse explicar ao utente o motivo e o objetivo da transferência e obter o seu consentimento, enquanto outros continuavam com os trâmites administrativos. Essa abordagem garantiu agilidade e, ao mesmo tempo, respeito pela dignidade e pelos direitos do cliente. Posteriormente esta situação gerou reflexão sobre o consentimento presumido, que consiste na vontade hipotética de um cliente expressar a sua vontade real. Tendo por base o Decreto-lei nº 48/95 de 15 de março, artigo nº 39, e no total respeito pelo seu conteúdo, os profissionais devem ter sempre presentes e respeitar, no exercício da sua profissão, alguns princípios na hora de decidir atuar. Desta forma o EE, deve procurar tomar decisões ponderadas, com base em valores profissionais, diálogo e pensamento crítico.

No domínio da responsabilidade legal, reforcei a importância de conhecer e aplicar os instrumentos legais e normativos que regem a atuação dos enfermeiros, como o Código Deontológico e o EOE. Além disso, refleti sobre a responsabilização por atos próprios e delegados, assegurando que qualquer delegação fosse feita com base na avaliação de competências e dentro dos limites legais e éticos, conforme defendido pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2021).

A documentação dos cuidados de enfermagem assume um papel central no exercício profissional, sendo não apenas uma ferramenta essencial para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, mas em termos jurídicos e éticos, manifestada pela expressão amplamente reconhecida: "o que não está documentado, não foi feito". Esta premissa reflete a importância de registar, de forma rigorosa e atempada, todas as intervenções realizadas, avaliações efetuadas, reações dos clientes e decisões tomadas. A ausência de registo pode ser interpretada como uma omissão de cuidados, mesmo que estes tenham efetivamente sido realizados. Documentar, é portanto, um mecanismo de proteção legal para o enfermeiro, mas também uma obrigação ética e deontológica. O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros reforçam esta responsabilidade, estabelecendo que o enfermeiro deve manter registos precisos, objetivos e atualizados dos cuidados prestados, respeitando sempre os princípios da confidencialidade e da integridade da

informação. É, portanto, imperativo que os profissionais de enfermagem compreendam a importância da documentação não apenas como uma exigência burocrática, mas como uma prática clínica e ética fundamental, que assegura a qualidade, a legalidade e a responsabilidade dos cuidados de saúde.

A vivência em contexto de estágio, permitiu consolidar a noção que o domínio de atuação do EE vai muito além da competência técnica: exige reflexão crítica constante, autonomia responsável e um compromisso inabalável com a ética e a legalidade. Cresci enquanto profissional e reforcei a minha identidade como referência no cuidado em saúde, consciente da complexidade e da nobreza do meu papel na defesa da vida, do bem-estar e da dignidade humana.

Melhoria da Qualidade dos Cuidados

A qualidade em saúde pode ser compreendida como a oferta de cuidados acessíveis e justos, prestados com um elevado nível de competência profissional, tendo sempre em consideração os recursos disponíveis (Despacho n.º 3635/2013 do Ministério da Saúde). Esta qualidade implica que os cuidados prestados estejam adequados às reais necessidades e expectativas dos cidadãos. O conceito de qualidade em saúde, está ainda associada à segurança na prestação dos cuidados, sendo essencial prevenir erros, danos ou riscos evitáveis, o que constitui um dos pilares de um sistema de saúde eficaz e de confiança (Ministério da Saúde, 2013).

A qualidade dos serviços de saúde pode ser compreendida à luz do modelo proposto por Avedis Donabedian, que prevê a avaliação da qualidade em três componentes fundamentais: estrutura, processo e resultado. Este modelo, considerado clássico, é amplamente utilizado na gestão da qualidade em saúde, por permitir uma abordagem sistemática da assistência prestada (Donabedian, 2005). Para além disso, possibilita compreender a articulação entre os diferentes elementos do sistema, facilitando a identificação de áreas críticas e oportunidades de melhoria.

No modelo de Donabedian, a estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos e organizacionais disponíveis para a prestação de cuidados, como por exemplo, infraestruturas, equipamentos, materiais, protocolos e qualificações dos profissionais (Donabedian, 2005). O processo envolve todas as atividades realizadas ao longo da prestação de cuidados, desde a admissão até à alta, incluindo planeamento, execução e avaliação dos cuidados (Donabedian, 2005). Por sua vez, o resultado diz respeito aos efeitos dos cuidados na saúde do utente, como a melhoria clínica, a satisfação e a prevenção de complicações (Donabedian, 2005).

A partir desta estrutura conceptual, torna-se possível refletir sobre a prática clínica e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Esta competência desafia o profissional a olhar criticamente para a prática, identificar falhas ou fragilidades nos processos assistenciais e procurar, de forma sistemática e fundamentada, estratégias que promovam a segurança do cliente, a eficácia das intervenções e a satisfação dos utentes e dos profissionais.

De forma a promover a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, é fundamental que o EE, oriente a sua prática com base nas competências comuns referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade. Assim, cabe ao EE garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Além disto, a prestação de cuidados deve ser sustentada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), que se constituem como instrumentos com potencial para a promoção da melhoria contínua da qualidade, reforçando o compromisso com práticas seguras, eficazes e centradas na pessoa.

O contexto do ENP, revelou-se favorecedor relativamente às políticas instituídas para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, visto que dispunha de um conjunto de normas, procedimentos e instruções de trabalho que promoveram o aumento de conhecimentos técnicos e científicos, exigidos para uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança. Para além disto, verificou-se que o espaço para a partilha de conhecimento entre pares, para o trabalho em equipa, assim como os momentos de reflexão e discussão sobre as práticas adotadas, contribuíram indubitavelmente para o construto profissional de EE.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 aprovado pelo Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde, preconiza cinco pilares que incluem objetivos estratégicos de forma a promover a segurança do doente. Estes pilares referem-se concretamente à (1) cultura de segurança, (2) liderança e governança, (3) comunicação, (4) prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e (5) práticas seguras em ambientes seguros (Ministério da Saúde, 2021).

Nos contextos de prestação de cuidados, verifica-se uma grande preocupação com a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados sendo que, ambos orientam a sua conduta com base nos cinco pilares. O pilar cinco, enfatiza a importância da monitorização regular da implementação de práticas seguras como meio de alcançar a melhoria da qualidade. Neste sentido, o enfermeiro gestor, destaca elementos dinamizadores na equipa, em áreas da gestão do risco e prevenção e controlo da infeção, alocando a estas funções EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que são os profissionais munidos de competências avançadas para direcionar a equipa na melhoria contínua da qualidade de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), o que foi constatado no local onde decorreu o ENP.

Face ao exposto, pautei a minha prática por princípios de segurança, qualidade e eficácia, sustentados na melhor evidência científica disponível. Mantive-me desperta para a gestão do risco clínico, identificando precocemente situações potencialmente adversas e atuando de forma proativa na sua prevenção e resolução. Assim, pode afirmar-se que o EE assume um

papel fundamental na gestão do risco clínico, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a segurança do cliente. A sua intervenção permite não só identificar precocemente situações de risco, mas também implementar estratégias preventivas e corretivas, com base em raciocínio clínico avançado e evidência científica. Esta capacidade de antecipação e atuação é essencial para a mitigação de riscos clínicos, contribuindo significativamente para a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados (Bitencourt et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Com efeito, verificou-se que o EE responsável por esta área assume um papel determinante na antecipação de eventos adversos que possam comprometer a qualidade dos cuidados. No contexto do ENP, verificou-se esta preocupação com a identificação inequívoca do doente e a segurança na administração de medicação. Como exemplo desta intervenção, ressalvo a importância do EE, no que se refere à identificação inequívoca do doente, que supervisionava a adequada utilização das pulseiras de identificação. Assim, cada cliente no momento de admissão ao serviço recebia uma pulseira com informações essenciais, como nome completo, data de nascimento e número de processo clínico, o que evita equívocos durante a realização de exames e a administração de medicação. Acresce ainda que antes da realização de qualquer procedimento, foi possível verificar a importância de assegurar que os profissionais confirmassem a identidade do doente verbalmente.

No que se refere ao controlo de infeção, é de realçar a intervenção do EE, uma vez que é promotor de um ambiente terapêutico e seguro, mais concretamente “coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748). Neste sentido, no ENP procurei cumprir as normas em vigor relacionadas com o controlo de infeção, colaborando nas diversas atividades destinadas a mitigar riscos. Entre essas ações, destaco a gestão da alocação adequada dos doentes no serviço, assegurando uma organização eficiente e segura; a participação na revisão e implementação dos circuitos internos, garantindo que estivessem alinhados com as normas vigentes; e ainda, a orientação dos profissionais para o cumprimento rigoroso das diretrizes estabelecidas, contribuindo para um ambiente mais seguro e controlado no que diz respeito à prevenção de infeções.

O EE assume um papel fundamental na consciencialização da equipa para a adoção destas práticas seguras, assim como elemento de referência para a partilha de conhecimento na área, tornando-se evidente a importância do impacto das boas práticas na segurança do doente, isto porque, intervenções fundamentadas e uma monitorização eficaz, contribuem significativamente para a redução de eventos adversos e para o aumento da confiança dos utentes no sistema de saúde (Pinto & Mota, 2023).

No âmbito da segurança da comunicação, retratada no terceiro pilar, e no sentido de dar contributos aos profissionais para uniformizar a comunicação na transição dos cuidados de saúde, a DGS publicou Norma nº 001/2017 sobre a “comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (Direção Geral Saúde, 2017), que recomenda a utilização de um

instrumento conhecido pela sigla ISBAR, que adaptado ao contexto português traduz-se em Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações). De acordo com a DGS (2017), esta norma aplica-se a qualquer nível de prestação de cuidados que envolva a transição de informação relacionada com a condição da pessoa alvo dos cuidados. O serviço, onde decorreu o ENP, recebe frequentemente utentes de outras instituições e, da mesma forma, realiza transferências de doentes para diferentes unidades de saúde. Apesar da falta de interoperabilidade entre os sistemas informáticos, a equipa desenvolveu um documento padronizado que garante a transmissão eficaz de informações essenciais entre as equipas de saúde. Este documento segue as orientações da DGS e inclui dados sobre a identificação do utente, a sua situação atual, os antecedentes, a avaliação e as recomendações. Esse documento assegura que a transição de cuidados ocorra sem perda de dados relevantes, permitindo a continuidade e o acompanhamento adequado do utente. O EE, ao garantir uma comunicação estruturada e segura, contribui diretamente para a qualidade assistencial e para a segurança do cliente.

A OE defende que a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem, bem como a segurança dos profissionais e dos doentes são garantidos pelos registos das intervenções desenvolvidas. A informação registada nos sistemas de informação em enfermagem deve explicar as práticas dos cuidados e deve ser o foco da tomada de decisão do enfermeiro. Deste modo, salienta-se a responsabilidade acrescida do EE em fomentar a adoção de medidas para certificar a segurança de dados e de registos, como está patente no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Benner (2001) acrescenta ainda que, os registos sistemáticos das práticas de enfermagem efetuados pelo EE poderão ser estudados futuramente contribuindo para o desenvolvimento de novas áreas de conhecimento. Face ao exposto e apesar de se reconhecer a existência de uma cultura orientada para a prestação de cuidados de excelência sustentada por normas e procedimentos baseados na evidência científica, durante o ENP não se constatou que a documentação dos cuidados prestados pelos enfermeiros fosse utilizada para a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que no seio da equipa foi reconhecido como uma preocupação com a melhoria contínua. Constatou-se que, embora os enfermeiros realizem registos sistemáticos, esses dados não são frequentemente extraídos ou analisados; quer por limitações dos sistemas informáticos, quer por falta de integração eficaz entre as diversas plataformas. Esta realidade dificulta a transformação da informação em conhecimento útil e representa uma barreira à implementação de políticas sustentadas na melhoria da qualidade.

Ainda no que concerne à melhoria da qualidade, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são ferramentas fundamentais nesse processo, pois permitem monitorizar e avaliar a qualidade das intervenções, fornecendo dados que orientam decisões e ajustamentos. Indicadores como a taxa incidência de quedas, a incidência de úlceras de pressão ou a satisfação dos utentes são cruciais para garantir a segurança do doente e a eficácia das

intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os contributos para o desenvolvimento desta competência, reforçaram a consciência de que a qualidade dos cuidados não depende apenas do conhecimento técnico, mas também da capacidade de criar ambientes colaborativos, transparentes e centrados na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O EE, com formação avançada, competência técnica e liderança, é um agente fundamental na operacionalização dos princípios do modelo de Donabedian, atuando sobre a estrutura, o processo e os resultados para garantir cuidados seguros, eficazes e humanizados. Esta vivência permitiu-me refletir sobre o papel transformador do EE, enquanto promotor de boas práticas e impulsionador de mudanças organizacionais, competências reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011), que atribuem ao EE um papel central na melhoria contínua dos cuidados, alicerçado na evidência científica e na ética profissional.

É neste equilíbrio entre conhecimento, reflexão e ação que se sustenta o verdadeiro impacto do EE no contexto atual da saúde. Assumo, portanto, que o compromisso com a melhoria contínua, é parte integrante da minha identidade profissional, refletindo-se num esforço diário para inovar, avaliar, formar e cuidar melhor.

Gestão dos Cuidados

Os enfermeiros, assumem um papel fundamental na prestação direta dos cuidados aos doentes, e simultaneamente, desempenham um trabalho de relevo e de forma sistemática na gestão dos cuidados e de recursos, sendo a liderança um aspeto crucial (Nunes et al., 2013). Com efeito, os contextos de trabalho dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros EE podem ser diversos de acordo com as suas áreas de especialidade. As áreas de intervenção devem ser otimizadas para que os cuidados oferecidos sejam organizados de forma eficiente com o intuito de proporcionar aos clientes dos cuidados, respostas profícuas às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

De acordo com as competências comuns, no que se refere à gestão dos cuidados, é exigido ao EE o desenvolvimento das seguintes competências: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). Ao longo do ENP, foi possível aprofundar a compreensão da competência de gestão dos cuidados enquanto eixo estruturante da prática do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Gerir cuidados vai muito além da organização de tarefas ou recursos: trata-se de garantir qualidade, segurança e humanização dos cuidados num ambiente frequentemente marcado pela complexidade e exigência (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste domínio, destaca-se a oportunidade de observar, participar e colaborar em toda a dinâmica necessária ao bom funcionamento do serviço, acompanhando de perto o exercício do

papel do enfermeiro responsável. O enfermeiro responsável articula-se com o enfermeiro gestor e restante equipa multidisciplinar, e neste sentido, foi possível constatar a importância de um elemento responsável na resposta a determinados aspetos integrantes dos cuidados assistenciais. Salienta-se que, neste caso, o enfermeiro responsável é um EE em Médico-Cirúrgica, o que se reflete na capacidade de supervisionar e liderar a equipa de saúde, promovendo boas práticas e garantindo a implementação de estratégias seguras e fundamentadas na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta vivência permitiu perceber de que forma o estilo de liderança influencia o desempenho da equipa, a fluidez do serviço e a qualidade da resposta assistencial o que vai de encontro ao defendido por Sobrinho e colaboradores (Sobrinho et al., 2018).

No contexto da prestação de cuidados, o EE assume a responsabilidade de gerir não apenas a carga assistencial, mas também a otimização do trabalho em equipa, bem como a gestão de material, medicação e equipamentos. Embora os rácios de dotação de pessoal recomendados pela Ordem dos Enfermeiros não estivessem integralmente cumpridos, é notório um esforço por parte do serviço em promover a adequação das competências dos seus recursos humanos.

Esta realidade permitiu refletir sobre a importância da dotação segura de enfermeiros, entendida não apenas em termos de número, mas também em função do nível de qualificação e do perfil profissional adequado. Como referem Poeira e colaboradores (2018), garantir dotações seguras é essencial para assegurar cuidados de qualidade, promover um ambiente de trabalho saudável, melhorar a segurança dos clientes e permitir a personalização dos cuidados. Além disso, influencia diretamente a satisfação dos enfermeiros e dos clientes, sendo um fator crítico para o bem-estar organizacional e para a sustentabilidade da qualidade assistencial (Poeira et al., 2018).

Ainda no âmbito da gestão de cuidados, destaca-se o papel do EE que deve demonstrar competências enquanto mentor, para dar resposta às necessidades dos enfermeiros mais novos. Deste modo, enaltece-se a importância do EE, no domínio da tutoria levada a cabo por um enfermeiro sénior e perito na área assistencial dos contextos da prestação, como mais um ator facilitador para a obtenção de ganhos em saúde pela maximização da eficácia na estruturação dos cuidados prestados.

Paralelamente, foi possível participar na coordenação de cuidados individualizados tendo por base a evidência científica, utilizada para suportar as decisões clínicas, assegurando uma prática fundamentada e segura. O conhecimento adquirido ao longo do percurso formativo teve um contributo significativo para a adequação e eficácia das intervenções. A discussão contínua com a tutora e com a equipa constituiu um momento de construção partilhada, que fomentou a reflexão crítica e contribuiu diretamente para a melhoria dos cuidados prestados. A utilização da ontologia de enfermagem facilitou a conceção e organização dos cuidados, garantindo coerência entre os dados recolhidos e os diagnósticos formulados. Complementarmente, a sistematização

dos cuidados, que, aliado ao conhecimento sobre as necessidades dos clientes, possibilitou a identificação de intervenções sensíveis aos cuidados especializados, sobretudo na atenção à pessoa em situação crónica. Destaca-se, neste domínio, a identificação de diagnósticos de enfermagem associados aos conceitos de conhecimento, significados, consciencialização e autogestão, aspetos críticos para a capacitação e melhoria qualidade de vida do cliente. A documentação de todo este processo permite melhorar “a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar “ e “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4748). Concomitantemente a articulação com outros profissionais de saúde, demonstrou a importância da interdisciplinaridade e da continuidade de cuidados. A intervenção do EE, vai muito além da execução de procedimentos técnicos, pois assume um papel determinante na gestão do plano de cuidados, assegurando uma abordagem personalizada e eficaz.

Esta experiência reforçou a consciência de que o EE atua como líder clínico, mentor da equipa e agente de mudança, sendo peça fundamental na implementação de boas práticas, na gestão do risco, na supervisão clínica e na melhoria contínua, o que vai de encontro ao preconizado no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A gestão eficaz dos cuidados requer um compromisso ético e técnico que integre visão estratégica, pensamento crítico e capacidade de mobilizar a equipa em torno de objetivos comuns, sempre centrados na pessoa cuidada (Bakerjian, 2022).

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A evolução da medicina ao longo do tempo, exigiu que a disciplina de enfermagem, e por sua vez a profissão, se tornasse cada vez mais complexa, impondo cuidados mais especializados e exigindo competências e responsabilidades acrescidas por parte dos enfermeiros (Benner, 2001). No que se refere ao EE, o regulamento das competências comuns no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estabelece que este profissional deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No exercício da prática clínica do EE, ficou evidenciado que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um pilar fundamental para a consolidação de uma atuação diferenciada, crítica e baseada na evidência. Entende-se que esta competência envolve não só a aquisição e atualização contínua de conhecimentos, mas também o reconhecimento de que a forma como o profissional encara a sua formação e aprendizagem, pode ser facilitadora da aprendizagem profissional em contacto com a prática. Implica desenvolver assertividade, pensamento reflexivo e a capacidade de transformar conhecimento em prática, contribuindo ativamente para uma cultura de melhoria contínua (Chicória, 2014).

Tendo por base a formação académica e experiência profissional prévia, foi possível através dos

conhecimentos adquiridos ao longo deste ano, com recurso à investigação e à evidência científica, sustentar uma tomada de decisão clínica mais fundamentada, segura e eficaz. Ao longo do ENP e de forma gradual, foi possível sentir que cada vez, estava mais preparada para assumir um papel ativo e interventivo junto do cliente e da equipa, promovendo cuidados diferenciados e orientados para resultados. Sem dúvida que, com vista à aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tornou-se fundamental abraçar as mais diversas experiências, adotando sempre uma atitude crítico-reflexiva e mobilizando conhecimentos com base na evidência científica mais atual para o contexto da prestação de cuidados. No desenvolvimento destas competências, o EE deve prestar cuidados de saúde seguros, respeitando questões éticas e preocupando-se com os custos para a saúde, sem descurar a qualidade dos cuidados (Bam et al., 2020).

A formação em serviço na profissão de enfermagem possibilita uma reflexão sobre as práticas clínicas e traduz-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente (Chaghari et al., 2017). Esta premissa vai de encontro à teoria de Benner (2001), quando refere que o desenvolvimento profissional acontece através da formação contínua promovendo a tomada de decisão clínica fundamentada o que concorre para a melhoria da qualidade dos cuidados. Assim sendo, o EE durante o seu exercício profissional deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Face ao exposto, destaca-se, por exemplo, a elaboração de um panfleto sobre hipertensão, resultante de uma pesquisa orientada para intervenções educativas eficazes. Este material contribuiu para a personalização dos cuidados, reforçando a vertente educativa da prática e potenciando a capacitação dos clientes.

A OE eleva o contributo do EE no campo da investigação, uma vez que este “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

No sentido de promover o desenvolvimento de investigação e disseminação do conhecimento científico durante este percurso académico, realizou-se uma revisão integrativa e elaborou-se um póster científico, o qual foi apresentado no 6.º Congresso Internacional IACS 2024 – Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, com o tema “Importância dos programas de controlo de infeção na qualidade dos cuidados de saúde”. Acresce que estas produções científicas constituíram experiências marcantes de investigação, análise crítica e disseminação do conhecimento. Estas iniciativas permitiram não apenas consolidar competências em produção científica, mas também valorizar o papel do EE como produtor e difusor de conhecimento dentro da equipa e da comunidade profissional.

Após reflexão considera-se que, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais não é um processo isolado, mas sim dinâmico e integrado na prática clínica, na investigação, na formação

de pares e na construção de cuidados mais seguros, personalizados e eficazes. Esta competência é, por isso, essencial para sustentar uma identidade profissional forte, crítica e inovadora, capaz de responder às exigências e transformações constantes dos contextos de saúde (Benner, 2001).

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

De acordo com o regulamento nº429/2018 de 6 de julho de 2018

“Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19368).

No Regulamento, anteriormente referido, são definidas duas competências específicas para o EEEMCPSC. A primeira competência específica é "Cuida da pessoa e família/ cuidadores a vivenciar a doença crónica" (Ordem dos Enfermeiros 2018, p. 19360). A segunda competência específica é "Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/ cuidadores a vivenciar a doença crónica" (Ordem dos enfermeiros, 2018, p. 19360).

Após este enquadramento, o presente capítulo pretende descrever o processo de desenvolvimento das competências específicas para a área de especialização a que me proponho tornar EE, de forma a alcançar as competências do EEMCPSC. Trata-se de uma análise crítico-reflexiva sobre a concretização dos diferentes objetivos definidos no projeto de desenvolvimento profissional (anexo I), o qual se refere ao desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com HTA, em contexto de internamento. Embora o projeto inicial não incluísse o regime de exercício, ao longo do ENP e com base na pesquisa realizada na literatura, tornou-se evidente que o regime de exercício não poderia ser dissociado das outras dimensões do regime terapêutico. Por isso, também foram definidos objetivos específicos para o desenvolvimento de competências nesse domínio.

Estes objetivos foram alinhados com as unidades de competência e critérios de avaliação definidos no Regulamento nº 429/2018 . Importa referir que, no processo de desenvolvimento das competências constituíram-se também, como referências permanentes a Teoria do autocuidado de Dorothea Orem, a Teoria das transições de Afaf Meleis, a Ontologia em Enfermagem e o recurso a uma prática baseada na evidência científica disponível.

O primeiro objetivo definido, Desenvolver competências na identificação das necessidades da

pessoa com HTA na gestão do regime terapêutico foi subdividido em três objetivos mais específicos: *Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso, Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar e Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime de exercício.*

Para o desenvolvimento das competências pretendidas, em primeira instância deu-se início a uma pesquisa nas bases de dados no agregador *Ebscohost web* e na literatura cinzenta, sobre os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA, nomeadamente no regime medicamentoso, padrão alimentar e padrão de exercício físico.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a adesão é a

“ação auto iniciada para promoção do bem-estar; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (<https://www.icn.ch/icnp-browser>).

A adesão ao regime medicamentoso, como já foi abordado anteriormente, é um aspeto fundamental na autogestão da HTA, pois a medicação desempenha um papel de destaque no controlo da pressão arterial e na prevenção de complicações a longo prazo (OMS, 2003; DGS, 2013a; DGS, 2013b;). Porém, embora o regime medicamentoso desempenhe um papel fundamental no tratamento da HTA, o regime alimentar e o regime de exercício desempenham um papel igualmente importante (McEvoy et al., 2024); pelo que, no caso da HTA, nenhuma das dimensões do regime terapêutico é mais importante do que a outra, logo nenhuma pode ser descorada aquando da intervenção do EE.

No que se refere à adesão ao tratamento da HTA, a literatura consultada destaca a importância do regime medicamentoso (Manso, 2023). Com efeito, o EE pode combinar diferentes instrumentos para uma avaliação mais precisa da adesão ao regime medicamentoso, como sejam escalas validadas para a população portuguesa, entrevistas e a revisão de registos. A análise dos resultados da adesão ao regime medicamentoso, permitem definir intervenções direcionadas para melhorar a adesão e garantir a eficácia do tratamento (Camarneiro, 2021). Ao longo do ENP, não houve necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação da adesão, como inicialmente achei que iria acontecer, pois a entrevista inicial foi reveladora do não cumprimento do regime medicamentoso por parte das clientes. Apesar de não ter sido usado nenhum instrumento, a pesquisa realizada permitiu o conhecimento necessário para identificar

potenciais problemas ou barreiras da adesão.

Nos casos em estudo, constatou-se que as clientes desvalorizavam a medicação e desconheciam a sua ação no controlo da doença crónica. Além disso, uma das clientes desvalorizava o regime alimentar e o regime de exercício. Após a análise mais aprofundada dos verdadeiros motivos que estavam na origem dos comportamentos identificados, evolui-se na implementação de intervenções especializadas e individualizadas a cada uma das necessidades identificadas. Efetivamente os hábitos alimentares e a prática de exercício físico, influenciam significativamente a progressão da doença e diminuem a dependência de medicamentos (Manso, 2023).

É notório que existe uma resistência significativa por parte dos clientes em adotar a prática de exercício físico no seu dia-a-dia. A maioria prefere optar pelo caminho “de menor esforço”, considerando o uso de medicação como suficiente e desconsiderando que a prática de exercício físico pode ajudar a controlar a pressão arterial e proporcionar diversos outros benefícios. A falta de motivação e o desinteresse pelo exercício físico são fatores cruciais que influenciam diretamente tanto a adesão quanto a manutenção em programas de atividades físicas (Godinho et al., 2021).

Relativamente ao padrão alimentar, a literatura refere que os fatores de não adesão à adoção de hábitos alimentares saudáveis está em muito relacionado com fatores económicos, falta de informação ou relacionado com emoções/vivências dos clientes e com os seus contextos socioculturais (Vieira et al., 2021).

A adesão terapêutica é influenciada pela perceção da gravidade da doença, crença na eficácia do tratamento, motivação e estratégias de *coping*. Fatores como o esquecimento, crenças negativas sobre medicamentos, baixa autoeficácia, oposição ao tratamento e perturbações psicológicas, como ansiedade e depressão, podem comprometer esse processo (Camarneiro, 2021).

Tendo em conta a recolha de dados que permitiu identificar as necessidades da pessoa com HTA no domínio da gestão do regime medicamentoso, procedeu-se à análise das diretrizes da plataforma “E4nursing”. Esta plataforma educacional, baseada na Ontologia de enfermagem, propõe uma recolha de dados detalhada sobre o regime medicamentoso, no que se refere à organização da medicação de acordo com o horário, preparação conforme a dose prescrita, administração pela via correta, ajuste da medicação com base na autovigilância e armazenamento conforme as recomendações técnicas.

Depois da colheita de dados, procedeu-se à identificação dos diagnósticos de enfermagem e de seguida à prescrição de intervenções especializadas e sua implementação. De acordo com o processo de enfermagem, a avaliação da eficácia das intervenções foi efetuada, e sempre que

necessário, foi reestruturado ou retificado e outras intervenções foram implementadas junto da pessoa com HTA.

O facto do doente se encontrar em regime de internamento, foi vantajoso na medida em que possibilitou o contato com o cliente em diferentes momentos ao longo do dia, permitindo monitorizar de forma mais sistemática a eficácia das intervenções especializadas, bem como os ganhos em saúde apresentados pelos clientes decorrentes dessas intervenções.

Uma das atividades definidas para a concretização do primeiro objetivo do projeto de desenvolvimento de competências, foi a pesquisa acerca dos significados atribuídos pela pessoa com HTA, à sua doença. As clientes alvo do estudo de caso apresentavam crenças e significados de desvalorização do regime terapêutico. A evidência de certa forma corrobora com o constatado, visto que de entre os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, entre outros se salientam as crenças pessoais (Lima Cruz et al., 2019). É fundamental que o EEEMCPSC, identifique atempadamente as necessidades da pessoa e sua família e/ou cuidadores, de forma a assegurar a prevenção e deteção precoce, a estabilização, a manutenção e a adaptação à doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Segundo Meleis e colaboradores (2000), os indivíduos, enquanto seres ativos, desenvolvem crenças, atitudes e atribuem significados aos eventos que poderão interferir na transição, especialmente em contextos de saúde e doença. Efetivamente, os significados podem atuar como facilitadores ou como obstáculos ao processo de transição saúde-doença. Meleis e colaboradores (2000) identificaram uma relação entre um baixo nível socioeconómico e a presença de sintomas psicológicos, os quais tendem a dificultar a adaptação à transição. Da mesma forma, a falta de preparação e conhecimento sobre a experiência de transição pode atuar como um entrave ao seu progresso (Meleis et al., 2000). Em contrapartida, uma preparação antecipada e um maior conhecimento sobre o processo tornam-se fatores facilitadores, pois permitem ao indivíduo antecipar desafios e adotar estratégias eficazes para lidar com as mudanças inerentes à transição (Meleis et al., 2000).

Foi igualmente importante pesquisar, na literatura, os dados no domínio da consciencialização da pessoa com doença crónica, para posterior análise e reflexão com a enfermeira tutora. Para consciencializar uma pessoa com HTA, o EE deve ter em conta vários domínios, que se baseiam em competências técnicas, comunicacionais e psicossociais. Segundo a OMS (2005) e a Sociedade Europeia de Cardiologia (2024), o domínio clínico e científico é essencial, pois permite ao enfermeiro compreender a fisiopatologia da hipertensão, interpretar exames complementares e monitorizar adequadamente a pressão arterial. Além disso, deve conhecer os fatores de risco associados, como predisposição genética, hábitos de vida inadequados e a presença de comorbidades, assim como ter um conhecimento aprofundado sobre a terapêutica farmacológica e não farmacológica. No domínio educacional, é fundamental que o enfermeiro explique de forma clara e acessível o que é a HTA e quais as suas potenciais complicações, como o AVC, o EAM e a Insuficiência renal (Visseren et al., 2021). Deve ainda orientar o cliente

sobre estratégias para modificar comportamentos de risco, incentivando uma alimentação equilibrada, a prática regular de exercício físico, não fumar, e a redução do consumo de álcool. Um dos aspetos mais importantes nesta abordagem é reforçar a adesão ao tratamento e promover o autocontrolo da pressão arterial, garantindo que a pessoa compreende a importância da medicação e do seguimento regular (Visseren et al., 2021). A comunicação eficaz e a abordagem psicossocial desempenham um papel crucial na consciencialização da pessoa com HTA. O enfermeiro deve utilizar uma linguagem adaptada ao nível de literacia do cliente, promovendo a empatia e a escuta ativa para compreender as suas dificuldades e motivações. Além disso, é importante considerar o contexto familiar e comunitário, envolvendo a família no processo educativo para reforçar o suporte social (Barroso et al., 2021).

Para tornar o processo de consciencialização mais eficaz, podem ser utilizadas diferentes estratégias, como a educação para a saúde, através de sessões individuais ou em grupo, a disponibilização de materiais informativos em diversos formatos, como folhetos, vídeos e aplicações móveis de monitorização da pressão arterial, bem como uma abordagem individualizada. No meu caso concreto, procedi à elaboração de um panfleto sobre a HTA. É essencial estabelecer metas realistas e um acompanhamento contínuo, reforçando positivamente pequenas mudanças de comportamento ao longo do tempo (Barroso et al., 2021).

O segundo objetivo do projeto foi: Desenvolver competências promotoras da capacitação da pessoa com HTA na autogestão do regime terapêutico, o qual foi subdividido em três objetivos mais específicos: *Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso, Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar e Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime de exercício físico.*

Uma das atividades realizadas para alcançar este objetivo foi a pesquisa nas bases de dados no agregador *Ebscohost web* e na literatura cinzenta sobre estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso, alimentar e de exercício, da pessoa com HTA.

A adesão terapêutica é influenciada por múltiplos fatores e exige abordagens variadas para ser promovida. Os enfermeiros desempenham um papel essencial no que se refere à adesão ao regime terapêutico visto que, pela combinação de diferentes estratégias, conseguem levar o cliente a aderir ao que é pretendido. Algumas das estratégias passam por estabelecer relações de proximidade e comunicação eficaz com os clientes (Nóbrega & Figueiredo, 2020). O acompanhamento, seja através de entrevistas, visitas domiciliárias, consultas de seguimento, ou contatos telefónico, pode ser utilizada pelo EE como estratégia para promover a adesão, visto que fortalece o vínculo e facilita o cumprimento do regime terapêutico. (Camarneiro, 2021). A simplificação dos tratamentos, o uso de lembretes digitais ou guias, o uso de embalagens especiais e informação visual para melhorar o cumprimento, também pode ser um

valioso contributo para a adesão ao regime terapêutico (Souza et al., 2023). Para alcançar uma melhor adesão, o EE também deve conseguir evidenciar os benefícios de integrar o regime terapêutico à rotina do cliente, deve motivar e envolver familiares e ainda promover a procura de uma rede de apoio adicional, caso seja necessário (Souza et al., 2023). Por conseguinte, através de uma ou combinando estas estratégias, os enfermeiros conseguem personalizar as suas intervenções e aumentar significativamente as taxas de adesão terapêutica (Camarneiro, 2021).

O conhecimento sobre diferentes estratégias permitiu uma intervenção direcionada ao cliente e apresenta-se como fundamental para garantir a eficácia do tratamento, melhorar os resultados de saúde e reduzir complicações. Além disso, contribuem para melhorar a qualidade de vida do cliente (Figueiredo et al., 2023).

Com a implementação de diferentes estratégias, foi possível aprimorar habilidades como comunicação, empatia, escuta ativa e adaptação das abordagens às necessidades individuais dos clientes. Isso permitiu o desenvolvimento de competências essenciais ao EE que são, sem dúvida, fundamentais para a capacitação dos clientes, tornando-os mais autónomos e responsáveis pela autogestão da sua doença.

Entende-se por autogestão do regime terapêutico quando a gestão é realizada pelo cliente, de forma autónoma no seu dia-a-dia, sem ou com pouca interferência do profissional de saúde. É um fator de extrema importância na autonomia do cliente, como também na prevenção das complicações (Sousa & Bastos, 2021). Promover a capacitação do cliente para gerir a sua doença é crucial no que se refere ao controlo efetivo da mesma, para tal pretende-se que os clientes sejam capazes de tomar decisões conscientes, adotar hábitos de vida saudáveis e participar ativamente no seu plano de saúde (Figueiredo et al., 2023). Para promover a capacitação para a autogestão do regime terapêutico das clientes optou-se pela estratégia de ensinar, guiar e orientar proporcionando um ambiente de desenvolvimento pessoal com vista à aquisição de conhecimentos e, consequentemente, favorecer a mudança de comportamentos e maior autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O referido anteriormente vai de encontro ao vivenciado ao longo do ENP.

A Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis fornecem bases sólidas para a atuação do enfermeiro. Se por um lado, a Teoria do Autocuidado de Orem orienta sobre como promover o autocuidado e a autonomia da pessoa (George, 2000); por outro, a Teoria das Transições de Meleis, auxilia na compreensão e gestão das mudanças associadas à doença (Meleis et al., 2000). Os dois casos clínicos que foram retratados na conceção de cuidados, são referentes a pessoas que estão a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença, a qual envolve mudanças significativas na vida diária das pessoas.

Tendo por base o diagnóstico de situação, a identificação de um défice de conhecimento não só da doença crónica, como também do seu regime terapêutico, após discussão e validação com a

tutora, verificou-se a necessidade de promover a adesão ao regime terapêutico, com necessidades de intervenção sobre o conhecimento e/ou consciencialização para a doença.

Neste âmbito, o principal foco de atenção foi a implementação de intervenções do tipo ensinar, junto das clientes, com o objetivo de aumentar o seu conhecimento. Numa primeira fase, fez-se uma revisão minuciosa do regime terapêutico medicamentoso, alimentar e de exercício das clientes, com o objetivo de identificar problemas e planear intervenções de enfermagem atempadas e eficazes.

Na cliente do caso 2, considerou-se importante para complementar todo este processo, elaborar um folheto informativo sobre a doença, fatores de risco, consequências e cuidados gerais com o regime alimentar e regime de exercício (Anexo II), como objetivo maior de promover a literacia em saúde e fomentar a procura de cuidados de saúde. Além disso, favoreceu a autonomia e a participação ativa da cliente na gestão da sua própria saúde. Neste domínio, ainda se procuraram desmistificar crenças, esclarecer dúvidas e incentivar a adoção de novos hábitos, facilitando a transição para uma nova realidade e promovendo a adaptação à nova condição, de forma positiva. O EEEMCPSC é aquele que "reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam a doença crónica" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19368).

Ao longo de todo o processo utilizaram-se diferentes estratégias de intervenção, para colmatar as necessidades identificadas junto das clientes relativamente à sua capacitação para a gestão do regime terapêutico. A que é utilizada de forma mais recorrente é, sem dúvida, a implementação de intervenções do tipo ensinar; isto é, informar sobre a natureza da doença, os sintomas, as complicações potenciais e as opções de tratamento disponíveis (Dias et al., 2016; Camareiro, 2021). Outra estratégia passou por capacitar as clientes a gerir sua própria doença crónica, ou seja, fomentar o autocuidado e autogestão, incluindo a vigilância dos sintomas, a administração correta e de forma contínua de medicamentos e a adoção de hábitos saudáveis (Santos & Lima, 2008; Figueiredo et al., 2023). Nos casos clínicos explanados, foi reconhecido por parte do EE, que as clientes tinham lacunas no conhecimento sobre o cumprimento do esquema de medicação instituído, pelo que as clientes foram envolvidas na elaboração do seu próprio guia ou esquema terapêutico. Ainda no que se refere à capacitação, o EE também encorajou as clientes a interpretar e analisarem os valores de pressão arterial aquando das medições. O EEEMCPSC "envolve a pessoa, família/cuidadores no processo de cuidar, rumo ao bem-estar e qualidade de vida" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19368).

Ao longo do internamento foram várias os momentos em que foi disponibilizado suporte emocional e psicológico para ajudar os clientes a lidar com o stress e a ansiedade associados à doença (Pinto & Seidl, 2022) e, sempre que possível, a família foi incluída no processo de educação e gestão da doença através do acompanhamento, garantindo a compreensão da condição e forma de oferecer suporte adequado (Figueiredo et al., 2023). O EEEMCPSC "apoia a

pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante a doença crónica (...) reconhece a gestão da doença crónica como um fator de stress” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19368).

A transição possui características fundamentais, entre as quais se destacam a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o tempo de transição e os eventos críticos (Meleis et al., 2000). Estar em processo de transição implica um certo grau de consciência sobre as mudanças em curso, sendo que a sua ausência pode indicar que a experiência de transição ainda não teve início. Além disso, o nível de consciencialização influencia diretamente o grau de envolvimento da pessoa na transição, uma vez que este não ocorre sem que haja perceção da mudança. A consciencialização é fundamental e um indicador de que o cliente pode dar início ao processo de transição (Meleis et al., 2000).

Durante o ENP, consegui desenvolver competências no apoio da pessoa no seu processo de transição, através do planeamento individualizado com o objetivo de fomentar a autogestão nos clientes. “Trabalhar” o aspeto relacionado com a consciencialização do cliente é complexo, pois são vários os aspetos a ter em conta. A consciencialização sobre a autogestão ao regime medicamentoso mostrou-se ser mais fácil, do que a consciencialização para adoção de hábitos de vida saudáveis. Este problema advém de algumas barreiras, como sejam, a dificuldade para mudar hábitos, a falta de tempo e as condições financeiras. No geral, as pessoas não conseguem controlar a situação e, sobretudo, adotar um estilo de vida mais saudável, devido a hábitos antigos e défice de conhecimentos. Como nos refere Lima e colaboradores (2021) tomar medicação é um ato mais simples, porém, mudar hábitos dietéticos quando a doença é assintomática e estes estão enraizados, é muito difícil. Tratando-se de uma doença assintomática e pouco valorizada, o enfermeiro desempenha um papel de destaque no processo de consciencialização da pessoa com HTA, ajustando a perceção de gravidade e suscetibilidade a que a pessoa se expõe (Sousa & Bastos, 2021). Constatou-se que, por vezes, é impossível promover mudanças de comportamento, seja pela falta de consciencialização da pessoa, seja pela sua própria resistência à mudança. Mostrou-se fundamental compreender as limitações, os fatores condicionantes, os significados atribuídos e os recursos disponíveis para, assim, ajustar as intervenções de forma mais eficaz.

No ENP foram desenvolvidos cuidados dirigidos ao cliente, de forma a promover a sua autonomia, pautaram por uma ação através de processos totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios ou educativo e de suporte, para favorecer ajustes na mudança de comportamentos e no desenvolvimento de novos conhecimentos e capacidades da pessoa com HTA. Estes cuidados permitiram aos clientes integrar novos comportamentos, transitar para uma nova situação e se adaptarem à sua nova condição, de forma positiva. Depois da intervenção do EE, é esperado que a pessoa com doença crónica progrida para uma situação de bem-estar, para a sua independência nas atividades de vida diária, para a autonomia e para a

redefinição do seu projeto de vida e de saúde.

O maior desafio foi, sem dúvida, desconstruir as percepções dos clientes e das suas famílias em relação ao tratamento e fomentar a consciencialização. Entende-se que a mudança de comportamento só ocorre quando a própria pessoa está disposta a mudar, e o papel do EE, é justamente facilitar esse processo. O EE, deve ajudar a pessoa com doença crónica a reconhecer os benefícios da mudança e, caso esteja recetiva, apoiá-la nesse percurso. Isso implica explorar alternativas, encontrar soluções adaptadas à sua realidade, definir metas alcançáveis e negociar estratégias, respeitando sempre o seu ritmo e contexto. O EEEMCPSC “identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica (...) Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19368).

O recurso à plataforma E4nursing, foi benéfico e um excelente auxílio, não só no que se refere à gestão do regime terapêutico da pessoa com HTA, mas face a todas as necessidades identificadas para cada cliente. Face ao exposto, destaca-se o contributo para o desenvolvimento de competências na medida em que está orientada para o cumprimento de todas as etapas referentes ao processo de enfermagem. Através desta ferramenta, a tomada de decisão do enfermeiro permite selecionar as áreas de atenção de enfermagem, identificar diagnósticos relevantes, prescrever intervenções e conceber planos de cuidados sistematizados, tendo por base a ontologia. Permite ainda recolha de dados em domínios como: nível de consciencialização da pessoa sobre o compromisso na autogestão do regime medicamentoso, alimentar e de exercício; conhecimento sobre a autogestão do tratamento; consciencialização da relação entre o regime medicamentoso, alimentar e de exercício e o controlo da tensão arterial; capacidade para gerir regime medicamentoso, alimentar e de exercício; a autoeficácia para gerir o regime medicamentoso alimentar e de exercício e o significado atribuído ao regime medicamentoso, alimentar e de exercício.

Atendendo aos dois primeiros objetivos do projeto, conclui-se que ENP permitiu desenvolver a capacidade de identificar e intervir nas necessidades da pessoa com HTA. Foi possível aprimorar estratégias de intervenção nos significados atribuídos ao regime terapêutico, capacitando e consciencializando para enfrentar os desafios da autogestão do tratamento, promovendo a adesão ao regime terapêutico. Foi igualmente possível contribuir para a adaptação à nova condição promovendo autonomia, bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida, permitindo que as clientes retomassem o seu projeto de saúde.

O terceiro objetivo específico explanado no projeto foi: *Desenvolver cuidados de enfermagem especializados promovendo um ambiente seguro, através da prevenção e ou controlo de infeção*

da pessoa com doença crónica em regime de internamento.

Apesar dos avanços tecnológicos, melhoria das condições e cuidados de saúde, as infeções hospitalares continuam a ser um desafio para as instituições e para os profissionais. As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (Direção Geral Saúde, 2017a). São vários os desafios diários, e apesar de normas e orientações, a ineficácia das práticas de controlo pelos profissionais favorecem a propagação das infeções entre os clientes. A prevenção de infeções é uma responsabilidade coletiva envolvendo todos os profissionais dos serviços nos cuidados de saúde. Desta forma, os enfermeiros estão numa posição favorável para atuar e reduzir este problema visto ser a classe mais próxima e com mais contacto com os clientes. A Ordem dos Enfermeiros no regulamento nº429/2018 de 6 de julho de 2018 refere que: "considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362). Segundo o mesmo regulamento o EEEMCPSC "lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19369).

Embora os cuidados relacionados com o controlo de infeção sejam transversais a qualquer serviço de saúde, foi necessário aprofundar e adquirir conhecimento nesta área, pelo que a pesquisa foi fundamental, sendo consultadas *guidelines* nacionais emanadas pela Direção Geral da Saúde e o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e/ou internacionais.

Em Portugal, a monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde teve início em 2009, após a adesão de Portugal à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela OMS (Direção Geral de Saúde, 2017a). Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) iniciou uma campanha internacional para promover as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Estas precauções representam orientações fundamentais que todos os profissionais de saúde devem seguir na prestação de cuidados, com o objetivo de reduzir o risco de infeções e evitar a transmissão cruzada.

Desta forma foram criadas dez medidas padrão (Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; Higiene das mãos; Etiqueta respiratória; Utilização de equipamento de proteção individual (EPI); Descontaminação do equipamento clínico; Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; Manuseamento seguro da roupa; Gestão adequada dos resíduos; Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; Prevenção da exposição a agentes microbianos no

local de trabalho que constituem a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas (Direção Geral Saúde, 2017a).

Os protocolos e normas são grandes aliados para o aumento da qualidade assistencial, segurança do doente e dos profissionais (Vieira et al., 2024). Desta forma ao longo do ENP foram consultadas as recomendações e as orientações designadas por “feixe de intervenções”, desenvolvidas pela DGS relativamente: à “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” (Norma nº 007/2019), ao “Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde” (Norma nº 013/2014 atualizada a 07/08/2015), o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022), “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central (Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022) e “Feixes de intervenções “para a Prevenção de Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical (Norma 019/2015 atualizada a 29 de Agosto de 2022). O conhecimento dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos nacional e local, foram essenciais e promotores do desenvolvimento de competências.

No serviço onde decorreu o ENP, deu-se conta do crescente número de casos de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), as Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos, bactérias presentes habitualmente no intestino, como é o caso da KPC, a principal carbapenemase em Portugal e nos Estados Unidos, que são as estirpes que estão associadas a uma maior probabilidade de transmissão cruzadas (Direção Geral de Saúde, 2017C). Perante tal cenário, identificou-se a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as PBCI, nomeadamente, alocação dos doentes aquando do internamento, higiene das mãos, etiqueta respiratória, EPI, descontaminação do equipamento clínico, higiene e limpeza, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos. Foi igualmente importante reforçar e relembrar, junto da restante equipa, as medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente no correto uso de EPI. Verificou-se que os procedimentos técnicos são cumpridos pelos enfermeiros, no entanto foram discutidos várias vezes com o enfermeiro tutor e equipa, com a finalidade de prestação de cuidados seguros. Por exemplo, medidas básicas como a higienização das mãos, o uso correto das luvas e utilização de EPI são fundamentais para evitar a transmissão de infeções (Direção geral Saúde, 2017a). Sem dúvida que é de extrema importância o treino, educação contínua e capacitação da equipa de enfermagem como forma de melhoria dos cuidados para prevenção da infeção (Vieira et al., 2024). Foi possível verificar, através das oportunidades experienciadas, que o EE tem um papel de liderança na prevenção de infeções, em que frequentemente avalia e supervisiona outros enfermeiros e profissionais de saúde na aplicação de medidas de controle de infeções e participa ativamente na revisão de protocolos de controlo de infeção dentro da instituição. Conclui-se desta vivência que o EE, possui na sua formação um conjunto de habilidades mais aprofundados, permitindo-lhe assumir responsabilidades maiores e implementar medidas de controlo de infeção.

Não foi possível acompanhar a enfermeira da unidade local do PPCIRA em auditorias e ou

formações, uma vez que estas não ocorreram durante o período em que decorreu o ENP, no entanto houve a oportunidade de perceber e observar a sua dinâmica durante um dia de atividades. A enfermeira da unidade local é o único elemento da equipa multidisciplinar dedicado a tempo inteiro. Foi possível compreender todo o trabalho desenvolvido, pois ela é responsável por implementar e monitorizar o programa de vigilância epidemiológica. Diariamente, realiza o levantamento de dados, serviço a serviço, articulando-se simultaneamente com o Laboratório (novas infeções detetadas) e o Aprovisionamento/ Farmácia (antibioticoterapia fornecida). Além disso, planeia, implementa e monitoriza o programa anual de formação, divulga normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS, lidera a implementação do programa de auditorias internas regulares e posteriormente são elaborados relatórios dessas auditorias, sendo divulgados com o objetivo de melhorar os cuidados prestados. Foi possível consultar os relatórios das auditorias e relacionar com os números nacionais, e verificar que, após a divulgação dos resultados e a realização de ações formativas, esses valores melhoraram o que vai de encontro ao estudo de Fabro e colaboradores (2020), que refere que a auditoria indica as áreas que precisam de melhorias, promove a mudança de comportamentos na equipa, apresenta potencial para reforçar o caráter educativo e contribui para melhores práticas clínicas (Fabro et al., 2020).

São realizadas reuniões periodicamente com todos os membros da equipa. Outra atividade que é da sua responsabilidade é promover a comunicação intra e inter-institucional. Além do que, atua como agente facilitador da comunicação entre a unidade local e unidade regional do PPCIRA.

Ao longo de todo o processo formativo foi realçada a importância de sustentar a prática clínica na melhor e mais atual evidência científica, de modo a tomar decisões relativas à prestação de cuidados, devidamente fundamentadas. De acordo com o Regulamento nº140/2019, o EE transforma os “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, (...) suporta a prática clínica em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4749).

Atendendo ao que foi referido anteriormente foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura sobre a Importância dos Programas de Controlo de Infeção (PCI) na qualidade dos cuidados de saúde, a qual, teve como principal objetivo analisar a relação entre os PCI e a qualidade dos cuidados de saúde. Esta revisão foi desenvolvida por mim e por outros dois investigadores. Permitiu não só desenvolver habilidades de investigação, mas também adquirir conhecimento nesta área e, conseqüentemente, a integração desses conhecimentos na prática, isto porque, práticas baseadas na evidência, promovem um ambiente seguro e contribuem para a qualidade dos cuidados de saúde (Pinto & Mota, 2023).

A referida revisão integrativa serviu de base ao Póster apresentado no “6º Congresso

Internacional IACS 2024-Desafios e inovação em controlo de infeção” subordinado ao tema “Importância dos programas de controlo de infeção na qualidade dos cuidados de saúde “ que se realizou de 23 a 25 de outubro de 2024 em Santa Maria da Feira (Anexo III).

O conhecimento das experiências de vida, perceções e sentimentos dos clientes apresentaram-se essenciais para o desenvolvimento de cuidados individualizados. Após a aquisição de novas competências, alcancei um nível distinto de capacidade para prestar cuidados especializados à pessoa com doença crónica. Atualmente, sou capaz de identificar as necessidades, ou seja, identifico se os clientes compreendem a sua condição, estão conscientes das mudanças necessárias, sentem-se preparados para implementá-las e sabem como o fazer. Desenvolvi competências de capacitação, fornecendo ferramentas e orientações que são fundamentais para alcançar a autonomia e autogestão da sua condição de saúde. Adquiri habilidades que me permitem contribuir para a excelência do cuidar, fundamentada na tomada de decisões baseadas em evidência científica. Ao longo do ENP, desenvolvi uma compreensão mais holística do cuidado especializado à pessoa com HTA.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Uma experiência profissional de cerca de 23 anos, maioritariamente dedicada à prestação de cuidados ao doente crónico, constituiu-se como o motor que me levou à procura do desenvolvimento de competências especializadas. A par disto, saliento a crescente prevalência de pessoas com HTA nos contextos da prestação de cuidados podendo, doravante, ser uma enfermeira de referência nesta área, no meu local de trabalho. Com efeito a realização de um ENP num serviço de Medicina, semelhante à minha realidade profissional, permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional, os conhecimentos da formação académica e concentrar-me na aquisição das competências especializadas do EEEMCPSC. Este relatório apresenta-se como o culminar de um percurso que tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, espelhando o percurso desenvolvido ao longo deste curso, bem como as vivências no ENP. Este percurso contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional, onde se destaca a aquisição de competências específicas e especializadas do exercício do profissional do EEEMCPSC, particularmente no cuidado à pessoa com HTA.

A realização do ENP num serviço de Medicina, bem como a realização deste relatório foram cruciais para o desenvolvimento das referidas competências. Através da definição de objetivos claros e concretizáveis e da realização de atividades direcionadas para as necessidades identificadas, foi possível aumentar conhecimentos sobre a doença crónica e projetar as melhores formas de intervir junto da pessoa que por ela está acometida. Para tal, foram selecionados dois casos clínicos, cujas clientes tinham de base uma doença crónica, neste caso específico a HTA, que constituíram a oportunidade para o desenvolvimento de competências pretendidas, durante o tempo em que as mesmas estiveram internadas em contexto hospitalar. Note-se que durante este processo, foram respeitados todos os princípios éticos, incluindo o sigilo e a confidencialidade dos dados.

De forma a tornar-me uma referência no cuidado à pessoa com HTA, destaca-se o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na identificação das necessidades da pessoa com HTA e na gestão do seu regime terapêutico, através da análise dos fatores subjacentes à adesão, aos significados atribuídos ao regime terapêutico e à doença crónica. Sem dúvida que uma compreensão mais precisa das necessidades, atendendo à sua individualidade e características pessoais, olhando a pessoa como um todo, inserida num contexto familiar, social e económico, permitiu identificar e planear uma intervenção individual, personalizada e holística. Consequentemente, o resultado das intervenções de enfermagem especializadas,

permitiu melhorar o conhecimento do cliente, promover a sua consciencialização para a doença crónica, contribuindo desta forma para a sua capacitação quer na autogestão do regime terapêutico quer da doença e desta forma melhorar a qualidade de vida da pessoa com HTA.

Destaco a intervenção especializada do EEEMCPSC na equipa multidisciplinar, desde a colheita de dados à conceção de cuidados tendo por base a ontologia de enfermagem, implementação e avaliação do plano de cuidados, sempre em parceria com o cliente. É o EE quem possui conhecimento e competência para capacitar o doente para a autogestão do regime terapêutico e doença, fomentando uma transição saudável.

A realização deste curso de Mestrado em Enfermagem, revelou-se um enorme desafio pessoal, pautada por algumas dificuldades, nomeadamente conciliar a vida pessoal, familiar e profissional com as horas de estágio, bem como os prazos de entrega do relatório. A realização deste relatório na plataforma educacional E4nursing, nem sempre foi facilitadora do percurso dado o meu desconhecimento e inexperiência prévia da sua utilização.

Desta forma considero que objetivos delineados para ENP e relatório foram alcançados, permitindo o desenvolvimento das competências projetadas, o que futuramente se refletirá na prestação de cuidados e procura pela excelência. Saliento que, enquanto EE, a minha prestação de cuidados ao cliente com doença crónica passou a ser fundamentada na evidência científica, reconhecendo o papel da investigação como promotora da qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, do desenvolvimento da disciplina e da profissão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., & Malagris, L. (2023). Avaliação de fatores de influência na adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 19, 33-42. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230032>
- Bakerjian, D. (2022). The advanced practice registered nurse leadership role in nursing homes: Leading efforts toward high quality and safe care. *The Nursing Clinics of North America*, 57(2), 267-280. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.02.011>
- Bam, V., Diji, A. K.-A., Asante, E., Lomotey, A. Y., Adade, P., & Akyeampong, B. A. (2020). Self-assessed competencies of nurses at an emergency department in Ghana. *African Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2019.09.002>
- Barreto, M. da S., Reiners, A. A. O., & Marcon, S. S. (2014). Knowledge about hypertension and factors associated with non-adherence to drug therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 491-498. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>
- Barros, F., Pasqualetto, A., Brandão, E., & Nascimento, G. (2024). Alimentação e hipertensão no Brasil: Revisão integrativa. *RESAP*, 10, 1-10. <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/816/431>
- Barroso, W. K. S., Rodrigues, C. I. S., Bortolotto, L. A., Mota-Gomes, M. A., Brandão, A. A., Feitosa, A. D. D. M., Machado, C. A., Poli-de-Figueiredo, C. E., Amadeo, C., Mion, D., Barbosa, E. C. D., Nobre, F., Guimarães, I. C. B., Vilela-Martin, J. F., Yugar-Toledo, J. C., Magalhães, M. E. C., Neves, M. F. T., Jardim, P. C. B. V., Miranda, R. D., ... Nadruz, W. (2021). *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 116(3), 516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- Bastos, C., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Hábitos alimentares: Comparação entre adultos saudáveis e portadores de doença crônica. In *Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 31-37). Placebo Editora. <https://doi.org/10.13140/2.1.1810.3365>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Berra, E., Azizi, M., Capron, A., Høieggen, A., Rabbia, F., Kjeldsen, S. E., Staessen, J. A., Wallemacq, P., & Persu, A. (2016). Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension*, 68(1), 297-306. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.0746>
- Bezerra, K., Souza, D., Silva, J., Pinto, N., & Mendes, C. (2022). Percepção de usuários

hipertensos e diabéticos sobre práticas de educação alimentar e nutricional em grupo de Hiperdia no Sertão Cearense. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.7629>

Bittencourt, G. R., Oliveira, L. C., Souza, R. F., Assis, A. P., Costa, L. H. O., Barbosa, G. S., & Pereira, I. B. (2022). Intervenções do enfermeiro no atendimento seguro ao paciente crítico na emergência: uma revisão integrativa. *Global Academic Nursing*, 3(4), e309. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200309>

Borges, F. M., Silva, F. R. S. e, Rodrigues, M. T. P., Mascarenhas, M. D. M., Silva, A. R. V. da, & Machado, A. L. G. (2022). Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: *Revisão integrativa. Cadernos Saúde Coletiva*, 30, 146-157. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010110>

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451-1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

Brettler, J. W., Giraldo Arcila, G. P., Aumala, T., Best, A., Campbell, N. R., Cyr, S., Gamarra, A., Jaffe, M. G., De la Rosa, M. J., Maldonado, J., Neira Ojeda, C., Haughton, M., Malcolm, T., Perez, V., Rodriguez, G., Rosende, A., Valdes Gonzalez, Y., Wood, P. W., Zuniga, E., & Ordunez, P. (2023). Fatores impulsionadores e scorecards para melhorar o controle da hipertensão arterial na atenção primária: Recomendações do Grupo de Inovação da Iniciativa HEARTS nas Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e68. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.68>

Cabral, A. C., Moura-Ramos, M., Castel-Branco, M., Fernandez-Llimos, F., & Figueiredo, I. V. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of a European Portuguese version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(4), 297-303. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.09.017>

Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388269408015/html/>

Capela, N., & Polonia, J. (2024). Reflexão sobre a situação da hipertensão em Portugal com base na ferramenta BI-CSP. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 99, Artigo 99. <https://doi.org/10.58043/rphrc.115>

Cavalcante, F. M. L., Oliveira, I. K. M., Campos, M. P., Sousa, F. W. M. de, Paiva, T. de S., & Barros, L. M. (2021). Teorias de enfermagem utilizadas nos cuidados a hipertensos. *Enfermagem em Foco*, 12(2), e3392. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3392>

Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (2017). Empowering education: A new model for in-service training of nursing staff. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 5(1), 26-32. https://jamp.sums.ac.ir/article_40982.html

Chicória, M. I. G. (2014). *Cuidados de enfermagem: Uma prática baseada na evidência* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <http://repositorio.esenfc.pt/?url=Hke6l05C>

Coelho, R., Herdeiro, M. T., Figueiredo, I. V., & Cabral, A. C. (2024). Relação entre ansiedade, crenças na medicação e adesão à terapêutica em doentes com doença cardiovascular. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 101, Artigo 101. <https://doi.org/10.58043/rphrc.128>

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Costa, N. S. C. P., Guimarães, R. D., Filgueiras, N. C., Gomes, L. G., Sônego, D. A., Spiller, P. R., Dall'Acqua, P. C., & Martini, A. de C. (2021). Exercício físico auxiliando no tratamento da hipertensão arterial / Physical exercise assisting in the treatment of arterial hypertension. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 19627-19632. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-552>

Deglin, H. J., & Vallerd, A. H. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros* (7ª ed.). Lusociência.

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36220206.pdf>

Dias, A., Cunha, M., Ribeiro, O., Albuquerque, C., & Andrade, A. (2016). Beliefs about medicines and adherence to treatment in hypertensive patients. *Servir*, 59, Artigo 59. <https://doi.org/10.48492/servir0259.23187>

Direção-Geral da Saúde. (2013a, 19 de março). *Hipertensão arterial: Definição e classificação* (Norma n.º 020/2011, Atualizada). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013b, 19 de março). *Abordagem terapêutica da hipertensão arterial* (Norma n.º 026/2011, Atualizada). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015, 7 de agosto). *Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde* (Norma n.º 013/2014, Atualizada). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidad>

es-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. DGS. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos—Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados agudos*. DGS. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-> (verificar se o link está completo e funcional)

Direção-Geral da Saúde. (2019, 16 de outubro). *Higiene das mãos nas unidades de saúde* (Norma n.º 007/2019). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022, 17 de novembro). *“Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico* (Norma n.º 020/2015, Atualizada). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022, 29 de agosto). *“Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central* (Norma n.º 022/2015, Atualizada). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022, 29 de agosto). *“Feixes de intervenções” para a prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical* (Norma n.º 019/2015, Atualizada). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397>

Évora, R. (2017). Promoção do autocuidado da pessoa adulta com doença crónica: Hipertensão arterial [Dissertação de mestrado, Universidade de Cabo Verde].

<https://repositorio.um.edu.cv/citations/615>

Fabro, G. C. R., Chaves, L. D. P., Teixeira, K. R., de Figueiredo, M. F., Maurin, V. P., & Gleriano, J. S. (2020). Auditoria em saúde para qualificar a assistência: Uma reflexão necessária. *CuidArte Enferm*, 14(2), 147-155.

Fava, S., Figueiredo, A., Franceli, A., Nogueira, M., & Cavalari, E. (2010). Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. *Revista de Enfermagem UERJ*, 18(4), 536-540. <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76018>

Ferreira, S. (2014). *Sentido de coerência e adesão ao regime terapêutico*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Figueiredo, S. N., Brites, M. J., & Sousa, J. E. (2023). *Capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da doença: Uma intervenção de enfermagem comunitária*. *Pensar Enfermagem*, 27(1), e258. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.258>

Fonseca, A. L. S. da, Goulart, B. L. de A., Cerqueira, I. R. G., Pereira, J. E. M., & Zambeli, L. de O. (2025). Tromboembolismo pulmonar: Atualizações no diagnóstico, tratamento e prevenção. *Brazilian Journal of Health Review*, 8(2), e78128. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n2-020>

Forouzanfar, M. H., Liu, P., Roth, G. A., Ng, M., Biryukov, S., Marczak, L., Alexander, L., Estep, K., Hassen Abate, K., Akinyemiju, T. F., Ali, R., Alvis-Guzman, N., Azzopardi, P., Banerjee, A., Barnighausen, T., Basu, A., Bekele, T., Bennett, D. A., Biadgilign, S., ... Murray, C. J. L. (2017). *Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015*. *JAMA*, 317(2), 165-182. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19043>

Galvão, M. T. dos R. L. S., & Janeiro, J. M. da S. V. (2013). O autocuidado em enfermagem: Autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.35699/rem.v17i1.50266>

Gay, H. C., Rao, S. G., Vaccarino, V., & Ali, M. K. (2016). Effects of different dietary interventions on blood pressure. *Hypertension*, 67(4), 733-739. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06853>

George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Artmed.

Godinho, A., Lacerda, M., Abdalla, P., Roca, L., Junior, J., Araujo, J., Silva, N., Moretti, N., Silva, L., Abreu, A., Rosa, C., & Carvalho, A. (2021). A prática regular de exercício físico no controle da hipertensão arterial. *ResearchGate*, 13(03), 10. <https://doi.org/10.36692/v13n3-05R>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

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

de Estatística.

https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt

Junior, N., & Almeida, S. (2003). O exercício físico no combate à hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 10(2), 2

Lima, A. K. L., Neves, J. C., Cardoso, L. S. P., Silva, A. A., Oliveira, L. S., Rodrigues, R. L., Pereira, J. F. dos S., Soares, R. D., Pereira, A. D., & Aroucha, L. A. G. (2021). Atuação da enfermagem na prevenção da hipertensão arterial. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(5), e7373. <https://doi.org/10.25248/reas.e7373.2021>

Lima Cruz, L. H., de Araújo Pessoa, M. S., Aires de Farias, A. J., Barbosa Queiroz, X. S. A., & da Costa Farias Almeida, T. (2019). Fatores relacionados à não adesão medicamentosa no tratamento da hipertensão arterial: Uma revisão integrativa. *Nursing São Paulo*, 22(248), 2560-2564. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i248p2560-2564>

Loon, F. H. van, Scholten, H. J., Korsten, H. H., Daele, A. T. D., & Bouwman, A. R. (2022). The learning curve for ultrasound-guided peripheral intravenous cannulation in adults: A multicenter study. *Medical Ultrasonography*, 24(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.11152/mu-3322>

Lourenço, A., & Macedo, I. (2015). Consumo excessivo de sal na alimentação: Um risco para além da hipertensão arterial? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(3). Recuperado de <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11530>

Luz, E. L. da, Bastos, F., & Vieira, M. M. S. (2022). O empowerment na doença crônica: Revisão integrativa da literatura. *Archives of Health*, 3(5), 650-662. <https://doi.org/10.46919/archv3n5-001>

Macete, K. G., & Borges, G. F. (2020). Não adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica / Not adhering to non-drug treatment of systemic hypertension. *Saúde em Foco*, 7(1), e8. <https://doi.org/10.12819/rsf.2020.7.1.8>

Manso, V. J. R. (2023). *Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área com grande vulnerabilidade social* [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. *Arca Fiocruz*. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59260>

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., ... ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912-4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000).

Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Ministério da Educação. (2002). *Portaria n.º 268/2002, de 13 de março: Aprova o regulamento geral dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. Diário da República, Série I-B(61)*, 2305-2309. <https://dre.pt/application/file/265204>

Neto, J. R. G., Alves, K. K. A. F., Souza, A. K. A. de, Alves, M. G. L., Pessoa, M. S. de A., Almeida, T. da C. F., Sousa, M. M. de, Queiroz, X. S. B. A., & Siqueira, F. A. A. (2019). Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos na atenção primária de saúde. *Nursing Edição Brasileira*, 22(249), Artigo 249. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i249p2598-2603>

Ministério da Saúde. (2013). *Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março. Diário da República, II Série, n.º 47*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3635-2013-492723>

Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021, 24 de setembro). *Despacho n.º 9390/2021: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, II Série, n.º 187*, 96-103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Nóbrega, T., & Figueiredo, M. do C. (2020). *Empowerment aos idosos com hipertensão arterial: Uma scoping review. Revista da UIIPSantarém*, 8(1), e19896. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19896>

Nogueira, S. L., Sá-Sousa, A., Lima, M. J., Monteiro, A., Dennison-Himmelfarb, C., & Fonseca, J. A. (2016). Translation and cultural adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale to Portuguese. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(2), 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2015.07.013>

Nora, C. R. D., Zoboli, E. L. C. P., & Vieira, M. M. (2015). Deliberação ética em saúde: Revisão integrativa da literatura. *Revista Bioética*, 23(1), 114-123. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231052>

Nunes, E., Gaspar, F., & José, H. (2013). A liderança e o empenhamento organizacional dos enfermeiros: Revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 6(1), 30-42. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.201>

Oliveira, A. R. de, Bezerra, H. C. de J., Gaudêncio, E. de O., Batista, J. R. de M., & Lucena, M. do S. R. de. (2021). A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*, 26, e46083. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.46083>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011 - *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 15*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento nº 190/2015: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. *Diário da República*, 79(Série II), 10087-10090.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. *Diário da República, Série II*, n.º 135, 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 26(Série II), 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. *Diário da República*, 2ª série, n.º 184, 128-155.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson Salvat Enfermería.

Organização Mundial da Saúde. (2012a). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77985/9789241504836_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Alimentação saudável*. OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel>

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Mundo tem mais de 700 milhões de pessoas com hipertensão não tratada – OPAS/OMS*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021-mundo-tem-mais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada>

Organização Mundial da Saúde. (2023a). *Relatório lançado pela OMS detalha o impacto devastador da hipertensão e as formas de combatê-la*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/noticias/19-9-2023-relatorio-lancado-pela-oms-detalha-impacto-devasta>

dor-da-hipertensao-e-formas

Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). *Diretrizes 2021 da Organização Mundial da Saúde sobre tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: Repercussões para as políticas na região das Américas*. OPAS/OMS. <https://www.paho.org/pt/documentos/diretrizes-2021-da-organizacao-mundial-da-saude-sobre-tratamento-medicamentoso-da>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). *Alimentação saudável—OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel>

Peacock, E., & Krousel-Wood, M. (2017). Adherence to antihypertensive therapy. *The Medical Clinics of North America*, 101(1), 229. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.08.005>

Pereira, E. O., & Mussi, F. C. (2020). Hipertensão arterial para homens: Uma condição danosa e restritiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36171>

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Formasau Editora.

Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de *scoping review*. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

Pinto, L. M., & Seidl, E. M. F. (2022). Doenças crônicas: Resiliência, depressão e ansiedade em usuários de um hospital universitário. *Psicologia em Ênfase*, 3, 106–119. <https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/article/view/195>

Pinto, S. M. V. R. A. (2021). Os custos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: Uma revisão sistemática da literatura [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/100706>

Poeira, F., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A., & Lopes, N. (2018). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: Revisão sistemática. *RIASE*, 4(3), 1606–1617.

Portugal. (1995). *Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março: Aprova o Código Penal*. *Diário da República*, n.º 63/1995, Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1>

Póvoa, R. (2024). *Hypertension and cardiovascular risk: Direct association with blood pressure values*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, e20240459–e20240459. <https://doi.org/10.5935/abc.20240459>

Reinaldo, J. M., Resende, A. de S., & Anna, M. de S. L. S. (2017). Prevalência de hipertensão arterial e avaliação da ingestão de sódio em uma unidade de alimentação e nutrição. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN*, 8(1), Artigo 1. <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/524>

- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 27-36. <https://doi.org/10.12707/RII>
- Ruivo, J. A., & Alcântara, P. (2019). Hipertensão arterial e exercício físico. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(2), 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2011.12.012>
- Sanhueza Muñoz, M. P., Paravic-Klijn, T., & Lagos Garrido, M. E. (2024). *La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas. Enfermería Actual en Costa Rica*, 58603, 1-10. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682024000100006
- Santos, A., Gregório, M. J., Sousa, S. M., Anjo, C., Martins, S., Bica, M., & Graça, P. (2018). A importância do potássio e da alimentação na regulação da pressão arterial. *Direção-Geral da Saúde*. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/113209>
- Santos, P. O. S., Souza, G. M. A. de, Sousa, C. E. S., Silva, L. R. B. e, Júnior, C. A. de P., & Leonardo, L. (2021). O exercício físico como medida não-farmacológica no tratamento da obesidade em crianças e adolescentes: Uma revisão sistematizada. *Revista UniAraguaia*, (96), 96-109.
- Santos, T. A. S. L. P., Ferreira, A. C., & Santiago, L. M. (2022). *Hipertensão arterial em Portugal – O custo do controlo. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 90, e90. <https://doi.org/10.58043/rphrc.51>
- Santos, Z. M. de S. A., & Lima, H. de P. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 90-97. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100010>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023, setembro 25). Hipertensão arterial. SNS 24. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/#existe-mais-do-que-um-tipo-de-hipertensao-arterial>
- Silva, A. J. B., Frazão, J., & Pimenta, R. (2023). *Qualidade de vida na pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. Revista de Enfermagem Referência*, 1-10. <https://doi.org/10.12707/RVI22113>
- Silva, J., Martins, M., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Silva, M. F. B. da, Santana, J. da S., & Silva, C. C. F. de L. e. (2019). Atuação do enfermeiro na prevenção da infecção do trato urinário em pacientes com sonda vesical de demora. *Enfermagem Revista*, 22(2), Artigo 2.
- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: Análise teórica da ética

do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 244–252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>

Simões, J. A. (2009). Consentimento informado. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 522–523. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10893/11251>

Sobrinho, A. B., Bernardo, J. M. S., Alexandre, A. K. S., Oliveira, V. L., & Leite-Salgueiro, C. D. B. (2018). Liderança do enfermeiro: Reflexões sobre o papel do enfermeiro no contexto hospitalar. ID on line: *Revista de Psicologia*, 12(41), Artigo 41. <https://doi.org/10.14295/online.v12i41.123>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (s.d.). *Hipertensão Arterial (HTA): O que é?* Sociedade Portuguesa de Hipertensão. <https://sphta.org.pt/hipertensao-arterial-hta-o-que-e-3/>

Sousa, F. F. F. de, Santos, S. M. F. dos, & Maia, L. F. dos S. (2024). A ética profissional no contexto do cuidado de enfermagem: Revisão da literatura. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 14. <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1581>

Sousa, M., & Bastos, F. (2021). Hipertensão e diabetes—Um cluster, um desafio para a promoção da autogestão do regime terapêutico. Em *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 124–142). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 15, 15–26. <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>

Souza, M. A. A. de, Aguiar, A. C. de S. A., Santos, J. M. dos, Martins, L. A., Souza, A. L. de, Santos, J. L. P., Oliveira, D. S., & Ávila, S. P. A. R. (2023). Adesão de pessoas idosas ao tratamento de hipertensão e diabetes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.25248/reas.e11896.2023>

Valério, A. F., Fernandes, K. da S., Miranda, G., & Terra, F. de S. (2019). Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: Revisão integrativa. *BrJP*, 2, 67–71. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190013>

Vieira, C. M., Cordeiro, S. N., Magdaleno Júnior, R., & Turato, E. R. (2011). Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: Uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3161–3168. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201100080001>

Vieira, L., Coelho, T., & Farias, P. (2024). Cuidados de enfermagem na prevenção de infecções hospitalares: Estratégias e protocolos. *Revista FT*, 28(139). <https://doi.org/10.69849/revistaft/pa10202410150936>

Vieira, V. B., Marques, D. S., Queiroz, R. S. de, Sousa, J. O. de, Bandeira, A. H. N., Santos, C. A. F. dos, Silveira, R. E. da, Santos, W. P. dos, Veras, I. S., Cavalcante, A. P. da S. A., Santos, A. M. dos, & Antunes, B. (2023). O exercício físico como uma alternativa para o controle da pressão arterial

em hipertensos: Uma revisão integrativa da literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-022>

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... ESC Scientific Document Group. (2021). *2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)*. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359–372. <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/5/359>

Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., Flack, J. M., Carter, B. L., Materson, B. J., Ram, C. V. S., Cohen, D. L., Cadet, J.-C., Jean-Charles, R. R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R. R., Chalmers, J., Ramirez, A. J., Bakris, G. L., ... Harrap, S. B. (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension*. *The Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), 14. <https://doi.org/10.1111/jch.12237>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions - Building blocks for action: Global report*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>

World Health Organization. (2005). *Clinical guidelines for the management of hypertension*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2023b). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>

8. ANEXOS

Anexo I



2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Carla Alexandra Rodrigues Goulart

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CONTEXTO
DE INTERNAMENTO

Oliveira de Azeméis

outubro 2024

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO EM CONTEXTO DE INTENAMENTO

Carla Alexandra Rodrigues Goulart

Orientadora: Professora Adjunta Eloisa Maciel

Tutora: Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica Teresinha
Laranjo

Regente: Professora Doutora Liliana Mota

Oliveira de Azeméis

outubro 2024

“Sempre parece impossível, até que seja feito”

Nelson Mandela

INDÍCE

0-INTRODUÇÃO	5
1-PLANIFICAÇÃO.....	9
1.1 Objetivos Específicos e Atividades	9
1.1.1 Desenvolver Competências na Identificação das Necessidades da Pessoa Com HTA na Gestão do Regime Terapêutico	9
1.1.1.1 Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso	10
1.1.1.2 Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar.....	11
1.1.1.3 Melhorar a performance na identificação das necessidades da pessoa com HTA na Gestão do regime terapêutico.....	11
1.1.2 Desenvolver competências promotoras da capacitação da pessoa com HTA na autogestão do regime terapêutico.....	12
1.1.2.1 Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso	12
1.1.2.2 Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar	13
1.1.2.3. Melhorar a performance na capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime terapêutico	14
1.1.3. Desenvolver cuidados de enfermagem especializados promovendo um ambiente seguro, através da prevenção e ou controlo de infeção da pessoa com doença crónica em regime de internamento.	14
2-ANÁLISE SWOT	15
3-RECURSOS.....	16
4-PLANEAMENTO DE ATIVIDADES.....	17
5-MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	19
6-CONCLUSÃO	20
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

0-INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserida no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, promovido pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, foi proposto realizar um projeto de desenvolvimento de competências que servirá de guia orientador ao estágio de natureza profissional. O mesmo será realizado no serviço de Medicina II de uma unidade de saúde da ilha dos Açores e irá decorrer no período entre 1 de outubro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, sob a orientação da Professora Mestre Eloisa Maciel e tutoria a cargo da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Teresinha Laranjo.

O presente projeto integra conhecimentos no domínio da enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento das competências clínicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, nomeadamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O Enfermeiro Especialista (EE) é definido pelo Regulamento nº140/2019 como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). Sendo que o mesmo regulamento define competência do enfermeiro especialista como aquele que “(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (p.4745)

De acordo com o Regulamento nº429/2018 de 6 de julho de 2018 “os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma”(2018, p19368).

Atendendo a estes pressupostos, e à motivação pessoal em prestar cuidados à pessoa em situação crónica, para este projeto, decidiu-se desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial em contexto de internamento hospitalar.

A doença crónica é atualmente vista como um dos maiores problemas para a medicina e as ciências da saúde. É apontada como uma das principais causas da diferença entre as taxas de mortalidade e morbilidade, ou seja, a distância entre a expectativa de vida e a qualidade de vida (Silva et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde estimou que a Hipertensão Arterial causa uma em cada oito mortes, tornando a hipertensão a terceira principal causa de morte no mundo. Globalmente, há um bilhão de hipertensos e quatro milhões de pessoas morrem anualmente como resultado direto da hipertensão (OMS, 2005). A hipertensão arterial constitui-se como uma doença crónica e um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, impondo-se como um relevante problema de saúde pública (Ferreira, 2014).

Em 2015, 36% da população residente em Portugal, com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos de idade, tinha hipertensão arterial, a hipertensão arterial contribuiu para 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por acidente vascular cerebral (Instituto Nacional Ricardo Jorge, 2017).

Com um percurso profissional de 23 anos e a prestar cuidados diários a doentes crónicos, senti a necessidade de investir nesta área com o intuito de melhorar a minha forma de atuação e encarar o doente como um todo e não apenas como um tratamento individualizado. O desenvolvimento profissional, deve ser incrementado pela prática clínica e pelo conhecimento científico, ou seja deve existir investimento em novos saberes, na procura da excelência profissional, e consequentemente aquisição de novas competências. Patricia Benner (2001), refere que um enfermeiro não se caracteriza como perito, apenas por reunir um leque diversificado de técnicas, pelo contrário, esse desenvolvimento torna-se possível, porque o profissional integra um conjunto de conhecimentos próprios, que possibilita a evolução do seu carácter profissional, bem como as suas competências. O progresso da enfermagem advém dos contextos profissionais, onde lidar com as adversidades, necessidades e problemas reais, possibilitam o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para o

aperfeiçoamento profissional (Benner, 2001). Esta prática permite ao enfermeiro reconhecer a pessoa enquanto um todo, enquanto um ser de necessidades e vulnerável, que necessita de satisfazer as suas necessidades (Benner, 2001).

A escolha do local de estágio teve como objetivo ir de encontro à minha realidade profissional, pelo que escolhi um serviço de Medicina. Trata-se de um serviço com algumas particularidades na medida em que é a Medicina de um Hospital, inserido numa unidade de cuidados saúde primários, com serviço de atendimento permanente, entre outros serviços, como por exemplo serviços de imagiologia, laboratório, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, etc. Foi criado com objetivo de facultar cuidados de proximidade, evitando deslocações constantes de doentes para fora da ilha. Embora existam outras unidades, este serviço em particular, visa dar resposta às necessidades das pessoas de toda a ilha, num total de 15000, para além da população flutuante.

O serviço de Medicina, encontra-se instalado num edifício de um único piso, construído de raiz e a funcionar com todas as valências desde julho de 2014, com capacidade para 35 camas. Neste momento apenas é utilizada uma capacidade de 15 camas podendo aumentar. A equipa multiprofissional é composta por 3 médicos de medicina interna, 15 enfermeiros e 8 auxiliares, entre outros profissionais que dão apoio ao serviço.

Relativamente às dotações seguras, o regulamento nº 743/2019 das dotações seguras dos cuidados de enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros estabelece diretrizes para determinar as dotações adequadas de enfermeiros em diferentes contextos de cuidados de saúde. A equipa de enfermagem é composta por 15 enfermeiros tendo apenas 2 enfermeiros especialistas, um de médico cirúrgica e um de reabilitação que exercem em simultâneo cargos de gestão. Pelo número de enfermeiros especialista, conclui-se que este é inferior ao preconizado, ou seja, possui apenas 13% em vez de 35% do número total de enfermeiros. O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual, em que o enfermeiro é responsável pela tomada de decisão sobre os cuidados a serem prestados às pessoas que estão sob os seus cuidados.

Uma vez escolhido campo de estágio e temática a ser desenvolvida, o presente projeto tem como intuito a implementação de intervenções de enfermagem num contexto de um serviço de Medicina que promovam o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial em situação crónica, para além do que

será acompanhada da componente de investigação com a realização de 2 estudos de caso integrando o processo de enfermagem de acordo com a Ontologia de Enfermagem. Concomitantemente pretende, também, ser um contributo para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crónica.

A metodologia utilizada baseou-se no método analítico-descritivo, prioriza o controle e o planeamento detalhado do projeto desde o início. As etapas estão mapeadas e estruturadas com prazos, custos e entregas bem definidos.

Estruturalmente, o projeto é constituído pela presente introdução, a planificação com os objetivos e respetivas actividades, um cronograma com as etapas e prazos de cada atividade, uma análise Swot, os recursos necessários ao seu desenvolvimento, a monitorização, controlo e avaliação do projeto e por fim a conclusão.

1-PLANIFICAÇÃO

Segundo o guia orientador do estágio de natureza profissional, o objetivo preconizado para este período tem o propósito de cimentar conhecimentos, adquirir e consolidar competências de forma a demonstrar a aquisição de elevadas competências de juízo crítico, de planeamento e de decisão em situações complexas na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica.

Assim sendo os objetivos gerais preconizados são:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem pessoa em situação crónica;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;

Considerando a natureza do estágio de desenvolvimento profissional, foi definido como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com hipertensão arterial em contexto de internamento.

1.1 Objetivos Específicos e Atividades

1.1.1 Desenvolver Competências na Identificação das Necessidades da Pessoa Com HTA na Gestão do Regime Terapêutico

1.1.1.1 Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso

Atividades:

- Pesquisar nas bases de dados no agregador Ebscohost Web e na literatura cinzenta os fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com HTA;
- Pesquisar instrumentos de avaliação dirigidos à adesão ao regime medicamentoso da pessoa com HTA;
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com HTA;
- Elaborar uma síntese com os fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com HTA;
- Analisar com a enfermeira tutora e orientadora os fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentosa da pessoa com HTA;
- Pesquisar dados no domínio da consciencialização da pessoa com HTA;
- Analisar com a enfermeira tutora dados do domínio da consciencialização da pessoa com HTA;
- Pesquisar dados no domínio dos significados atribuídos pela pessoa com HTA à doença;
- Analisar com a enfermeira tutora dados do domínio dos significados atribuídos pela pessoa com HTA à doença;
- Treinar a colheita de dados relativa ao domínio da autogestão do regime medicamentoso à pessoa com HTA;

1.1.1.2 Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar

Atividades:

- Pesquisar nas bases de dados no agregador Ebscohost Web e na literatura cinzenta os fatores que influenciam a adesão ao regime alimentar da pessoa com HTA
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime alimentar da pessoa com HTA;
- Elaborar uma síntese com os fatores que influenciam a adesão ao regime alimentar da pessoa com HTA;
- Analisar com a enfermeira tutora e orientadora os fatores que influenciam a adesão ao regime alimentar da pessoa com HTA;
- Pesquisar dados no domínio da consciencialização da pessoa com HTA;
- Analisar com a enfermeira tutora dados do domínio da consciencialização da pessoa com HTA;
- Pesquisar dados no domínio dos significados atribuídos pela pessoa com HTA a doença;
- Analisar com a enfermeira tutora dados do domínio dos significados atribuídos pela pessoa com HTA à doença;
- Treinar a colheita de dados relativa ao domínio da autogestão do regime alimentar à pessoa com HTA;

1.1.1.3 Melhorar a performance na identificação das necessidades da pessoa com HTA na Gestão do regime terapêutico

- Elaborar um estudo de caso com enfoque na autogestão do regime terapêutico à pessoa com HTA, com recurso à plataforma educacional E4Nursing.

1.1.2 Desenvolver competências promotoras da capacitação da pessoa com HTA na autogestão do regime terapêutico.

1.1.2.1 Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso

Atividades:

- Pesquisar nas bases de dados no agregador Ebscohost Web e na literatura cinzenta estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com HTA;
- Elaborar síntese sobre as estratégias para promover a adesão ao regime medicamentoso da pessoa com HTA;
- Pesquisar nas bases de dados no agregador Ebscohost Web e na literatura cinzenta sinais e sintomas de HTA;
- Efetuar síntese sobre sinais e sintomas de HTA;
- Elucidar sobre a importância de cumprir esquema medicamentoso;
- Observar a enfermeira tutora na implementação de estratégias de intervenção na promoção dos fatores a adesão ao regime medicamentoso;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção nos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção no domínio da consciencialização da pessoa com HTA face ao regime medicamentoso;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção no domínio dos significados atribuídos pela pessoa com HTA face ao regime medicamentoso;
- Acompanhar a enfermeira tutora na implementação de intervenções à pessoa internada com HTA no domínio do regime medicamentoso;
- Treinar a implementação das intervenções à pessoa internada com HTA no domínio do regime medicamentoso;

- Identificar com a enfermeira tutora o impacto das intervenções diferenciadas do enfermeiro especialista na capacitação da autogestão do regime medicamentoso da pessoa com HTA;

1.1.2.2 Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar

Atividades:

- Pesquisar nas bases de dados no agregador Ebscohost Web e na literatura cinzenta estratégias para promover a adesão ao regime alimentar da pessoa com HTA;
- Efetuar síntese das estratégias de adesão ao regime alimentar;
- Elucidar sobre a importância de cumprir esquema alimentar;
- Observar a enfermeira tutora na implementação de estratégias de intervenção na promoção dos fatores que influenciam a adesão ao regime alimentar;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção nos fatores que influenciam a adesão ao regime alimentar;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção no domínio da consciencialização da pessoa com HTA face ao regime alimentar;
- Analisar com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção no domínio dos significados atribuídos pela pessoa com HTA face ao regime alimentar;
- Acompanhar a enfermeira tutora na implementação de intervenções à pessoa internada com HTA no domínio do regime alimentar;
- Treinar a implementação das intervenções à pessoa internada com HTA no domínio do regime alimentar;
- Identificar com a enfermeira tutora o impacto das intervenções diferenciadas do enfermeiro especialista na capacitação da autogestão do regime alimentar da pessoa com HTA;

1.1.2.3. Melhorar a performance na capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime terapêutico

- Elaborar um estudo de caso com enfoque na capacitação da pessoa com HTA autogestão do regime terapêutico com recurso à plataforma educacional E4Nursing;

1.1.3. Desenvolver cuidados de enfermagem especializados promovendo um ambiente seguro, através da prevenção e ou controlo de infeção da pessoa com doença crónica em regime de internamento.

Atividades:

- Consultar linhas orientadoras, feixes de intervenção e guidelines publicadas acerca da prevenção controlo infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS);
- Atuar em conformidade com o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA) da instituição;
- Acompanhar a enfermeira interlocutora em auditoria/ Formações;
- Submeter Poster já aprovado no congresso “6º Congresso Internacional IACS2024- Desafios e inovação em controlo de infeção “subordinado ao tema “Importância dos programas de controlo de infeção na qualidade dos cuidados de saúde “que se realiza de 23 a 25 de outubro de 2024;

2-ANÁLISE SWOT

A análise *SWOT* permite analisar e planear o percurso do estágio, tem como objetivo efetuar uma síntese das variáveis endógenas e exógenas de todo o ambiente, de forma a identificar elementos-chave para a gestão de todo o processo.

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
AVALIAÇÃO INTERNA	<u>S - STRENGTHS – FORÇAS</u> - Motivação; - Responsabilidade; - Facilidade de integração; - Proximidade com o local de estágio;	W - WEAKNESSES – FRAQUEZAS - Papel de estudante; - Novo serviço; - Gestão do tempo; - Desconhecer o programa informático Sclínico, Graf, E4nursing;
AVALIAÇÃO EXTERNA	O - OPPORTUNITIES – OPORTUNIDADES - Equipa recetiva; - Elevado número de clientes com doença crónica; - Oportunidade adquirir novos conhecimentos;	T - THREATS – AMEAÇAS - Enfermeira especialista em médico cirúrgica exercer em simultânea gestão - Rácios de enfermagem desadequados;

3-RECURSOS

Para a realização deste estágio e de forma a garantir a viabilidade do mesmo foram considerados os seguintes recursos:

Humanos - Orientador e tutor;

Materiais - Literatura e computador com acesso a internet;

Financeiros – Não se preveem gastos para além das deslocações para o campo de estágio;

Tecnológicos - E4nursing.

4-PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

De forma a facilitar a gestão das atividades propostas foi criado cronograma que ilustra no espaço temporal do estágio a concretização das atividades planeadas em tempo.

Atividades	TEMPO DE DURAÇÃO																			
	outubro				novembro				dezembro				Janeiro				fevereiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Poster																				
Desenvolver pesquisas bibliográficas																				
<i>Desenvolver Competências na Identificação das Necessidades da Pessoa Com HTA na Gestão do Regime Terapêutico</i>																				
<i>Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso</i>																				
<i>Desenvolver capacidade na identificação das necessidades da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar</i>																				
Melhorar a performance na identificação das necessidades da pessoa com HTA na																				

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Gestão do regime terapêutico																			
Desenvolver competências promotoras da capacitação da pessoa com HTA na autogestão do regime terapêutico.																			
Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime medicamentoso																			
Desenvolver competências para a capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime alimentar																			
Melhorar a performance na capacitação da pessoa com HTA no domínio da autogestão do regime terapêutico																			
Desenvolver cuidados de enfermagem especializados promovendo um ambiente seguro, através da prevenção e ou controlo de infeção da pessoa com doença crónica em regime de internamento.																			
Estudo de caso 1																			
Estudo de Caso 2																			
Relatório Final																			

5-MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A monitorização do projeto será realizada através de um acompanhamento regular das atividades definidas no cronograma. O controle através de reuniões periódicas com a enfermeira tutora e orientadora, ajustando sempre que necessário o plano em caso de identificação de riscos e/ou problemas. A avaliação será feita através das reuniões intercalares e finais onde serão comparados os resultados com os objetivos iniciais.

6-CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto apresenta-se como um instrumento essencial, não só enquanto guia orientador da consolidação, desenvolvimento e aquisição de competências nos diversos domínios enunciados pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiros Especialista em Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica, como tem também a finalidade desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial em contexto de internamento. No entanto, enquanto projeto é passível de ser alterado, de acordo com a evolução do estágio ou necessidades que possam surgir quer origem pessoal ou por contexto de prática clínica.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.

ESSNORTECVP. (2025). *Guia De Orientação Estágio de Orientação Profissional Com Relatório Final*.

Ferreira, S. (2014). *Sentido de coerência e adesão ao regime Terapêutico*. Instituto politécnico de Viana do Castelo.

Instituto Ricardo Jorge. (2017). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal – resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015)—INSA. <https://www.insa.min-saude.pt/artigo-prevalencia-de-hipertensao-arterial-em-portugal-resultados-do-primeiro-inquerito-nacional-com-exame-fisico-insef-2015/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. D.R nº 743/2019, Série II de 2019-09-25, p 128-155

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica D.R n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p 19359 - 19370

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista D.R n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, p 4744 - 4750

World Health Organization. (2005). Clinical Guidelines for the management of hyperthension. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data. <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>.

Ferreira, S. (2014). *Sentido de coerência e adesão ao regime Terapêutico*. Instituto politécnico de Viana do Castelo.

Silva, A. J. B., Frazão, J., & Pimenta, R. (2023). Qualidade de vida na pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–10. <https://doi.org/10.12707/RVI22113>

Anexo II

Elimine hábitos tabágicos:

Se não conseguir, fale com o seu médico ou enfermeiro eles podem ajudá-lo!

Evite o consumo de bebidas alcoólicas

Faça exercício físico:

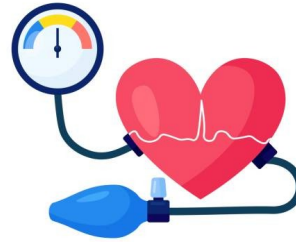
Fazer exercícios físicos durante 30 minutos 3 a 5 vezes na semana por ex. caminhar, natação, ioga, pilatos, andar de bicicleta.

Perca peso

IMC aproximadamente de 20 - 25 kg/m² em pessoas com <60 anos de idade

Não se esqueça!

- Avalie periodicamente a sua tensão;
- Caso tenha uma avaliação de tensão arterial normal, não abandone o tratamento, pois caso o faça a tensão voltará a subir;
- Tome a medicação nas doses e horários recomendados pelo seu médico;
- Não falte à consulta de vigilância.



É possível controlar a hipertensão com a adoção de um estilo de vida saudável e com o uso adequado de medicamentos.

BIBLIOGRAFIA:

Direção-Geral da Saúde. (2013). Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. www.dgs.pt

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

Williams, B. et al. (2018) 'Guidelines de 2018 ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial', Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, (76), pp. 3–90. Available at: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89.

“INSTITUIÇÃO”



HIPERTENSÃO ARTERIAL

HIPERTENSÃO ARTERIAL

O que é ?

O coração é responsável por bombear o sangue para todo o corpo através das artérias . A Pressão Arterial (PA) é força com que o sangue circula pelo interior das artérias. **Hipertensão Arterial** (HTA) caracteriza-se pelo aumento da TA, quando uma pessoa apresenta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, um dos valores (máxima ou mínima) ou ambos acima de 140/90 mmHg.

NORMAL	ALTA	HIPERTENSÃO
inferior 130	inferior 130	superior 140
inferior 80	inferior 80	superior 90

Fatores de risco:

- História familiar de hipertensão;
- Raça negra;
- Envelhecimento;
- Consumo exagerado de sal;
- Sedentarismo;
- Obesidade;
- Ingestão excessiva de bebidas alcoólicas ;
- Tabagismo;
- Stress.
- Contraceptivos orais;

Sintomas da Hipertensão:

É conhecida como uma doença silenciosa habitualmente a tensão arterial alta não tem sintomas, mas por vezes podem surgir:

- Dores de Cabeça ;
- Tonturas;
- Enjoo;
- Zumbidos;
- Sensação de falta de ar;
- Visão desfocada;
- Palpitações.



Efeitos secundários:

É necessário tratar/controlar a HTA caso contrario podem surgir complicações, tais como:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Enfarte do miocárdio;
- Tromboses;
- Insuficiência renal;
- Insuficiência cardíaca ;
- Perda Gradual de visão;
- Arteriosclerose ;

Prevenção e tratamento:

Embora a HTA seja uma doença crónica, pode ser evitada controlada através de:

Alimentação saudável



- Faça 5 a 6 refeições por dia;
- Faça uma dieta rica em fruta e vegetais e legumes frescos.;
- Dê preferência a cereais integrais
- Dê preferência ao peixe e carnes magras (frango e peru);
- Lacticínios leite e iogurte magros;
- 1,5l de agua por dia;
- Dê preferência a café descafeinado ,infusões e chá verde;
- Evite conservas, enchidos, salgados, batatas fritas de pacote, bolachas de agua e sal ;
- Evite o consumo de molhos e temperos prontos (ex ketchup)
- Evite consumo de açúcar.;
- Reduza a ingestão de sal na alimentação, substituindo-o por limão e ervas aromáticas como orégãos, tomilho, salsa ,coentros...
- Confeccione os alimentos em pouca gordura e dê preferência ao azeite;
- Para além de alimentos cozidos e grelhados, experimente também os estufados, assados e cozidos a vapor.

Anexo III



Escola
CRUZ

6º CONGRESSO INTERNACIONAL

IACS2024

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Carla Goulart, Floripes Paiva, Ricardo Melo

Apresentaram o É-Poster “**Importância dos programas de controlo de infeção na qualidade dos cuidados de saúde**” no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

24 de outubro

- 09h30 **SA: Conferência Inaugural: "IACS - dilemas, oportunidades, imponderáveis"**
Acácio Rodrigues (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)
 Moderador: **Luis Pedro** (ULSEDV, Portugal)
- 10h00 **SA: Sessão de abertura**
Vitor Marques (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULSEDV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 **Coffee Break**
- 11h30 **SA: Painel: Stop Infecção - Like a bridge over troubled waters**
 "Estar no Stop vale a pena? (ontem, hoje e amanhã)" **Rosário Rodrigues** (ULSAR, Portugal)
 "Mentoria e Melhoria (mentorar entre iguais)" **Margarida Dinis** (ULS Santa Maria, Portugal)
 "Melhorar, melhorar sempre" **Rute Miranda** (ULSAR, Portugal)
 Moderador: **Paulo André** (ULSAR, Portugal)
- S6: Painel: BRUSH Beyond Routine: Using a Sustained Hospital program for oral care**
 "Pneumonia associada à intubação" **Catarina Conceição** (ULSLQ, Portugal)
 "Higiene oral na disfagia" **Daniela Ferreira** (ULSEDV, Portugal)
 "Protocolo de cuidados à boca" **Maria João Batista** (ULSLQ, Portugal)
 Moderador: **Clara Carvalho** (ULSLQ, Portugal)
- S7: Painel: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias**
 "Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" **Ana Raquel** (ULSEDV, Portugal)
 "A Microbiologia e o Diagnóstico: Desvendar o Invisível para Tratamentos Precisos" **Hugo Cruz** (CHUSA, Portugal)
 "Bactérias Multirresistentes na Urina: Um Desafio Emergente" **Carla Mimoso** (CHULN, Portugal)
 Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painel: Preparar o futuro das EPC (Enterobacterales produtores de carbapenemases)**
 "Combater a colonização/infecção" **Catarina Guerra** (ULS Braga, Portugal)
 "Gestão de isolamentos" **Claudia Martins** (ULS Braga, Portugal)
 "A importância do ambiente na transmissão" **Ana Silva** (ULS Braga, Portugal)
 "Mudança comportamental na Saúde: um desafio" **Angela Dias** (ULS Braga, Portugal)
 Moderador: **Isabel Velloso** (ULS Braga, Portugal)
- S9: Painel: Como organizar o Plano de Controlo de Infecção nos Cuidados de Saúde Primários**
 "Que ferramentas utilizar?" **David Peres** (ULS Matosinhos, Portugal)
 "Como aplicar? Exemplos:" **Ilda Devesa** e **Natalia Pinheiro** (ULS Matosinhos, Portugal)
 "Como monitorizar?" **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)
 Moderador: **Fernanda Vieira** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 12h30 **Almoço**
- 14h00 **SA: Workshop FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é o que não se consegue ver, o que importa"**
S6: Workshop RACLAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"
S7: Workshop IMPORQUIMICA "Conceito DDP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz do Biofilme. Ver para crer!"
S8: Workshop MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"
S9: Workshop ARIXMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"
- 15h00 **SA: Painel: Investigação e inovação em controlo de infeção**
 "Muitos dados, algum conhecimento, pouca inovação" **José Artur Paiva** (ULS São João, Portugal)
 "Inovação Tecnológica e Estratégias no Controlo de Infecções: do Laboratório à Prática Clínica" **Paulo Alves** (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)
 "Prioridades da investigação em prevenção e controlo da infeção" **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
 Moderador: **António Soares** (CINTESIS@RISE, Portugal)
- 16h00 **SA: Simpósio: Novas metodologias na descontaminação de dispositivos médicos**
 "Impacto da tecnologia de desinfeção de alto nível na colonização microbiana nas sondas de ultrassom endocavitárias" **Ursula Morby** (Group Decontamination Lead at University Hospital Limerick, Ireland)
 "Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfeção de alto nível, automação Vs processos manuais" **Sarah Blanchard-Wall** (Product Manager - Germitec, France)
- 16h30 **SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios**
 "Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" **Marisa Cardo** (ULSRL, Portugal)
 "Microbiological testing of endoscopes and visual inspection" **Thomas Onsea Hospital** (Hospital Group in Antwerp; Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)
 Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- 16h00 **Comunicações Livres**
THINKLab: boas práticas em controlo de infeção **Elena Noriega** (ARS Algarve, Portugal)

25 de outubro

- 09h00 **SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"**
S6: Workshop DIVISIONCARE "Cortinas Antimicrobianas Descartáveis e Recicláveis " Silver Intelligence"- Eficácia, Custo e Evidência!"
S7: Workshop MEDLINE "Prevenção das IACS - novas soluções"
S8: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"
S9: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"
- 10h00 **SA: Painel: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"**
"Saúde Humana" Carlos Palos (Portugal)
 "Disseminação de Klebsiella pneumoniae multiresistente numa perspectiva One Health" **Ângela Novais** (UCIBIO/i4HB, Faculdade de Farmácia UP, Portugal)
 Moderador: **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 10h45 **Coffee Break**
- 11h15 **SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Mahmood Bhutta** (United Kingdom)
 Moderador: **Carlos Carvalho** (ULSEDV, Portugal)
- 11h45 **SA: Painel: O papel da academia na prevenção da infeção**
 "HAIInnovPrev: Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" **Teresa Neves** (ESENfC, Portugal)
 "HandSafe: Higiene das mãos em estudantes de Enf de Portugal e Brasil" **Cristina Carvalho** (ESEP, Portugal)
 "Prevenção da ITU associada a cateter vesical: Conscientização para mudança" **Filipe Paiva-Santos** (ESENfC, Portugal)
 Moderador: **Susana Filipe** (ULS Baixo Mondego, Portugal)
- S6: Painel: Foco na neurocirurgia**
 "Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" **Insa Janssen** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
 "Gestor/a de circuito do doente: experiência e mais-valias na prevenção de IACS" **Dulcinda Delannoy** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
 Moderador: **Américo Agostinho** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
- S7: Painel: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)**
 "HD do Hospital de Santarém" **Yahia Abuowda** (ULSL, Portugal)
 "Tratamento de Infecções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" **Ana Mafalda Bastos** (ULSEDV, Portugal)
 "Precauções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" **Sónia Malaca** (ULSL, Portugal)
 Moderador: **João Duarte** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painel: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção em Fisioterapia**
 "Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" **Tânia Churro*** (ULS Cova da Beira, Portugal)
 "Redução do risco e da valorização das boas práticas em Fisioterapia" **Tânia Soares*** (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)
 "Impacto das boas práticas em higiene das mãos: perceção dos fisioterapeutas" **Ana Palma*** (ULS de São José, Portugal)
 Moderador: **Elsa Silva*** (ULS de São José, Portugal)
 * Seguranga do Doente, Ordem dos Fisioterapeutas, Portugal
- S9: Painel: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos**
 "Melhoria das práticas de prescrição: o sucesso e as lições do programa PAPA na prescrição de antimicrobianos na ULSRA" **Liliana Maia** (ULSRA, Portugal)
 "Projeto drive-AMS: uma nova abordagem de antimicrobial stewardship" **Raquel Duro** (ULS do Tâmega e Sousa, Portugal)
 "Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição antimicrobiana nas infeções osteoarticulares?" **Manuela Vieira** e **André Santos** (ULSRA, Portugal)
 Moderador: **Filomena Freitas** (ULSRA, Portugal)
- 12h45 **Almoço**
- 14h45 **SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Peters** (University of Geneva, Switzerland)
 Moderadora: **Mário Branco** (ESSNorteCVP, Portugal)
- 14h45 **SA: Painel: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infecção**
 "Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" **Soraia Pereira** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
 "Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" **Luis Filipe Todo Bom** (CH Leiria, Portugal)
 "Gloves donning and removal complice and HCWs preferences" **Heck Robert Roland** (TritonLife Private Hospitals - Hurgira)
 Moderador: **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Painel: "Controlo de infeção em Medicina intensiva: um desafio multidisciplinar"**
 "Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" **Ana Maria Oliveira** (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
 "Rastreio e isolamento: desafios actuais" **Hugo Tavares** (Hospital Lusitana Porto, Portugal)
 "Feixes de intervenção - impacto na prática clínica" **Nelson Faria** (Hospital CUF Porto, Portugal)
 Moderador: **Paulo Mergulhão** (SPCI, Portugal)
- S7: Workshop TEPREL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"**
- S8: Painel: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias**
 "Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" **Inês Ribeiro** (ULSEDV, Portugal)
 "Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" **Catarina Oliveira** (ULSEDV, Portugal)
 "Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" **Jacinta Carvalhas** (ULSEDV, Portugal)
 Moderador: **Andréa Rodrigues** (ULSEDV, Portugal)
- S9: Painel: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Consensus paper**
 "Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" **Isabel Velloso** (ANCI, Portugal)
 "Desmistificar o uso de luvas no tratamento de feridas" **Viviana Gonçalves** (ULS São João, Portugal)
 Moderador: **David Peres** (ANCI, Portugal)
- 15h45 **SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patogénicas prioritárias**
Cátia Caneiras (Inst. Saúde Ambiental, Faculdade Medicina da UL, Portugal)
 Moderador: **Bernardo Macedo** (ULSEDV, Portugal)
- 16h15 **SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso**