



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão
da Doença. Uma intervenção de enfermagem
comunitária**

Soraia Isabel Nobre dos Reis Casal Figueiredo

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão
da Doença. Uma intervenção de enfermagem
comunitária**

Soraia Isabel Nobre dos Reis Casal Figueiredo

Professor Orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier
Furtado de Sousa

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo,
participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade. “

Marie Curie (1923, p.83)

Dedicatória

Durante todo o processo, nem sempre fácil, surgiram variadas dúvidas e incertezas. Contudo, pude sempre contar com o apoio de pessoas que fazem parte da minha vida e de algumas pessoas que foram surgindo para me acompanhar, ao longo deste meu percurso. A todas expresso a minha gratidão, pelo estímulo, ajuda e compreensão ao longo desta minha caminhada pessoal e profissional.

Ao meu orientador científico e pedagógico, Professor Doutor Edmundo Sousa, quero agradecer pela orientação, disponibilidade, compreensão e encorajamento ao longo de todo o percurso.

À minha orientadora clínica, Enfermeira Maria Jorge Brites, agradeço pela constante disponibilidade, motivação, orientação e empenho em todo o processo, bem como pelo modelo que é na prática clínica, enquanto Enfermeira Especialista.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar Poente pelo acolhimento, partilha e integração no quotidiano da Unidade e pelos excelentes contributos para o trabalho desenvolvido.

Aos utentes e famílias que colaboraram no projeto de intervenção, por terem partilhado comigo as suas crenças, valores e vivências.

Ao Bruno por acreditar sempre, pela paciência e apoio incondicional, compreensão e pelas ausências ao longo de todo este percurso.

Aos meus filhos por toda a resiliência durante este processo.

À Mafalda por ser um pilar na minha vida, pela enorme amizade para além de todo o encorajamento, à Sofia minha amiga e colega de trabalho pelas confidências, partilha de saberes e motivação, à Susana minha parceira de jornada, pela ajuda, amizade, partilha e incentivo, sem os quais não teria sido possível chegar aqui.

À minha mãe pelos valores que sempre me transmitiu e que me tornam na pessoa e Enfermeira que sou.

A todos, Muito Obrigada

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACES A-S	Agrupamento de Centros de Saúde de Almada Seixal
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DC	Doença Crónica
DCCV	Doenças Cérebro-Cardiovasculares
DIC	Doença Cardíaca Isquémica
DGS	Direção-Geral da Saúde
DMAA	Disease Management American Association
DRS	Direção Regional Saúde
DP	Desvio Padrão
DS	Diagnóstico de Situação
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAS	Equidade e acesso à saúde
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
ESC	European Society of Cardiology
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EpS	Educação para a Saúde
Et. Al.	et alia (expressão em latim de “entre outros” autores)
Exm.	Excelentíssimo
HTA	Hipertensão Arterial
IC	Insuficiência Cardíaca
ICD-11	International Classification of Diseases 11 th Revision
ICN	International Council of Nurses
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
INV	Investigação
ICPC-2	International Classification of Primary Care – 2ª Edition
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
mmhg	Milímetros de mercúrio
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PA	Pressão Arterial
PAd	Pressão Arterial Diastólica
PAs	Pressão Arterial Sistólica
PeLS	Perfil Local de Saúde
PLS AS	Plano Local de Saúde Almada Seixal
PND CV	Plano Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
RCV	Risco Cardiovascular
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SCORE	Systematic Coronary Risk Evalution
SPC	Sociedade Portuguesa de Cardiologia
SPH	Sociedade Portuguesa de Hipertensão
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Sr.	Senhor
TA	Tensão Arterial
TDAE	Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem
USF	Unidade Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1.1 Hipertensão arterial.....	8
1.2 Epidemiologia da HTA	9
1.3 Gestão da doença crónica	10
1.4 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	13
1.5 Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem – Autocuidado da Pessoa hipertensa e sua família.....	14
2. METODOLOGIA.....	16
2.1. Contexto	16
2.2. População, população-alvo e amostra	17
2.3. Instrumento, técnicas e procedimento de recolha de dados	18
2.4. Apresentação e análise dos resultados	19
2.4.1. Caracterização da amostra	19
2.5 Diagnóstico de Situação.....	23
2.6 Diagnósticos de enfermagem	24
2.7 Procedimentos éticos	24
2.8 Determinação de prioridades.....	25
2.9 Fixação de objetivos	26
2.10 Seleção de estratégias.....	28
2.11 Preparação operacional	31
2.11.1. Póster – “Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão”	32
2.11.2. Consulta de enfermagem de hipertensão arterial - Guião de Boas Práticas.....	33
2.11.3. Visita domiciliária	34
2.11.4. Sessão de EpS nº1 – Dê atenção ao seu coração! Controle a Hipertensão	35
2.11.5. Caminhada pela hipertensão	37
2.11.6. Sessão de EpS nº 2 – Dê atenção ao seu coração! Reduza o sal na Alimentação	38
2.12 Avaliação	39
3. CONCLUSÃO.....	48

3.1 Competências desenvolvidas.....	48
3.2 Considerações Finais	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Autorização dos autores da validação da escala MAT

Anexo II – Declarações da coordenadora da USF

Anexo III – Parecer do Diretor do ACES de Almada/Seixal

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Anexo V – Declaração do Professor orientador do estudo

Anexo VI – Declaração da Orientadora clínica para acesso aos participantes

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – *Scoping Review*

Apêndice II – Consentimento Informado

Apêndice III – Questionário "Conheça a sua HTA"

Apêndice IV – Dados sociodemográficos, situação clínica e estilos de vida

Apêndice V – Tabelas de dados colhidos relativos à escala de MAT

Apêndice VI – Distribuição dos participantes em relação aos dados do processo clínico

Apêndice VII – Plano de Sessão Informativa aos profissionais da USF

Apêndice VIII – Cronograma

Apêndice IX – Cálculo das prioridades através do Método de Hanlon;

Apêndice X – Plano de Preparação da Execução e Intervenção.

Apêndice XI – Póster Celebrativo do Dia Mundial do Coração

Apêndice XII – Guião de Boas Práticas para a Consulta de Enfermagem de HTA

Apêndice XIII – Visita Domiciliária

Apêndice XIV – 1ª Sessão de EpS

Apêndice XV – 2ª Sessão de EpS

Apêndice XVI – Questionário final de Avaliação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes relativamente ao sexo

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes consoante o agregado familiar

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por escolaridade

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes por motivo de consulta

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes pelo número de medicamentos de toma diária

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes por local de avaliação da TA

Gráfico 7 – Distribuição dos participantes pelo exercício físico

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes por fumadores e não fumadores

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes em relação à mudança de hábitos de vida após o diagnóstico de HTA

Gráfico 10 – Distribuição da amostra em relação às medidas de controlo da sua HTA no quotidiano

Gráfico 11 – Distribuição da amostra em relação à existência de mais elementos no agregado familiar hipertensos

Gráfico 12 – Distribuição dos participantes em relação a quem habitualmente confeciona as refeições

Gráfico 13 – Distribuição dos participantes relativamente ao apoio familiar para a implementação das medidas para controlo da HTA

Gráfico 14 – Distribuição dos participantes relativamente a sua convicção sobre a influência positiva da mudança de hábitos de vida na HTA

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos participantes como aderentes e não aderentes no que respeita a escala de MAT.

Quadro 2 – Lista dos principais problemas identificados na amostra.

Quadro 3 – Comparação da variável frequência de avaliação e registo da TA no 1º momento e 2º momento.

Quadro 4 – Comparação da variável local de avaliação da TA no 1º momento e 2º momento.

Quadro 5 – Comparação da variável medidas de controlo da HTA no 1º momento e 2º momento.

Quadro 6 – Comparação da variável prática de atividade física no 1º momento e 2º momento.

Quadro 7 – Com que frequência pratica atividade física avaliada no 2º momento.

Quadro 8 – Comparação da variável restrição de sal na alimentação no 1º momento e 2º momento.

Quadro 9 –Variável frequência de substituição de sal por ervas aromáticas ou especiarias.

Quadro 10 – Comparação do variável apoio familiar no 1º momento e 2º momento.

Quadro 11 – Indicadores de atividade e de resultado referentes às atividades desenvolvidas.

Quadro 12 – Indicadores de processo.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Termos descritores para pesquisa

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da amostra por média de idades

Tabela 3 – Distribuição dos participantes relativamente ao sexo

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por profissão

Tabela 5 – Distribuição dos participantes consulta com profissional de saúde

Tabela 6 – Valores de Frequência referentes a toma diária de medicação

Tabela 7 – Valores referentes ao número de cigarros que fuma por dia

Tabela 8 – Distribuição dos participantes por hábitos de vida alterados

Tabela 9 – Distribuição dos participantes que coabitam com mais elementos portadores de HTA

Tabela 10 – Distribuição dos participantes sobre a redução de sal na dieta

Tabela 11 – Medidas de frequência relativas ao apoio familiar para adesão às medidas recomendadas para controlo da HTA

Tabela 12 – Distribuição dos participantes quanto ao apoio no agregado familiar para controlo da HTA por elemento familiar que presta apoio

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade prematura em Portugal (SPH, 2023). A Hipertensão arterial, para além de uma doença crónica com elevada prevalência nacional, é também o fator de risco mais prevalente para as doenças cardiovasculares (DGS, 2017), assumindo-se como um grave problema de saúde pública.

É essencial promover a autonomia na gestão da doença, visando o controlo e evicção de complicações, tornando-se fundamental a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para a promoção de saúde.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve como objetivo a capacitação para a gestão da doença da pessoa hipertensa na faixa etária compreendida entre os 45 e os 65 anos e família, inscritos na Unidade de Saúde Familiar Poente. Sustentado pela metodologia de Planeamento em Saúde e assente no Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), obteve o parecer favorável da comissão de ética da ARSLVT (056/CES/INV2022).

A amostra foi constituída através da técnica de amostragem intencional. O Diagnóstico de Situação revelou déficit de conhecimentos sobre a doença e sua gestão, bem como déficit de autocuidado, comprometendo a qualidade de vida dos participantes. Com a priorização dos problemas, foi selecionada a educação para a saúde enquanto estratégia. Após a sua concretização, 70% dos participantes avalia e regista os valores de TA diariamente; 100% identifica corretamente os comportamentos de risco; 63% pratica atividade física regular; 87% refere ter reduzido a ingestão diária de sal; e 100% dos familiares identificou duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte, sendo as mais frequentes o estímulo para a atividade física e restrição/substituição do sal na alimentação. Apesar do curto intervalo temporal, após a intervenção comunitária reforça-se o importante contributo para a capacitação com aumento de conhecimentos e alterações comportamentais associadas a estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Capacitação, Gestão da Doença, Adesão Terapêutica, Hipertensão Arterial, Enfermeiro.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of premature mortality in Portugal (SPH, 2023). In addition to being a chronic disease with high national prevalence, hypertension is also the most prevalent risk factor for cardiovascular diseases (DGS, 2017), being a major public health problem.

It is essential to promote autonomy in disease management, aiming at controlling and avoiding complications, making the specialist nurse's intervention of the nurse specialist in community nursing essential for health promotion.

This community intervention aimed to contribute to the empowerment in disease management of hypertensive people aged 45-65 years and family, enrolled in the Family Health Unit Poente. Supported by the Health Planning methodology and based on Dorothea Orem's Self-Care Model (Orem, 2001), obtained the approval of the ARSLVT's Ethics Committee (056/CES/INV2022).

The sample was composed through the purposive sampling technique. The situation diagnosis revealed a deficit of knowledge about the disease and its management, as well as a deficit of self-care, which compromised the participant's quality of life. With the problems prioritization, health education was selected as a strategy. After its implementation, 70% of participants assessed and recorded daily BP values; 100% correctly identified risk behaviours; 63% practiced regular physical activity; 87% reported having reduced the daily intake of salt; and 100% of family members identified two areas in which their relative needed more support, the most frequent being the encouragement of physical activity and the restriction/replacement of salt in food. Despite the short timeframe, after the community intervention, the important contribution to empowerment with increased knowledge and behavioural changes associated with healthy lifestyles was reinforced.

Keywords: Empowerment, Disease Management, Therapeutic Adherence, Hypertension, Nurse.

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio inscreve-se no programa curricular do Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e pretende espelhar o percurso realizado nas Unidades Curriculares: Opção II e Estágio com Relatório, que se iniciou com o planeamento de um projeto de intervenção comunitária e prosseguiu até à sua aplicação e respetiva avaliação, com base na metodologia de planeamento em saúde, sendo que esta é considerada pela Ordem dos Enfermeiros (2010) como a metodologia de eleição, com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública.

O projeto foi desenvolvido no decurso do estágio com relatório na Unidade de Saúde Familiar (USF) Poente. Teve como objetivo geral capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão da doença crónica. Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990) e como referencial teórico de enfermagem a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001). Posteriormente, foi efetuada a *Scoping review*, com a questão de pesquisa: “Quais as intervenções do enfermeiro, em contexto da USF, que promovem a capacitação da pessoa hipertensa e família para a adesão terapêutica e gestão da doença?” (Apêndice I), de forma a mapear a evidência científica mais recente, sobre as intervenções com maior efetividade na gestão da doença crónica (DC) da pessoa hipertensa e família.

A escolha deste fenómeno prende-se com o facto de as doenças cardiovasculares serem a principal causa de morte em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019) e a Hipertensão Arterial (HTA), enquanto DC, o fator de risco com maior prevalência. Contudo, conforme referido no *Global Action Plan: for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020* (World Health Organization [WHO], 2013), apesar da elevada prevalência da HTA, através de uma ação individual, comunitária e governamental será possível inverter esta tendência. Atualmente existe uma crescente sensibilização da sociedade para os riscos associados à patologia, contudo continua a haver uma grande percentagem de pessoas com HTA não controlada, sendo os principais motivos a não adesão terapêutica e falhas no processo de gestão da doença (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018). Em consequência destes dados, torna-se categórico o controlo da HTA, sendo essencial, para o efeito, ponderar de forma abrangente a abordagem à

pessoa com hipertensão, dando enfoque à gestão da mudança de forma sustentada e integrada, considerando os estilos de vida da sociedade.

As atuais normas da DGS (2013a) ditam que “a pessoa com HTA deve ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu tratamento” (p. 14) e que para isso o tratamento deverá “ser culturalmente adequado e acessível” (p. 4) e permitir aos “familiares serem envolvidos nas decisões sobre os cuidados ao doente e tratamento indicado” (p. 5), seguindo a mesma linha de recomendações da WHO (2013). A necessidade de envolver a pessoa e família no processo terapêutico tem por base o pressuposto de quanto melhor informados estiverem sobre a doença, terapêutica e estilos de vida saudáveis, maior será a sua autonomia na gestão da mesma, tendo assim melhores resultados de saúde (Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH], 2020). Após o diagnóstico de HTA, a pessoa e família atravessam um processo de adaptação com frequentes desvios de saúde, que cabe ao enfermeiro identificar, percecionando a existência de défice de autocuidado, bem como o sistema de autocuidado dos mesmos (Orem, 2001).

Considerando o objetivo geral do projeto, pretendemos: (1) conhecer os fatores que influenciam a adesão terapêutica; (2) compreender a relação entre a adesão e as variáveis sociodemográficas; (3) promover a literacia em saúde; (4) contribuir para a adoção de hábitos de vida saudáveis; e (5) monitorizar e avaliar os ganhos obtidos com a intervenção.

O relatório de estágio encontra-se dividido em três capítulos: (1) Enquadramento teórico que sustenta a intervenção comunitária; (2) Metodologia respeitando todas as etapas; e (3) Conclusão, que se subdivide, em dois subcapítulos: o primeiro, a reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas na área de especialização em enfermagem comunitária e, por último, as considerações finais. Foi redigido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (Godinho, 2023) e, quanto às citações e referências bibliográficas, foi utilizada a Norma APA (7.^a edição), conforme preconizado no guia da ESEL.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Hipertensão arterial

A HTA consiste numa elevação crónica dos valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e dos valores de pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg (International Classification of Diseases [ICD-11], 2022). Esta classifica-se quanto à gravidade e etiologia (DGS, 2011; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2022a; SPH, 2020; SPH, 2014).

Quanto à gravidade é categorizada como: (1) Grau 1 - hipertensão arterial ligeira (140-159/90-99 mmHg); (2) Grau 2 - hipertensão arterial moderada (160-179/100-119 mmHg); e (3) Grau 3 - hipertensão arterial grave ($\geq 180/110$ mmHg).

Relativamente à etiologia: (1) a HTA Essencial, Primária ou idiopática, a mais frequente (causa desconhecida); e (2) a HTA Secundária, menos frequente, que deriva de uma patologia associada (potencialmente tratável ou não), como doença renal, síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade, entre outros (SPH, 2020; DGS, 2011). É o fator de Risco Cardiovascular mais prevalente na população portuguesa “e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.” (DGS, 2013a, p. 4). Quanto ao curso da doença, inicialmente os seus sinais e sintomas não são perceptíveis (SPH, 2023), contudo a sua elevação contínua no tempo gera lesões vasculares, podendo originar aneurismas, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Insuficiência Cardíaca (IC), Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal, entre outras (DGS, 2017). Apresenta sintomas inespecíficos associando-se frequentemente a outras causas, o que origina diagnósticos tardios e frequentemente após consequência grave (EAM ou AVC), acidentalmente, numa consulta de rotina, ou em contexto de exames pré-operatórios (SPH, 2020). Os sintomas podem ser: cefaleias, epistaxis, zumbidos, tonturas, entre outros (SPH, 2020; SNS, 2022a).

A abordagem à HTA deve contemplar o cálculo do Risco Cardiovascular (RCV), este é efetuado com recurso ao algoritmo de risco cardiovascular, SCORE - *Systematic Coronary Risk Evaluation*, (DGS, 2013a). A avaliação do RCV permite aos profissionais de saúde identificar e gerir as medidas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) mais adequadas à pessoa, essencialmente ao nível dos estilos de vida. Recentemente as novas *guidelines* de prevenção de risco cardiovascular

remetem para o algoritmo “SCORE-2” com um intervalo de idades superior, que conjuga as seguintes variantes: idade, sexo, valor de pressão sistólica, colesterol não HDL e tabagismo (European Society of Cardiology [ESC], 2021). Este algoritmo estima o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, facilitando a explicação do risco e benefícios da gestão da doença com adoção das devidas medidas de controlo à pessoa e à família (ESC; 2021). A divisão por intervalo de idades permite estratificar o risco e identificar precocemente o mesmo, implementando a intervenção ao nível das mudanças de estilo de vida que reduzam o RCV. Segundo o “SCORE-2”, Portugal é considerado um país de risco cardiovascular moderado (ESC, 2021; WHO, 2021).

Concluindo, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem-se como a base do sistema de saúde, reconhecidos no Programa do XVII Governo Constitucional como um sistema acessível, eficiente e equitativo, assente no paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida (presidência do Conselho de Ministros, 2005), assumindo o enfermeiro em CSP a avaliação de necessidades e estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem que perspetive auxiliar o indivíduo e família a atingirem a máxima capacidade de gestão da DC.

Segundo o International Council of Nurses [ICN] (2020), a HTA é uma DC passível de controlo e com a correta gestão irá evitar o desenvolvimento de complicações graves. Contextualizando o descrito com o projeto de intervenção desenvolvido, identificamos como principais necessidades de intervenção o controlo dos fatores de risco da HTA, que abrangem as medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que nestas últimas é dada primazia aos fatores modificáveis, visando a adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2013a; SPH, 2022; WHO, 2020a).

1.2 Epidemiologia da HTA

A HTA afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 7,6 milhões de mortes prematuras (WHO, 2013). Segundo a WHO (2020b), é a causa de 51% das mortes por AVC e de 45% das mortes por Doença Cardíaca Isquémica, constituindo-se como um dos principais fatores de risco na mortalidade por Doença Cérebro-Cardiovascular (DCCV). As DCCV são responsáveis por 17 milhões de mortes anuais a nível mundial (SNS, 2022a). No sentido de combater a mortalidade global por DCCV, em 2013, no decurso da 66ª Assembleia Mundial da Saúde

(WHO,2013), estabeleceram-se as metas globais que pretendem atingir uma redução de 25% da prevalência de HTA até 2025. E em 2020 no sentido de atingir as metas estabelecidas para a redução da prevalência da hipertensão, a WHO promove o programa, *HEARTS- Improving hypertension control in 3 million people: country experiences of programme development and implementation* (WHO, 2020b) que apresenta estratégias concertadas a nível mundial para controlo da HTA nos CSP.

A nível europeu, a prevalência de HTA é de 45% (SNS; 2022a), sendo que Portugal é um dos países com a taxa de prevalência mais elevada. Mais de um terço dos portugueses sofre de HTA, com maior incidência a nível do sexo masculino (40%) (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2017). Segundo o SNS (2022a), cerca de dois terços dos hipertensos não sabem que sofrem de HTA e dos que estão diagnosticados apenas 11% apresenta HTA controlada. Em Portugal, as DCCV são a principal causa de morte, incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos (DGS, 2019; SNS, 2022a). De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), em 2016, a prevalência da patologia é de 36% na população com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos, sendo considerada uma problemática prioritária a nível nacional (DGS, 2017; INSA, 2019; INSA, 2017).

A HTA constitui-se como um problema de saúde pública, dada a sua elevada prevalência na população adulta e os baixos níveis de adesão terapêutica geradores de complicações graves (Ferreira, Graça & Calvino, 2016; SPH, 2020), o que conduz a um elevado custo económico, social e individual (Godinho & Silva, 2017; Pinto & Marques, 2020). Apesar da crescente sensibilização da sociedade, a não adesão terapêutica e falhas no processo de gestão da HTA continuam a ser a principal causa de complicações cardiovasculares (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018), emergindo a necessidade de identificação de estratégias eficazes que potenciem a gestão da doença, de modo a prevenir situações de incapacidade e redução da qualidade de vida, elevado consumo de serviços de saúde, medicamentos e episódios de internamento (Nascimento et. al, 2021; SPH, 2020).

1.3 Gestão da doença crónica

Em Portugal, o impacto económico da DC é bastante significativo, com elevada tendência de aumento, sendo que, nos termos do Despacho conjunto n.º 861/99, alínea b), dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, publicado no Diário da República, II Série, n.º 235, de 8 de outubro e 1999, entende-se por

“Doença crónica, a doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado.” (despacho nº235, 1999, p. 15015)

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (INE, 2021), 43,9% da população com mais de 16 anos refere ter DC, o que representa grande impacto na economia da sociedade, traduzindo-se numa elevada fatia das despesas nacionais em saúde (INE, 2021).

Perante a instalação da DC, a pessoa e a sua família são confrontadas com diversos desafios, exigindo dos mesmos uma maior capacidade de adaptação, mobilização de recursos internos como as estratégias de *coping*, e ainda uma adaptação do autocuidado (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021). O impacto da DC pode originar situações de rutura com a organização pessoal, profissional, familiar e social anterior (Figueiredo, 2012).

A DC, dado o seu curso e comorbilidades associadas, leva a episódios regulares no serviço de urgência e consequente internamento, aumentando os gastos em saúde. Este fenómeno é multicausal e complexo, no entanto, sabe-se que a inadequada gestão da doença e do regime terapêutico indicado pelos profissionais de saúde são as causas apontadas com maior frequência (Busse et. al, 2010; Lima et. al, 2023), revelando a lacuna dos cuidados de saúde no que concerne à promoção da gestão da DC. Assim, promover a gestão da DC é a solução com melhor relação custo benefício na abordagem a HTA (OE, 2010), para a promoção da qualidade de vida da pessoa hipertensa e família e, por consequência para a redução dos custos sociais e económicos inerentes à DC.

A gestão da DC é, segundo a Disease Management American Association (DMAA), um sistema de intervenções concertadas de cuidados de saúde direccionados à pessoa, família ou grupo com patologia crónica, cujos esforços de autocuidado são determinantes. Conforme refere Diniz (2004) “(...) a aplicação dos princípios que suportam o conceito de “gestão da doença” permitem a redução entre 15 e 20% dos custos resultantes da gestão tradicional dos sistemas de saúde, podendo, até, atingir os 50%” (p. 68).

Segundo Reynolds et al. (2018), o suporte na autogestão da DC é a intervenção com resultados significativos, que permite à pessoa participar ativamente na auto-monitorização e tomada de decisão, sendo fundamental que o enfermeiro promova a

capacitação da pessoa e família, procurando aumentar os conhecimentos e competências para a gestão da DC nos mesmos. A posição do ICN (2015a), referente à temática “Informed Patients” considera central a participação da pessoa e família, atribuindo elevada importância à informação, como determinante na tomada de decisão livre, informada e consciente (ICN, 2015a).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) destaca dois modelos de cuidados na DC, sendo eles: o Modelo de Cuidados na Doença Crónica e o Quadro de Referência de cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos. Em ambos os modelos, o enfoque principal é a pessoa, família e comunidade informadas e motivadas, sustentada pela equipa de profissionais. Deste modo, realça-se a importância da intervenção do enfermeiro na capacitação através da educação para a saúde, na relação de proximidade com a pessoa, família e comunidade, na inovação dos cuidados e a sua continuidade, apoio à adesão terapêutica a longo prazo e promoção da prática colaborativa com equipa multidisciplinar (ICN, 2015a). São centrais nestes modelos os conceitos de Adesão ao Regime Terapêutico e Gestão do Regime Terapêutico.

A Adesão ao Regime Terapêutico é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como:

ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; 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 (ICN, 2015b, p. 2).

Promover a adesão ao regime terapêutico (farmacológico e não farmacológico) é nuclear no processo de gestão da DC. Na década de 1960, surge pela primeira vez, por Thomas Creer, o conceito de “gestão do regime terapêutico” (Bastos, 2012, p. 61). Esta consiste num comportamento de adesão com características específicas relacionadas com o cumprimento de um conjunto de atividades correspondentes ao controlo da doença que vão além da prescrição farmacológica. A capacidade para gestão do regime terapêutico prevê uma competência cognitiva e funcional que, se assegurada, permite ajustar os comportamentos, tais como: toma correta e diária da medicação, monitorização e avaliação de sintomatologia, alimentação saudável, prática de exercício físico e sempre que necessário recorrer a um serviço de saúde (Lorig & Holman, 2003).

1.4 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

A gestão diária da DC requer perícia no seu controlo, o que revela a necessidade de promover, treinar e auxiliar a pessoa e família para a autonomia, orientando-as faseadamente, de forma a assegurar a confiança e autonomia no exercício da autogestão (WHO, 2018). O desenvolvimento de competências para o autocuidado é essencial na gestão da DC, uma vez que as necessidades de saúde estão em constante alteração (Tanqueiro, 2013). O ICN, no documento “Delivering Quality, Serving Communities; Nurses Leading Chronic Care” (2010), refere que o impacto e aumento das DC têm originado diferentes exigências a todos os sistemas de saúde do mundo, colocando o enfoque nos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

O enfermeiro em CSP depara-se com diversos desafios, bem como com contextos de elevada complexidade, sendo fundamental recorrer a uma prática baseada na evidência científica atual, para facilitar o desenvolvimento de cuidados de saúde eficazes e de proximidade que promovam a capacitação e autonomia da comunidade (ICN, 2020; Stanhope & Lancaster, 2011). Destacando-se o importante papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) que, “considera as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19354). Através da sua perícia na prestação de cuidados à pessoa, família ou grupo, utiliza a metodologia do Planeamento em Saúde para avaliar o estado de saúde de determinada população, elabora um programa/projeto, atua na liderança ou colaboração do mesmo, promovendo uma intervenção comunitária adequada, e realiza vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Atendendo à temática em estudo, ressalva-se a importância do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DGS, 2017), cuja missão é reduzir o risco cardiovascular (RCV), promovendo o controlo da Hipertensão a nível dos CSP, e através da definição e implementação de estratégias que promovam hábitos de vida saudáveis, tais como, redução do consumo de sal e gorduras na alimentação, atividade física regular e cumprimento do regime medicamentoso (DGS, 2017; Silva & Burgos, 2021).

O EEEEC identifica as necessidades emergentes das pessoas, grupo e/ou comunidades associadas à DC (OE, 2010) e intervém promovendo o envolvimento da

família enquanto alvo de cuidados, considerando-a como entidade dinâmica, que sofre alterações importantes geradoras de momentos de stress e rutura. Envolver a família no processo de gestão da HTA é uma mais-valia, sendo que esta funciona como um incentivo para a adesão e adoção a estilos de vida saudáveis que pretendemos que se incorporem no quotidiano familiar para a gestão da doença (OE, 2010).

A OE (2010) enumera as seguintes competências exigidas ao enfermeiro para a gestão da DC:

agir como recurso de informação e educação para os clientes que procuram melhorar o seu estilo de vida, adoptar actividades de prevenção de lesão (...) Disponibilizar orientações / educação aos indivíduos, famílias e comunidades para incentivar a adopção de actividades de prevenção da doença e a manutenção de estilos de vida saudáveis (...) Selecionar estratégias de ensino/ aprendizagem apropriadas às necessidades e características do indivíduo ou do grupo (p. 42 e 43).

É essencial estabelecer parceria nos cuidados entre o enfermeiro, indivíduos e família, para proceder à identificação de recursos, pontos fortes e fragilidades, para melhor planear e adequar a intervenção (Figueiredo, 2012). Estimular a reorganização familiar, ajustar rotinas, gerir recursos a longo prazo e capacitar da pessoa e família para a gestão da DC, com estratégias de educação para a saúde que auxiliem a pessoa e família a otimizar a gestão da doença, é determinante para prevenir e gerir as complicações associadas (Barreto & Marcon, 2014; Wagner et. al, 2001).

Deste modo, o EEEEC envolve a família nos cuidados, considerando-a como um determinante fundamental nos processos de desenvolvimento e adaptação à DC, com intuito de desenvolver competências em todo o sistema familiar, visando a tomada de decisão consciente e equilibrando, assim, as várias exigências que lhes são impostas (Figueiredo, 2012).

A qualidade de vida da pessoa com HTA e da sua família está estreitamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem, para a gestão da DC (Cunha, Ferreira & Brito, 2016).

1.5 Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem – Autocuidado da Pessoa hipertensa e sua família.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), publicada em 1971, tem como conceito nuclear, no seu modelo, o autocuidado. Orem (2001) define o autocuidado como, “(...) a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (p. 43). Segundo a CIPE, o

conceito de autocuidado refere-se à “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 de vida diárias” (ICN, 2015a, p. 42).

O modelo de Orem é composto por três teorias que interagem num sistema compensatório e de suporte educacional que são: (1) a teoria do Autocuidado; (2) a teoria do déficit de autocuidado e; (3) a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Na Teoria do Autocuidado o enfermeiro deve identificar e compreender as condições e limitações da pessoa/família (Orem, 2001). Esta elenca três tipologias de requisitos de autocuidado: o universal, de desenvolvimento e desvio de saúde. Os requisitos universais dizem respeito aos comuns a todos os indivíduos ao longo do ciclo de vida e manutenção da integridade e estrutura do funcionamento humano. Os requisitos de desenvolvimento referem-se às diferentes necessidades em cada fase do ciclo de vida. Por fim, os requisitos de desvio de saúde correspondem às circunstâncias de doença ou lesão, conduzindo à necessidade de adaptação à nova condição (Orem, 2001). A Teoria do Déficit de Autocuidado, quando a pessoa/família apresentam limitações na manutenção do autocuidado efetivo, o enfermeiro auxilia-os até estes serem autossuficientes. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem é inerente ao déficit de autocuidado. Orem definiu três sistemas de enfermagem para dar resposta aos requisitos de autocuidado: (1) sistema totalmente compensatório; (2) sistema de enfermagem parcialmente compensatório e; (3) sistema de apoio-educação (Orem, 2001). Através da teoria de sistemas de enfermagem, o enfermeiro direciona a intervenção para atingir o equilíbrio entre as necessidades de autocuidado da pessoa e o desenvolvimento das suas capacidades. A autora destaca ainda também cinco métodos de ajuda para fornecer à pessoa/família alvo dos cuidados: (1) agir ou substituir a pessoa consoante a necessidade; (2) guiar e orientar; (3) providenciar apoio físico e psicológico; (4) proporcionar um ambiente de apoio que favoreça o desenvolvimento pessoal. Posto isto, e em consonância com Orem (2001), perante uma necessidade específica torna-se essencial planejar a linha de ação.

O projeto de intervenção comunitária foi norteado pela Teoria do défice de autocuidado, do modelo de Orem, com recurso ao sistema apoio-educativo para a gestão da doença. As técnicas de ajuda foram o apoio, a orientação, ensino e promoção de um ambiente de desenvolvimento favorável. Quanto às necessidades de ajuda, relacionam-se com a tomada de decisão, controlo do comportamento, aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, onde se inclui a capacitação para a gestão da doença da pessoa hipertensa.

2. METODOLOGIA

A metodologia de intervenção comunitária utilizada foi o Planeamento em Saúde, sustentada pelo modelo teórico de Orem, visando a predeterminação de um conjunto de ações para atingir os resultados esperados (Imperatori & Giraldes, 1993). Planejar, em saúde,

é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) em várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro (Tavares, 1990, p.29).

Enquanto futura EEEEC, é fundamental desenvolver a competência “estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento, n.º 428/2018, 2018, p. 19354), sendo que a aplicação e compreensão da metodologia é fulcral para alcançar o grau de especialista.

2.1. Contexto

A intervenção comunitária foi desenvolvida na área de atuação do ACES A-S, que se insere geograficamente na península de Setúbal, uma das cinco unidades territoriais estatísticas da Região de Saúde de Lisboa. O ACES A-S é composto por dois concelhos, Almada e Seixal (Unidade de Saúde Pública [USP], 2013).

A USF Poente é uma das unidades pertencentes ao ACES A-S, situando-se na União de Freguesias de Caparica e Trafaria, do concelho de Almada. Tem como missão “prestar cuidados de saúde personalizados, continuados e globais, com garantia de boa acessibilidade, eficiência e qualidade, integrando o utente no seu contexto bio-psico-social, contribuindo para a melhoria da saúde da população inscrita” (SNSb, 2022, p. 10). A sua equipa é composta por sete médicos de medicina geral e familiar, sete enfermeiros e cinco administrativos (SNSb, 2022, p. 11).

Quanto à densidade populacional é de 1.561,6 habitantes por km² (SNSb, 2022, p. 13). A população abrangida apresenta grande diversidade cultural, baixo nível de escolaridade e a maior taxa de desemprego e de morbilidade do ACES A-S. Com uma taxa de analfabetismo de 5,21%, é a mais elevada a nível nacional. Apresenta uma taxa de desemprego de 19% (SNS, 2022b, p.13). Tem a população mais jovem do concelho de Almada, 16,5% (0 – 14 anos), 20,5% (>= 65 anos). O índice de dependência total encontra-se nos 57,33% (SNS, 2022b, p. 13). Segundo o Plano

Local de Saúde Almada-Seixal [PLS A-S 2013-2016] (USP, 2013) quanto aos grupos populacionais prioritários, “(...) a análise do estado de saúde da população evidenciou o elevado risco de morte prematura da população residente no concelho de Almada, designadamente associada à doença isquémica cardíaca(...)” (USP, 2013, p.56). Segundo o Perfil Local de Saúde [PeLS] do ACES A-S, as doenças do aparelho circulatório são a causa mais frequente de morbilidade e mortalidade proporcional em todas as idades e sexo dentro da área de influência do ACES (USP, 2013).

A escolha da problemática prende-se com o facto de a HTA sem complicações ser o 3.º problema ativo mais frequente na USF (SNSb, 2022; módulo de informação e monitorização das unidades funcionais [MIM@UF],2022), bem como o facto de, segundo estudos recentes, uma intervenção precoce na HTA ser fundamental para a gestão eficaz da doença (Reamy et al., 2018; Lima et. al, 2023).

O projeto dirige o foco para a problemática supramencionada, o que se encontra em consonância com as prioridades de intervenção da USF Poente: (1) deteção precoce e a orientação do regime terapêutico; (2) suporte para o desenvolvimento de competências de autogestão da doença crónica por parte da pessoa e; (3) família e educação para a saúde. De mencionar que foi solicitada autorização para nomear o local de desenvolvimento do projeto, que nos foi concedida (Anexo II).

2.2. População, população-alvo e amostra

A população do projeto foi constituída por todos os indivíduos inscritos na USF Poente, definindo-se como população-alvo os utentes com diagnóstico de HTA sem complicações, constituída por 113 pessoas na faixa etária compreendida entre os 45 e 65 anos, inscritos na USF.

Foram eleitos como critérios de inclusão: (1) população com diagnóstico de HTA sem complicações (classificados com o código K86 do ICPC-2 no sistema informático MedicineOne); (2) na faixa etária suprarreferida e; (3) que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

Relativamente à amostra, foi constituída através da técnica de amostragem intencional, dos participantes, que se disponibilizaram e deram o seu consentimento informado para participar na recolha de informação, respondendo ao instrumento de colheita de dados. Dado o limite temporal a que o projeto esteve sujeito, e por não existir uma consulta de HTA na USF, a amostragem foi então por conveniência, sendo constituída pelas pessoas com diagnóstico e faixa etária referidos, que realizaram

consulta de vigilância com o médico de família e/ou consulta de enfermagem na USF no período compreendido entre 8 e 30 de junho de 2022.

2.3. Instrumento, técnicas e procedimento de recolha de dados

O instrumento de medida, segundo Fortin (1999), deve “assegurar que (...) é representativo do domínio que ele deseja avaliar” (p. 225). Deste modo, a escolha assentou no recurso da consulta de enfermagem para a aplicação do questionário, em detrimento de outras técnicas de recolha de dados, que se encontra no Apêndice III.

Os questionários aplicados foram autopreenchidos, conforme o preconizado pelos autores da validação da escala utilizada (Delgado & Lima, 2001), após leitura e assinatura do consentimento informado (Apêndice II), sendo que, em caso de alteração da motricidade fina, alterações visuais ou outras situações devidamente justificadas, foram preenchidos pela investigadora. No caso dos indivíduos que não conseguiram ler/preencher o instrumento, este foi lido na íntegra aos mesmos. Foram também recolhidos dados nos processos clínicos de cada indivíduo.

O método foi selecionado perante os dados gerais já conhecidos da população, garantindo o preenchimento do questionário na presença do investigador, com intuito de possibilitar o esclarecimento de dúvidas e significados das questões in loco.

O questionário foi construído visando a obtenção da caracterização sociodemográfica da amostra e identificação dos comportamentos para a gestão da doença e regime terapêutico, relacionados à autonomia para as atividades de autocuidado, autovigilância, toma de medicação, exercício físico e medidas de controlo da HTA (Apêndice III). Este está estruturado em três partes: 1.^a parte - caracterização sociodemográfica; 2.^a parte - situação clínica e estilo de vida e 3.^a parte - Escala Medida de Adesão Terapêutica (MAT). Quanto à escala é composta por sete questões estruturadas de forma a se conseguir sintetizar os hábitos e crenças da adesão ao tratamento medicamentoso. Foi criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para a população e cultura portuguesa, por Delgado e Lima, em 2001, a quem foi pedida a autorização para utilização, sendo concedida (Anexo I).

2.4. Apresentação e análise dos resultados

O material empírico proveniente da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi codificado e tratado com recurso à análise de estatística descritiva, com recurso ao *software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences* (versão 28.0.0.0).

2.4.1. Caracterização da amostra

O presente subcapítulo será dividido segundo o questionário aplicado aos participantes, considerando as três partes constituintes (dados sociodemográficos, situação clínica e Escala de MAT).

- Caracterização dos Dados sociodemográficos:

Os dados sociodemográficos são variáveis independentes que passaremos a analisar e descrever. A amostra é constituída por trinta (30) participantes, na faixa etária compreendida entre os 45 e os 65 anos. A distribuição dos participantes revela uma média de idades registada de 56,27 (DP = 6,38) anos (Apêndice IV). Relativamente ao sexo, 47% participantes são do sexo masculino (Gráfico 1).

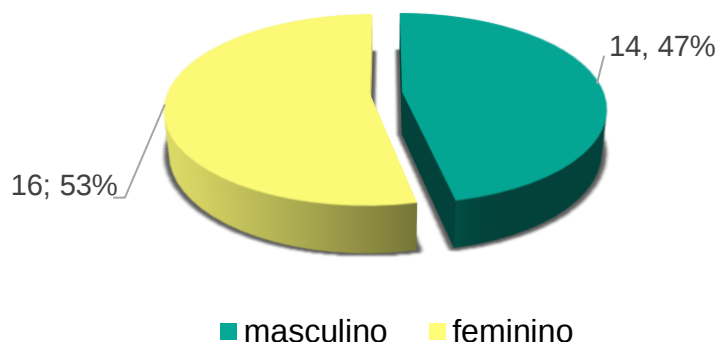


Gráfico 1 – Distribuição dos participantes relativamente ao sexo

Comparativamente à constituição do agregado familiar, constata-se que, 34% dos inquiridos habitam em família do tipo díade nuclear, após a saída dos filhos, 23% em família nuclear com cônjuge e filhos, 13% em família monoparental e 30% refere viver sozinho, sendo o motivo mais frequente, o falecimento do cônjuge.

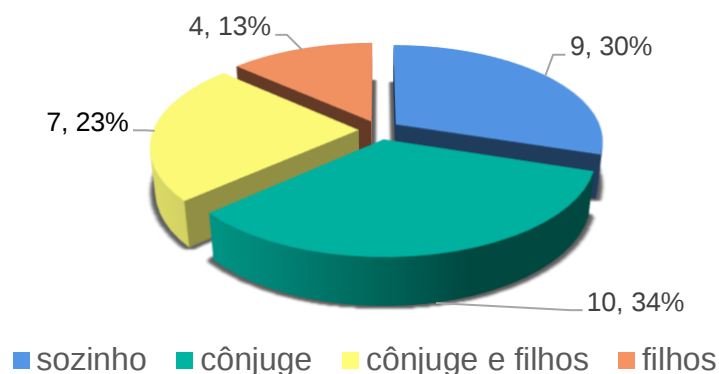


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes consoante o agregado familiar

Quanto à profissão, 23,3% dos participantes está atualmente desempregado, 10% refere nunca ter trabalho, identificando-se como “doméstica” (SIC), 6,7% são reformados, sendo que os restantes 60% se encontram profissionalmente ativos, em diferentes áreas profissionais (Apêndice IV). Os grupos profissionais com maior representatividade correspondem aos trabalhadores não qualificados e trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifícios.

Foi aferido o nível de escolaridade da amostra, sendo que 47% frequentou o 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano), 13% o 2.º ciclo do ensino básico (6.º ano), 17% o 3.º ciclo do ensino básico (9.º ano), 20% refere frequência do ensino secundário (12.º ano), e apenas 3% o ensino superior (Apêndice IV).

- Caracterização da Situação Clínica e Estilos de vida:

Sobre o motivo de ida à consulta, 97% dos participantes deslocaram-se à USF por indicação do profissional de saúde e 3% por iniciativa própria (Apêndice IV). Sempre que o motivo se relaciona com consulta, 47% em contexto de consulta de enfermagem (Apêndice IV). Em relação ao número de medicamentos que toma diariamente, o valor mais elevado foi de onze comprimidos por dia, e o mínimo um (1) comprimido por dia, com uma moda de quatro comprimidos por dia (Apêndice IV). No referente à vigilância dos valores de Tensão Arterial (TA), foi questionado onde habitualmente avaliam a sua TA e 63% respondeu avaliar apenas na USF, 33% referiu avaliar pontualmente em casa e 3% na farmácia (Apêndice IV). 87% refere não praticar atividade física e 13% referem realizar caminhadas de vinte a trinta minutos duas a três vezes por semana. (Apêndice IV). Sobre hábitos tabágicos, 33% são fumadores, com uma média de 10,5 cigarros diários (Apêndice IV). Quanto à mudança nos hábitos de vida após o diagnóstico de HTA, 73% refere não ter alterado (Apêndice IV). Dos 27% que responderam ter alterado os seus hábitos de vida, foi questionado quais os

hábitos modificados, tendo 100% respondido a redução de sal ingerido na alimentação diária (Apêndice IV), não especificando qual a quantidade de sal ingerida anteriormente, nem a atual redução. Sobre as medidas de controlo que utiliza no quotidiano, 80% cumpre a medicação prescrita pelo médico, 17% indica a associação entre o cumprimento da medicação e a redução da ingestão de sal e, 3% aponta a redução da ingestão de gorduras. Nenhum dos participantes referiu outras opções apresentadas no questionário (Apêndice IV). Sobre a existência de mais elementos no agregado familiar com diagnóstico de HTA, 47% respondeu afirmativamente, mencionando ser o cônjuge (Apêndice IV).

Relativamente à questão sobre quem confeciona as refeições no agregado familiar, 70% dos participantes afirma ser o próprio, 23% o cônjuge e 7% o próprio ou o cônjuge de forma alternada (Apêndice IV). Quanto à restrição de sal na sua dieta diária, 53% refere não restringir (Apêndice IV). No que concerne ao apoio do agregado familiar para a implementação das medidas para controlo da sua HTA, 70% nega ter apoio familiar para o controlo da HTA (Apêndice IV). Das respostas afirmativas, em média 1,7 dos participantes refere ter apoio familiar para o controlo da HTA (Apêndice IV), sendo o elemento do agregado familiar que presta maior suporte o cônjuge (27%) e a filha (3%). 33% não considera a mudança de hábitos de vida como um benefício no controlo da HTA (Apêndice IV).

- Caracterização dos dados referentes à escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Foram analisados os dados referentes às sete proposições da MAT face à adesão terapêutica medicamentosa, caracterizando a adesão quanto ao esquecimento, atraso nos horários das tomas, abandono do tratamento por sentir melhorias ou agravamento, toma de outro medicamento por iniciativa própria ou por se sentir pior, abandono por término da medicação ou, abandono da terapêutica por outras razões (Apêndice V). Conforme recomendado pelos autores “no caso concreto da hipertensão

“(…) uma adesão de 80% é considerada suficiente para obter os resultados terapêuticos pretendidos (e.g. Luscher, Vetter, Siegenthaler, & Vetter, 1985, citado por Meichenbaum & Turk, 1987, verificaram que doentes hipertensos que tomavam 80% da prescrição obtinham os resultados clínicos desejados de normalização da pressão arterial)” (Delgado & Lima, 2001, p.89).

Tendo como referência a indicação dos autores, foi calculado o valor correspondente aos 80% de forma a identificar qual a percentagem de participantes

que reúnem ou não os critérios de adesão para obterem os resultados terapêuticos pretendidos, resultando deste processo um valor de 39% de participantes que não reúnem a totalidade dos critérios de adesão ao tratamento (Quadro 1).

Valor somatório MAT	Nº de Participantes	Percentagem
17	1	3,3%
27	3	10%
30	1	3,3%
31	2	6,7%
33	3	10%
34	1	3,3%
35	1	3,3%
36	1	3,3%
37	3	10%
38	1	3,3%
39	2	6,7%
40	4	13,3%
41	3	10%
42	4	13,3%
Total	30	100%

Quadro 1 – Distribuição dos participantes como aderentes e não aderentes no que respeita a escala de MAT

Após a identificação dos participantes não aderentes considerando o previsto pelos autores (39%), foram analisadas isoladamente as respostas dos mesmos (Apêndice V) e enumeradas as suas fragilidades nos critérios de adesão, sendo estas: o esquecimento da toma, o atraso no horário da toma, abandono do tratamento por sentir melhorias e abandono por término da medicação.

- Dados do processo clínico

Na generalidade, os participantes do estudo apresentam excesso de peso, com uma média de peso de 75,46 kg, sendo que, relativamente aos antecedentes pessoais, 60,0% sofre de Diabetes Mellitus não insulino dependente e 80% dos participantes sofrem de dislipidemia (Apêndice VI).

2.5 Diagnóstico de Situação

A metodologia do Planeamento em Saúde tem início na etapa do diagnóstico da situação, onde se identificam os problemas e consequentes necessidades, fundamentando a ação. Segundo Tavares (1990), um projeto é justificável na medida em que satisfaça as necessidades identificadas nesta etapa.

Considerando o domínio de interesse e problemática que pretendemos estudar, Imperatori & Giraldes (1993) referem:

(...) que o diagnóstico é o ponto de partida para conseguirmos atingir as nossas atividades (...) sendo a partir da definição do diagnóstico possível começar a nossa intervenção. (p.13).

Após a colheita e análise dos dados da amostra, foram identificados os problemas de saúde da população em estudo (Quadro 2), para a avaliação do estado de saúde. É fundamental considerar que conforme referido pela Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde [CDSS] (WHO, 2020a; WHO, 2010) estes interferem na exposição de fatores de risco cardiovascular associado a HTA (Dahlgren & Whitehead, 1991). Assim, para a interpretação dos dados visando a evicção de complicações associadas à HTA, é fundamental atentar ao contexto social e estilo de vida em que a pessoa e família se encontram inseridos (Henriques et. al, 2021).

Lista de Problemas Identificados
30% referem residir sozinhos
47% apresentam baixos níveis de escolaridade (4ºano)
23% referem estar desempregados
63% não realizam uma vigilância adequada dos valores de Tensão Arterial
33% referem ser fumadores
87% referem inatividade física
73% não alteraram os hábitos de vida após diagnóstico de HTA
80% apenas cumprem medicação como medida de controlo da HTA no seu quotidiano
43% referem que o cônjuge também sofre de HTA
53% não reduzem a quantidade de sal na sua alimentação
70% afirmam não ter apoio familiar para o controlo da HTA
33% não reconhecem a importância de alterar os hábitos de vida para controlar a sua HTA
39% não apresentaram a totalidade dos critérios de adesão ao tratamento

Quadro 2 – Lista dos principais problemas identificados na amostra

2.6 Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem foram identificados segundo o referencial teórico de Dorothea Orem (2001), de acordo com os déficits de autocuidado identificados com o diagnóstico de situação, bem como segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (OE, 2016).

Segundo o referencial teórico de Dorothea Orem:

- Déficit de autocuidado relacionado com a vigilância de saúde;
- Déficit de autocuidado relacionado com o regime de exercício físico;
- Déficit de autocuidado relacionado com o regime dietético;
- Déficit de conhecimentos relacionados com a HTA e a sua gestão.

Segundo a CIPE:

- Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido;
- Conhecimento sobre regime de exercício físico comprometido;
- Conhecimento sobre o regime dietético comprometido;
- Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido;
- Conhecimento [sobre a HTA] comprometido;
- Conhecimento da família sobre a doença comprometido;
- Adesão ao regime terapêutico comprometida;
- Autocuidado comprometido;
- Capacidade da família para gerir o regime comprometida;
- Risco de função cardiovascular prejudicada.

2.7 Procedimentos éticos

De forma a garantirmos uma prática de cuidados com responsabilidade profissional ética e legal, cumprimos os princípios éticos anexos ao código deontológico. Assegurámos os direitos de autor, autorizações institucionais, e a participação livre, informada e esclarecida da pessoa hipertensa e família.

Para o preenchimento do questionário foram informados os participantes sobre a metodologia, finalidade e os objetivos do projeto de intervenção comunitária. Foi solicitado o consentimento informado (Apêndice II), garantindo o anonimato e a

confidencialidade dos dados fornecidos, bem como foram informados todos os participantes sobre a possibilidade de recusar ou interromper a qualquer momento a sua participação sem qualquer prejuízo, respeitando o princípio da autonomia. Após a assinatura do consentimento informado, foi entregue individualmente um duplicado do mesmo, acrescido do contacto do investigador principal, disponibilizando a oportunidade de esclarecimento de dúvidas.

Solicitámos a autorização para a utilização aos autores da Escala de Medição da Adesão Terapêutica (Delgado & Lima, 2001) que nos foi concedida (Anexo I). Para a realização do projeto e nomeação do local foi solicitada autorização à Coordenadora da USF Poente (Anexo II). O projeto obteve parecer positivo para o seu desenvolvimento pelo Exmo. Sr. Diretor do ACES Almada/Seixal (Anexo III), tal como da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] (Anexo IV). Quanto aos restantes anexos, consistem na declaração do orientador científico e pedagógico, subscrita pelo Professor Doutor José Edmundo Sousa (Anexo V), e na declaração do profissional de saúde que referencia os participantes para o projeto (Anexo VI).

À equipa da USF Poente, foi realizada uma sessão de apresentação do projeto, plano de sessão (Apêndice VII) e cronograma (Apêndice VIII).

2.8 Determinação de prioridades

Esta etapa foi crucial no processo de tomada de decisão e gestão eficaz dos recursos disponíveis para dar resposta às necessidades identificadas na comunidade por meio do diagnóstico de situação (Tavares, 1990). Possibilitou a ordenação das necessidades consoante o grau de prioridade, o tempo de duração do projeto e os recursos disponíveis. Deste modo, considerando os problemas identificados, a priorização das necessidades reais de saúde, traduzidas nos diagnósticos de enfermagem, foi realizada com o apoio dos peritos, através do Método de Hanlon (Tavares, 1990). Segundo a DGS (2016) este método é complexo, contudo benéfico por ser objetivo e possibilitar a construção de uma lista de problemas de saúde com base em dados quantitativos. Foi aplicado de forma adaptada à amostra, assente nos quatro critérios enunciados por Tavares (1990): (1) Amplitude/ Magnitude do Problema; (2) Gravidade; (3) Eficácia da Solução e (4) Exequibilidade do Projeto classificada com o acrónimo PEARL (Pertinência, Exequibilidade Económica, Aceitação da Comunidade, Recursos e Legalidade). Após atribuição da pontuação a

cada critério, é aplicada a fórmula (Amplitude + Gravidade) x Eficácia da Solução x Exequibilidade do projeto, para obtenção de um *score* final. Consideramos quanto à Amplitude uma escala numérica de zero (0) a dez (10) convertida (Apêndice IX), refletindo a percentagem de pessoas afetadas pelo problema na USF Poente. A Gravidade foi relacionada com a mortalidade e morbilidade, bem como a incapacidade e custos associados ao problema central ponderada numa escala de zero (0) a dez (10). Em relação à Eficácia da Solução foi ponderada consoante a atribuição dos seguintes valores: difícil solução – 0,5; média solução – 1 e fácil solução – 1,5. Por último, à Exequibilidade do Projeto foi aplicado o acrónimo PEARL com a atribuição do valor de um (1) à resposta “sim” e zero (0) à resposta “não”. Assim, com a obtenção da pontuação final, o problema com valor mais elevado tem maior prioridade.

Após a aplicação dos métodos de priorização, procedemos à ordenação final dos diagnósticos determinando a sua prioridade:

1. Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido;
2. Conhecimento da família sobre a doença comprometido;
3. Autocuidado Comprometido;
4. Conhecimento [sobre HTA] comprometido;
5. Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido;
6. Conhecimento sobre regime de exercício comprometido;
7. Conhecimento sobre regime dietético comprometido;

2.9 Fixação de objetivos

Esta etapa é definida como os “resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo (...)” (Tavares, 1990, p.112), relativamente aos problemas definidos como prioritários, possibilitando enunciar e descrever os resultados pretendidos e tecnicamente realizáveis, resultando na avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). Para a construção de um objetivo exequível que contrariará a tendência natural de evolução do problema Nunes (2016) utilizamos o acrónimo SMART na literatura inglesa: S – Specific (específico, preciso); M – Measurable (mensurável); A – Achievable (realizável, exequível); R – Realistic (realista, pertinente); T – Timebound (com limites no tempo).

Assim e enquanto futura EEEEC, pretendemos promover a capacitação de grupos e comunidades (Regulamento, n.º 428/2018, 2018) face aos diagnósticos de

enfermagem identificados e à priorização dos mesmos, definindo como objetivo geral do projeto:

- Capacitar para a gestão da doença a pessoa hipertensa e família, inscritos na USF Poente, de outubro de 2022 a janeiro de 2023.

Quanto aos objetivos específicos a atingir até janeiro de 2023:

- Capacitar a pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde;
- Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício;
- Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético;
- Capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação de fatores de risco;
- Capacitar a pessoa e família sobre os ganhos em saúde da alteração de comportamentos no controle da HTA;
- Envolver a família no processo de gestão da doença do familiar hipertenso.

Relativamente aos objetivos operacionais, enquanto resultados pretendidos e exequíveis até janeiro de 2023, foram definidos que:

- 30% dos participantes, que estiveram presentes nas atividades, avaliem e registem os seus valores tensionais diariamente;
- 70% dos participantes e seus familiares, que estiveram presentes nas atividades, identifiquem os fatores de risco e hábitos nocivos, tais como ingestão abusiva de sal, gorduras saturadas e bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo e stress;
- 50% dos participantes, que estiveram presentes nas atividades, identifiquem os benefícios da alteração nos hábitos de vida para a gestão da sua doença;
- 50% dos participantes, que estiveram presentes nas atividades, identifiquem a importância de praticar 30 minutos seguidos de atividade física diária ou pelo menos em três dias da semana;
- 50% dos participantes, que estiveram presentes nas atividades, refiram a intenção de reduzir a ingestão de sal na sua alimentação diária;
- 70% dos participantes, que estiveram presentes nas atividades, identifiquem opções para a substituição do sal na alimentação diária;
- 50% dos familiares identifiquem duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte.

De forma a medir a consecução dos objetivos foram definidos os seguintes indicadores de atividade, de processo e de resultado.

- **Indicadores de Processo**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões efetuadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões planeadas}} \times 100$$

$$\frac{\text{satisfação dos participantes sobre a EpS}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes nas sessões de EpS}} \times 100$$

- **Indicadores de Atividade:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes nas sessões de EpS}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes convocados para as sessões de EpS}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de folhetos distribuídos durante as actividades}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes na actividade}} \times 100$$

- **Indicadores de Resultado:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas que regista os seus valores tensionais diariamente}}{\text{Total de participantes na sessão de EpS}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas corretas sobre os conhecimentos relativos à HTA}}{\text{Total de respostas dadas sobre os conhecimentos relativos à HTA}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que considera importante realizar actividade física regular}}{\text{Total de participantes na sessão de EpS}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que refere intensão de reduzir a ingestão de sal}}{\text{Total de participantes na sessão de EpS}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que identifica opções para substituir o sal na alimentação}}{\text{Total de participantes na sessão de EpS}} \times 100$$

2.10 Seleção de estratégias

No processo de planeamento em saúde, a seleção de estratégias pretende conceber um processo adequado e dirigido à redução dos problemas de saúde prioritários, enunciando-se novas formas de atuação, devidamente detalhadas (Imperator & Giraldes, 1993). Considerando o objetivo geral da intervenção comunitária, para delinear as estratégias foi essencial repensar o conceito de gestão

da DC. Segundo WHO (2008), os custos imputáveis à DC para os sistemas de saúde a nível mundial equivalem a 60%-80% das despesas totais, o que revela a sobrecarga e problemas de sustentabilidade financeira para os sistemas de saúde. Em Portugal, segundo os dados do INSA (2017), 2,6 milhões de pessoas (29%) sofre de duas ou mais DC, e cerca de 3% da população sofre de cinco ou mais DC. Factos que destacam a importância de implementação de estratégias promotoras da gestão da DC, de modo a garantir ganhos evidentes em saúde com repercussões positivas ao nível dos custos em saúde e qualidade de vida (OE, 2010).

A gestão da DC consiste num sistema coordenado de intervenções direcionadas ao indivíduo, grupo ou população, através da implementação de estratégias e/ou criação de programas que integrem as normas e *guidelines* mais recentes, para a promoção da autonomia do autocuidado na pessoa com DC [Disease Management Association of America (DMAA), 2008], estreitando a relação de confiança entre o enfermeiro e o indivíduo e família. Conforme recomendado pela WHO (2003), cabe ao enfermeiro promover a gestão da DC com recurso a estratégias de promoção de saúde, implementando atividades promotoras dos conhecimentos sobre a doença e seu curso, vigilâncias, adesão ao regime medicamentoso, adoção de estilos de vida saudáveis e diminuição dos fatores de risco modificáveis (DGS, 2014).

A intervenção comunitária desenvolvida corresponde ao nível da prevenção secundária, para prevenção de limitações e incapacidades consequentes da doença já diagnosticada, melhorando a sua evolução clínica, no que concerne à sintomatologia, qualidade de vida e mortalidade (SNS, 2022c). Considerando o referido anteriormente, as estratégias foram selecionadas considerando o contexto da prática clínica, as prioridades identificadas, os objetivos definidos, os recursos disponíveis, as características da população-alvo e o modelo teórico de enfermagem. Relativamente a este último optou-se pela utilização do sistema apoio-educação, preconizado na Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 2001), com a finalidade de capacitar a pessoa hipertensa e família com conhecimentos que permitam a tomada de decisão consciente e informada para o autocuidado na gestão da doença. Recorremos à associação de técnicas de ajuda efetiva, como o apoio, provisão, guia e ensino. Considerando que os requisitos da pessoa estão relacionados com a tomada de decisão, controlo de comportamento, aquisição de conhecimentos e a aprendizagem de comportamentos, onde o próprio se torna um agente de autocuidado (Orem, 2001).

Para a operacionalização, foi considerada a evidência científica proveniente da *scoping review* (Apêndice I), bem como a própria definição de estratégias de saúde, de “um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 65), conciliando um conjunto de estratégias promotoras de saúde, como a educação para a saúde, envolvimento dos utentes e acompanhamento (Silva & Burgos, 2021). Corroborando o referido por Stanhope & Lancaster (2011), o EEEEC, pela inerência das suas funções, é um educador para a saúde da comunidade, grupo ou família.

A Promoção de Saúde (PS) tem como intuito “aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar, entendendo a saúde como um recurso para a vida” (Rodrigues, 2021, p. 160). A educação para a saúde é, assim, parte integrante da promoção de saúde, e está estreitamente ligada ao ato de cuidar, sendo basilar para a melhoria do nível de saúde dos indivíduos e comunidades. Quanto à educação para a saúde (EpS), esta promove o papel ativo da população relativamente à saúde, tendo como principal objetivo auxiliar a pessoa, família ou comunidade a desenvolver a capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-os pela sua saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Em suma, promove a participação ativa no processo de mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, de forma autónoma e fundamentada.

A EpS implica um planeamento adequado, onde o EEEEC prevê os recursos, métodos e técnicas a utilizar, corroborando a resposta às necessidades específicas da pessoa, família ou comunidade, as crenças e valores dos mesmos, os processos interpessoais e familiares e os principais focos de interesse dos participantes, de modo a obter um maior êxito nas intervenções em grupo (Orem, 2011). Neste processo, é essencial promover o envolvimento e aval da população, para poder intervir com sucesso na aquisição de conhecimentos para a modificação de comportamentos. Assim, de forma a evitar que a EpS se transforme numa mera transmissão de informação, foi planeado um programa adequado às necessidades específicas da população, com recurso à negociação e esclarecimento da pessoa e família para a correta identificação dos comportamentos de risco, potenciais consequências, medidas preventivas, vigilâncias e medidas não farmacológicas de controlo da HTA. Foram acauteladas as possíveis barreiras à aprendizagem existentes e, assim, implementadas estratégias facilitadoras da aprendizagem e de motivação e incentivo à participação dos indivíduos e família, pois a “falta de envolvimento das pessoas é um dos motivos pelos quais a (...) organização falha”

(Rodrigues, 2021, p. 179). Utilizamos essencialmente dois canais de comunicação, o auditivo e o visual. Procuramos usar uma linguagem simples, concisa e clara, favorecendo a escuta ativa, visando o envolvimento dos participantes. Como métodos recorreremos à discussão em grupo, analogias, preleção, demonstração e prática, perguntas e respostas.

Assim, após a seleção das estratégias, torna-se indispensável avançar para a etapa seguinte, a Preparação Operacional.

2.11 Preparação operacional

Nesta etapa compete desenvolver o planeamento operacional do projeto, devendo ser desenvolvidas, nesse sentido, as atividades que perspetivam dar resposta aos objetivos anteriormente estabelecidos (Tavares,1990).

As atividades desenvolvidas tiveram como objetivo proporcionar um acompanhamento adequado aos participantes, criar um ambiente promotor da aceitação da doença crónica, motivando os participantes para a aquisição de conhecimentos, mudança de comportamentos e gestão da doença. De forma a estruturar e facilitar a organização das atividades realizadas com os diagnósticos identificados, objetivos definidos, estratégias e indicadores, foi elaborada a Tabela de Preparação da Execução e Intervenção, que se encontra no Apêndice X.

Cronologicamente, foram desenvolvidas as seguintes atividades: (1) elaborado e exposto póster informativo na USF; (2) redigido um guião de boas práticas para a consulta de enfermagem para a HTA, que norteou as consultas de enfermagem de HTA efetuadas aos participantes de forma individual; (3) realizada visita domiciliária aos participantes com algum nível de dependência nas atividades de vida diária na escala de *Barthel*, em Sclenic®, com recurso ao modelo de avaliação familiar de Figueiredo (2012), mais especificamente, no domínio funcional (papel do cuidador), elaborámos um plano de cuidados para a capacitação da pessoa e família sobre a gestão da doença com aplicação em contexto domiciliário; (4) execução de sessão de EpS em grupo aos participantes, estimulando a motivação para a alteração de comportamentos de gestão da DC; (5) execução de uma atividade em grupo (caminhada) com os participantes e familiares sobre a importância da atividade física regular; e (6) execução de sessão de EpS em grupo aos participantes sobre a restrição de sal na alimentação. Em apêndice (XI, XIII, XIV e XV) encontram-se, de forma detalhada, os planos de sessão, diapositivos, folhetos, poster informativo, abordagem

familiar (dimensão funcional), segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2012), com recurso a representações gráficas de cada família (genograma e ecomapa), e todo o conteúdo relativo à execução, utilizado no decurso das atividades. Para estas foram convocados trinta (30) participantes, os mesmos que, aquando da etapa de diagnóstico de situação, deram o seu consentimento para participar na intervenção, e respetiva família. A convocatória foi efetuada via telefónica, com antecedência de uma semana, tendo sido explicados individualmente, no contacto efetuado, os principais problemas identificados e objetivos das atividades desenvolvidas. É fundamental ressaltar que todas as atividades tiveram parecer prévio positivo e apoio do orientador científico e orientadora clínica. Para a sua realização foram também estabelecidas parcerias, que promoveram a adequação e qualidade das mesmas.

As atividades de grupo constituíram uma oportunidade importante de transmissão de conhecimentos, de estímulo para a identificação de estratégias, partilha de experiências e identificação. A consulta de enfermagem de HTA e a visita domiciliária possibilitaram o acompanhamento de forma individualizada à pessoa e família, direcionado à capacitação para a gestão da HTA, promovendo a efetividade dos momentos de ensino para a adesão terapêutica, mudança de comportamentos, capacidade de autocuidado e literacia em saúde.

2.11.1. Póster – “Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão”

Para assinalar o Dia Mundial do Coração (29 de setembro), foi elaborado um póster, onde abordámos a definição de HTA, a sua prevalência nacional, fatores de risco modificáveis para o controlo da mesma, vigilâncias e indicações para a correta avaliação dos valores de tensão arterial no domicílio. Este pretende aumentar os conhecimentos sobre a HTA e a gestão da DC através das medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da patologia, visando: (1) clarificar o conceito de HTA de forma sucinta e simples; (2) identificar os fatores de risco; (3) enumerar as mudanças de comportamentos como fatores determinantes para a prevenção de complicações; e (4) esclarecer a técnica de avaliação da TA no domicílio.

Pretendeu, simultaneamente, dar resposta aos diagnósticos de vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido, conhecimento [sobre a HTA] comprometido e autocuidado comprometido, bem como atingir os objetivos específicos: (1) capacitar a

pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde; e, (2) capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação de fatores de risco.

O pôster foi afixado na sala de espera da consulta de adultos da USF Poente no dia 29 de setembro de 2022 (Apêndice XI). O local foi escolhido com o intuito de proporcionar uma oportunidade de promover a literacia em saúde sobre o tema, transformando o tempo de espera pela consulta em tempo produtivo para a aquisição de conhecimentos (Piantino et al., 2019). Foi também divulgado através das redes sociais da USF Poente (Facebook e Instagram) de forma a abranger o maior número de pessoas.

A avaliação ocorreu em contexto de consulta, sendo que 100% dos participantes visualizaram o pôster considerando a informação contida no mesmo como clara e útil.

2.11.2. Consulta de enfermagem de hipertensão arterial - Guião de Boas Práticas

A necessidade de estruturar e propor a implementação da consulta de enfermagem (CE) para a HTA surgiu, inicialmente, para dar resposta ao diagnóstico de vigilância de saúde comprometida, bem como enquanto contributo de suporte à intervenção e decisão do enfermeiro para o estabelecimento de um plano de cuidados que consagre o controlo da hipertensão arterial, reduzindo o risco de complicações cérebro cardiovasculares. A HTA enquanto doença crónica requer um acompanhamento terapêutico programado e sistematizado para a promoção do autocuidado e, simultaneamente, redução do risco de complicações associadas.

Segundo a Portaria n.º 306-A/2011 (Ministérios das Finanças e da Saúde: Portaria conjunta n.º 306-A/2011, 2011), a CE é definida como “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (2011, p. 5348-2). Consiste num momento privilegiado de relação enfermeiro utente, compreensão da motivação, transmissão de conhecimentos e apoio na mudança de comportamento, sendo essencial para a gestão da DC. Amado et. al (2011) mencionam que apesar de a informação ser transmitida à pessoa com HTA, nem sempre esta age em conformidade, por não se sentir envolvida, reforçando a importância da CE de HTA enquanto estímulo para o envolvimento da pessoa no seu projeto de saúde, incentivando-a a estabelecer objetivos, determinar metas coerentes com as suas necessidades específicas e, por conseguinte sentir-se

confiante para o cumprir. Conforme referido por Orem (2001), o modo como cada pessoa realiza as necessidades de autocuidado não é instintiva, mas sim aprendida.

Posto isto, consideramos que o guião de boas práticas elaborado (Apêndice XII) é um importante contributo para a uniformização da abordagem e vigilância ao utente com HTA, numa perspetiva de promoção da capacitação para a gestão da DC. Convergindo nele as metas nacionais e programas de abordagem à doença crónica, implementando a vigilância adequada, adesão terapêutica e redução dos fatores de risco cérebro cardiovasculares. Assim, com a realização e aplicação do guião contribuímos para a continuidade desta intervenção comunitária, com a futura estruturação e implementação da CE de HTA na USF. De mencionar que o guião foi previamente apresentado e discutido com a equipa de enfermagem, obtendo o aval e aprovação da mesma.

Tendo por base as *guidelines* e normas mais recentes relacionadas com a HTA que norteiam a atuação, explanadas no guião de boas práticas, realizámos a atividade CE de HTA, de forma individual, a vinte sete (27) dos participantes da amostra, com o objetivo específico de compreender a exequibilidade da realização da CE de HTA, atuando em consonância com o preconizado no guião. A médio e longo prazo o objetivo da CE é que as pessoas com HTA inscritas na USF Poente realizem uma correta monitorização e vigilância de saúde, traduzindo-se na gestão da DC.

No final da consulta, para a avaliação, foi solicitado aos participantes que respondessem a algumas questões selecionadas do questionário aplicado na fase de diagnóstico de situação (Apêndice XVI).

2.11.3. Visita domiciliária

Na fase de DS foram identificados os utentes com dependência nas atividades de vida diária, segundo a escala de *Barthel* avaliada no processo de família (Sclenic®). Para estes, foi elaborado um plano de cuidados segundo referencial sustentador das práticas de cuidados com as famílias, de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo [2012] (Apêndice XIII), aplicado em contexto de visita domiciliária, com o objetivo de capacitar a pessoa e família para a gestão da doença. Pretendemos, assim, dar resposta aos diagnósticos identificados anteriormente: (1) vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido; (2) conhecimento da família sobre a doença comprometido; (3) autocuidado comprometido; (4) conhecimento [sobre a HTA] comprometido; (5) conhecimento sobre o processo de

mudança de comportamentos comprometido. Nesta atividade a intervenção de enfermagem teve como objetivo aumentar conhecimentos sobre a gestão da DC, trabalhar com a família, respeitando a sua autonomia, interações e capacidade de decisão (Potter & Perry, 2009), permitindo que esta desempenhe um papel ativo no planeamento das intervenções de que será alvo (Figueiredo, 2012), numa perspetiva colaborativa, considerando os recursos internos da mesma. Relativamente aos objetivos específicos, estes consistiram em: (1) capacitar a pessoa e família sobre os ganhos em saúde da alteração de comportamentos no controlo da HTA; (2) capacitar a pessoa e família para gestão da DC; (3) capacitar a pessoa e família; (4) envolver a família no processo de gestão da DC.

Para a sua operacionalização, foram realizadas quatro visitas domiciliárias a cada família, onde de acordo com as necessidades específicas foi aplicado um plano de cuidados e realizado o processo educacional, revelando-se um espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades educativas de acordo com cada família que enquanto suporte social da pessoa hipertensa, é crucial para a implementação e manutenção de hábitos saudáveis. Toda a informação, instrumentos de representação familiar e planeamento encontram-se descritos no Apêndice XIII.

2.11.4. Sessão de EpS nº1 – Dê atenção ao seu coração! Controle a Hipertensão

Considerando o objetivo geral da intervenção comunitária, realça-se a importância da EpS, enquanto estratégia para a capacitação do indivíduo hipertenso e família, clarificando conceitos para uma compreensão da doença crónica e consciencialização para a importância das medidas de gestão da mesma, validando a sua importância fundamental no controlo da HTA. Nesta, incidimos na importância de associar o regime medicamentoso às alterações comportamentais no quotidiano da pessoa hipertensa, munindo o indivíduo e família de conhecimentos e competências para realizar adaptações, compreender alternativas e optar por escolhas saudáveis necessárias para a gestão da doença (DGS, 2017). Esta sessão tencionou dar resposta aos diagnósticos: (1) vigilância em saúde [sobre a HTA]; (2) conhecimento [sobre a HTA] comprometido; (3) conhecimento sobre o regime dietético comprometido; (4) conhecimento sobre o regime de exercício comprometido; (5) conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido; e (6) autocuidado comprometido.

Decorreu no dia 3 de novembro de 2022, entre as 16:30 e as 18:30, nas instalações da USF. Para a mesma foram convocados trinta (30) participantes e os seus familiares, tendo comparecido na sessão vinte e três (23) participantes e seis (6) familiares. A atividade teve como objetivo pedagógico aumentar os conhecimentos sobre a gestão da Hipertensão Arterial, e como objetivos específicos: (1) capacitar a pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde; (2) capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação de fatores de risco; (3) capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; e (4) capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício. Foram abordadas temáticas que se destacaram com conhecimento diminuído na etapa de diagnóstico de situação.

Para a sessão foram elaborados uma apresentação, um folheto informativo, um jogo “Quiz” e um *flyer* convite para a “Caminhada Prevenção da Hipertensão” (Apêndice XIV). No decurso de toda a EpS, foi estimulada a partilha e troca de experiências com recurso ao método interrogativo, para esclarecer dúvidas, clarificar conceitos e desmistificar crenças. Quanto às dúvidas colocadas, foram referentes a:

- Valores e tensão arterial “quais são os valores de TA que devo ter para estar bem?” (SIC);
- Regime dietético “os temperos substituem o sal ou posso por na mesma?” (SIC);
- “Quantas refeições devo fazer por dia?” (SIC);
- “Onde posso ver a quantidade de sal na embalagem?” (SIC).

Relativamente à frequência, 4% das questões foram sobre os valores tensionais e 17% sobre o regime dietético. Após esclarecimentos, foi realizado um jogo lúdico do tipo *Quiz* onde todos os participantes colaboraram.

No final da sessão foi preenchido por cada participante o questionário de avaliação de conhecimentos, cujos dados revelam aquisição de conhecimentos segundo critério previamente definido (50% ou mais de respostas corretas), tendo respondido corretamente a seis (6) das sete (7) questões colocadas (Apêndice XIV). Foi entregue o folheto informativo, com diversas dicas e informações sobre a HTA, fatores de risco e medidas de controlo e uma grelha para registo diário dos valores de TA (Apêndice XIV). Posteriormente foi entregue e respondido pelos participantes o questionário de aquisição de conhecimentos e de satisfação da sessão de EpS (Apêndice XIV).

Para a sua realização foram utilizados diversos métodos e técnicas que se encontram descritos em plano de sessão (Apêndice XIV).

2.11.5. Caminhada pela hipertensão

Conforme referido anteriormente, no decurso da 1.^a sessão de EpS foram convidados os participantes e famílias para a atividade “Caminhada pela Hipertensão”. Para promover e divulgar a atividade, elaborámos um *fleyr* como convite, que foi exposto na USF em lugar visível e acessível a todos os utentes, com toda a informação (Apêndice XIV), tendo sido o mesmo difundido também através das redes sociais da USF Poente.

Esta atividade foi realizada para dar resposta ao diagnóstico, conhecimento sobre o regime de exercício comprometido, visando a promoção da atividade física regular da pessoa hipertensa, dando resposta ao objetivo específico capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício físico.

A caminhada de intensidade leve foi realizada no dia 12 de novembro de 2022, pelas 10:00, no parque urbano Filipa d'Água, com um percurso previamente definido de cerca de 2 km, cujo ponto de encontro foi a entrada da USF. O parque urbano tem uma dimensão de 4,5 hectares com diversas árvores e arbustos, zona de merendas e campos de relva e vários caminhos pedestres de utilização livre, pertencente à Câmara Municipal de Almada. O local foi eleito dadas as suas características e pela proximidade com a USF Poente.

No início da atividade foi realizada uma palestra de sensibilização para a importância da atividade física regular no processo de gestão da HTA e executados exercícios simples de alongamento resultantes da parceria com um profissional licenciado em ciências do desporto (Apêndice XIV). Durante a caminhada foram esclarecidos conceitos, dadas informações e sugestões relativas à atividade física no quotidiano e, no final, realizámos um lanche onde foram dadas indicações/sugestões sobre a alimentação saudável e importância do reforço da ingestão hídrica. Com a sua realização foi possível estreitar a relação enfermeiro utente e família, existiu partilha de experiências e, em simultâneo foram consciencializados os participantes para a prática regular de atividade física, num espaço conhecido.

Após o término da caminhada, os participantes manifestaram o seu agrado e sensação de bem-estar. Transcrevemos algumas frases:

- “pensei que não ia conseguir, não costumo caminhar, mas foi muito bom”
(SIC)
- “podemos repetir todos os sábados, foi muito agradável e sinto-me bem!”
(SIC)

- “o tempo passou a correr e conseguimos caminhar trinta minutos!” (SIC).
Inferimos, assim, o benefício geral da atividade para o bem-estar dos participantes.

2.11.6. Sessão de EpS nº 2 – Dê atenção ao seu coração! Reduza o sal na Alimentação

A sessão de educação para a saúde decorreu no dia 19 de dezembro de 2022, entre as 16:30 e as 18:30, nas instalações da USF. Foram convocados trinta (30) participantes e os seus familiares, tendo comparecido na sessão vinte (20) participantes e quatro (4) familiares. Para a sua adequação e maior contributo, foi estabelecida uma parceria com a URAP Almada, concretamente com a nutricionista que, apesar dos seus múltiplos afazeres, conseguiu colaborar na sessão de EpS nº 2, acrescentando valor ao conteúdo transmitido, de forma a adequar a intervenção às necessidades dos participantes. A mesma foi elaborada com o intuito de dar resposta aos diagnósticos: (1) conhecimento sobre o regime dietético comprometido; (2) conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido; e (3) autocuidado comprometido. Com o objetivo pedagógico de aumentar os conhecimentos sobre a alimentação, nomeadamente na redução do consumo de sal, teve também como objetivos específicos: (1) definir a importância da alimentação no controlo da HTA; (2) identificar a importância da redução do consumo de sal para o controlo da HTA; (3) reconhecer as diferentes nomenclaturas do sal nos rótulos alimentares; (4) explicar as opções de substituição de sal na alimentação; (5) reconhecer a não alteração dos hábitos alimentares como importante fator de risco para a morbilidade e mortalidade (Apêndice XV). Foram transmitidos os princípios fundamentais para uma alimentação saudável e equilibrada, tendo por base a dieta mediterrânica.

Considerando que a mudança de hábitos e comportamentos é um processo gradual e difícil, que requer motivação e propósito, a sessão foi planeada com o intuito de reforçar o importante papel da atividade física na gestão da DC. Esta teve como objetivo aumentar os conhecimentos e estimular a alteração de comportamentos, no que se refere ao consumo diário de sal adequado e a substituição do sal em excesso na alimentação por ervas aromáticas e temperos naturais. Para a operacionalização da sessão de EpS foram elaborados diapositivos, um folheto informativo e visualizado um vídeo educativo sobre a temática (Apêndice XV). No decurso da sessão, foi estimulada a partilha e troca de experiências, com recurso ao método interrogativo, para esclarecer dúvidas, clarificar conceitos e desmistificar crenças,

consciencializando os participantes de que nem todas as suas opções são erradas, contudo podem ser ajustadas considerando os seus recursos. Agimos, assim, indo ao encontro de cada um, motivando a mudança, com reforço positivo relativamente ao que relatam como hábitos corretos, foram explicados os hábitos incorretos e, assim, foram encontradas estratégias que permitam alcançar os objetivos delineados. Após estes esclarecimentos, foi reforçado que a mudança não tem de ser abrupta, mas sim gradual e contínua. Os participantes manifestaram o seu entusiasmo em iniciar a mudança, transmitindo algumas frases que passamos a transcrever:

- “assim vale a pena vir a estes encontros!” (SIC);
- “já percebi como posso tentar reduzir o sal, fiz isto com o açúcar no café e agora já consigo!” (SIC);
- “ficar com isto escrito vai ajudar para me lembrar de algumas opções que nos ensinou!” (SIC)

Quanto às dúvidas colocadas, foram:

- “Posso temperar com coentros e colorau de véspera?” (SIC);
- “Se comprar iogurtes ou paté devo ver se tem sal no rótulo?” (SIC).

Após esclarecimentos, os participantes identificaram individualmente o sal presente no rótulo de alimentos diversos, tendo 100% dos participantes conseguido identificar corretamente. Com o término da atividade foi entregue a todos os participantes, o folheto informativo, o questionário de avaliação de conhecimentos e de satisfação com a sessão de EpS (Apêndice XV). Para a sua realização foram utilizados diversos métodos e técnicas que se encontram descritos em plano de sessão (Apêndice XV).

Quanto à aquisição de conhecimentos, os dados obtidos com o questionário revelam aquisição de conhecimentos, segundo critério previamente definido ($\leq 50\%$ de respostas corretas), tendo os participantes respondido corretamente a todas questões (Apêndice XV).

2.12 Avaliação

Segundo Tavares (1990), avaliar deve contribuir para melhorar uma atividade em curso ou planificá-la de forma mais eficaz. Para tal, esta deve ser transversal a todas as etapas da metodologia, para alcançar o sucesso do projeto através de uma apreciação constante. A avaliação da intervenção comunitária possibilita avaliar os objetivos, atividades e indicadores desenvolvidos no âmbito do projeto.

Os indicadores são definidos por Tavares (1990) como “instrumentos de medida das variáveis em estudo” (p. 210). Foram, então, definidos indicadores de processo, de atividade e de resultado. De ressaltar que, relativamente aos indicadores de resultados da intervenção, estes só seriam efetivamente avaliáveis seis meses após o término da mesma, sendo que esse seria o tempo mínimo para se observar mudanças efetivas nos comportamentos de saúde da pessoa e família para a gestão da doença. Contudo, apesar de consciencializados sobre o curto espaço temporal para a efetiva avaliação de ganhos a nível da alteração comportamental, optámos por avaliá-los, considerando que a finalidade da intervenção comunitária é promover a capacitação da pessoa hipertensa e família para a gestão da DC. Para a avaliação dos indicadores de resultado foram consideradas as respostas dos participantes após processo educativo, através dos questionários de avaliação de conhecimentos aplicados (Apêndice XIV e XV) e, após a conclusão da intervenção comunitária, foi aplicado a todos os participantes um questionário final, composto por questões extraídas do questionário aplicado aquando da fase de diagnóstico de situação, bem como questões que pretendem validar a aquisição de conhecimentos que promovam a capacitação dos participantes (Apêndice XVI).

Enquanto futura EEEEC, nesta etapa, desenvolvemos a competência preconizada de avaliação, “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19355).

Para avaliar os ganhos obtidos referentes à capacitação, apresentámos os dados após o término da intervenção comunitária em contraste com os obtidos num primeiro momento (fase de diagnóstico de situação), aferindo o conhecimento adquirido e a possível mudança comportamental dos participantes.

Avaliando os objetivos operacionais definidos, a atingir até janeiro de 2023, e no que se refere ao objetivo operacional que consistia em que 30% dos participantes avaliassem e registassem os seus valores tensionais diariamente, o mesmo foi alcançado, segundo os dados obtidos foi alcançado, com 70% dos participantes a avaliar e registar os valores de TA diariamente conforme valores expressos abaixo (Quadro 3).

Com que frequência avalia e regista a sua Tensão Arterial?	1º Momento (julho 2022)		2º Momento (janeiro 2023)	
	Diagnóstico de situação f=30		Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Sempre	0	0%	21	70%
Quase sempre	0	0%	9	30%

Quadro 3 – Comparação da variável frequência de avaliação e registo da TA no 1º momento e 2º momento

Foi também questionado, em ambos os momentos, onde é que os participantes avaliam a TA, sendo que após a intervenção comunitária, constata-se uma alteração comportamental, com um aumento de 47% dos participantes a avaliar a TA no domicílio (Quadro 4).

Onde avalia a sua Tensão arterial	1º Momento (julho 2022)		2º Momento (janeiro 2023)	
	Diagnóstico de situação f=30		Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Domicílio	10	33%	24	80%
Farmácia	1	3%	6	20%
Apenas na USF	19	63%	0	0%

Quadro 4 – Comparação da variável local de avaliação da TA no 1º momento e 2º momento

Relativamente ao objetivo operacional em que pretendíamos que 70% dos participantes e os seus familiares, que estiveram presentes nas atividades, identificassem os fatores de risco (hábitos nocivos tais como ingestão abusiva de sal, gorduras saturadas e bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo e stress), verifica-se, após consulta de enfermagem, onde foram questionados os participantes acerca dos fatores de risco, e de acordo com a análise do questionário aplicado, após término da sessão EpS nº 1 (Apêndice XIV), que 100% destes identificou corretamente os comportamentos de risco para o agravamento da HTA, sendo capazes de referir quais as medidas promotoras de saúde. Tal possibilita afirmar que o objetivo proposto foi alcançado, com boa adesão dos participantes, destacando-se que 100% dos participantes referem utilizar medidas para controlo da HTA (Quadro 5).

Que tipo de medidas toma para controlar a HTA	1º Momento (julho 2022) Diagnóstico de situação f=30		2º Momento (janeiro 2023) Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Apenas medicação	24	80%	0	0%
Diminuição da ingestão de gorduras	1	3%	7	23%
Medicação e redução da ingestão de sal	5	17%	23	77%

Quadro 5 – Comparação da variável medidas de controlo da HTA no 1º momento e 2º momento

No que concerne ao objetivo operacional em que pretendíamos que 50% dos participantes que estiveram presentes nas atividades identificassem a importância de praticar 30 minutos seguidos de atividade física diária ou pelo menos em três dias da semana, 100% respondeu que a atividade física regular é importante para o controlo da HTA e após análise do questionário final constata-se que 63% dos participantes pratica atividade física, alcançando o objetivo pretendido (Quadro 6 e 7).

Pratica atividade física	1º Momento (julho 2022) Diagnóstico de situação f=30		2º Momento (janeiro 2023) Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Sim	4	13%	19	63%
Não	26	87%	11	37%

Quadro 6 – Comparação da variável prática de atividade física no 1º momento e 2º momento

Conforme Quadro 6, verificamos a existência de alteração de comportamento, com um aumento dos participantes que praticam atividade física. Dos elementos que referiram praticar atividade física, sete (7) afirmam realizar caminhadas de trinta minutos diariamente, percecionando-se assim a integração de comportamentos promotores da gestão da doença no seu quotidiano (Quadro 7).

Pratica trinta minutos de atividade física regular	2º Momento (janeiro 2023)	
	Avaliação final f= 30	
	f	%
Sempre (todos os dias)	7	23%
Quase sempre (5-6 dias)	5	17%
Com frequência (4-3 dias)	4	13%
Por vezes (3-2 dia)	2	7%
Raramente (2-1 dias)	1	3%
Nunca	11	37%

Quadro 7 – Com que frequência pratica atividade física avaliada no 2º momento

Relativamente aos objetivos operacionais: (1) 50% dos participantes que estiveram presentes nas atividades refiram intenção de restringir a ingestão de sal na sua alimentação diária; e (2) 70% dos participantes que estiveram presentes nas atividades identificaram as opções para a substituição do sal na alimentação diária. Após a intervenção comunitária foi possível constatar que ambos foram alcançados, sendo que 87% dos participantes referem ter reduzido a ingestão diária de sal (Quadro 8), referindo ainda utilizar como referência para doseamento a colher de chá de sal como dose diária, bem como 67% mencionam a substituição do sal por ervas aromáticas para temperar e adicionar sabor aos alimentos (Quadro 9), o que atesta os objetivos como atingidos.

Restrição de sal na alimentação	1º Momento (julho 2022)		2º Momento (janeiro 2023)	
	Diagnóstico de situação f=30		Avaliação final f= 30	
	f	%	f	%
Sim	14	47%	26	87%
Não	16	53%	4	13%

Quadro 8 – Comparação da variável restrição de sal na alimentação no 1º momento e 2º momento

Substitui o sal na alimentação por ervas aromáticas ou especiarias	2º Momento (janeiro 2023)	
	Avaliação final $f= 26$	
	f	%
Sempre	20	77%
Quase sempre	6	23%

Quadro 9 – Variável frequência de substituição de sal por ervas aromáticas ou especiarias

Quanto ao objetivo operacional que consistia em que 50% dos familiares identificassem duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte, dos familiares presentes nas atividades, 100% identificou duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte, sendo as mais frequentes o estímulo para a atividade física e restrição/substituição do sal na alimentação. Quando comparados os valores obtidos sobre o apoio familiar em ambos os momentos, podemos afirmar que com a intervenção, onde foi promovida a consciencialização da importância do apoio familiar para a adesão às medidas de controlo da HTA, existiu um aumento de 50% referente ao suporte familiar para a gestão da doença crónica.

Apoio familiar para seguir as recomendações de controlo da HTA	1º Momento (julho 2022)		2º Momento (janeiro 2023)	
	Diagnóstico de situação $f=30$		Avaliação final $f= 30$	
	f	%	f	%
Sim	9	30%	24	80%
Não	21	70%	6	20%

Quadro 10 – Comparação do variável apoio familiar no 1º momento e 2º momento

Quanto à toma da medicação, 79% dos participantes referem cumprir o regime medicamentoso.

Analisando as atividades desenvolvidas no decurso da intervenção comunitária, foi questionado qual a atividade que consideram ter sido mais importante para o processo de aquisição de conhecimentos e capacitação para a gestão da doença, tendo sido eleitas a consulta de enfermagem para a HTA e as sessões de EpS, sendo que aos participantes a quem realizámos visita domiciliária, referiram que

o aconselhamento referente à alimentação foi o mais benéfico para a capacitação do prestador de cuidados.

Seguidamente, de forma a esquematizar os indicadores de atividade e de resultado correspondentes a cada uma das atividades desenvolvidas, foi elaborado um quadro síntese (Quadro 11).

Atividades	Indicador de Atividade	Indicador de Resultado
Póster “Dê atenção ao seu coração, controle a hipertensão”	Taxa de participantes na atividade: $\frac{30}{30} \times 100 = 100\%$	Taxa de participantes que identificou os comportamentos de risco: $\frac{30}{30} \times 100 = 100\%$
Consulta de Enfermagem de HTA	Taxa de participantes na atividade: $\frac{27}{30} \times 100 = 90\%$	Taxa de participantes que avaliam e registam valores de TA diariamente: $\frac{21}{27} \times 100 = 78\%$ Taxa de participantes que considera importante realizar atividade física regular: $\frac{27}{27} \times 100 = 100\%$ Taxa de participantes que identifica opções de substituição do sal na alimentação: $\frac{27}{27} \times 100 = 100\%$
Visita Domiciliária	Taxa de participantes na atividade: $\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$ Taxa de folhetos distribuídos: $\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$	Taxa de participantes que considerou a informação útil: $\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$ Taxa de participantes que avaliam e registam valores de TA diariamente: $\frac{2}{3} \times 100 = 67\%$ Taxa de participantes que identifica opções de substituição do sal na alimentação: $\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

Sessão de EpS nº 1	Taxa de participantes na atividade: $\frac{29}{30} \times 100 = 99\%$ Taxa de folhetos distribuídos: $\frac{29}{29} \times 100 = 100\%$	Taxa de Respostas corretas: $\frac{6}{7} \times 100 = 86\%$ Taxa de participantes que considerou a informação útil: $\frac{29}{29} \times 100 = 100\%$
Caminhada pela Hipertensão	Taxa de participantes na atividade: $\frac{20}{30} \times 100 = 67\%$	Taxa de participantes que considerou a atividade útil: $\frac{20}{20} \times 100 = 100\%$
Sessão de EpS nº 2	Taxa de participantes na atividade: $\frac{24}{30} \times 100 = 80\%$ Taxa de folhetos distribuídos: $\frac{24}{24} \times 100 = 100\%$	Taxa de Respostas corretas: $\frac{7}{7} \times 100 = 100\%$ Taxa de participantes que considerou a informação útil: $\frac{24}{24} \times 100 = 100\%$ Taxa de participantes que identificou a quantidade de sal recomendado: $\frac{24}{24} \times 100 = 100\%$ Taxa de participantes que identificou o sal nos rótulos: $\frac{24}{24} \times 100 = 100\%$ Taxa de participantes que identifica opções de substituição do sal na alimentação: $\frac{24}{24} \times 100 = 100\%$

Quadro 11 – Indicadores de atividade e de resultado referentes às atividades desenvolvidas

De forma a avaliar os indicadores de processo da presente intervenção comunitária definimos como ponto de corte (%) $\leq 50\%$ de realização das atividades planeadas e $\leq 50\%$ de satisfação da amostra com as mesmas. Com o apuramento dos valores, podemos inferir que, segundo os indicadores de processo, os participantes demonstraram satisfação com as atividades desenvolvidas (Quadro 12).

Atividades	Taxa de atividade	% Satisfação da amostra	
		Esclarecedora	Satisfatória
Póster – “Dê atenção ao seu coração, controle a hipertensão”	100%	100%	100%
Consulta de Enfermagem de HTA	100%	100%	100%
Visita Domiciliária (participantes identificados através da escala <i>Barthel</i>)	100%	100%	100%
Sessão de EpS nº 1	100%	100%	100%
Caminhada pela Hipertensão	100%	100%	100%
Sessão de EpS nº 2	100%	100%	100%

Quadro 12 – Indicadores de processo

Com o término da avaliação da intervenção comunitária e face aos resultados expostos anteriormente, verifica-se que todas as atividades programadas foram realizadas e, no que toca aos indicadores de resultado, todos foram atingidos com sucesso, revelando uma avaliação positiva das estratégias utilizadas. Em suma, consideramos que o objetivo geral da intervenção comunitária foi atingido, verificando-se que os participantes e familiares obtiveram aquisição de conhecimentos, revelando alterações comportamentais com benefício para a sua saúde, alcançando-se a capacitação dos participantes para a gestão da DC.

3. CONCLUSÃO

Neste capítulo, de forma a esquematizar o que se pretende transmitir com a conclusão da intervenção comunitária, optamos por dividi-lo em dois subcapítulos; um primeiro, onde procedemos a uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, e um segundo, onde constam as considerações finais do projeto desenvolvido.

3.1 Competências desenvolvidas

O EEEEC rege o seu exercício profissional com base nos quatro domínios comuns de competências do enfermeiro especialista definidos pela OE (responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e segundo as competências específicas da especialidade.

O percurso realizado no decurso do estágio, teve por base uma prática de cuidados com responsabilidade profissional ética e legal, enquanto futura EEEEC, acautelando e cumprindo todos os princípios éticos anexos ao código deontológico, assegurando os direitos de autor, autorizações institucionais, bem como a participação livre, informada e esclarecida da pessoa hipertensa e família, atestando o respeito pelos direitos humanos, anonimato, proteção da vulnerabilidade, autonomia e consideração pelas crenças e valores. A execução do projeto possibilitou a melhoria contínua na qualidade dos cuidados, capacitando a pessoa e família enquanto elementos pertencentes à comunidade.

Relativamente às competências específicas, a utilização da metodologia de Planeamento em Saúde foi fundamental para a realização da avaliação do estado de saúde do grupo e planeamento de toda a intervenção, corroborando o previsto no Regulamento, n.º 428/2018, de 16 de julho, nos termos do qual o EEEEC “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (2018, artigo 2.º, n.º1, alínea a), p. 19354).

No que concerne à competência relativa ao processo de capacitação de grupos/comunidades, esta compreende o objetivo geral da presente intervenção de Enfermagem Comunitária, que primou pela gestão dos recursos para a realização das atividades e estabelecimento de parcerias (nutricionista da URAP e com um profissional licenciado em ciências do desporto), perspetivando a melhoria do estado de saúde da população e, conseqüentemente, o estabelecimento de colaboração na

consecução dos objetivos do PNS, nomeadamente o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DGS, 2017). De referir que a utilização do sistema apoio-educação, preconizado na Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), em articulação com a metodologia de Planeamento em Saúde, revelaram-se essenciais para a aquisição de conhecimentos e capacitação da pessoa e família para a tomada de decisão consciente e informada a gestão da doença, conforme se pode verificar com os valores obtidos na etapa de avaliação.

Quanto à competência sobre a vigilância epidemiológica, basilar como “instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19357), foi fundamental a realização da *Scoping Review*, segundo o protocolo enunciado por Joanna Briggs Institute (2019), onde mapeamos a evidência científica existente, orientando a construção do questionário aplicado para o diagnóstico de situação, que permitiu a identificação das necessidade e, posteriormente, das intervenções de enfermagem adequadas ao projeto. Deste modo, foram adquiridas e desenvolvidas as competências específicas da especialidade de Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Para a obtenção do grau de Mestre, é necessário desenvolver os domínios correspondentes aos Descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 65/2018). Durante todo o processo, foram mobilizados os conhecimentos provenientes da licenciatura (1º ciclo) e da experiência decorrente da prática clínica, aprofundando-os e aplicando os mesmos na intervenção comunitária. Com necessidade de um maior investimento no referente às técnicas de investigação, estatística e destreza na utilização do *software SPSS Statistic*.

A realização da intervenção comunitária promoveu o desenvolvimento da competência de aplicação de conhecimentos em novas situações e não familiares, sendo que toda a minha experiência profissional decorreu em contexto hospitalar e maioritariamente em internamento.

A capacidade de julgamento/tomada de decisão foi transversal em todas as etapas da metodologia utilizada, o que permitiu o desenvolvimento da capacidade reflexiva sobre os juízos emitidos e a pesquisa de evidência científica, que fundamentam a tomada de decisão (Decreto-Lei n.º 65/2018). Esta competência foi essencialmente desenvolvida com o processo de aprovação do Núcleo de investigação e formação do ACES A-S e da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

A comunicação foi amplamente desenvolvida no decurso do projeto (sessões de EpS, consulta de enfermagem, visita domiciliária), bem como com a participação no XI Encontro da UCC Seixal, onde participámos com a apresentação de uma comunicação livre, que obteve o prémio de primeiro lugar, e na co-autoria e apresentação de um e-Poster no II Colóquio Internacional de Envelhecimento, Saúde e Cidadania. Foi também possível desenvolver a competência de comunicação com a elaboração de um artigo científico para a revista “Pensar Enfermagem”.

Por último, relativamente às aptidões para a aprendizagem, estas permitiram a aquisição de conhecimentos de forma autónoma, promovendo o meu autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Em suma, todas as competências anteriormente referidas foram alcançadas com sucesso.

3.2 Considerações Finais

Atualmente, as exigências sociais com a saúde e o crescimento exponencial da doença crónica, têm-se revelado um desafio. Em Portugal, segundo os dados do INSA (2017), cerca de 2,6 milhões (29%) da população portuguesa sofre de DC, acarretando uma maior sobrecarga e consequentes problemas de sustentabilidade financeira para o sistema de saúde, destacando a importância da identificação e implementação de estratégias promotoras da gestão da DC, que garantam ganhos evidentes em saúde com repercussões positivas a nível dos custos em saúde e qualidade de vida da população (OE, 2010). Neste âmbito o EEEEC dadas as suas competências específicas, tem um papel essencial na equipa multidisciplinar. A sua proximidade com a comunidade permite realizar a avaliação do estado de saúde da mesma e planear a intervenção comunitária que permita a consciencialização e desenvolvimento de competências da pessoa/grupo ou comunidade, capacitando-os para a gestão da sua doença crónica, prevenindo comorbilidades geradoras de perda de qualidade de vida e aumento dos custos em saúde.

No decurso do estágio e enquanto futura EEEEC, desenvolvemos a intervenção comunitária que perspetivou a capacitação da pessoa e família para a gestão da HTA, com aconselhamento motivacional e acesso à informação, melhorando a adesão terapêutica e a mudança de comportamentos, que a longo prazo reduzam a carga total da doença para os próprios, sociedade e sistema de saúde. Considerando que a intervenção neste campo de ação deve ser precoce, preferencialmente antes da instalação de complicações (ESC, 2018), elegemos como população alvo os utentes

com HTA sem complicações. Posteriormente, para planejar a intervenção de enfermagem comunitária de forma inovadora e proficiente, assente na prática baseada na evidência, recorreremos à investigação para a identificação das intervenções com maior efetividade, conferindo-se o relatório como um importante contributo para a investigação e formação.

A utilização da metodologia de Planeamento em Saúde permitiu a organização do pensamento, orientação da ação e, por consequência, os resultados obtidos. Teve como ponto de partida o DS, onde identificamos a existência de défice de autocuidado e de conhecimentos relacionados com a HTA. Possibilitando o planeamento da intervenção comunitária, coerente, contextualizada e sustentada, segundo a perspetiva da prevenção secundária, através do incentivo e motivação para a mudança de estilos de vida.

Considerando que a promoção dos comportamentos e estilos de vida saudáveis não deverá ser descontextualizada do ambiente socioeconómico e político onde a pessoa e família está inserida, foi fundamental a mobilização dos recursos para a divulgação, implementação e execução da intervenção comunitária. O estabelecimento de parcerias com diferentes profissionais promoveu a adequação das atividades desenvolvidas, aumentando a aquisição de conhecimentos e a motivação para a gestão da DC da pessoa e família. Levando-nos a sugerir que, numa futura intervenção similar, se promova a inclusão e contributo de diferentes áreas profissionais, instituições e elementos deste grupo de intervenção, que se destacaram como elos dinamizadores da comunidade, enquanto contributo para a adequação às reais necessidades da mesma.

Durante a execução do projeto, para além das restantes atividades, é de referir que foi possível em consulta de enfermagem de HTA, alicerçada no guião de boas práticas, desenvolver processos educacionais direcionados à pessoa e família de forma individualizada, compreendendo as suas crenças e valores para a adesão às recomendações, e simultaneamente reavaliar o risco cardiovascular. Denotando-se um maior envolvimento e comprometimento da pessoa e família para com o seu plano de saúde, reforçando a importância da implementação da consulta de enfermagem de HTA, alargando a intervenção ao maior número de indivíduos. Tal como os processos de capacitação no domicílio, que conforme constatamos, foi uma estratégia com sucesso, enquanto instrumento de assistência, possibilitando o processo educacional, treino in loco e interação familiar, essenciais para a gestão da doença crónica.

Em todo o processo foi fundamental o envolvimento e aceitação da equipa da UFS Poente, levando-nos a conjecturar a breve implementação da CE, aumentando a efetividade dos momentos de ensino, de comprometimento com o processo de mudança, de capacidade de autocuidado e de literacia em saúde, dando continuidade à intervenção desenvolvida, reconhecendo-a como importante contributo para prática.

A avaliação, enquanto etapa metodológica, indicou o sucesso obtido, apesar do curto espaço temporal para a apreciação, ficou claro o aumento de conhecimentos relativos à doença e sua gestão, com alteração de comportamentos para o autocuidado, permitindo vislumbrar ganhos efetivos em saúde. Todavia, reconhece-se como limitação a curta duração da intervenção, impossibilitando uma noção efetiva dos ganhos em saúde decorrentes da mesma.

Para assegurar a continuidade do presente projeto, os resultados obtidos foram apresentados à equipa multidisciplinar da USF e o material pedagógico desenvolvido foi cedido à equipa de enfermagem. Facilitando a continuidade e melhoria do mesmo, bem como se pertinente a introdução de novas estratégias e intervenções, que permitam o acompanhamento, aconselhamento e ensino. Apesar da evidência científica que comprova a gestão da HTA através de medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas, as taxas de controlo permanecem baixas (Abegaz, 2017), sendo um dos maiores desafios globais. Realçamos a importância de prosseguirem os estudos, enveredando pela identificação dos fatores pessoais e familiares que influenciam a motivação e incentivo para a mudança de comportamentos de saúde, mantendo uma pesquisa incessante e de inovação que fomente a prática baseada na evidência e a excelência dos cuidados de enfermagem na comunidade.

Não obstante as limitações, esperamos conseguir com o relatório de estágio demonstrar a importância da intervenção precoce no âmbito da gestão da doença, a importância da abordagem familiar para promover a adesão a comportamentos saudáveis, bem como o papel crucial do EEEEC neste processo, constituindo-se o relatório de estágio como um contributo para a investigação, prática e formação em enfermagem comunitária.

Pessoalmente, após mais de dez anos de profissão, em contexto hospitalar, a realização da intervenção comunitária constituiu-se num importante desafio, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de planejar cuidados num contexto alargado, comparativamente aos delineados individualmente, tornando-me proficiente no planeamento e execução de projetos comunitários, sustentados na melhor evidência científica, proporcionando-me uma evolução pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). *Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis*. *Medicine*, 96(4), e5641. (2022, junho,8) <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641> .
- Amado, G., Pujol, R., Pacheco, H., Borrás, J. (2011). *Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial*. Madrid: *Gaceta Sanitaria*, 25(1),62-67.
- Barreto, M., Marcon, S. (2014). Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23 (1),38-46. (2022, maio, 16) <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100005> .
- Bastos, S. F. (2012) A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem, submetida à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. (2022, março, 19) <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., Zentner, A. (2010). Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Studies Series nº20, 2-111. Denmark: World Health Organization office for Europe.
- Cunha, L., Ferreira, P., Brito, I. (2016). Qualidade e Estilos de Vida da Pessoa Hipertensa. *Pensar em Enfermagem*. 20, 19-32.
- Curie, M. (1923). *Pierre Curie: With Autobiographical notes*. Dover Publications.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto da Presidência Do Conselho De Ministros. Diário da República, 1.ª série (N.º 157, de 16 -08-2018) 4147-4162. (2022, abril, 26) ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html> .
- Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. 1, 81-100.
- Despacho conjunto n.º 861/99. (1999). Licença especial para acompanhamento de filho, adotado ou filho de cônjuge que seja deficiente ou doente crónico.

- Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. *Diário da República*, II Série (N.º 235, de 08/10/1999).14986-15032. (2022, março, 29) ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-conjunto/861-1999-1507126> .
- Diniz, A. (2004). Aproximação à Gestão da Doença em Portugal, in *Infarmed - Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*. Caparica, Eujoa A. G., 1.ª ed.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). Norma n.º 020/2011. *Hipertensão Arterial: definição e classificação* Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013a). Norma nº 026/2011 atualizada a 19/03/2013. *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. (2022, março, 5) <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/29/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial/> .
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013b). *Orientação Avaliação Antropométrica no Adulto*. (2022, abril, 7) <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx> .
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no adulto*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares*: Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Plano Nacional de Saúde (2021-2030)*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.
- Direção-geral da Saúde [DGS] (2020). *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Disease management association of America [DMAA] (s.d). *Definition of disease management*. (2022, abril,22) <https://diseasemanagementassociationofamericawpan.wordpress.com>.
- European Society of Cardiology [ESC] (2018). Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH), *European Heart Journal*, 39 (1), 3021–3104. (2022, abril,15) <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339> .

- European Society of Cardiology [ESC] (2021). SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal*, 42 (25), 2439–2454. (2022, abril,15) <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309> .
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto: ESEP. (2022, abril,22) <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98> .
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F., Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*. 9, 105-116.
- Ferreira, R., Graça, L., & Calvinho, M. (2016). Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(8),7-15.
- Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar* (4.ªed.). Loures: Lusociência. (4),3-189.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. (5), 6-388.
- Godinho, N. (2023). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA (7ªed.)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Godinho, F., Andrade, C., & Silva, C. (2017). Acompanhamento dos doentes hipertensos nos cuidados de saúde primários - a nossa prática. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 60, 16-17.
- Henriques, H. R., Pinto, J., Faria, J., & Silva, A. (2021). *Uma revisão sistemática das intervenções de gestão de risco cardiovascular entre pessoas que vivem na comunidade com doenças crónicas*. *Millenium*, 2(15), 41-51.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª ed.) Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses [ICN] (2010). *Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care*. (2022, maio, 10) <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>.
- International Council of Nurses [ICN] (2015a). *Informed Patients. Position Statement*. ICN. (2022, maio, 10) https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E06_Informed_Patients.pdf .

- International Council of Nurses [ICN] (2015b). CIPE® Versão 2015 – *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Portugal: Lusodidacta.
- International Council of Nurses [ICN] (2020). *Primary Health Care*. In *International Council of Nurses*. Genebra: International Council of Nurses.
- International Classification of Diseases Eleventh Revision [ICD-11] (2022). Genebra: World Health Organization. (2023, fevereiro, 26) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021). *Plataforma de divulgação dos Censos 2021- Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] (2017). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF)*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 6-7. (2022, março, 22) http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4796/1/INSEF_Cuidados_Preventivos%20%20WEB.pdf.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa- e_COR relatório*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022, março, 22) https://www.insa.min-saude.pt/prevalencia-de-fatores-de-risco-cardiovascular-na-populacao-portuguesa-relatorio-estudo-e_cor/.
- Lima, D., Amorim, S., Pereira, P., & Amorim J. dos S. (2023). Impacto da divulgação científica na prevenção hipertensão arterial sistêmica. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 23(1), e11541. (2023, fevereiro, 26) <https://doi.org/10.25248/reamed.e11541.2023>.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. United Kingdom: Oxford University Press. 26, 1-7.
- Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalhinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal: Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), 21-39.
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Nascimento, M.O., Belo, R.M.O., Araújo, T.L.L.S., Silva, K.G.N.M., Barros, M.D.F.F.N., Figueiredo, T.R., et al. (2021). Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Editora Chiado.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). CIPE® Versão 2015 – *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001) - *Nursing: concepts of practice* (6.^a ed.). St. Louis: Mosby.
- Page, M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D., Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *The BMJ*. 372 (71), 1-9.
- Piantino, B., Vanin, C., Vieira, M., & Souza, I. (2017). *Propostas de ações educativas no ambiente escolar como prática de promoção da saúde*. *Ciência ET Praxis*, 9(17), 49–52. (2022, maio, 9) <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2271>
- Pinto, A., Saraiva, D., & Marques, E. (2020). Promoção de um estilo de vida saudável em pessoas com hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura. *Millenium - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (6), 45–53. (2022, março, 22) <https://doi.org/10.29352/mill0206e.04.00335> .
- Potter, P., Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7.^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Portaria nº 306-A/2011 de 20 de dezembro (2011). Ministérios das Finanças e da Saúde: Portaria nº 306-A/2011. *Diário da República 1^a. Série*, N.º 242 (20-12-2011) 5348(2) -5348(4).
- Presidência do Conselho de Ministros (2005). *Programa do XVII Governo Constitucional*. (2022, março, 20) <https://www.historico.portugal.gov.pt/media/464060/GC17.pdf> .
- Reamy, B. V, Williams, P. M., & Kuckel, D. P. (2018). Prevention of Cardiovascular Disease, 45, 25–44. (2022, abril) <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.11.003> .
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., Zwar, N. (2018). *A systematic review of chronic disease management interventions in primary care*. *BCM*. (2022, maio,19) <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-017-0692-3.pdf> .

- Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, II Série (n.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359.
- Rodrigues, M., F. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. (1.ª ed.) Lisboa: Lisbonpress.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7.ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2022a). Doenças do coração – Hipertensão Arterial. (2022, março, 13) <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/> .
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2022b). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, Regulamento Interno USF Poente*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2022c). *Atividades Preventivas em Saúde*. (2022, março, 28) <https://www.ulsm.min-saude.pt/cidadao/mais-saude/atividades-preventivas-em-saude/> .
- Silva, R. S. M., Burgos, C. M. M. U. (2021). Avaliação da adesão à prevenção de doença cardiovascular em usuários da estratégia de saúde da família. *Research, Society and Development*. Brasil: Editores CDR. 10, 1- 8.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2018). Recomendações de Bolso da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre Hipertensão. (2022, maio,13) <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket-guidelines-Hipertens%C3%A3o.pdf> .
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH] (2014). Guidelines de 2013 da European Society of Hypertension/ European Society of Cardiology para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, 4-91.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH] (2020). *Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 das ESH / ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão. 76. 10-12.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH] (2023). *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 93, 4-42.
- Tanqueiro, M.T.O.S. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 9, 151-

160. (2022, março,16) <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1202> . Acedido a [22/06/2022](http://dx.doi.org/10.12707/RIII1202)
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Unidade Saúde Pública Almada-Seixal Higeia [USP] (2013-2016). Plano Local de Saúde 2013-2016. ACES Almada-Seixal.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Adherence to long-term therapies- Evidence for action*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2008). *European Observatory of Health Systems. How can chronic disease management programs operate across care settings and providers?* Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2010). Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes socais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Socais da Saúde*. Portugal: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2013). *A Global Brief on Hypertension: sillent killer a global public health crisis*. Genebra: World Health Organization. 5,7,9,17-18.
- World Health Organization [WHO] (2015). *Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services – Interim Report*. Genebra: World Health Organization. 10, 12.
- World Health Organization [WHO] (2018). *Investing in Communicable Disease Control Generates Major Financial and Health Gains*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2020a). *About Social Determinants of Health*. In: World Health Organization. (2022, abril, 7) <https://www.who.int/social-determinants/sdh-definition/en/> .
- World Health Organization [WHO] (2020b). *Hearts-Improving hypertension control in 3 million people: country experiences of programme development and implementation*. Genebra: World Health Organization. (2022, maio,15) <https://www.who.int/publications/i/item/improving-hypertension-control-in-3->

[million-people-country-experiences-of-programme-development-and-implementation](#) .

World Health Organization [WHO] (2021). *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. Geneva: World Health Organization. (2022, junho, 18). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf> .

ANEXOS

Anexo I:

Escala de Medição da adesão terapêutica (MAT)

Autorização dos autores para a utilização do instrumento.



Maria Luísa Lima

RE: Pedido de autorização para aplicação da Escala MAT

Para: SORAIA ISABEL NOBRE REIS CASAL FIGUEIREDO, Cc: Jose Edmundo Xavier Furtado Sousa

11:55

[Detalhes](#)

Cara Soraia Figueiredo,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie corretamente em publicações futuras desta investigação:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Pedroso de Lima

From: SORAIA ISABEL NOBRE REIS CASAL FIGUEIREDO <soraia.figueiredo@campus.esel.pt>

Sent: 5 de abril de 2022 07:35

To: Maria Luísa Lima <luisa.lima@iscte-iul.pt>

Cc: Jose Edmundo Xavier Furtado Sousa <jesousa@esel.pt>

Subject: Pedido de autorização para aplicação da Escala MAT

Exma. Sra. Professora Doutora Maria Luísa Lima

Início esta mensagem com a minha apresentação: o meu nome é Soraia Isabel Nobre dos Reis Casal Figueiredo, sou enfermeira e aluna do 13º Curso de Mestrado de Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Estou a desenvolver no âmbito do curso um projeto de intervenção comunitária denominado “Capacitar a pessoa com Hipertensão e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de Enfermagem Comunitária”. Onde pretendo conhecer e estudar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso (RTM) das pessoas com Hipertensão, na região do conselho de Almada. Após pesquisa na literatura tivemos contacto com o instrumento de avaliação, medida de adesão ao tratamento (MAT). Uma vez que consideramos ser o instrumento de avaliação de eleição para o estudo que irei efetuar. Uma vez que a escala se encontra validada e que a autora é a Sra. Professora, juntamente com Sr. Doutor Artur Barata Delgado.

Venho respeitosamente junto de V. Ex.ca pedir autorização para utilizar a MAT na recolha de dados.

Anexo II:

Declaração da coordenadora da USF Poente para a realização do projeto.
Declaração da coordenadora da USF Ponte para nomear.



Exma. Enfermeira Sorai Figueiredo,
Mestranda do 13º Mestrado em Enfermagem Comunitária

Na qualidade de Coordenadora da USF Poente, venho por este meio dar diferimento à sua solicitação, autorizando a realização do projeto estágio, de intervenção comunitária, subordinado ao tema: “Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. A decorrer no período Março de 2022 a Fevereiro de 2023 na USF Poente.

Monte de Caparica, 7 de abril de 2022

A Coordenadora da USF Poente,

Célia Santos Silva

A assinatura de forma digital por Célia Santos Silva
Códex: 20220403204554-10260

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que a Enfermeira Soraia Nobre pode mencionar a USF Poente como local de estágio, no âmbito do projeto que está a desenvolver para o Mestrado em Enfermagem Comunitária, sobre os utentes com HTA sem complicações.

Monte de Caparica,

18 de julho de 2022

Célia Santos
Silva

Assinado de forma digital por
Célia Santos Silva
Dados: 2022.07.18 19:18:49
+01'00'

Anexo III:

Parecer do Diretor do Aces de Almada/Seixal

DECLARAÇÃO

Alexandre Miguel Alves Tomás, Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada/Seixal, declara para os devidos efeitos que:

O ACeS Almada Seixal tem condições logísticas e humanas para a realização, do projeto de investigação de intervenção comunitário com o título:

“Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária”

Que será desenvolvido pela, Senhora Enfermeira Soraia Isabel Nobre dos Reis Casal Figueiredo, que decorrerá na Unidade de Saúde Familiar Poente.

Emitimos a presente declaração, que será assinada e autenticada de forma digital.

Amora, 22 de abril de 2022

Diretor Executivo ACeS Almada Seixal

Assinado por: ALEXANDRE MIGUEL ALVES
TOMÁS
Num. de Identificação: 09786093
Data: 2022.04.22 13:28:45 -01'00'

CJ/CJ



Anexo IV:

Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Soraia Figueiredo

soraia.figueiredo@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5043/CES/2022

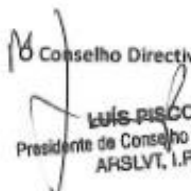
Assunto: capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 08.07.2022 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


Conselho Directivo
LUIS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo V:

Declaração do professor Orientador do estudo

DECLARAÇÃO DE ORIENTADOR CIENTIFICO E PEDAGÓGICO
DO 13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa, professor adjunto na ESEL, declara, para os devidos efeitos, que se responsabiliza pela orientação do Estágio do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Licenciada em Enfermagem Soraia Isabel Nobre Reis Casal Figueiredo, que irá desenvolver o projeto subordinado ao tema “Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária”. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito académico do Estágio na Unidade de Saúde Familiar Poente (ACES Almada/Seixal).

Declaro concordar e aprovar a metodologia de investigação bem como a aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados para este projeto.

Serão salvaguardadas todas as responsabilidades éticas e deontológicas. Os dados recolhidos serão tratados de forma a manter o anonimato e a confidencialidade das fontes pelo que se recorrerá a codificação dos questionários.

Lisboa, ESEL, 11 de abril de 2022

Assinado por: **JOSÉ EDMUNDO XAVIER FURTADO DE SOUSA**
Num. de Identificação: 07081624
Data: 2022.04.10 07:29:29+01'00'

Professor Doutor

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa



Anexo VI:

Declaração da Orientadora Clínica para acesso aos participantes.

**Declaração do Profissional de Saúde que referencia os Participantes
para o projeto de Investigação**

Maria Jorge Brites, Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária na USF Poente, orientadora clínica de Soraia Isabel Nobre dos Reis Casal Figueiredo, no âmbito do 13º curso de Mestrado de Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a desenvolver um projeto de intervenção comunitária subordinado ao tema "Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária", irá participar nos procedimentos de recrutamento dos participantes no projeto, sendo que o convite e referência para a participação no projeto serão somente realizados com a autorização dos participantes.

(Local) Monte Caparia, Data: 13/06/2022

Assinatura: Maria Jorge Oliveira Brites

No de cédula profissional: 05496

ACES ALMADA-SEIXAL
USF Poente
Rua de São Lourenço Poente, 2.º Piso
2620 - 225, Monte da Caparica
Tel: 212 945 850 / 212 945 860

APÊNDICES

Apêndice I:
Scoping Review;
Prisma Flow

No âmbito do desenvolvimento do projeto foi elaborada uma Revisão de *scoping* segundo os princípios do *Joanna Briggs Institute (JBI)*. Para a Revisão de *Scoping* desenvolvida, foi identificada a sigla PCC (População, Conceito e Contexto), e posteriormente a questão: Quais as intervenções do enfermeiro em contexto da usf, que promovam a capacitação da pessoa hipertensa e família para a adesão terapêutica e gestão da doença?

O objetivo da revisão de *scoping* é identificar as estratégias de intervenção do enfermeiro de comunitária para a adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão e sua família para promover a gestão da doença.

A pesquisa foi então elaborada no dia 7 de maio de 2022, com recurso a duas bases de dados, a CINAHL COMPLETE e a MEDLINE COMPLETE. Foram definidos como critérios de inclusão na pesquisa, o friso temporal compreendido entre 2017 e 2022, estudos onde um dos autores seja enfermeiro; estudos com participantes na faixa etária compreendida entre os 45 e os 64 anos; participantes sem doença mental conhecida; estudos que abordam apenas a Hipertensão enquanto patologia; estudos em língua portuguesa e inglesa.

A estratégia de pesquisa foi igual em ambas as bases de dados. Iniciou-se com a identificação dos termos de pesquisa naturais e indexados, de seguida a pesquisa dos termos naturais e indexados correspondentes a cada componente da sigla PCC que se encontram descritos na tabela 1; posteriormente os termos naturais e indexados similares de cada componente da PCC foram pesquisados com o booleano *OR*; seguidamente a pesquisa com o booleano *AND* de todos os resultados obtidos com a pesquisa do booleano *OR*; e, após foram aplicados os critérios de inclusão. Os termos descritores foram validados com recurso ao DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde, interligados com os booleanos *AND* e *OR* conjugando a estratégia de pesquisa. Foram igualmente definidos critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Realizou-se a pesquisa de artigos publicados entre 01/01/2017 a 30/04/2022 em bases de dados, *CINHAL* e *MEDLINE*. O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o PRISMA 2020 *Flow Diagram*, garantindo a qualidade metodológica dos mesmos.

Quanto às evidências obtidas identificou-se que as intervenções de enfermagem a pessoa hipertensa e família para a sua capacitação devem considerar os níveis educacionais, de forma a aumentar o autocuidado e autoeficácia, capacitando as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis, de alimentação, da gestão da medicação e atividade física.

Tabela 1 –Termos descritores para pesquisa.

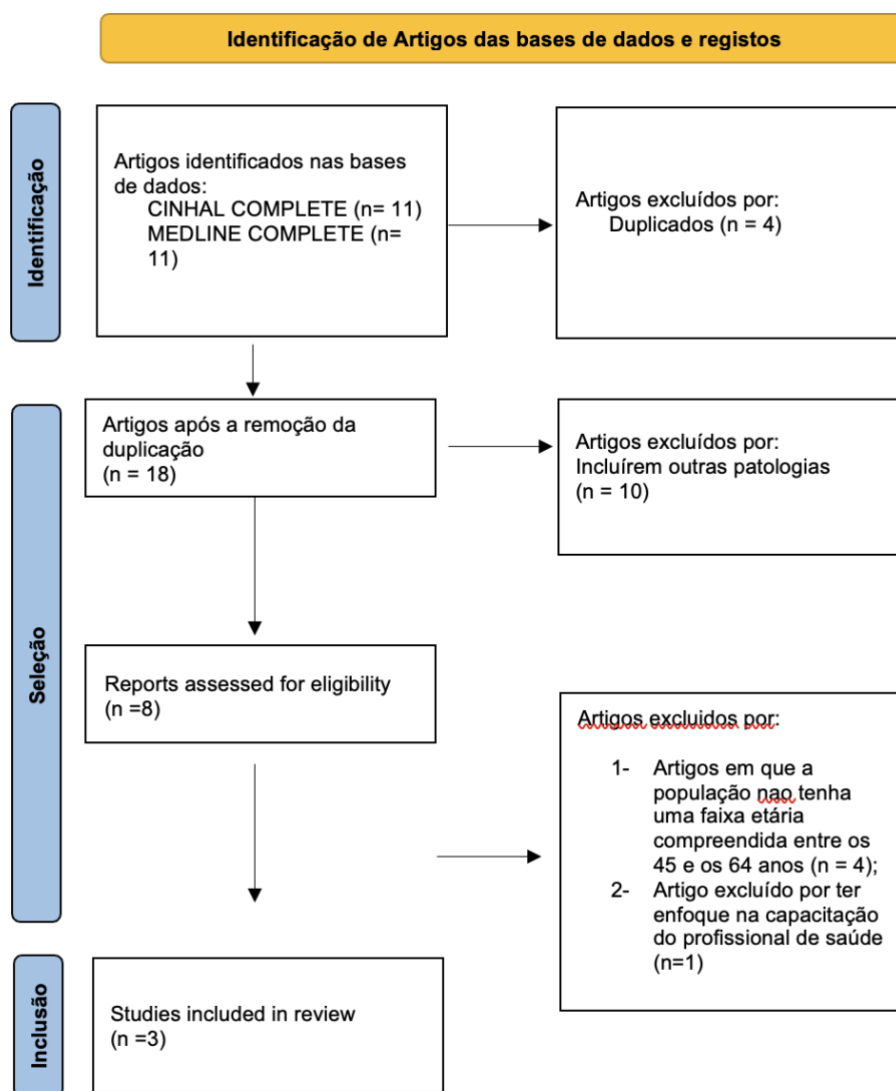
		CINAHL		MEDLINE	
		Termos Naturais	Termos Indexados	Termos Naturais	Termos Indexados
População	Pessoa Hipertensa sem complicações	Hypertensive person, Essential Hypertension	Hypertension, middle age.	Hypertension person, Essential Hypertension	Hypertension, middle age,
	Família	Family	Professional-Family Relations, Patient-Family Relations, Family Systems Theory, Family Nursing.	Family	Profissional-Family Relations, Patient-Family Relations, Patient-Family Conferences
Conceito	Capacitação	Empowerment	Empowerment	Empowerment	Empowerment
	Gestão da doença	Disease Management	Disease Management, Knowledge Deficit of Therapeutic Regimen, Patient Compliance,	Disease Management	Disease Management, Compliance with Therapeutic Regimen, Knowledge Deficit of Therapeutic Regimen, Compliance with Therapeutic Regimen, Patient Compliance, Adherence Behavior.
	Adesão Terapêutica	Therapeutic Adherence, Adherence to the therapeutic regimen	Patient Compliance	Adherence to the therapeutic regimen, Therapeutic Adherence.	Treatment Adherence and Compliance, Patient Compliance.
Contexto	Na USF	Primary Health care, Community Health Centers , Community Health Nursing	Primary Health care, Community Health Centers, Community Health Nursing, Association of Community Health Nursing Educators.	Community Health Centers, Primary Health care, Community Health Nursing.	Community Health Centers, Primary Health Care, Community Health Nursing.

Como descrito anteriormente, de forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o *PRISMA Flow 2020 Diagram* (Page et. al,2021), procedendo-se à descrição do fluxo de informação encontrada, a partir do instrumento desenvolvido pelo *Joanna Briggs Institute*. Após a aplicação do instrumento, resultaram vinte e dois artigos, onze da base de dados CINAHL e onze da base de dados MEDLINE, destes foram eliminados quatro artigos duplicados. Dos dezoito artigos, dez foram excluídos por incluírem no estudo a análise de duas patologias: Hipertensão e Diabetes. Os oito artigos elegíveis foram lidos na íntegra e após aplicação dos critérios de inclusão definidos foram excluídos quatro deles por a população em estudo apresentar uma faixa etária superior a sessenta e cinco anos. Resultando assim quatro artigos para análise (Apêndice I). Para a análises dos artigos foi adaptada a tabela de extração de dados proposta pelo *JBI*, onde se colocam os dados dos artigos respetivamente.

Da análise dos artigos foi evidente que as intervenções de enfermagem promotoras da adesão ao regime terapêutico foram: (1) *empowerment*; (2) sessões de Educação para a Saúde (EpS) em grupo ou individuais sobre a importância da alteração nos comportamentos do quotidiano, com enfoque, atividade física, educação sobre dieta de baixo teor de sódio, cessação do tabágica e redução do consumo diário de álcool; (3) acompanhamento; (4) promoção da literacia em saúde e; (5) cuidado centrado na pessoa.

O enfermeiro deve proceder a EpS, motivando a pessoa para desenvolver cuidados necessários para a manutenção da sua saúde, estimulando a adesão ao regime terapêutico e gestão da doença, fixando conjuntamente metas e planos de como seguir o cuidado. Promover a capacitação da pessoa hipertensa, influencia positivamente a autoestima, autoeficácia, competência e capacidade de controlo de forma a potenciar a capacitação da pessoa hipertensa e família.

Prisma 2020 Flow Diagram



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Apêndice II:
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), subordinado ao tema “Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária” sob a orientação do Professor Doutor José Edmundo Sousa. A realização deste estudo pretende compreender quais os comportamentos que promovem a Gestão da Doença por parte da pessoa hipertensa e família.

Explicação do estudo: Para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um Questionário “Conhecer a sua HTA”, os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativos aos dados sociodemográficos, situação clínica, estilos de vida e comportamentos de adesão ao regime terapêutico. O preenchimento do questionário demorará aproximadamente 10 minutos e será de autopreenchimento. Serão ainda recolhidos dados do processo clínico, tais como, o peso, dislipidemia e diabetes. A amostra é não probabilística e intencional, sendo que os participantes têm que estar inscritos na USF Poente, com diagnóstico de HTA sem complicação na faixa compreendida entre os 45 e os 65 anos.

Condições e financiamento: A participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer tipo de consequências e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de caráter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.

e-mail: soraia.figueiredo@campus.esel.pt

Enfermeira

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Apêndice III:
Questionário “Conheça a sua HTA”

__/__/__

Questionário “Conhecer a sua HTA”

DATA ____/____/2022

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema “**Capacitar a pessoa Hipertensa e família para a Gestão da Doença- Uma Intervenção de enfermagem de enfermagem comunitária**”. A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadrícula (☐), deve assinalar com uma cruz a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que não deixe nenhuma questão por responder. Agradeço a sua colaboração.

Parte A – Caracterização sociodemográfica

A1. Sexo

- 1. ☐ Masculino
- 2. ☐ Feminino

A2. Idade ____ anos

A3. Com quem vive

- 1. ☐ Sozinho (a)
- 2. ☐ Com cônjuge/ companheiro(a)
- 3. ☐ Com cônjuge /companheiro(a) e filhos(as)
- 4. ☐ Com filhos(as)
- 5. ☐ Com outros familiares
- 6. ☐ Com amigos(as)

A4. Profissão: _____

A5. Escolaridade

- 1. ☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (1º, 2º, 3º e 4º ano)
- 2. ☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)
- 3. ☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º, 9º ano)
- 4. ☐ Ensino Secundário (10º, 11º, 12º ano)
- 5. ☐ Ensino Superior

PARTE B – Situação Clínica e Estilo de Vida

B1. O que o levou a esta consulta?

- 1. ☐ Indicação do profissional de saúde:
 - 1.1. ☐ Médico
 - 1.2. ☐ Enfermeiro
 - 1.3. ☐ Outro
- 2. ☐ Por iniciativa própria

B2. Nº de medicamentos que toma cronicamente (há mais de três meses):

B3. Onde costuma avaliar a Tensão Arterial?

- 1. ☐ Casa
- 2. ☐ Farmácia
- 3. ☐ No centro de Saúde

B4. Pratica exercício físico?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não

B5. É Fumador?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

Se sim quantos cigarros fuma por dia? _____

B6. Após o diagnóstico de Hipertensão Arterial mudou os seus Hábitos de Vida?

1. ☐ Sim,

Se sim quais os hábitos que mudou? _____

2. ☐ Não

B7. Que tipo de Medidas toma para Controlar a HTA?

1. ☐ Medicação

2. ☐ Diminuição da ingestão de gorduras

3. ☐ Diminuição da ingestão de Sal

4. ☐ Diminuição ingestão de café

5. ☐ Redução da ingestão de Álcool (caso se aplique)

6. ☐ Controlo do Peso

7. ☐ Deixar de Fumar (caso se aplique)

B8. Do seu agregado familiar existe mais alguém com hipertensão?

1. ☐ Sim, se sim quem? _____

2. ☐ Não

B9. No seu Agregado Familiar quem habitualmente confeciona as refeições?

1. ☐ O próprio

2. ☐ Cônjuge

3. ☐ Outro, Quem? _____

B10. Habitualmente segue uma dieta com restrição de Sal?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

B11. No seu agregado familiar tem apoio para seguir as recomendações para o controlo da Hipertensão?

1. ☐ Sim, se sim quem? _____

2. ☐ Não

B12. Considera que a mudança de hábitos de vida condiciona de forma positiva a hipertensão?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

PARTE C – MEDIDA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO (MAT)

	SEMPRE	QUASE SEMPRE (5-6 dias)	COM FREQUÊNCIA (4-3 dias)	POR VEZES (3-2 dias)	RARAMENTE (1-2 dias)	NUNCA
1) Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
2) Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?	1	2	3	4	5	6
4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
5) Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	1	2	3	4	5	6
7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	2	3	4	5	6

Apêndice IV:
Dados sociodemográficos.
Dados relativos à situação clínica e estilos de vida

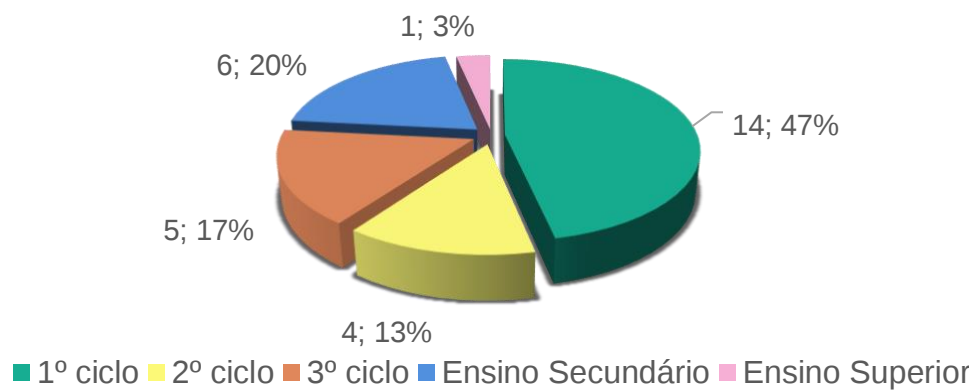


Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por escolaridade.

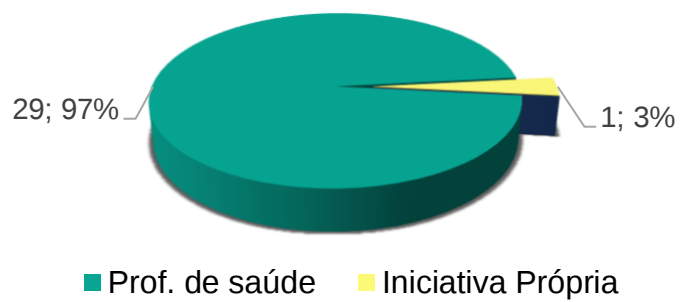


Gráfico 4- Distribuição dos participantes por motivo de consulta.

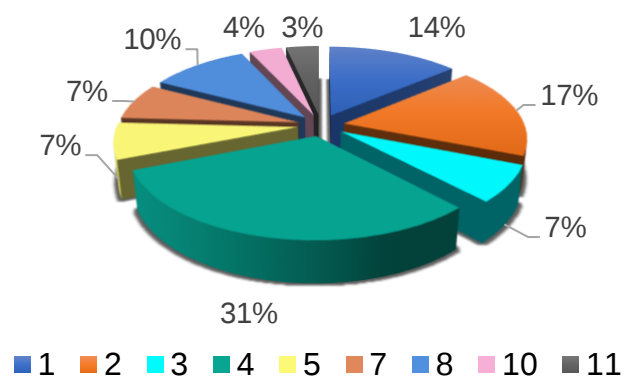


Gráfico 5- Distribuição dos participantes pelo número de medicamentos de toma diária.

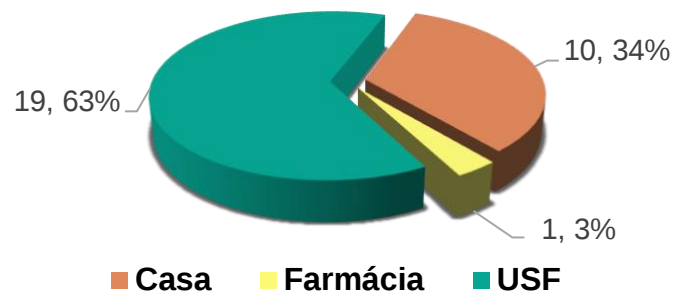


Gráfico 6 – Distribuição dos participantes por local de avaliação da TA.

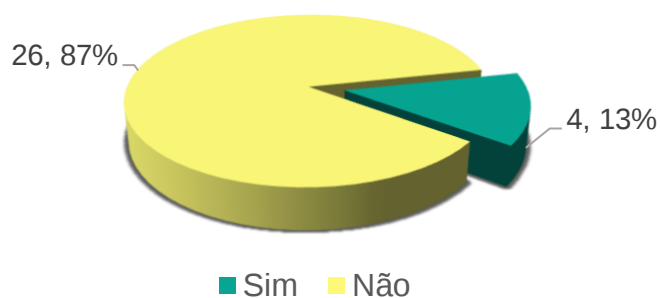


Gráfico 7- Distribuição dos participantes pelo exercício físico.

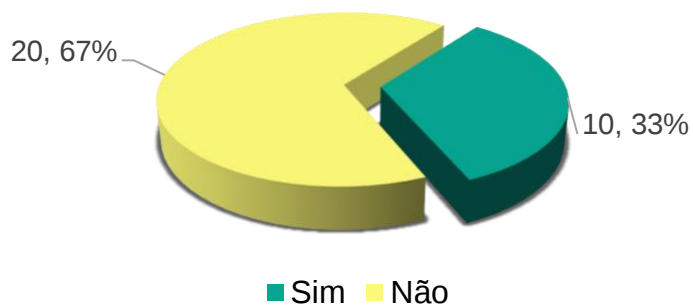


Gráfico 8 – Distribuição dos participantes por fumadores e não fumadores.

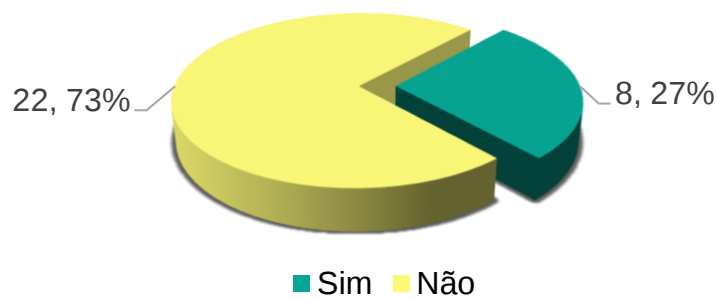


Gráfico 9 – Distribuição dos participantes em relação à mudança de hábitos de vida após o diagnóstico de HTA.

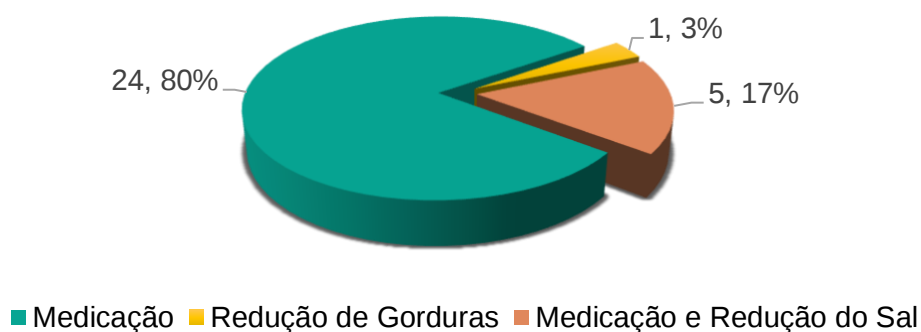


Gráfico 10 – Distribuição da amostra em relação às medidas de controlo da sua HTA no quotidiano.

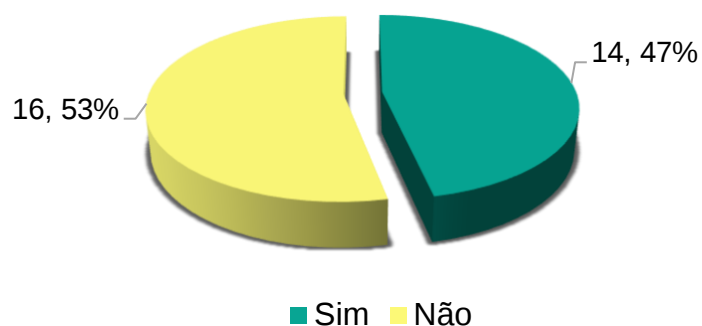


Gráfico 11– Distribuição da amostra em relação à existência de mais elementos no agregado familiar hipertensos.

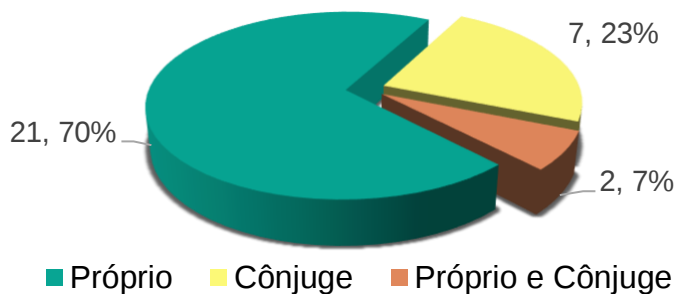


Gráfico 12 – Distribuição dos participantes em relação a quem habitualmente confeciona as refeições.

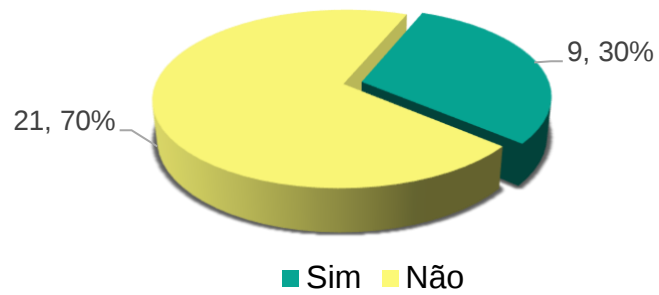


Gráfico 13 – Distribuição dos participantes relativamente ao apoio familiar para a implementação das medidas para controlo da HTA.

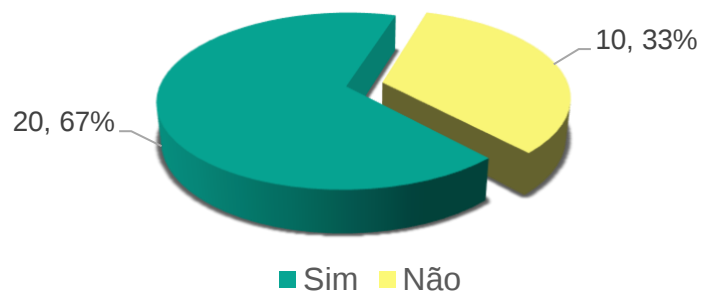


Gráfico 14 – Distribuição dos participantes relativamente a sua convicção sobre a influência positiva da mudança de hábitos de vida na HTA.

Tabelas de distribuição:

N	Válido	30
	Omisso	0
Média		56,27
Mediana		56,00
Modo		52 ^a

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da amostra por média de idades.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	masculino	14	46,7	46,7	46,7
	feminino	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 3 – Distribuição dos participantes relativamente ao sexo.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	administrativo	1	3,3	3,3	3,3
	assistente operacional	2	6,7	6,7	10,0
	cabeleireira	1	3,3	3,3	13,3
	canalizador	2	6,7	6,7	20,0
	condutor	2	6,7	6,7	26,7
	contabilista	1	3,3	3,3	30,0
	Costureira	1	3,3	3,3	33,3
	cozinheira	1	3,3	3,3	36,7
	desempregado	7	23,3	23,3	60,0
	domestica	3	10,0	10,0	70,0
	empregada de limpeza	1	3,3	3,3	73,3
	empregado de mesa	2	6,7	6,7	80,0
	Mecânico automovel	1	3,3	3,3	83,3
	pintor	1	3,3	3,3	86,7
	Pintor naval	1	3,3	3,3	90,0
	reformada	2	6,7	6,7	96,7
	servente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por profissão.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	medico	16	53,3	53,3	53,3
	enfermeiro	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 5– Distribuição dos participantes consulta com profissional de saúde.

N	Válido	30
	Omisso	0
Média		4,37
Mediana		4,00
Modo		4

Tabela 6 – Valores de Frequência referentes a toma diária de medicação.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BSimQuantos	11	1	25	10,55	7,660
N válido (de lista)	11				

Tabela 7 – Valores referentes ao número de cigarros que fuma por dia.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	22	73,3	73,3	73,3
restrSal	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 8 – Distribuição dos participantes por hábitos de vida alterados.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	16	53,3	53,3	53,3
conjugue	13	43,3	43,3	96,7
irmã	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 9 – Distribuição dos participantes que responderam que sim à questão, “No seu agregado familiar existe mais alguém com HTA”? foi questionado “Se sim quem?”.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	14	46,7	46,7	46,7
não	16	53,3	53,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 10 – Distribuição dos participantes sobre a redução de sal na dieta.

N	Válido	30
	Omisso	0
Média		1,63
Mediana		2,00
Modo		2
Erro Desvio		,490

Tabela 11 – Medidas de frequência relativas ao apoio familiar para adesão as medidas recomendadas para controlo da HTA.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	21	70,0	70,0	70,0
conjugue	8	26,7	26,7	96,7
filha	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 12 – Distribuição dos participantes que afirmam ter apoio no agregado familiar para controlo da HTA por elemento familiar que presta apoio.

Apêndice V:
Distribuição dos participantes em relação às questões da escala MAT

Questão 1 – “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?” dos $n=30$ participantes que responderam à questão os dados revelam que na maioria 40% os participantes responderam “por vezes” (Tabela 12).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	comFreq	2	6,7	6,7	6,7
	porVezez	12	40,0	40,0	46,7
	raramente	11	36,7	36,7	83,3
	nunca	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 12 – Distribuição dos participantes quanto à questão 1 da MAT.

Questão 2 – “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?” Os valores de frequência revelam que a amostra se divide nesta questão, 13% afirma “com frequência”, 33% respondeu que “por vezes”, 20% respondeu “raramente” e 33% refere que “nunca” (Tabela 13).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	comFreq	4	13,3	13,3	13,3
	porVezez	10	33,3	33,3	46,7
	raramente	6	20,0	20,0	66,7
	nunca	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 13 – Distribuição dos participantes quanto à questão 2 da MAT.

Questão 3 – “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?” Relativamente à resposta a esta questão, 10% refere “com frequência”, 20% respondeu “por vezes”, 20% “raramente”, sendo o valor mais expressivo com 50% na resposta “nunca” (Tabela 14).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	comFreq	3	10,0	10,0	10,0
	porVezez	6	20,0	20,0	30,0
	raramente	6	20,0	20,0	50,0
	nunca	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 14 - Distribuição dos participantes quanto à questão 3 da MAT.

Questão 4 – “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” Conforme apresentado na Tabela 28 nesta questão 57% responderam “nunca” e 30% responderam “raramente” (Tabela 15).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	quaseSempre	1	3,3	3,3	3,3
	porVezez	3	10,0	10,0	13,3
	raramente	9	30,0	30,0	43,3
	nunca	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 15 - Distribuição dos participantes quanto à questão 4 da MAT.

Questão 5 – “Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” De acordo com o apresentado na Tabela 16, 73% dos participantes refere “nunca” como resposta (Tabela 16).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	quaseSempre	1	3,3	3,3	3,3
	porVezez	2	6,7	6,7	10,0
	raramente	5	16,7	16,7	26,7
	nunca	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 16 - Distribuição dos participantes quanto à questão 5 da MAT.

Questão 6- “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?” Nesta questão 50% da amostra refere que nunca deixou terminar os medicamentos, contudo 10% refere com frequência (Tabela17).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	quaseSempre	1	3,3	3,3	3,3
	comFreq	3	10,0	10,0	13,3
	porVezez	5	16,7	16,7	30,0
	raramente	6	20,0	20,0	50,0
	nunca	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 17 - Distribuição dos participantes quanto à questão 6 da MAT.

Questão 7 – “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?” Na sua maioria os participantes referem nunca ter abandonado a terapêutica (Tabela 18).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	quaseSempre	1	3,3	3,3	3,3
	comFreq	2	6,7	6,7	10,0
	porVezez	3	10,0	10,0	20,0
	raramente	5	16,7	16,7	36,7
	nunca	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 18 - Distribuição dos participantes quanto à questão 7 da MAT.

Apêndice VI:
Distribuição dos participantes em relação aos dados do processo clínico.

N	Válido	30
	Omisso	0
Média		75,4667
Mediana		74,0000
Modo		68,00 ^a

Tabela 19 – Medidas de frequência relativas ao peso dos participantes.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	18	60,0	60,0	60,0
	nao	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 20 - Distribuição dos participantes pelo antecedente pessoal de Diabetes Mellitus não insulino dependente.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	sim	24	80,0	80,0	80,0
	não	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 21 - Distribuição dos participantes pelo antecedente pessoal de Dislipidemia.

Apêndice VII:
Plano de sessão informativa dirigida aos profissionais da USF

PLANO DE SESSÃO

Data: 20 de Maio 2022

Hora: 13:00

Recursos: Computador, Projetor e Diapositivos.

População Alvo: Profissionais da USF POENTE

Duração: 45 minutos

Local: Sala de Reuniões

	Atividade	Método	Tempo
Introdução	Apresentação do Projeto a Equipa da USF POENTE.	Expositivo.	5 minutos
Exposição	Exposição do Projeto • Objetivos; • População – Alvo; • Apresentação do instrumento de colheita de dados; • Apresentação da escala MAT; • Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo Interrogativo.	30 minutos
Conclusão	Resumo da Sessão; Partilha de sugestões.	Expositivo Interrogativo.	10 minutos

Apêndice VIII:
Cronograma

[illegible]

Apêndice IX:
Cálculo das prioridades através do Método de Hanlon.

Quadro 12 – Cálculo das prioridades Método de Hanlon adaptado.

N.º	Problemas Identificados de acordo com os Diagnóstico CIPE®	Método de Hanlon				
		Amplitude	Gravidade	Eficácia da Solução	Exequibilidade	Score Final
P1	Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido;	6	10	1,5	1	24
P2	Conhecimento sobre regime de exercício comprometido;	8	5	1	1	13
P3	Conhecimento sobre regime dietético comprometido;	6	5	1	1	11
P4	Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido;	8	6	1	1	14
P5	Conhecimento [sobre HTA] comprometido;	8	9	1	1	17
P6	Conhecimento da família sobre a doença comprometido;	6	7	1,5	1	19,5
P7	Capacidade para realizar o autocuidado comprometido;	8	10	0,5	0	0
P8	Capacidade da família para gerir o regime comprometido;	8	9	0,5	0	0
P9	Adesão ao regime terapêutico comprometido;	8	10	1	0	0
P10	Risco de função cardiovascular prejudicado;	6	10	1,5	0	0
P11	Autocuidado Comprometido;	8	8	1	1	18
P12	Comunicação Comprometida.	4	10	1,5	0	0

Quadro 13 – Amplitude do problema, adaptado à dimensão da população em estudo.

População (% afetada)	Peso
100%	10
75% - 99%	8
50% - 74%	6
25% - 49%	4
0-25%	2

Apêndice X:
Plano de Preparação da Execução e Intervenção.

Atividade	DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Póster “Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão”	Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido	<u>Objetivos específicos:</u> - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde;	Educação para a Saúde.	- Realização do poster Dia Mundial do Coração; - Fixação do pôster em local visível na USF; - Avaliação através do questionamento dos participantes em consulta de enfermagem.	INDICADOR DE ATIVIDADE - % de participantes que visualizou o pôster INDICADOR DE RESULTADO - % de participantes considera a informação útil;
	Conhecimento [sobre a HTA] comprometido	- Capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação dos fatores de risco; <u>Objetivos Operacionais:</u>			
	Autocuidado comprometido	- 30% dos participantes registre os seus valores tensionais; - 70% dos participantes identifiquem os fatores de risco; - 50% identifiquem os benefícios da alteração nos hábitos de vida para a gestão da sua doença;			

Atividade	DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Consulta de Enfermagem de HTA	Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido;	<u>Objetivos específicos:</u> - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação dos fatores de risco; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício; - Envolver a família no processo no processo de gestão da doença do familiar hipertenso. <u>Objetivos Operacionais:</u> - 30% dos participantes registre os seus valores tensionais; - 70% dos participantes identifiquem os fatores de risco; - 50% identifiquem os benefícios da alteração nos hábitos de vida para a gestão da sua doença; - 50% dos participantes identifique a importância de praticar 30 minutos seguidos de atividade física diária ou pelo menos em três dias da semana;	Educação para a Saúde.	- Planeamento da consulta; - Realização do manual de boas práticas para a Consulta de Enfermagem de HTA; - Avaliação da atividade, através do questionário.	INDICADOR DE ATIVIDADE - % de participantes que realizou Consulta de enfermagem; INDICADOR DE RESULTADO - % de participantes que regista os valores tensionais diariamente; - % de respostas corretas sobre os conhecimentos relativos à HTA; - % de participantes que considera importante realizar atividade física regular; - % de participantes que reduziu a ingestão de sal; - % de participantes que identifica opções de substituição do sal na alimentação.
	Conhecimento [sobre a HTA] comprometido;				
	Conhecimento sobre o regime dietético comprometido;				
	Conhecimento sobre o regime de exercício comprometido;				
	Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido.				
	Autocuidado comprometido				

Atividade	DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Visita Domiciliária	Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido;	<u>Objetivos específicos:</u> - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação dos fatores de risco; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício; - Envolver a família no processo no processo de gestão da doença do familiar hipertenso. <u>Objetivos Operacionais:</u> - 30% dos participantes registre os seus valores tensionais; - 70% dos participantes identifiquem os fatores de risco; - 50% identifiquem os benefícios da alteração nos hábitos de vida para a gestão da sua doença; - 50% dos participantes restrinja a ingestão de sal na sua alimentação diária; - 50% dos familiares identifique duas áreas em que o seu familiar necessita de maior suporte.	Educação para a Saúde.	- Planeamento da visita domiciliária; - Realização das visitas domiciliárias; - Elaboração e entrega dos folhetos informativos; - Elaboração do plano de cuidados; - Avaliação atividade através do questionário.	INDICADOR DE ATIVIDADE - % de participantes na atividade; INDICADOR DE RESULTADO - % de participantes que referem avaliar e registar os valores tensionais diariamente; - % de respostas corretas sobre os conhecimentos relativos à HTA; - % de participantes que referem reduzir a ingestão de sal; - % de participantes que identifica opções de substituição do sal na alimentação.
	Conhecimento [sobre a HTA] comprometido;				
	Conhecimento do papel do cuidador não demonstrado				
	Comportamentos de adesão não demonstrado				
	Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido;				
	Conhecimento da família sobre a doença comprometido;				
	Autocuidado comprometido.				

Atividade	DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Sessão EpS nº1 Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão	Vigilância de saúde [sobre a HTA] comprometido;	<u>Objetivos específicos:</u> - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a importância da vigilância em saúde; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a identificação dos fatores de risco; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime de exercício; - Envolver a família no processo no processo de gestão da doença do familiar hipertenso. <u>Objetivos Operacionais:</u> - 30% dos participantes registre os seus valores tensionais; - 70% dos participantes identifiquem os fatores de risco; - 50% identifiquem os benefícios da alteração nos hábitos de vida para a gestão da sua doença; - 50% dos participantes identifique a importância de praticar 30 minutos seguidos de atividade física diária ou pelo menos em três dias da semana;	Educação para a Saúde.	- Planeamento da sessão de EpS nº1 “Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão”; - Realização da sessão de EpS nº1 “Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão”; - Elaboração e entrega do folheto informativo; - Realização da Caminhada “Prevenção da Hipertensão” - Elaboração do jogo lúdico “Quiz”; - Avaliação da sessão de educação para a saúde, através do questionário de aquisição de conhecimentos.	INDICADOR DE ATIVIDADE - % de participantes que assistiu à sessão de EpS nº 1; -% de participantes que visualizou o folheto; - % de participantes que aderiu à caminhada. INDICADOR DE RESULTADO - % de participantes que identificou corretamente os fatores de risco; - % de participantes que identificou formas de prevenção de complicações associadas à HTA não controlada.
	Conhecimento [sobre a HTA] comprometido;				
	Conhecimento sobre o regime dietético comprometido;				
	Conhecimento sobre o regime de exercício comprometido;				
	Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido.				
	Autocuidado comprometido				

Atividade	DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Sessão EpS nº2 Dê atenção ao seu coração, controle o sal na alimentação	Conhecimento sobre o regime dietético comprometido;	<u>Objetivos específicos:</u> - Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão do regime dietético; - Capacitar a pessoa hipertensa e família sobre os ganhos em saúde da alteração de comportamentos no controle da HTA; - Envolver a família no processo de gestão da doença do familiar hipertenso.	Educação para a Saúde.	- Planeamento da sessão de EpS nº2 “Dê atenção ao seu coração, controle ao sal na alimentação”; - Realização da sessão de EpS nº2 “Dê atenção ao seu coração, controle o sal na alimentação”; - Visualização do vídeo educativo, e apresentação e explicação do decodificador de rótulos; - Elaboração e entrega do folheto informativo; - Avaliação da sessão de educação para a saúde, através do questionário de aquisição de conhecimentos.	INDICADOR DE ATIVIDADE - % de participantes que assistiu à sessão de EpS nº 2; - % de participantes que considerou útil a sessão de EpS nº 2. - % de participantes que visualizou o folheto; INDICADOR DE RESULTADO - % de participantes que identificou corretamente a quantidade de sal diário recomendada; - % de participantes que identificou o sal presente nos rótulos apresentados; - % de participantes que identificou corretamente duas opções de substituição do sal na alimentação.
	Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos comprometido.	<u>Objetivos Operacionais:</u> - 50% identifiquem os benefícios da alteração nos hábitos de vida para a gestão da sua doença; - 50% dos participantes restrinja a ingestão de sal na sua alimentação diária; - 70% identifique opções de para a substituição do sal na alimentação diária.			
	Autocuidado comprometido;				

Apêndice XI:

Póster celebrativo do dia do coração.

Dê atenção ao seu coração controle a Hipertensão

Mestranda Soraia Figueiredo;
Enfª. Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Maria Jorge Brites;
Professor Doutor José Edmundo Sousa.

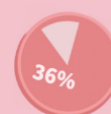


Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial (HTA) afeta mil milhões de pessoas em todo o mundo, é responsável por 7,6 milhões das mortes prematuras (World Health Organization [WHO], 2013). Consiste na elevação mantida dos valores de pressão arterial sistólica (máxima) igual ou superior a 140mmhg e dos valores de pressão diastólica (mínima) igual ou superior a 90mmhg. A HTA é o principal fator de risco para a ocorrência de Enfarte Agudo do Miocárdio e AVC, podendo ainda causar aneurismas, Insuficiência Renal, entre outras (WHO, 2013).

Prevalência da HTA em Portugal

Cerca de 2.4 milhões de portugueses sofrem de HTA, tendo esta doença uma prevalência de 36% na população nacional (INSEF 2015). A Hipertensão, não tem cura, contudo a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis permitem controlar os valores prevenindo complicações graves na sua saúde.



Fatores de Risco modificáveis para o controlo da HTA



Deixe de Fumar



Reduza o consumo de Sal diário



Dieta variada, rica em legumes e frutas



Controle o seu peso corporal



Reduza o consumo de bebidas alcoólicas



Pratique atividade física regular

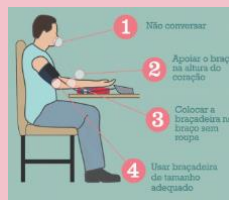
Melhore a sua Qualidade de Vida!



- ✓ Vigie os valores da sua tensão arterial com regularidade;
- ✓ Pratique atividade física regular para controlar os seus valores de tensão arterial;
- ✓ Substitua o sal por temperos e ervas aromáticas;
- ✓ Evite gorduras e temperos processados como os caldos em cubos.

Como medir a sua tensão arterial em casa

Sente-se confortavelmente, e descanse durante cinco minutos antes de fazer a medição. Após avaliação registre os valores obtidos.



Apêndice XII:

Guião de Boas Práticas - CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL.

GUIÃO DE BOAS PRÁTICAS CONSULTA DE ENFERMAGEM DE HIPERTENSÃO ARTERIAL



USF POENTE
CAPARICA

Trabalho Realizado por:

Soraia Figueiredo



USF POENTE

Documento realizado por Soraia Figueiredo, mestranda do XXIII Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação clínica da Enfermeira Maria Jorge Brites e orientação científica do Professor Doutor José Edmundo Sousa.

Novembro 2022

SIGLAS E ABREVIATURAS:

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CEHTA	Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCCV	Doenças Cérebro e Cardiovasculares
DGS	Direção-Geral de Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GRT	Gestão do Regime Terapêutico
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
mmHg	Milímetros de mercúrio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PA _{Ad}	Pressão Arterial Diastólica
PA _S	Pressão Arterial Sistólica
RCV	Risco Cardiovascular
SPH	Sociedade Portuguesa de Hipertensão
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

Índice

Introdução	5
1.1 Cuidados de Saúde Primários	6
1.2 Hipertensão Arterial (HTA)	7
1.3 Classificação da HTA	8
1.4 Epidemiologia	9
1.5 Determinantes Comportamentais da HTA	10
2. Objetivos	13
3. População – Alvo	14
4. Acessibilidade	15
5. Estrutura da Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial	15
6. Registos de enfermagem	20
6. Conclusão	21
Referências Bibliográficas	22

ANEXOS

Anexo I – Folheto Informativo

Anexo II – Grau de dependência à nicotina (TESTE DE FAGERSTROM)

Índice de Figuras

Fig 1. – Algoritmo Clínico / Árvore de Decisão. Fonte DGS (2014).	7
Fig. 2 – Avaliação da PA em consultório.	8

Introdução

O presente documento surge no contexto do ensino clínico do XIII curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária, que decorreu de 26 de setembro de 2022 a fevereiro de 2023, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Poente, do Agrupamento de Centros de Saúde Almada – Seixal, sob a supervisão clínica da Enfermeira especialista em enfermagem comunitária Maria Jorge Brites e orientação científica do Professor Doutor José Edmundo Sousa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito do ensino clínico foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária.”, considerando as necessidades da população. O projeto de intervenção pretende promover a capacitação para a adesão terapêutica, a fim de alcançar a autogestão da doença crónica da pessoa e família com diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA), inscritos na USF Poente, nesta sequência e por não existir uma consulta de enfermagem específica para a pessoa com Hipertensão Arterial, consideramos importante delinear uma consulta de enfermagem neste âmbito que suporte a intervenção e decisão do enfermeiro visando o estabelecimento de um plano de cuidados, no sentido de controlar a hipertensão arterial, reduzindo o risco de complicações cérebro cardiovasculares. Enquanto doença crónica requer um acompanhamento terapêutico programado para evitar complicações e promover o autocuidado. Segundo Orem (2001), o modo como cada pessoa realiza as necessidades de autocuidado não é instintiva, mas sim aprendida. Assim, cabe ao enfermeiro promover a pessoa enquanto figura principal no seu autocuidado, capacitando o mesmo para a necessidade de alterar comportamentos.

O presente documento consagra as orientações nacionais para a HTA e risco da Doença cérebro cardiovascular e alinha-se com o funcionamento da USF e intenções da equipa.

1.1 Cuidados de Saúde Primários

Tem como missão prestar cuidados globais à pessoa o mais perto possível do seu quotidiano, cuidados diversos que podem ser de promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. No seguimento e dada a elevada prevalência nacional das doenças cérebro-cardiovasculares, a Direção-geral de Saúde (DGS) estabeleceu como programa de saúde prioritário o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares[cuja missão reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular enfoque na hipertensão arterial (HTA) e dislipidemia.

Sendo a HTA uma doença com evolução lenta é possível através de uma deteção precoce e correção atempada dos fatores de risco, prevenir a progressão da doença. Deste modo, torna-se fulcral proceder à avaliação e estratificação do risco cardiovascular (RCV). A estratificação do risco cardiovascular é uma importante ferramenta na prevenção de eventos cardiovasculares, sendo que, através desta é possível identificar o nível de risco da pessoa para desenvolver doença cardiovascular, considerando não apenas as patologias associadas, mas também o sexo, idade, tabagismo, valores de pressão arterial sistólica e valores de colesterol total (DGS, 2013) com recurso à atribuição de valores e somatório final (*score*) decorrentes dos múltiplos fatores. O risco é estratificado consoante valores de *score*, num intervalo de 1% até 15%, sendo posteriormente classificados por categorias de risco. Quando o *score* final é 1% classifica-se como risco baixo; *score* superior ou igual a 1% e inferiores a 5% risco moderado; *score* superior ou igual a 5% e inferior a 10% o risco é elevado; e, quando o *score* é superior ou igual a 10% representa risco muito elevado (DGS, 2013). A estratificação obtida facilita a tomada de decisão dos profissionais de saúde e determina as prioridades relativamente, à gestão de medidas terapêuticas, particularmente no âmbito do estilo de vida das pessoas e na intensidade do tratamento (farmacológico e/ou não farmacológico). Segundo a DGS (2011) as intervenções sobre o estilo de vida do doente devem ser sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial (HTA). Atualmente para efetuar o cálculo do Risco Cardiovascular (RCV) é utilizado o algoritmo de RCV denominado SCORE

(Systematic Coronary risk Evaluation), recentemente alargado para um intervalo de idades entre os 40 e 70 anos. É particularmente neste intervalo de idades que se torna importante a intervenção nas mudanças de estilo de vida, como tratamento não farmacológico, com impacto na redução do RCV.

A HTA para além de uma doença crónica é um importante fator de RCV, que potencia o aparecimento de complicações cardiovasculares graves com prevalência na população portuguesa, tais como, a ocorrência de eventos agudos: acidente vascular cerebral (tromboembólico ou hemorrágico), enfarte agudo do miocárdio; patologia vascular, como o aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta) ou a doença arterial periférica, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca e doença cerebrovascular. Daí a importância de realizar um diagnóstico precoce da HTA, passível de ser otimizado nos Cuidados de Saúde Primários.

1.2 Hipertensão Arterial (HTA)

A HTA define-se pela elevação mantida dos valores de pressão sistólica (PAs) e/ou diastólica (PAd) que apresentam como valores de referência (atualmente 140 mmHg para a PAs e 90 mmHg para a PAd), em indivíduos de idade igual ou superior a 18 anos, não medicados, segundo o algoritmo clínico recomendado pela DGS (2011).

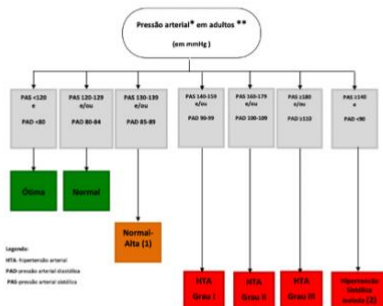


Fig. 1 – Algoritmo Clínico / Árvore de Decisão. Fonte DGS (2014).

1.3 Classificação da HTA

Quanto à classificação a HTA pode ser:

- Grau 1 - hipertensão arterial ligeira (140-159/90-99mmHg)
- Grau 2 - hipertensão arterial moderada (160-179/100-119mmHg)
- Grau 3 - hipertensão arterial grave ($\geq 180/110$ mmHg)

Quanto à etiologia pode ser primária/ essencial, quando se desconhece a causa, ou secundária, quando o seu aparecimento tem uma causa associada, que pode ser doença renal, endócrina ou iatrogénicas. Geralmente (entre 90% a 95%) a HTA é primária (DGS,2022). Para o diagnóstico é necessário que a pressão arterial (PA) se mantenha elevada nas medições realizadas em, pelo

menos, duas consultas distintas, com intervalo mínimo entre elas de uma semana (Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH], 2022). Em cada consulta a PA deve ser medida, pelo menos duas vezes, com intervalo mínimo entre elas de um a dois minutos, registadas no processo clínico o valor mais baixo registado da PAS e PAD. A avaliação da PA deve respeitar os seguintes passos:

- Deve ser efetuada em ambiente acolhedor;
- O utente deve estar sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
- O utente na hora anterior não deve ter fumado nem ingerido, bebidas estimulantes (café, bebidas energéticas e/ou alcoólicas);
- O utente deve ter o membro superior apoiado;
- Deve ser usada braceira de tamanho adequado.

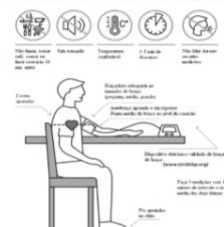


Fig. 2 – Avaliação da PA em consultório

Em contexto de vigilância e monitorização da HTA, para além da avaliação da pressão arterial, deve ser avaliado o risco cardiovascular global. Este depende não apenas dos graus de hipertensão, mas também da coexistência de outros fatores de risco, lesões dos órgão-alvo e doenças concomitantes, conforme recomendação da DGS (Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial norma 026/2011 atualizada a 19/03/2013).

1.4 Epidemiologia

A presença de HTA, mesmo que em grau moderado, está diretamente relacionado com a diminuição da esperança média de vida. Enquanto doença

crônica a HTA tem um importante impacto econômico e social "(...) contribui para 45% do total de mortes por doenças cardíacas e até 51% das mortes por acidente vascular cerebral" (INSA, 2017). Segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, 2015) relativos ao primeiro Inquérito Nacional de saúde com Exame Físico (INSEF), a HTA tem uma prevalência nacional de 36% nos indivíduos com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos. Tendo uma incidência mais acentuada nos indivíduos sem atividade profissional e nos indivíduos com menos escolaridade, características que na sua generalidade são correspondentes com a população inscrita na USF Poente.

Um dos objetivos intermédios do Programa Nacional de Prevenção de Doenças Cardiovasculares, consiste em "aumentar a proporção de hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados" (DGS, 2006, p.13), sendo uma das estratégias de intervenção "melhorar o diagnóstico e tratamento de hipertensão arterial" (DGS, 2006, p.15). Desta forma e segundo o recomendado pela DGS (2017), o tratamento da HTA tem como intuito a curto prazo, controlar os valores tensionais contrariando o decurso da doença, a médio prazo evitar a sua progressão e consequentes complicações e a longo prazo reduzir a morbilidade e mortalidade cardiovascular. O seu tratamento pode ser farmacológico e/ou não farmacológico. Atualmente sabe-se que apenas o tratamento farmacológico não é suficiente para controlar a HTA, é essencial aliar medidas de alteração do comportamento.

1.5 Determinantes Comportamentais da HTA

Considerando que cerca de 90% dos casos de HTA são de etiologia desconhecida, ou seja, HTA primária, é fundamental abordar os comportamentos preditores passíveis de modificação. Segundo a WHO (2013) os determinantes comportamentais são: (1) inatividade física; (2) ingestão excessiva de sal e gorduras saturadas; (3) ingestão excessiva de bebidas alcoólicas; (4) obesidade; (5) tabacismo; e, (6) stress.

Deste modo, e em conformidade com a norma emitida pela DGS (2013b) referente à abordagem terapêutica da HTA “intervenções sobre o estilo de vida devem ser sistematicamente integradas no tratamento da hipertensão arterial”

(DGS,2013b, p. 1), cabe ao enfermeiro promover a alteração de comportamentos de risco.

Atividade física regular é um aliado de extrema importância na redução dos valores de TA, auxilia a reduzir o peso corporal, diminuição do stress, melhora a função cardíaca. O enfermeiro deve incentivar à atividade física regular, recomendando exercício aeróbico (caminhar, nadar, andar de bicicleta) durante 20-30 minutos, no mínimo 4 a 5 vezes por semana. A atividade deve ser iniciada de forma progressiva em função da tolerância e idade da pessoa (DGS, 2021). Assim, diariamente o indivíduo deve caminhar 30 a 60 minutos moderadamente cinco vezes por semana, evitando as horas de maior calor no verão e de mais frio no inverno. Para mais sugestões deve consultar as recomendações da OMS para a atividade física e comportamento sedentário¹.

Alimentação, os hábitos alimentares influenciam diretamente os fatores de risco para agravamento da HTA (perímetro abdominal, excesso de peso, dislipidemia), segundo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSA,2016) 22,4% da população portuguesa está em pré-obesidade e 34,8% é obeso. É fundamental capacitar o utente para importância de realizar uma dieta variada e equilibrada, adaptada à condição, respeitando a roda dos alimentos. Tendo por base a alimentação do tipo mediterrânea, deve privilegiar formas de confeccionar a alimentação que preservem as quantidades nutricionais como, por exemplo: estufados, caldeiradas, sopas, grelhados. Optando sempre pelo azeite como gordura para realizar a refeição.

É crucial para o controle da HTA, reduzir a quantidade de sal ingerido diariamente, para tal a pessoa e família devem optar por adicionar sabor a sua refeição recorrendo a ervas aromáticas, temperos naturais reduzindo assim a necessidade de acrescentar sal. Deste modo, e conforme o recomendado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS,2021) recomenda-se que a pessoa:

- Realize cinco refeições diárias;
- Beba 1.5 litros de água por dia;

¹ https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-onpaf/traducaopt_guidelinesoms20201.aspx

- Reduza a ingestão de sal (5gr por dia), álcool e café;
- Utilize temperos como limão, vinagre e ervas aromáticas para melhorar o sabor da comida, reduzindo o sal;
- Ingira 4-6 porções diárias de alimentos vegetais, produtos hortícolas, fruta, cereais pouco refinados, leguminosas, frutos secos e oleaginosos;
- Consumir produtos frescos e da época;
- Utilizar o azeite como principal fonte de gordura;
- Minimizar o consumo de laticínios, como o queijo e iogurte;
- Consumo preferencial de carne branca (aves e/ou coelho), evitar carnes processadas (salsichas entre outros).

Neste processo é essencial capacitar a família, envolvendo o membro que realiza as compras e/ou confecciona as refeições, para promover o envolvimento e comprometimento dos mesmos neste processo de modificação de comportamento. Associado aos comportamentos alimentares está também a ingestão de bebidas alcoólicas, consumir três ou mais bebidas alcoólicas diariamente aumenta o risco cardiovascular (European Society of Cardiology (ESC), 2016). É deste modo essencial quantificar a tipologia do consumo de bebidas alcoólicas, incentivando à redução e/ou mesmo cessar o consumo, fornecendo ao utente, estratégias para a adaptação ao contexto social associado a este consumo:

- Optar por bebidas fermentadas ao invés das destiladas;
- Manter o copo com conteúdo evitando que se volte a encher;
- Definir metas concisas para o consumo para o reduzir.

O enfermeiro deve desenvolver intervenções que objetivem a alteração do padrão de consumo de álcool. Caso, se identifique uma adição alcoólica, deve-se informar o utente e informar que será possível referenciar e encaminhá-lo para apoio específico.

O Tabagismo, reduz a função endotelial, diminui a função plaquetária, causa fibrinólise, gera inflamação, entre outras, tem uma influência direta nos valores de tensão arterial (TA) levando ao agravamento da HTA e aumento do risco cardiovascular (RVC). O RCV em fumadores é cinco vezes maior do que em não fumadores. Com a cessação tabágica, existem uma diminuição e até reversão destes fatores, segundo ESC (2016), quando a pessoa fumadora sofre um

14

enfarte agudo do miocárdio, se deixar de fumar, o risco de voltar a sofrer de uma complicação cardiovascular reduz de 30% para 10%. O enfermeiro deve quantificar para avaliar o nível de dependência de nicotina, questionar sobre o horário do primeiro cigarro que fuma após acordar, quantos cigarros fuma diariamente, irá ajudar a avaliar, deixamos como sugestão a utilização do teste de **Fagerstrom** (Anexo II). As intervenções devem ser desenvolvidas com o intuito de promover a cessação tabágica, suspendendo o consumo de qualquer tipo de tabaco, sendo que nas pessoas mais dependentes, pode haver necessidade de recorrer à terapêutica substitutiva. Para este procedimento é mais uma vez essencial envolver a família para estimular e apoiar o elemento familiar neste processo.

O Stress, aumenta os valores de TA e no que lhe concerne aumenta também o RCV, uma vez que, envolve processos bioquímicos responsáveis por sintomas como, taquicardia, sudorese excessiva, hiperventilação, boca seca e tensão muscular, alteração neuro-hormonal, inflamação da parede vascular, reatividade vascular aumentada, lesão vascular, ativação da cascata da coagulação e da termogénese (Moreno, Melo, & Rocha, 2003). O enfermeiro deve proceder à avaliação do stress, e desenvolver uma intervenção que vise:

- Identificar os fatores geradores de ansiedade e stress, perspetivando a sua redução;
- Ensinar estratégias de relaxamento, fazer alusão a exercícios como meditação, yoga, terapias de relaxamento entre outras;
- Promover o autoconhecimento;
- Controlar pensamentos negativos;
- Valorizar o presente reduzindo o stress;
- Delegar responsabilidades domésticas e familiares;
- Aprender a ouvir e respeitar ideias diferentes da sua;
- Promover o bem-estar familiar, definir atividades que fortaleçam os laços familiares.

15

2. Objetivos

O objetivo geral deste guião é uniformizar conceitos e procedimentos que possibilitem a operacionalização do controlo da hipertensão arterial, reduzindo o risco de eventos associados à HTA e consequentes complicações cérebro cardiovasculares. Perspetivamos promover a capacitação da pessoa hipertensa e família através de uma abordagem concertada e multidisciplinar.

Promover o envolvimento da USF Poente, através das suas equipas de família, colocando em prática as recomendações da DGS (2017) em prol da efetividade da qualidade dos cuidados que são prestados e da satisfação dos clientes com diagnóstico de HTA e as suas famílias. Relativamente ao exercício autónomo de enfermagem, neste enquadramento, emerge a identificação de necessidades da população, e a adesão ao regime terapêutico, em que se torna importante a complexidade do pensamento crítico assente na prática baseada na evidência científica mais recente.

Conforme o campo de intervenção prioritário do programa de HTA, através da consulta de enfermagem de HTA pretende-se:

- Validar e suplementar os conhecimentos da pessoa e respetiva família sobre a importância e cuidados a ter no controlo da PA bem como sobre o impacto na redução do RCV;
- Valorizar e promover a adesão ao regime terapêutico;
- Capacitar a pessoa e família para a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a autovigilância e responsabilizar a pessoa com HTA pela gestão da sua doença crónica;
- Satisfazer as necessidades da pessoa/família pelo menor custo, à luz da melhor evidência científica;
- Identificar fatores de risco e ajustar a intervenção no sentido de os minorar/eliminar;
- Potenciar a autonomia na gestão da doença e maximizar a qualidade de vida no seio familiar;
- Envolvimento da equipa de família na gestão da doença, conferindo à consulta uma abordagem multidisciplinar (por enfermeiro e médico de família).

16

3. População – Alvo

Os utentes inscritos na USF Poente com diagnóstico de HTA codificado pela ICPC-2 na lista de problemas ativos (K86 ou K87).

Assim, o utente cumpre os critérios de vigilância adequada no Programa de Vigilância de Hipertensão Arterial (HTA) se as seguintes condições forem verdadeiras durante o período em análise (anual):

- Estar inscrito na USF;
- Ter o diagnóstico de hipertensão arterial codificado pela ICPC-2 na lista de problemas, com o estado ativo (K86 ou K87);
- Ter, pelo menos, um valor de pressão arterial sistólica menor ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica menor ou igual a 90 mmHg (registo médico ou de enfermagem), no último semestre;
- Ter o registo do resultado de microalbuminúria nos últimos 12 meses;
- Ter o registo do resultado do perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicéridos) nos últimos 24 meses;
- Ter cálculo do Risco Cardiovascular nos últimos 3 anos;
- Registo anual do IMC e Perímetro abdominal;
- Ter a vacina antitetânica atualizada.

4. Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

Com base no descrito na norma da DGS (DGS,026/2011), os Indicadores de Monitorização e Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários [Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2017], no que concerne à vigilância da pessoa Hipertensa, bem como, a missão da USF Poente que prevê a assistência efetiva e global, garantido a acessibilidade, eficiência e qualidade, aos utentes em todo o seu contexto, sugere-se:

- **Duração:** Consultas de vinte minutos
- **Agendamento:** As consultas poderão ser agendadas pelo médico e enfermeiro de família, ou pelos administrativos previamente instruídos.

17

- **Convocatória:** Efetuada pelo secretariado clínico ou comunicada após solicitação de consulta respeitando os critérios de marcação de consulta já estabelecidos na USF.

A consulta pode ser programada pelo médico e/ou enfermeiro conforme as orientações técnicas da DGS. Possibilita ao cliente o seguimento agendado de uma consulta para a seguinte, conferindo-lhe também a noção de doença crónica. Cada enfermeiro de família tem um período no seu horário para Consulta de HTA. No entanto, o cliente pode solicitar, por sua iniciativa, a consulta de Hipertensão, sendo-lhe disponibilizada uma vaga conforme a disponibilidade da agenda. A consulta de Hipertensão pode, ainda, ser oportunista (âmbito de consulta do dia).

Internamente, os clientes cuja última vigilância tenha sido realizada há mais de um ano e/ou os que apresentaram um elevado RCV serão referenciados para a CEHTA. Conforme o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (2014) para o cálculo das Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem, prevê-se vinte a trinta minutos de consulta.

Se for necessário referenciar para os Cuidados de Saúde Secundários, esta é da responsabilidade do médico, efetuada através do programa informático ALERT P1 para o HGO.

Relativamente à periodicidade da consulta, segundo o BI Indicadores de Monitorização e Contratualização, o estabelecido é uma consulta médica e/ou de enfermagem por semestre.

4.1. Estrutura da Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

Processo Administrativo

- Confirmação da identidade;
- Revisão dos dados administrativos de cada utente, com a sua atualização: contacto telefónico, morada, nº de utente;
- Registo do agendamento de consulta em Sclenic®.

18

Consulta de Enfermagem

Crítérios de inclusão:

- Utentes com diagnóstico de HTA com consulta médica semestral;
- Utentes com diagnóstico de HTA com consulta anual, intercalada em semestres diferentes com consulta de enfermagem;
- Avaliação ou reavaliação de situação clínica identificada em consulta de enfermagem;
- Reavaliação de PA, após alteração de terapêutica farmacológica, em consulta médica e/ou de enfermagem.

Guião da Consulta

- Realizar a identificação inequívoca do utente;
- Apresentar-se e acolher o utente e/ou família/prestadores de cuidados;
- Iniciar o contacto do utente na aplicação Sclenic®;
- Identificar os programas de saúde P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão, ciclo de vida do utente (por exemplo, P.N. Saúde das Pessoas Idosas) e outros programas sempre que necessário.

Primeira Consulta de Enfermagem de HTA (CEHTA)

Avaliação Inicial:

Cronologia	Atividades
1º Momento (Avaliação Inicial)	• História de HTA, data do diagnóstico, medicação atual com fármacos anti-hipertensores, história familiar de HTA e conjugue com HTA; • História de doença vascular precoce (antes dos 55 anos nos homens e antes dos 65 nas mulheres) e familiares; • História de dislipidemia, Diabetes e/ou doença renal crónica; • Avaliação dos dados antropométricos (norma da DGS 017/2013); • Hábitos tabágicos, se apresentar inquirir quando iniciou e quantos cigarros fuma por dia; • Hábitos alcoólicos, se presentes aferir a quantidade;

É importante realizar simultaneamente anamnese relativa a e comportamentos de adesão ao regime terapêutico, inquirindo sobre hábitos de vida referentes a comportamentos potencialmente modificáveis.

19

Cronologia	Atividades
2º Momento	Posteriormente identifica as intervenções relativas ao Diagnóstico de Enfermagem: • Avaliar a Gestão do regime Terapêutico; • Avaliar conhecimentos sobre o regime medicamentoso; • Avaliar conhecimento sobre regime dietético; • Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; • Avaliar risco de diabetes mellitus tipo 2; • Monitorizar tensão arterial; • Monitorizar frequência cardíaca; • Monitorizar peso corporal; • Monitorizar altura; • Monitorizar perímetro abdominal; • Monitorizar índice de massa corporal; • Avaliar adesão ao regime terapêutico; • Realizar educação para a saúde: breve abordagem sobre a fisiopatologia da HTA, complicações tardias; fatores de risco modificáveis (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, dislipidemia, consumo excessivo de sal); recomendações sobre alimentação saudável, atividade física, autovigilância e autocuidado; entre outras sempre que necessárias; • Assegurar a boa compreensão do utente sobre os ensinamentos realizados; • Articulação e encaminhamento das situações, de acordo com as necessidades identificadas, nomeadamente, marcação de consulta médica e de enfermagem de HTA, sempre que se justifique; • Efetuar registos em Sclenic®; • Fornecer folheto informativo (Anexo I); • Atualização do Programa Nacional de Vacinação; • Agendar próxima consulta de enfermagem conforme necessidade identificada.

20

Consultas subsequentes

Cronologia	Atividades
Consulta Subsequente	• Realizar a identificação inequívoca do utente; • Intercorrências desde o último contacto (consulta, ou consultas de regime medicamentoso); • Dúvidas e preocupações; • Ocupações dos tempos livres, prática de atividade física regular segundo recomendação para a faixa etária e condição física (World Health Organization [WHO], 2022); • Atualização do Programa Nacional de Vacinação de acidentes Programa Nacional de Vacinação: Vacina anti-Tetânica (TD); • Avaliação da TA, perímetro abdominal, gestão do regime terapêutico e autocuidado; • Aferir ensinamentos e vigilâncias já referidas em consultas anteriores; • Revisão e listagem de utentes com HTA em falta às consultas de enfermagem; • Realização de sessões de educação para a saúde, sempre que pertinente; • Planeamento e execução de ensinamentos com vista à alteração de comportamentos, personalizados consoante o utente/família; • Manter registos no Sclenic® atualizados.

No decorrer da consulta o enfermeiro deve incluir questões que possibilitem identificar qual o nível de adesão conforme o sugerido pela WHO (2003):

- Questionar sobre possíveis efeitos secundários da medicação que interfiram na qualidade de vida;
- Aferir o conhecimento sobre a doença, o regime terapêutico e o que este pretende evitar;
- Reforçar a importância da adesão terapêutica e ensinar estratégias promotoras do mesmo;
- Orientar para a adesão ao regime medicamentoso, ensinando estratégias que impulsionem a adesão, tais como: integrar o horário da medicação na sua rotina diária, alarmes, lembretes para evitar esquecimentos, caixas de organização da medicação entre outros;
- Fornecer material informativo, que fomente a compreensão da importância de alterar comportamentos, mencionando o impacto nos valores de TA.

21

É de especial importância compreender as motivações da pessoa para optar por determinado comportamento em detrimento de outro, definindo estratégias que visem a capacitação para o autocuidado consoante o seu projeto de saúde, crenças e valores. Deste modo, pretendemos que para além da entrega de material informativo, sessões de educação para a saúde, colocar também à disposição o contato via e-mail com o enfermeiro, promovendo a relação enfermeiro utente, através de uma comunicação sem limitações, durante o horário de funcionamento da USF Poente.

6. Registos de enfermagem

Os registos pretendem espelhar a prestação de cuidados em enfermagem, são para além de um dever profissional o garante de continuidade dos cuidados. A HTA enquanto doença crónica implica um controlo e gestão do regime terapêutico, sendo fundamental o registo frequente dos valores de TA, IMC e perímetro abdominal para avaliação do sucesso ou não das intervenções implementadas. A monitorização e correto acompanhamento, possibilitam a avaliação contínua do processo de enfermagem, e os ajustes necessários, sendo primordial a definição de indicadores que permitam medir os objetivos definidos e respetivas metas. Deste modo, para que seja possível avaliar o proposto para a CEHTA, foram definidos os seguintes indicadores:

Indicadores de Avaliação de Segurança

- Identificação correta e inequívoca do utente Avaliação do cumprimento do procedimento "Identificação inequívoca dos utentes".

Indicadores de Monitorização

- Indicador 383 - Proporção de adultos com HTA, com diagnóstico.

Indicadores de Processo

- Indicador 18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses);
- Indicador 20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90;
- Indicador 23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A);

Satisfação do cidadão

- Aplicados inquéritos de satisfação ao utente Avaliação através da análise do Relatório de avaliação de satisfação do utente.

6. Conclusão

O presente guião de boas práticas pretende uniformizar pela equipa de família, a abordagem e vigilância ao utente com HTA, numa perspetiva de promover a capacitação da pessoa e família para a gestão da doença crónica evitando complicações associadas ao curso da doença. Consiste numa ferramenta facilitadora para a intervenção de enfermagem na abordagem à pessoa hipertensa e família, assim, procuramos compilar no documento fundamentação teórica, normas orientadoras e documentos pertinentes. Neste pretende-se convergir as metas nacionais e medidas para a abordagem à doença crónica, promovendo a vigilância adequada, adesão terapêutica e redução os fatores de risco cérebro cardiovasculares.

A necessidade de parametrização por unidade prestadora de cuidados, prende-se com a natureza da linguagem CIPE®, contudo e conforme inerente à prática de enfermagem, o cuidado é centrado na pessoa e família enquanto unidade dinâmica, ajustado à sua individualidade e situação atual.

Considerando a intervenção sobre os fatores de risco passíveis de modificação, pretendemos que com a CEHTA, obter um maior controlo sobre os utentes hipertensos e família, reduzindo o surgimento de incapacidades e mortalidade associada. Traduzindo-se assim como, ganhos em saúde, ou seja, "resultados positivos em indicadores de saúde" (DGS, 2013, p. 2), decorrentes da adequada intervenção nos fatores modificáveis, o que permitirá calcular os ganhos consoante a evolução temporal a nível local, na lógica da redução de desigualdades para a gestão da doença crónica (GGS, 2012). Conforme o referido no documento *Saving Lives, spending less* da WHO (2018) podemos considerar os determinantes comportamentais como os "best buys" que promovem a redução dos custos económicos e sociais da doença crónica. Concluindo e ainda referenciando a WHO (2018) investir na prevenção e controlo da doença crónica trará redução de custos em saúde bem como aumentar a qualidade de vida da pessoa e família.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2011) Norma n.º 020/2011, de 28/9/2011. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/hipertensao-arterial-definicao-e-classificacao/>. Acedida a 20/03/2022.
- Direção-Geral da Saúde (2013a). Norma nº 026/2011 atualizada a 19/03/2013. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/29/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial/>. Acedida a 20/03/22.
- Direção-Geral da Saúde (2013b). Orientação Avaliação Antropométrica no Adulto. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>. Acedido a 25/04/22.
- Direção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>. Acedido a 30/04/2022.
- European Society of Cardiology (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37, 2315-2381.
- Ferreira, P.; Quintal, C.; Lopes, I.; Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 27 (2): 37-56.
- Instituto Nacional da Saúde Doutor Ricardo Jorge, (2015). Inquérito Nacional com Exame Físico.
- Instituto Nacional da Saúde Doutor Ricardo Jorge, (2017). *Boletim Epidemiológico Observações*. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400/184760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf. Acedido a 15/03/22.
- Moreno, H. J., Melo, SESFCS, & Rocha, J. C. (2003). Estresse e doenças cardiovasculares. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do estresse. Teoria e aplicações clínicas* (pp. 99-105). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ordem dos Enfermeiros (2022). *MANUAL DE APOIO À CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM PATOLOGIA CARDIOVASCULAR* 1.ª Edição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Serviço Nacional de Saúde (2022). Doenças do coração – Hipertensão Arterial. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>. Acedido a 23/03/2022.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acedido a 27/02/2022.
- World Health Organization (2022). *Global status report on physical activity 2022*. Geneva: World Health Organization.

Apêndice XIII:

Visita domiciliaria - Plano de Cuidados.

Avaliação da família segundo o modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar de Figueiredo (2012).

O modelo de avaliação familiar que serve de suporte a esta intervenção emergiu para dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados prestados às famílias em contexto de CSP. O modelo incorpora os focos da prática de enfermagem descritos na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) à luz de pressupostos do pensamento sistémico.

Sustenta-se no “Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família” (Figueiredo, 2012, p. XII).

A sua designação prende-se com a dinâmica das suas dimensões de abordagem do sistema familiar ao longo das suas etapas de desenvolvimento (ciclo de vida familiar). O modelo integra, os conceitos, pressupostos e postulados que lhe dão identidade enquanto referencial teórico, nomeadamente conceitos centrais como Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012).

O EEEEC interage com as famílias com recurso a um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a elaboração de diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família (OE, 2018). Deste modo, a avaliação familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é realizada através de três dimensões de avaliação: (1) estrutural; (2) desenvolvimento; e, (3) funcional.

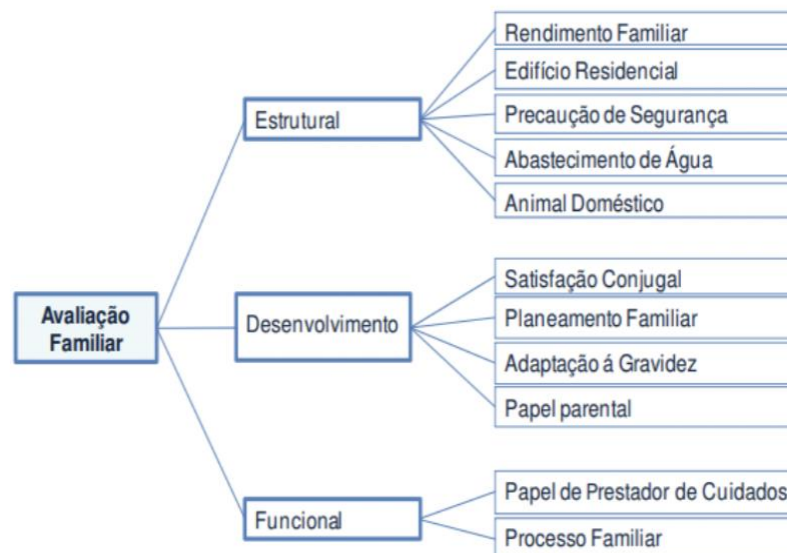


Fig.1 – Diagrama das dimensões de avaliação familiar por domínios avaliativos.

Na intervenção comunitária desenvolvida, na fase de diagnóstico de situação, aquando da constituição da amostra, foram identificados três participantes que revelam nível de dependência no momento da avaliação da capacidade para o autocuidado com a aplicação da escala de Brathen existente em Scl clinic®. Assim, na etapa de seleção de estratégias, dentro do conjunto selecionado, desenvolvemos em contexto de visita domiciliária (VD) com recurso ao aconselhamento, um plano de cuidados que permitisse de forma estruturada capacitar a pessoa e família para a gestão crónica. Para isto, considerando os objetivos da intervenção comunitária, identificamos as necessidades de intervenção familiar na dimensão funcional. Mais especificamente do elemento ou elementos da família prestador de cuidados, estabelecendo o plano de intervenção. Nesta dimensão, são avaliados o papel de prestador de cuidados e o processo familiar (Figueiredo, 2012).

Deste modo, considerando a informação disponível em Scl clinic® (processo clínico, escala de Graffar adaptada e restante informação pertinente) e o conhecimento da orientadora clínica sobre a família, recorreremos ao MDAIF mais especificamente na dimensão da avaliação funcional, para nortear a intervenção.

A avaliação funcional abrange fundamentalmente os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas (Figueiredo, 2012). Nesta dimensão, é avaliado o papel de prestador de cuidados (instrumental: atividades quotidianas) e o processo familiar (expressivo: interações entre membros da família). Nesta abordagem iremos atuar na avaliação funcional no papel de

prestador de cuidados. Especificamente no Conhecimento/aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre: autocuidado comer; autocuidado beber; autocuidada atividade física, gestão do regime terapêutico e habilidades sobre autovigilância.

Seguidamente passaremos à avaliação e planeamento da intervenção para as três famílias, identificadas como família 1, 2 e 3, recorreremos também a instrumentos de representação familiar.

Família 1

A família 1 é uma família nuclear após a saída dos dois filhos (ambos do sexo masculino) em comum, a qual é caracterizada relativamente à etapa do ciclo vital, família com filhos adultos. A Sra. G.R pertencente à amostra da intervenção comunitária, tem 65 anos, reside com o cônjuge em família nuclear, apresenta um nível de dependência ligeira segundo a escala de Barthel (score de 95) e tem como problemas pessoais: hipertensão sem complicações, obesidade, alteração dos lípidos, síndrome depressivo e bronquite crónica. Relativamente à relação dinâmica do casal, consoante as características da família, foi identificado que a Sra. G.R desempenha o papel de esposa, companheira do marido. Quanto à relação com o marido é de afeto e de preocupação de um com o outro. O casal tem dois filhos, um reside no Porto, visita os pais uma vez por mês, o outro está emigrado no Brasil há quinze anos, vem a Portugal apenas uma vez por ano, habitualmente no Natal. A Sra. G.R descreve a relação com os filhos como uma relação harmoniosa, mas distante. O casal tem três netos, com quem mantém contacto pontual, via telefónica semanalmente, e pessoalmente quando os filhos os visitam. O Sr. J. R desempenha o papel de esposo e prestador de cuidados, é responsável pelas tarefas domésticas, gestão financeira, e auxilia a Sra. G.R nas atividades de vida diárias que esta não é autónoma. A Sra. G.R tem diminuição da mobilidade em grau ligeiro, por apresentar edemas dos membros inferiores, que lhe causam dor, deambula com auxiliar de marcha necessitando de apoio parcial nas transferências. Nesta família o senhor J.R assume o papel de prestador de cuidados (PC) relativamente à gestão do regime terapêutico e da autovigilância da Sra. G.R. Recorreremos à elaboração do genograma e ecomapa familiar, como instrumentos de avaliação familiar, que conjuntamente, permitem identificar as relações familiares e a rede de apoio social.

Família 1

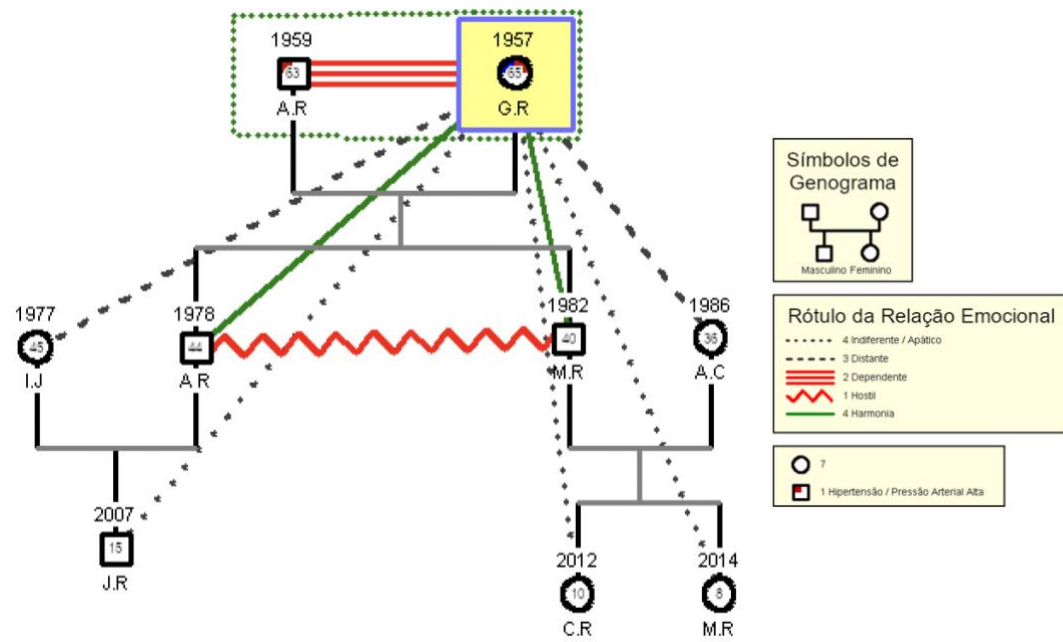


Fig. 2 – Genograma da Família 1.

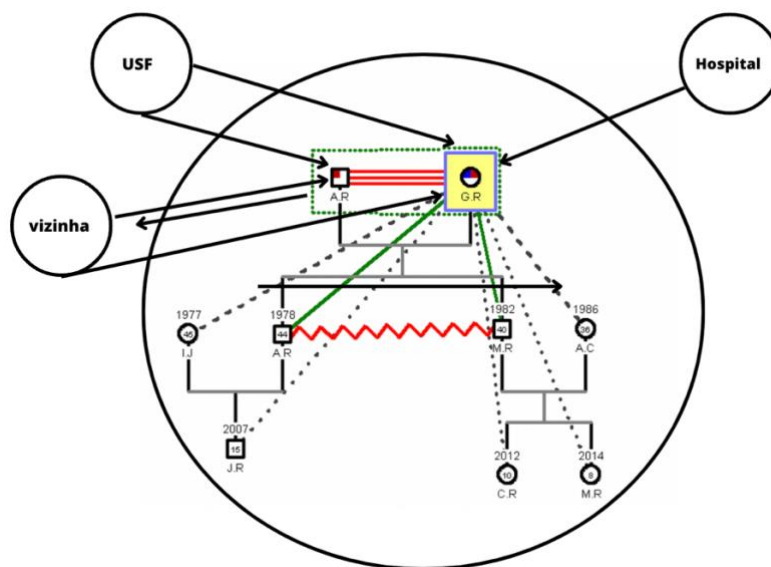


Fig. 3 – Ecomapa da Família 1.

Família 2

A família 2 é uma família nuclear após a saída da filha adulta. A Sra. M.E pertencente à amostra da intervenção comunitária, tem 64 anos, reside com o cônjuge em família nuclear, apresenta um nível de dependência moderada segundo a escala

de Barthel (score de 55) e tem como problemas pessoais: Hipertensão sem complicações, alterações dos lípidos, obesidade, patologia da anca com prótese total.

Relativamente à relação dinâmica do casal, segundo as características da família, foi identificado que o Sr. J.E desempenha o papel de marido, e principal prestador de cuidados, tarefa que partilha com a filha, desde que a Sra. M.E realizou cirurgia à anca com colocação de prótese total. Após a cirurgia a Sra. M.E ficou com limitações na marcha, perda de equilíbrio, deambula com auxiliar da marcha, mas segundo refere apenas consegue percorrer curtas distâncias, para percursos mais longos utiliza a cadeira de rodas. O conjugue é o cuidador da Sra. M.E em conjunto com a filha, que presta apoio diário, no que respeita às atividades domésticas. No que lhe concerne, o Sr. J.E é responsável pela gestão financeira e auxilia a Sra. M.E nas atividades de vida diárias que esta não é autónoma, como nas transferências, higiene e gestão da medicação.

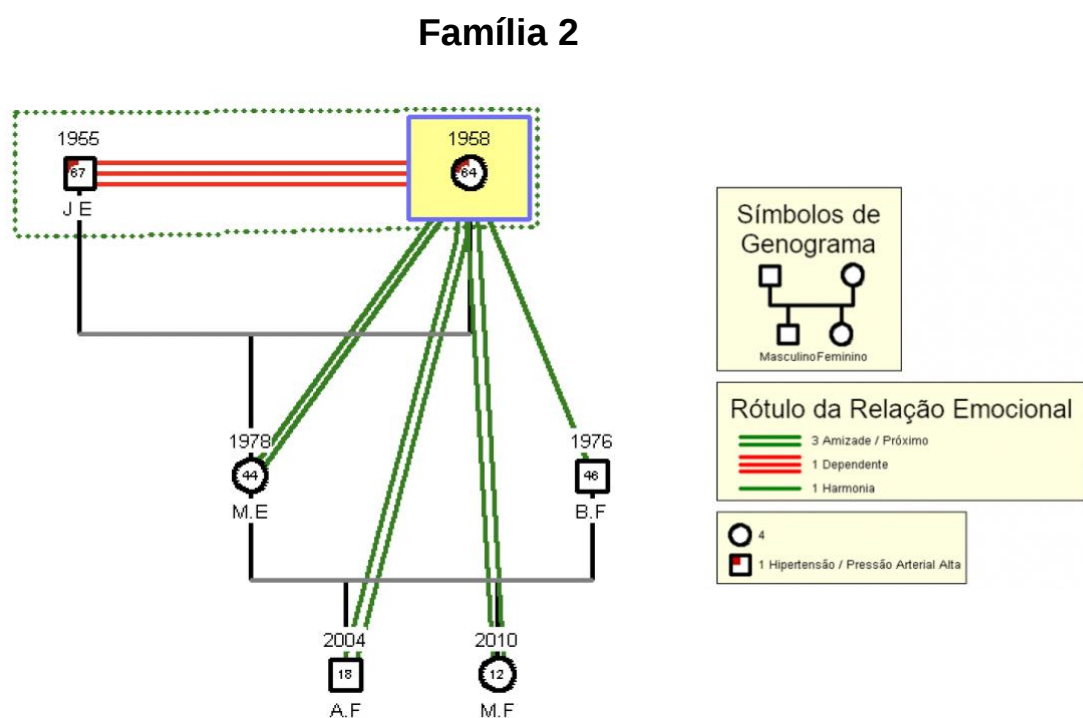


Fig. 4 – Genograma da família 2.

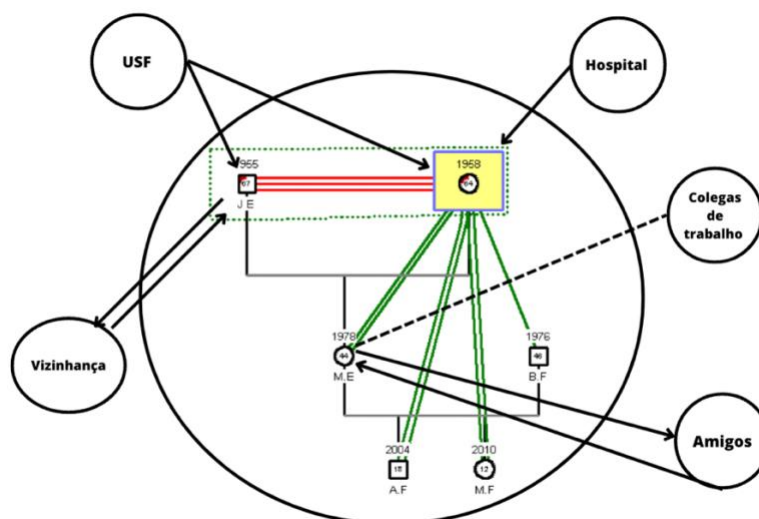


Fig. 5 – Ecomapa da família 2.

Família 3

Esta família é do tipo nuclear após a saída dos filhos adultos. A Sra. R.F pertencente à amostra da intervenção comunitária, tem 65 anos, reside com o conjugue Sr. J.F e o filho mais novo do casal. A Sra. R.F apresenta um nível de dependência grave segundo a escala de Barthel (score de 40) e tem como problemas pessoais: hipertensão sem complicações, alterações dos lípidos, obesidade, diabetes mellitus tipo II, insuficiência venosa periférica grave, história de infecções urinária de repetição. A Sra. R.F apresenta limitações na marcha, não deambula, tem edemas acentuados a nível dos membros inferiores e refere sensação de pernas pesadas.

Relativamente à relação dinâmica do casal, consoante as características da família, foi identificado que o Sr. J.F desempenha o papel de marido, e principal prestador de cuidados, é responsável pelas atividades domésticas, gestão financeira e gestão do regime terapêutico próprio e da Sra. R.F. O filho apenas auxilia nas transferências, segundo o Sr. J.F “já não tenho muita força para a ajudar a levantar” (SIC).

Família 3

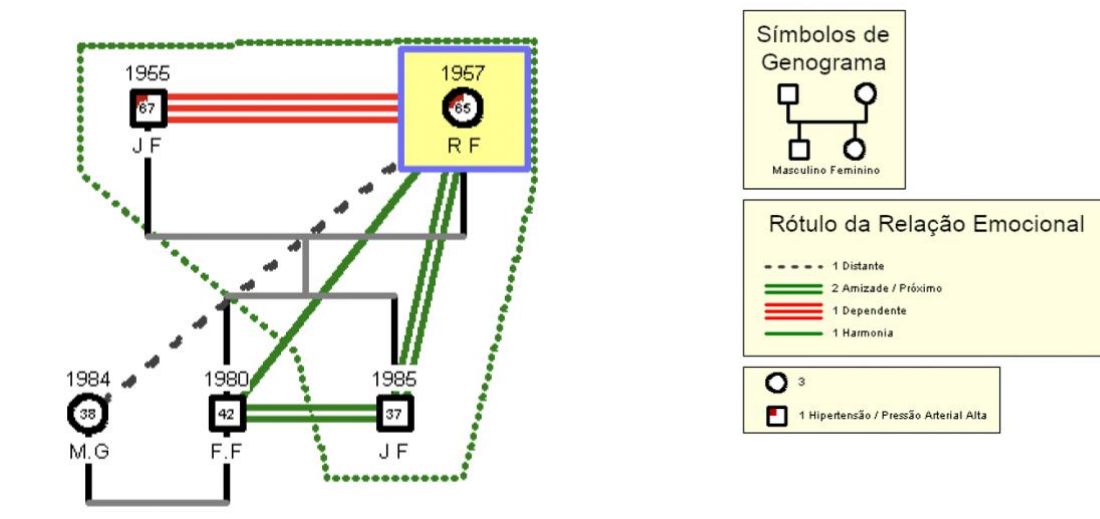


Fig. 6 – Genograma da Família 3.

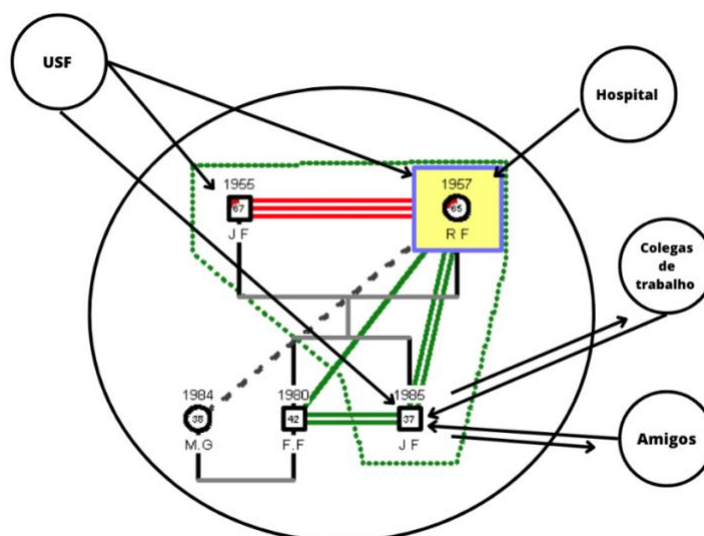


Fig. 7 – Ecomapa da Família 3.

Áreas de atenção familiar:

Segundo Figueiredo (2012), relativamente às áreas de atenção familiar, o enfermeiro deve ter atenção à multidimensionalidade do sistema familiar, contudo nunca poderá descurar a sua singularidade. A autora refere que existem problemas prioritários, que exigem resolução com a maior brevidade para restabelecer a saúde familiar. Posto isto, e com a finalidade de promover a capacitação da família para a maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde. É fundamental a mobilização de recursos internos e externos promotores de novas formas de interação que fortaleçam a saúde da família e a sua autonomia para a gestão da DC da Sra. G.R.

Plano de Cuidados

FOCO	JUIZO	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Conhecimento do papel de cuidador	Não demonstrado	Conhecimento /Aprendizagem de habilidades não demonstradas	Autocuidado de Comer: - Ensinar o PC sobre o padrão alimentar adequado; - Instruir o PC sobre a preparação dos alimentos incidindo na redução do sal. Autocuidado de bebe: - Ensinar sobre o padrão de ingestão de líquidos; - Planejar estratégias de ingestão de líquidos com o PC. Autocuidado de atividade física: - Ensinar o PC sobre a importância de estimular a independência; - Ensinar o PC sobre o padrão de exercício adequado. Gestão de regime terapêutico: - Ensinar o PC sobre a fisiopatologia da doença; - Ensinar o PC sobre medidas de prevenção de complicações; - Ensinar o PC sobre o regime terapêutico. Autovigilância: - Ensinar o PC sobre a vigilância da tensão arterial; - Instruir o PC sobre a vigilância da tensão arterial. Regime medicamentoso: - Ensinar o PC da importância de cumprir o esquema medicamentoso prescrito.
Comportamentos de adesão	Não demonstrado	Conhecimento /Aprendizagem de habilidades não demonstradas	- Motivar o PC a promover a Ingestão de alimentos saudáveis e a reduzir o sal na alimentação; - Motivar o PC a promover padrão de atividade física adequada ao familiar dependente; - Motivar o PC a assistir o membro da família dependente na autovigilância.

Apêndice XIV:

Planificação da 1ª Sessão de EpS,
Diapositivos da 1ª Sessão de EpS,
Folheto informativo,
Poster Caminhada Prevenção da Hipertensão,
Material resultante da Parceria com *Personal Training*,
Questionário de avaliação de conhecimentos.



Utentes hipertensos sem complicações, com idade compreendida entre os 45 e os 65 e a família.

MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Proteja o seu coração. Dê atenção a Hipertensão

Local: USF Poente

Data: 3 de Novembro 2022

Duração: 45 minutos

Formadores: Soraia Figueiredo

Finalidade da formação: Promover a adesão terapêutica através da capacitação da pessoa e família.

Objetivo pedagógico geral: Aumentar os conhecimentos sobre a gestão da Hipertensão Arterial.

Objetivo Específico	Domínio
Identificar o Projeto;	Cognitivo
Definir o conceito de hipertensão arterial (HTA);	Cognitivo
Identificar causas e fatores de risco da HTA;	Afetivo
Explicar medidas de prevenção de complicações associadas à patologia;	Cognitivo
Identificar a importância da adesão terapêutica para o controlo da HTA;	Afetivo
Reconhecer a não adesão terapêutica como importante fator de risco para a morbilidade e mortalidade.	Psicomotor

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Apresentação da formadora e participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão; - Avaliação diagnóstica de atitudes e conhecimentos no que concerne à HTA; - Apresentação do Projeto Capacitar a pessoa hipertensa e família para a Gestão da Doença Crónica;	Cognitivo	Expositivo e interrogativo	- Solicitar a intervenção dos participantes, perceber qual o nível de conhecimentos; -Apresentação do projeto e conteúdo da sessão.	- Enfermeira; - Enfermeira especialista em enfermagem comunitária; - Folha de presenças; - Computador, projetor; - Diapositivos.	10
Desenvolvimento	- Definição do conceito de HTA (classificação e etiologia); - Realidade nacional sobre a HTA; - Sintomas; - Fatores de Risco; - Complicações Associadas; - Medidas de Prevenção; - Atividade – Caminhada “Prevenção da Hipertensão”	Cognitivo e Psicomotor	Expositivo e demonstrativo	- Exposição oral de conceitos e técnicas; - Explicação da técnica de avaliação de PA no domicílio. - Entrega de folheto informativo sobre os fatores de risco modificáveis para controlo da HTA.	- Computador, - Projetor; - Folheto; - Aparelho Medidor de PA; - Diapositivos.	30
Conclusão	- Síntese; - Esclarecimento de dúvidas; - Partilha de experiências entre os participantes e formadora.	Afetivo e Psicomotor	Expositivo Interrogativo	- Jogo Lúdico “Conhecer a Hipertensão!” perguntas de escolha múltipla sobre os conteúdos abordados durante a sessão, “quiz”. - Solicitar colaboração dos participantes no jogo.	- Internet; -Diapositivos; - Jogo Lúdico “Conhecer a Hipertensão”;	10

					- Questionário de avaliação de conhecimentos.	
Avaliação	- Observação direta; - Participação dos utentes através da folha de presenças; - Avaliação através do questionário de avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.	Cognitivo e Afetivo	Interrogativo	-Entrega para preenchimento pelos participantes do questionário de avaliação de conhecimentos; - Entrega para preenchimento do questionário de satisfação da sessão de EpS.	- Questionário de avaliação de conhecimentos; - Questionário de satisfação da sessão de EpS.	10

Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão

Autores:
Soraia Figueiredo;
Maria Jorge Brites
José Edmundo Sousa



Diapositivo nº 1

Projeto de Intervenção Comunitária

Capacitar a pessoa hipertensa e família para a gestão da Doença. Uma intervenção de enfermagem comunitária.

O projeto está inserido no curso de mestrado de enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária que me encontro a realizar;



A presente sessão enquadra-se no projeto e tem como objetivo principal aumentar os conhecimentos sobre a gestão da Hipertensão Arterial.

Diapositivo nº 2

Partilha de saberes

Vamos partilhar saberes e experiências !

- Sabe o que é a Hipertensão arterial e quais os seus riscos ?
- O que faz no seu dia a dia para controlar a sua Hipertensão ?



Diapositivo nº 3

O que é a Pressão Arterial

- A pressão arterial é a “força” com que o sangue corre dentro dos vasos sanguíneos;
- É conhecida vulgarmente por:
 - valor da máxima (sistólica);
 - valor da mínima (diastólica);



(Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial (SPHA), 2022)

Diapositivo nº 4

A Hipertensão Arterial (HTA)

- A HTA, ou frequentemente chamada de tensão alta é uma doença caracterizada pelo aumento da pressão do sangue dentro dos vasos sanguíneos.
- Considera-se que a pessoa tem Hipertensão quando os seus valores estão várias vezes a cima dos **140 mm Hg de Máxima e 90 mm Hg de mínima**. (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014).
- Em Portugal estima-se 3 em cada 10 portugueses sofre de HTA (SPH, 2020).



Diapositivo nº 5

A Hipertensão Arterial – Sintomas

- É uma doença que não tem cura e geralmente “silenciosa” (DGS, 2014);
- Os sintomas quando presentes podem ser:
 - Dor de cabeça;
 - Cansaço;
 - Sangramento do nariz;
 - Tonturas;
 - Visão Turva;
 - Zumbidos.



(SPH, 2022)

Diapositivo nº 6

A Hipertensão Arterial (HTA)

Quando os seus valores de pressão arterial estão sempre altos, podem causar outras doenças graves:

- AVC (conhecida como trombose);
- Cegueira;
- Enfarte do coração;



Diapositivo nº 7

Complicações da HTA

- Isto acontece porque as veias com a pressão alta ficam mais grossas e rijas;
- O coração tem que fazer uma esforço maior.

(SPH,2022)



Fonte: imagem retirada da internet

Diapositivo nº 8

Controlar a Pressão Arterial

Por isto é **MUITO IMPORTANTE** que avalie a sua pressão arterial em casa;

Para avaliar:

- Evite beber café, álcool ou fumar, até 30 minutos antes;
- Não faça esforços 15 minutos antes de avaliar;
- Escolha um lugar calmo e tranquilo;
- Repouse durante cinco minutos antes da medição;
- Deve sentar-se com as costas e os braços apoiados, coloque o braço ao nível do coração apoie o cotovelo em cima da mesa, não fale;
- Utilize sempre o mesmo aparelho de medição;
- Avalie no mínimo uma vez por dia;
- Escreva num papel a hora e dia e os valores, e sempre que for à consulta deve levar consigo o que apontou.

Diapositivo nº 9

Controlar a Pressão Arterial

- Não é necessário estar constantemente a medir as tensões;
- **Não se esqueça! Se a tensão estiverem bem, não pare de tomar o comprimido! Ela só está bem porque toma os comprimidos.**



Diapositivo nº 10

Fatores de Risco

Modificáveis

- Alimentação;
- Atividade física;
- Stress;
- Tabaco ;
- Bebidas alcoólicas.

Não modificáveis

- Idade;
- Sexo;
- Etnia;
- Hereditariedade.

Fatores Modificáveis

Alimentos Recomendados :

- Fruta;
- Cereais;
- Vegetais;
- Peixe;
- Carnes Brancas;
- Frutos Secos , sementes;
- Leguminosas;
- Laticínios com baixo teor de gordura.



Fonte: imagem retirada da internet

Beber pelo menos 1,5 L de Água

Diapositivo nº 11

Diapositivo nº 12

Fatores Modificáveis



- A população portuguesa consome diariamente 7,3 g de sal (IAN-AF, 2015) quando deveria apenas consumir 5g (uma colher de chá);
- A redução do sal no seu dia a dia faz baixar os valores da pressão arterial e reduz o risco de desenvolver doenças do coração.

Não adicione sal ao seu prato.

Diapositivo nº 13

Fatores Modificáveis



Prefira temperos naturais como:

- Cebola, alho, limão, tomate, pimentos;
- Ervas aromáticas (salsa, alecrim, cominhos, manjerição, orégãos, colorau);
- Especiarias (Pimenta preta e branca, açafrão, noz-moscada).

Diapositivo nº 14

Fatores Modificáveis

Recomendações :

- Evite molhos como mostarda, maionese, Ketchup entre outros;
- Evite enchidos e salsichas;
- Evite os refrigerantes;
- Evite bebidas alcoólicas;
- Evite os caldos processados (caldos Knor);
- Reduza o consumo de sal.



Fonte: Imagem retirada do PNPAS 2022-2030

Diapositivo nº 15

Produzir Saúde

- **Hortas Urbanas** (Câmara Municipal de Almada);

- **Agricultura solidária** (Santa Casa da Misericórdia de Almada).



Diapositivo nº 16

Cor de Realce do Texto

Fatores Modificáveis

Atividade Física

A atividade física ajuda no controlo da HTA;

Causa bem-estar físico e mental, controla o peso, reduz o risco das doenças do coração;

Para controlar a HTA, caminhe durante trinta minutos três a quatro vezes por semana.



Diapositivo nº 17

Produzir Saúde

Recomendações :

- Se trabalhar perto de casa vá a pé;
- Faça uma caminhada no seu bairro com um familiar ou amigo;

Caminhar irá melhorar:

- A auto estima;
- A imagem corporal;
- Melhorar a estrutura óssea e muscular;
- Melhora a qualidade do sono;
- Promove a socialização.

Diapositivo nº 18

Desafio

Venha com a sua
Família e amigos
caminhar pela
sua saúde.



Diapositivo nº 19

Jogo “ Dê atenção ao seu coração, controle a hipertensão”

<https://wordwall.net/pt/resource/37510668>

Diapositivo nº 19



Diapositivo nº 21

Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão !

- Faça caminhadas 3 a 4 vezes por semana;
- Reduzir a quantidade de sal na preparação da comida e não ponha o saleiro na mesa;
- Não use: caldos Knor, sopas, salsicha, linguiça, salame e mortadela, enlatados, defumados e salgados de pacote;
- Reduza o consumo de bebidas alcoólicas;
- Escolha temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Não coma bolos, doces e sobremesas todos os dias;
- Coma frutas, legumes e verduras todos os dias;
- Faça assados, cozidos, grelhados e estufados para toda a família;

Diapositivo nº 20

Referências Bibliográficas

- Câmara Municipal de Almada (2022). Agricultura e Hortas Urbanas. Disponível em : <https://www.cm-almada.pt/index.php/viver/ambiente-energia-e-smart-city/agricultura-e-hortas-urbanas>. Acedido a 21/10/2022.
- Direção-Geral da Saúde (2014). Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 9, 10, 27. Disponível em: <https://procs.pt/processo-assistencial-integrado-risco-cardiovascular-adulto/>. Consultado a 15/03/2022.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cerebro Cardiovasculares: Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. 26, 32-35, 48. Disponível em <https://www.ins.gov.pt/institucional/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares>. Consultado a 15/03/2022.
- Direção-Geral da Saúde (2022). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030: Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://nutricao.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPA2022_2030_VF.pdf. Acedido a 21/10/22.
- Instituto Nacional de Saúde de Ricardo Jorge [INSA] (2016). 1ª Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde de Ricardo Jorge [INSA]. 6-7. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4766/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_Nacionais_2017_artigo2.pdf. Acedido a 01/03/2022.
- Santa Casa da Misericórdia Almada (2021). Agricultura solidária. Disponível em <https://www.scmma.pt/agriculturasolidaria>. Acedido a 21/10/22.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2022). Disponível em : https://www.sphpt.org.pt/pt/bases6_detail/24/93. Acedido a 01/03/2022.
- Lopes M.C.L., Marcon S.S (2009). A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. Brasil: Rev Esc Enferm USP. 43(2):343-50.
- WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>. Acedido a 25/10/22.

Diapositivo nº 20

Folheto Informativo

(Frente)

EXERCÍCIO FÍSICO

É um importante aliado no controlo da HTA.

- Auxilia a controlar o peso, o colesterol e o açúcar no sangue;
- Melhora a condição física;
- Aumenta o bem-estar.

Deve sempre avaliar a sua pressão arterial.

Pratique atividade física três a quatro vezes por semana, durante trinta minutos. Evite períodos de maior calor.

SUGESTÕES

- Passear o animal de estimação;
- Se possível vá a pé para o trabalho;
- Se anda de transportes públicos saia na paragem antes;
- Suba as escadas em vez de utilizar o elevador;
- Faça caminhadas com familiares, vizinhos ou amigos.



MONITORIZAÇÃO

AVALIE E REGISTE

Data / Hora	Máxima	Mínima	Pulsação

ORIENTAÇÕES

- Mantenha o peso adequado;
- Tenha uma alimentação saudável e variada;
- Substitua o sal por temperos ou especiarias;
- Pratique atividade física três vezes por semana, faça caminhadas de trinta minutos;
- Reduza ou elimine o consumo de bebidas alcoólicas;
- Não fume;
- Tome a medicação conforme indicação do médico.

CONTACTOS:

USF POENTE - 924204351

E-MAIL: usf.poente@arslvt.mn-saude.pt

Dê atenção ao seu coração! Controle a Hipertensão

USF POENTE



O que pode fazer!

Trabalho realizado por:

Soraia Figueiredo

XIII CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

(Verso)

O QUE É A HIPERTENSÃO ARTERIAL ?

O sangue é bombeado pelo coração para todo o organismo. A pressão arterial consiste na força que é feita para que o sangue circula no interior das artérias.

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma doença crónica que surge quando a pressão arterial tem valores mantidos iguais ou superiores a 140 / 90 mmHg.



SINTOMAS

A HTA é uma doença silenciosa, isto é, geralmente nos primeiros anos da doença não apresenta sintomas. Contudo, pode em picos hipertensivos ou agravamento gerar sintomas que podem ser:

- Dor de Cabeça;
- Cansaço;
- Sangramento do nariz;
- Tonturas;
- Visão turva;
- Zumbidos.



Com o passar dos anos se a HTA não for controlada podem surgir complicações graves.

ESEL

COMPLICAÇÕES DA HTA

A HTA é um fator de risco muito importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por 40% das mortes por Acidente vascular cerebral e 25% por enfarte agudo do miocárdio.



Fonte: sociedade Portuguesa de Medicina Interna

VIGIAR PARA PREVENIR

Para prevenir as complicações graves é fundamental alterar os comportamentos de risco e realizar uma medição diária da pressão arterial.

1º - Adquirir um medidor de pressão arterial, senão for possível avalie numa farmácia ou na USF;
2º - Escolha um local tranquilo, sente-se com as costas apoiadas e o braço ao nível do coração. Repouse 5 minutos antes de avaliar;
3º - Registe sempre o dia, hora e os valores de pressão arterial, para mostrar na próxima consulta.

USF POENTE

COMPORTAMENTOS QUE MELHORAM A HTA

Para controlar a HTA é fundamental cumprir a medicação, nunca deixe de tomar a medicação só porque se sente bem ou os valores de PA estão controlados. Para além da medicação para prevenir complicações graves é essencial que mude os seus hábitos e comportamentos que influenciam negativamente a HTA.



Fonte: sociedade Portuguesa de Medicina Interna

ALIMENTAÇÃO SAÚDAVEL

- Planeie as suas refeições semanais;
- Faça 5 a 6 refeições diárias;
- Opte por confeccionar a sua refeição com cozidos, grelhados e estufados;
- Aumente o consumo de vegetais e fruta;
- Escolha gorduras saudáveis para a confeção da alimentação (azeite);
- Utilize ervas aromáticas e/ou especiarias para substituir o sal;
- Beba 1,5L de água por dia.

ESEL



Caminhada **Prevenção da Hipertensão**

**12
NOV.
10:00**

Está convidado a
participar na
caminhada para
prevenção e
controle da
Hipertensão. Saída
da USF Poente

Programa

- 10:00 - Encontro na USF Poente;
- 10:15 - Sessão de alongamentos;
- 10:30 - Início da caminhada;
- 11:00 - Fim da caminhada, lanche e momento de convívio.



Aquecimento para marcha

Parte integrante inicial e final de todos os dias de treino

Aquecimento para marcha

O aquecimento e o retorno à calma/alongamento correspondem às fases introdutórias e finais de cada unidade de treino. Os seus objetivos são distintos: na primeira pretende-se colocar o organismo num estado apropriado e compatível com a atividade que se vai realizar num contexto específico; a fase final tenderá a auxiliar a um retorno a valores basais como por exemplo a pressão arterial e a frequência cardíaca minimizando a possibilidade de respostas hipotensivas pós-esforço (Powers & Howley, 2018), minimizando os impactos característicos do exercício físico. (American College of Sports Medicine, 2021). O aquecimento tem ainda como objetivo aumentar o débito cardíaco bem como a circulação sanguínea para o músculo esquelético, aumento da produção de calor intramuscular aumentando por isso a atividade enzimática (Powers & Howley, 2018).

Cada uma destas fases poderá compreender aproximadamente entre 5 a 20 minutos. Deverão incluir alongamentos dinâmicos na fase inicial minimizando no entanto quer a intensidade quer o tempo de aplicação por forma a não gerar défices de força e, alongamentos estáticos na fase final (Winter et al., 2007). No aquecimento deve-se gerar alguma atividade aeróbia de intensidade leve. Como características do aquecimento, deve ser gradual terminando perto da zona de intensidade que se irá iniciar na fase fundamental, deverá incluir movimentos articulares semelhantes aos que irão ser realizados na fase fundamental. Em ambientes mais frios deverá ser mais prolongado e conter menos pausas. O retorno à calma em atividades com maior intensidade deverão ser mais

Avaliação de Conhecimentos

Primeiramente agradecemos a sua disponibilidade e participação nesta sessão de formação. Para melhorar as próximas e agir no sentido das suas necessidades pedimos a sua colaboração respondendo a algumas questões referentes aos conhecimentos transmitidos durante a sessão. Os questionários são anónimos, agradecemos a sua colaboração.

Sessão nº1: “Dê atenção ao seu coração, controle a Hipertensão.”

	Sim	Não
1 - A Hipertensão é uma doença que tem cura?		
2 – As principais complicações da Hipertensão Arterial são AVC (trombose) e o enfarte do coração.		
3 - Para um melhor controlo da sua Hipertensão é essencial aliar as medidas de prevenção com a toma correta e regular da medicação?		
4 – O sal em excesso na alimentação melhora a Hipertensão Arterial?		
5 - A sua alimentação não influencia o aumento dos valores da tensão arterial?		
6- Caminhar trinta minutos por dia ajuda na diminuição dos valores de tensão arterial?		
7- Se a minha Pressão Arterial estiver “bem” posso parar de tomar os comprimidos?		

Muito grata pela sua colaboração!

Apêndice XV:

Planificação da 2ª Sessão de EpS,
Diapositivos da 2ª Sessão de EpS,
Folheto informativo,
Questionário de avaliação de conhecimentos.



Utentes hipertensos sem complicações, com idade compreendida entre os 45 e os 65 e a família.

MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Proteja o seu coração! Reduza o sal na alimentação.

Local: USF Poente

Data: 19 de Dezembro 2022

Duração: 45 minutos

Formadores: Soraia Figueiredo

Finalidade da formação: Promover a adesão terapêutica através da capacitação da pessoa e família.

Objetivo pedagógico geral: Aumentar os conhecimentos sobre a alimentação, nomeadamente na redução do consumo de sal.

Objetivo Específico	Domínio
Identificar a Temática;	Cognitivo
Definir a importância da alimentação no controlo da HTA;	Cognitivo
Identificar a importância da redução do sal para o controlo da HTA;	Cognitivo
Reconhecer as nomenclaturas do sal nos rótulos alimentares;	Afetivo
Explicar as opções de substituição do sal na alimentação;	Afetivo
Reconhecer a não alteração dos hábitos alimentares como importante fator de risco para a morbilidade e mortalidade.	Psicomotor

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	-Apresentação da formadora e participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Cognitivo	Expositivo	- Solicitar a intervenção dos participantes, -Apresentação do conteúdo da sessão.	- Enfermeira; - Enfermeira especialista em enfermagem comunitária; - Folha de presenças; - Computador, projetor;	10
Desenvolvimento	-Utilização do sal na alimentação; -Malefícios do uso em excesso do sal; -Visualização de um vídeo – “Recomendações sobre ingestão de sal Projeto Nutrion UP 65”; -Identificação de opções para a substituição do sal na alimentação; -Descodificador de rótulos; -Interpretação em conjunto de rótulos alimentares.	Cognitivo e Psicomotor	Expositivo e demonstrativo	- Exposição oral de conceitos e técnicas; - Explicação do uso de substitutos do sal na alimentação; - Explicação sobre o decodificador de rótulos - Identificação do sal nos rótulos alimentares; - Visualização do vídeo; - Entrega de folheto informativo sobre a alimentação.	- Computador, - Projetor; - Diapositivos; - Internet; - Rótulos alimentares; - Folheto.	30
Conclusão	- Síntese; - Esclarecimento de dúvidas; - Partilha de experiências entre os participantes e formadora.	Afetivo e Psicomotor	Interrogativo	- Jogo Lúdico “Os Rótulos” perguntas sobre quantidade de sal presente no alimento, através da leitura e interpretação do rótulo. - Solicitar colaboração dos participantes no jogo.	- Internet; -Diapositivos; - Jogo Lúdico “Os Rótulos”;	10

Avaliação	-Participação dos utentes através da folha de presenças; -Avaliação através do questionário de avaliação de conhecimentos; -Avaliação da Sessão.	Cognitivo e Afetivo	Interrogativo	-Entrega para preenchimento pelos participantes do questionário de avaliação de conhecimentos; - Entrega para preenchimento do questionário de satisfação da sessão de EpS.	- Questionário de avaliação de conhecimentos; - Questionário de satisfação da sessão de EpS.	10
-----------	--	---------------------	---------------	--	---	----

Dê atenção ao seu coração! Reduza o sal na alimentação.

Estudante : Soraila Figueiredo,
Orientador clínico: EnFª Especialista Maria Jorge Brites
Orientador científico: Prof. Doutor José Edmundo Sousa

XIII Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária

Diapositivo nº 1

Índice

- Projeto de Intervenção comunitária
- Objetivos
- Alimentação e a Hipertensão Arterial
- Sal
- Consumo excessivo de sal
- O Sal "oculto"
- Vídeo "Sal"
- Sugestões para substituir o sal na alimentação
- Como ler Rótulos
- Família
- Referências Bibliográficas

Diapositivo nº 2

Objetivos

Capacitar a pessoa hipertensa e família para uma alimentação saudável

- Identificar os malefícios da ingestão excessiva de sal;
- Conhecer as opções para substituir o sal na alimentação;
- Identificar o sal nos rótulos alimentares;
- Identificar a quantidade de sal presente nos alimentos através da leitura do rótulo.

Diapositivo nº 3

Alimentação e a Hipertensão Arterial

Os portugueses consomem diariamente o dobro da quantidade de sal recomendada pela Organização Mundial da Saúde (DGS,2021)

- A alimentação tem um importante papel no controlo da tensão alta;
- Para melhorar os seus valores de tensão é fundamental ter uma alimentação saudável e equilibrada;
- Reduza o consumo de gorduras, açúcares e principalmente do sal.

Diapositivo nº 4

Sal

- O sal é um mineral composto por dois elementos o sódio (Na) e o cloro (Cl) que juntos formam o conhecido Sal (cloreto de sódio).
- É utilizado na alimentação para:

- ➡ Conservar os alimentos;
- ➡ Adicionar sabor.



(Programa da Alimentação Saudável, 2022)

Diapositivo nº 5

Sal

- O sódio é essencial ao nosso organismo, é importante para:

- ➡ Equilíbrio da água;
- ➡ Contribui para transmitir mensagens do cérebro para o corpo;
- ➡ Permite o movimento dos músculos;
- ➡ Ajuda na regulação dos batimentos do coração.



Contudo em excesso causa graves problemas !

(Programa da Alimentação Saudável, 2022)

Diapositivo nº 6

Sal

1000 mg de sal = 400mg de sódio

- A Organização Mundial da Saúde recomenda a ingestão diária de 5gr de Sal por dia, o equivalente a 2gr de sódio;
- Este valor é o equivalente a uma colher de chá rasa de sal.



(Programa da Alimentação Saudável, 2022)

Diapositivo nº 7

Consumo excessivo de Sal

- O consumo excessivo de sal agrava a tensão alta;
- Aumenta o risco de desenvolver cancro, nomeadamente cancro do estômago;
- Aumenta o risco de doenças cérebro cardiovasculares, como enfartes e trombozes;
- Sobrecarrega o rim, que tem que fazer um esforço maior para filtrar o excesso de sal;
- Aumenta o inchaço nas pernas e pés.



(Programa da Alimentação Saudável, 2022)

Diapositivo nº 8

O Sal “oculto”

Todos estes são “Sal”

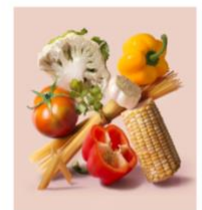
- Sódio;
- NaCl
- Glucamato monossódico;
- Bicarbonato de sódio;
- Bissulfato de sódio
- Fosfato dissódico;
- Hidróxido de sódio;
- Propionato de sódio;
- Ciclamato de sódio;
- Sacarina sódica.



Diapositivo nº 9

Vídeo “Sal”

<https://youtu.be/9wDXcUyY7MI>



Fonte: imagem retirada da internet

Diapositivo nº 10

Sugestões para a substituição do sal na preparação da refeição

Alho	X	X	X	
Limão	X	X		X
Cebola	X	X	X	X
Salsa	X		X	X
Coentros	X	X	X	X
Alpo	X		X	
Cebolinho		X	X	X
Açafrão		X		
Caril	X	X		
Pimenta	X	X		
Louro	X	X		
Alecrim	X	X		

Diapositivo nº 11

Colorau	X	X	X	
Cominhos	X	X		X
Gengibre		X	X	X
Tomilho	X	X		
Manjerição	X			
Orégãos	X		X	
Hortelã	X		X	X

Diapositivo nº 12

100

Como ler rótulos ?

Descodificador de rótulos

Diapositivo nº 13

“ Os Rótulos ”

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS: ALIMENTOS (por 100g)				
	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
Alto	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
Médio	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5g e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
Baixo	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Fonte: imagem retirada da OE, 2021.

Diapositivo nº 14

“ Os Rótulos ”

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS: BEBIDAS (por 100ml)				
	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
Alto	mais de 8,5g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
Médio	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
Baixo	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Fonte: imagem retirada da OE, 2021.

Diapositivo nº 15

“ Os Rótulos ”



Diapositivo nº 16

“ Os Rótulos ”



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 200 ml (1 copo)		
	Porção	%VD*
Valor energético	300 kcal = 125 kJ	6
Carboidratos	0,0 g, dos quais:	
Açúcares	0,0 g, dos quais:	**
Sacarose		**
Lactose		**
Proteínas	0,0 g	1
Gorduras totais	2,3 g	5
Gorduras saturadas	0	0
Gorduras trans	0	0
Fibra alimentar	0	0
Sódio	39 mg	2
Cálcio	400 mg	40
Vitamina A	90 µg	18
Vitamina D	1,6 µg	32
Vitamina E	4,0 mg	40

*%VD = Valor Diário com base em uma dieta de 1.000 kcal ou 4.184 kJ. Os valores diários podem ser maiores ou menores dependendo das necessidades individuais.

**VD não estabelecido.

Ingredientes: pasta de amêndoas reconstituída, açúcar, leite em pó, leite, margarina, vitaminas A, D e E, estabilizantes químicos de consistência, goma traça e goma gelatina, emulsificante lecitina de girassol e aromatizantes naturais.

Diapositivo nº 17

“ Os Rótulos ”



PRODUTO CONTROLADO POR TESTES EM LABORATÓRIO

Serviço de Informação ao Consumidor
Atendimento: 011 311.270.997
E-mail: signa@convecosistema.com

DISTRIBUÍDO POR:
Modelo Conyente Hipermercados, S.A.
Rua João Mendonça, 508
4424-503 Senhora da Hora

CONSUMIR DE PREFERÊNCIA ANTES DO FIM DE VALIDADE

CHOCOLATE AMÊNDOAS



FSC
CERTEFICADO
PELO
SISTEMA
DE
GESTÃO
DE
FLORESTAS
FSC
C011111
SISTEMA
DE
GESTÃO
DE
FLORESTAS



5 601312 046868

Por porção de 25g

75% MAGRO	8,5g UNICOS SATURADOS	20% DIAS SATURADOS	11% DIAS SATURADOS	1% DIAS SATURADOS
--------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	por 100g de produto	por porção (25g)	% DI*	por 100kJ
ENERGIA	2344kJ / 560kcal	586kJ / 140kcal	7,2%	8800kJ / 2100kcal
LÍQUIDOS	34g	8,5g	12	70g
GLICÊDIOS	34g	8,5g	12	70g
GLICÊDIOS SATURADOS	16g	4,0g	20	20g
PROTEÍNAS	54g	14g	5	260g
GRAXAS	40g	10g	11	10g
GRAXAS SATURADAS	4,0g	1,0g	4	50g
FIBRA	8,0g	2,0g	4	10g
PROTEÍNAS	8,0g	2,0g	4	50g
SAL	0,24g	0,06g	1	4g

*** Dose de referência (DR) - Doses de referência para um adulto médio (8 400kJ / 2 000kcal)**

SIGA AS CORES. Opte por escolher alimentos que apresentem mais nutrientes a verde e menos do que o vermelho.

Chocolate de leite com Amêndoas
Ingredientes: Açúcar, Amêndoas (18%), manteiga de cacau, leite em pó, massa de leite, soro de leite em pó, emulsificante (E322), corante amarelo (E102), aromas. Pode conter leitelho, amêndoas, outros frutos de cacau e glúten. Cacau: 30% mínimo.
Conservar em local fresco e seco.



FSC
CERTEFICADO
PELO
SISTEMA
DE
GESTÃO
DE
FLORESTAS
FSC
C011111
SISTEMA
DE
GESTÃO
DE
FLORESTAS

**PRODUTO
100g e**

Diapositivo nº 18

“ Os Rótulos ”



Diapositivo nº 19

Dê atenção ao seu coração, escolha a melhor alimentação !

- Reduzir a quantidade de sal na preparação da comida;
- Não leve o salteiro para a mesa;
- Não coma: caldos **Knor**, sopas, salsicha, linguiça, salame e mortadela, enlatados, defumados e salgados de pacote;
- Leia os rótulos dos alimentos e procure os que tem menor quantidade de sal, gorduras e açúcares;
- Escolha temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Coma frutas, legumes e verduras todos os dias;
- Faça assados, cozidos, grelhados e estufados para toda a família;

Diapositivo nº 20

A Família

Recomendações :

- O familiar que vai às compras e/ou prepara as refeições deve ter em conta a quantidade de sal;
- Toda a família deve no reduzir a ingestão de sal e fazer escolhas alimentares saudáveis;



O apoio e suporte da família é essencial para que a pessoa mantenha os cuidados !

Diapositivo nº 21

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cerebro Cardiovasculares*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. 26, 32-35,48. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/>. Consultado a 15/03/2022.
- Direção-Geral da Saúde (2022a). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf. Acedido a 20/10/22.
- Direção-Geral da Saúde (2022b). *Proposta de Estratégia para a redução do consumo de sal na população portuguesa através da modificação da disponibilidade da oferta*. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Proposta-de-Estrategia-para-a-reducao-do-consumo-de-sal-na-populacao-portuguesa-atraves-da-modificacao-da-disponibilidade-da-oferta.pdf>. Acedido a 21/10/22.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] (2016). O sal na alimentação dos portugueses. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/80518972.pdf>. Acedido a 5/11/22.
- Lopes M.C.L., Marcon S.S (2009). *A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar*. Brasil: Rev Esc Enferm USP. 43(2):343-50.
- WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>. Acedido a 25/10/22.

Diapositivo nº 22



Diapositivo nº 23

Folheto Informativo

(Frente)

RODA DOS ALIMENTOS

É através da alimentação que obtemos os nutrientes essenciais para que possamos ter uma vida saudável.



Poente: A nova Roda dos Alimentos, um guia para uma escolha alimentar diária. Instituto do Consumidor, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2003.

Para uma alimentação equilibrada é essencial conhecer a roda dos alimentos. É um instrumento que facilita a escolha e combinação dos alimentos que devemos ingerir diariamente.

Está dividida em sete grupos, com diferentes tamanhos, para identificar os grupos que devemos comer em maior (cereais, tubérculos hortofrutícolas) e menor quantidade (gorduras, óleos). A água encontra-se ao centro, é essencial à vida, deve-se beber 1,5 a 3 litros por dia.



RECEITA SAUDÁVEL :

ESPARGUETE COM FRANGO E LEGUMES

Refeição para 4 pessoas

VAI PRECISAR DE:

- 150gr de esparguete;
- 1 curgete;
- 1 cenoura;
- 1 tomate;
- 1 cebola;
- brócolos;
- peito de frango aos cubos;
- 2 colheres (de sopa) azeite;
- 2 dentes de alho;
- 1 folha de louro.

Lave e corte os legumes em tiras;
Coza o esparguete em água a ferver durante 10 minutos;
Descasque os alhos e a cebola;
Numa frigideira com um fio de azeite junte alhos, cebola, curgete, cenoura, o tomate, louro e os brócolos;
Junte o frango desfiado, misture e deixe cozinhar por 9 minutos;
Escorra o esparguete e junte tudo.
Bom apetite!

CONTATOS:

USF POENTE: 924204351

E-MAIL: usf.poente@arslvt.min-saude.pt

Dê atenção ao seu coração! Reduza o sal na alimentação.

USF POENTE



O que comer !

Trabalho realizado por:

Soraia Figueiredo

XIII CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

(Verso)

A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A ALIMENTAÇÃO

A alimentação tem um importante papel no controlo dos valores da hipertensão arterial (tensão alta).

Para melhorar o controlo da sua tensão é essencial que tenha uma alimentação saudável e pobre em sal.



O SAL NA ALIMENTAÇÃO

O consumo de sal em excesso é um fator de risco para o agravamento da sua hipertensão arterial. Ou seja, é um fator de risco para a ocorrência de complicações cerebrais e cardíacas, como os enfartes e tromboes que são a principal causa de morte em Portugal. O sal encontra-se presente em todos os alimentos, sem necessitar que adicionemos mais. Contudo, os portugueses consomem o dobro do valor de sal recomendado pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

O valor recomendado é de 5gr de sal por dia o equivalente a uma colher de chá rasa.

1gr de sal = 400 mg de sódio



NÃO ADICIONE SAL À MESA

ESEL

O SAL "OCULTO"

Deve reduzir o consumo de sal, não apenas o sal de cozinha, mas também o dos alimentos já preparados que possuem sal na sua composição. Nestes produtos o sal (oculto) é utilizado para acentuar o sabor e/ou conservar o alimento.

- Snacks e Batatas Fritas de pacote;
- Cereais do pequeno almoço;
- Molhos (Ketchup, maionese etc.);
- Caldos de carne, peixe;
- Sopas preparadas;
- Enlatados;
- Charcutaria, fiambre, salame, mortadela etc.;
- Salgados (rissóis, croquetes);
- Bolachas, bolos e biscoitos industrializados.



SUBSTITUA O SAL NA ALIMENTAÇÃO

- Cebola, alho, limão, tomate, pimentos;
- Ervas aromáticas (salsa, alecrim, cominhos, manjericao, orégãos, colorau);
- Especiarias (Pimenta preta e branca, açafrão, noz-moscada).

	Carne	Peixe	Saladas
Alho	X	X	
Alecrim	X		X
Cebola	X	X	X
Salsa	X		
Gengibre	X		
Louro	X	X	
Coentros			X

USF POENTE

O SAL NOS ALIMENTOS

Todos estes são sal:

- NaCl – Cloreto de sódio;
- Na- Sódio
- Glutamato Monossódico;
- Bicarbonato de Sódio;
- Bissulfato de Sódio;
- Fosfato Dissódico;
- Hidróxido de Sódio;
- Propionato de Sódio;

OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS E BEBIDAS

Verifique o rótulo dos alimentos que come. Os rótulos são o bilhete de identidade dos alimentos, deve ser lido para perceber qual a qualidade do alimento ou bebida. No rótulo está descrita a lista de ingredientes, sendo que os primeiros são os que existem em maior quantidade. Evite os produtos que contenham no início da sua lista: sal, gordura ou açúcar.

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS: ALIMENTOS (por 100g)				
	GORDURA saturada (g/100g)	GORDURA saturada (g/100g)	AÇÚCARES (g/100g)	SAL (g/100g)
Alto	17.5g	5g	22.5g	1.5g
Médio	9 a 17.5g	1.5 a 5g	9g a 22.5g	0.5 a 1.5g
Baixo	Menos de 17.5g	Menos de 1.5g	Menos de 9g	Menos de 0.5g

Fonte: Ordem dos Enfermeiros 2021.

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS: BEBIDAS (por 100ml)				
	GORDURA saturada (g/100ml)	GORDURA saturada (g/100ml)	AÇÚCARES (g/100ml)	SAL (g/100ml)
Alto	8.5g	2.5g	11.25g	0.75g
Médio	1.6 a 8.5g	0.75 a 2.5g	2.8 a 11.25g	0.3 a 0.75g
Baixo	Menos de 1.6g	Menos de 0.75g	Menos de 2.8g	Menos de 0.3g

Fonte: Ordem dos Enfermeiros 2021.

ESEL

Avaliação de Conhecimentos

Primeiramente agradecemos a sua disponibilidade e participação nesta sessão de formação. Para melhorar as próximas e agir no sentido das suas necessidades pedimos a sua colaboração respondendo a algumas questões referentes aos conhecimentos transmitidos durante a sessão. Os questionários são anónimos, agradecemos a sua colaboração.

Sessão nº 2 “Dê atenção ao seu coração, reduza o sal na alimentação.”

	Sim	Não
1 – A ingestão de sal influencia os valores da sua tensão?		
2 – Na alimentação diária a quantidade de sal ingerida deve ser igual a uma colher de sopa?		
3 – O sal na alimentação pode se substituído por coentros, salsa, gengibre, colorau e outros temperos?		
4 – O sal em excesso na alimentação pode causar enfartes e trombozes?		
5 – Os rótulos dos alimentos informam apenas sobre as calorias?		
6 – Para controlar a tensão alta é fundamental reduzir o sal na alimentação?		
7- Se reduzir o sal na alimentação posso parar de tomar os comprimidos para a tensão alta?		

Muito grata pela sua colaboração!

Apêndice XVI:
Questionário Final.

Questionário de avaliação de conhecimentos

Primeiramente agradecemos a sua disponibilidade e participação no projeto de intervenção comunitária. De forma a podermos proceder à avaliação do mesmo, pedimos a vossa colaboração respondendo a algumas questões. Os questionários são anónimos, agradecemos a sua opinião.

Parte A – Estilo de vida

A1. Que tipo de Medidas toma para Controlar a HTA?

- 1. ☐ Medicação
- 2. ☐ Diminuição da ingestão de gorduras
- 3. ☐ Diminuição da ingestão de Sal
- 4. ☐ Diminuição ingestão de café
- 5. ☐ Redução da ingestão de Álcool (caso se aplique)
- 6. ☐ Controlo do Peso
- 7. ☐ Deixar de Fumar (caso se aplique)

A2. Onde costuma avaliar a Tensão Arterial?

- 1. ☐ Casa
- 2. ☐ Farmácia
- 3. ☐ No centro de Saúde

A3. Pratica atividade física?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não

A4. Habitualmente segue uma dieta com restrição de Sal?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não

A5. No seu agregado familiar tem apoio para seguir as recomendações para o controlo da Hipertensão?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

A6. Considera que a mudança de hábitos de vida condiciona de forma positiva a hipertensão?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

A7. Após a realização das atividades mudou os seus Hábitos de Vida?

1. ☐ Sim

Se sim quais os hábitos que mudou? _____

2. ☐ Não

A8. Após as atividades em que participou associou alguma medida de controlo às que fazia anteriormente?

1. ☐ Sim

Se sim, qual ? _____

2. ☐ Não

A9. Considera que as atividades em que participou contribuíram para aumentar os seus conhecimentos e da sua família, sobre a gestão da doença?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

A10. Das atividades em que participou qual foi a que considera mais relevante para melhorar a gestão da sua doença e/ou do seu familiar?

1. ☐ Consulta de Enfermagem de HTA

2. ☐ Visitação Domiciliaria (se aplicável)

Se aplicável qual a intervenção que considerou mais benéfica? _____

3. ☐ Sessão de EpS nº 1

4. ☐ Caminhada

5. ☐ Sessão de EpS nº 2

A11. Identifique qual a área em que o seu familiar necessita de maior suporte para a gestão da doença.

1. ☐ Alimentação

2. ☐ Atividade Física

3. ☐ Medicação

4. ☐ Vigilância dos valores de tensão

5. ☐ Comparecer nas consultas médicas e/ou de enfermagem

Parte B – Comportamentos

Assinale a opção selecionada em cada questão.

	Sempre (todos os dias da semana)	Quase Sempre (5-6 dias por semana)	Com frequência (4-3 dias por semana)	Por vezes (3-2 dias)	Raramente (2-1 dias)	Nunca
1) Avalia e regista os seus valores de tensão arterial?	1	2	3	4	5	6
2) Faz atividade física pelo menos 30 minutos?	1	2	3	4	5	6
3) Substitui o sal na alimentação por ervas aromáticas ou especiarias?	1	2	3	4	5	6
4) Restringe a ingestão de sal?	1	2	3	4	5	6
5) Cumpre a medicação para a HTA?	1	2	3	4	5	6