



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
Relatório de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta:
Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa idosa com Hipertensão
Arterial e/ou Cuidador Informal**

Nurse Specialist Intervention in Teleconsultation: Promotion of Self-of-Care for
Older People with Arterial Hypertension and/or Informal Caregiver

Mário Rui Alves Dias

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
Relatório de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta:
Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa idosa com Hipertensão
Arterial e/ou Cuidador Informal**

Nurse Specialist Intervention in Teleconsultation: Promotion of Self-of-Care for
Older People with Arterial Hypertension and/or Informal Caregiver

Mário Rui Alves Dias, nº11529

Orientadora: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
2024**

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes

Pelo apoio e paciência, disponibilidade, motivação e exemplo de dedicação ao ensino na área do cuidado em enfermagem.

Às Professoras Doutoras Eunice Henriques e Helga Rafael

Pela constante disponibilidade, dedicação e motivação inspiradora ao longo desta jornada.

Aos enfermeiros mestres e especialistas orientadores de estágio

Pela sua presença constante, apoio incondicional e orientação imprescindível neste projeto.

A todos os profissionais dos locais em que tive a oportunidade de estagiar

Pelo inestimável apoio, incentivo e colaboração prestados.

Aos colegas da turma do 1º curso de Mestrado de Especialização à Pessoa Em Situação Crónica

Pelo companheirismo, partilha e força inspiradora demonstradas.

Aos meus pais

A quem devo tudo, pela inspiração e pelo apoio incondicional.

Aos meus filhos e à minha esposa

Pelo carinho, paciência, companheirismo e apoio nesta caminhada e por serem o meu ponto de abrigo em todos os momentos.

Um grande bem-haja!

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

CTAPA - Consulta Telefónica de Acompanhamento Pós-Alta

CV - Cardiovascular

DC - Doenças Crónicas

DR - Diário da República

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem

FRCV - Fatores de Risco Cardiovascular

HTA - Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR - *International Normalized Ratio*

IPTB - Índice de Pressão Tornozelo-Braquial

JBI - *Joanna Briggs Institute*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAEAS - Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável

PC – Plano de Cuidados

PENTS - Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPAH – Programa de Planeamento de Alta Hospitalar

RV - Risco Vascular

SCEHL – Serviço de Consulta Externa de um Hospital em Lisboa

SCORE - *Systematic Coronary Risk Estimation*

SICHL - Serviço de Internamento de Cardiologia de um Hospital em Lisboa

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPH - Sociedade Portuguesa de Hipertensão

SPMI - Sociedade Portuguesa da Medicina Interna

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TA - Tensão Arterial

TAS - Tensão Arterial Sistólica

TE - Teleconsulta de Enfermagem

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiar

Resumo

O envelhecimento demográfico é uma das mudanças sociais mais relevantes deste século, contribuindo para o aumento da incidência de doenças crónicas, com a Hipertensão Arterial (HTA) a destacar-se como uma das mais prevalentes entre a população idosa. Esta realidade apresenta desafios no acesso aos serviços de saúde devido à procura elevada e à reduzida mobilidade nesta faixa etária, somada às limitações geográficas dos sistemas de saúde.

A telessaúde, particularmente a telenfermagem, é reconhecida como uma ferramenta eficaz para mitigar estas dificuldades.

Neste contexto, construído através da metodologia de projeto, desenvolvemos um projeto visando o aprimoramento das competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença crónica, particularmente às pessoas idosas com HTA e seus familiares/cuidadores, através da telenfermagem. O projeto foi implementado numa consulta externa de um hospital em Lisboa e num serviço de internamento de cardiologia de um hospital em Lisboa.

Destacam-se os resultados obtidos através da abordagem telefónica, fundamentada no modelo de intervenção de parceria de Gomes (2016, 2020), para promover o Cuidado-de-Si na pessoa idosa e/ou familiar/cuidador. A estruturação de consultas e teleconsultas de risco vascular permitiu um acompanhamento direcionado para o controlo da doença e a prevenção de complicações. Realizámos ainda uma revisão "scoping" para mapear a evidência que sustentou a nossa intervenção. O projeto também se dedicou à capacitação dos profissionais de enfermagem, através de ações de formação e da apresentação de um estudo de caso, fomentando a integração entre evidência e prática clínica, bem como o desenvolvimento de competências de investigação e da participação no projeto "IN4CARE" sediado no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Este projeto permitiu o desenvolvimento de competências de especialista e mestre e evidenciou que a teleconsulta de enfermagem apresenta benefícios significativos, permitindo oferecer cuidados próximos, vigilância constante e resposta eficiente a várias situações complexas, como a HTA.

Palavras-Chaves: Pessoa idosa, Hipertensão Arterial, Risco Vascular, Telenfermagem, Cuidado-de-Si

Abstract

Demographic aging stands as one of the most relevant social changes of this century, contributing to the increase in the incidence of chronic diseases, with Arterial Hypertension (HTA) standing out as one of the most prevalent among the elderly population. This reality presents challenges in accessing healthcare services due to high demand and reduced mobility in this age group, coupled with the geographic limitations of healthcare systems. Telehealth, particularly tele-nursing, is recognized as an effective tool to mitigate these challenges.

In this context, built through project methodology, we developed a project aiming to enhance the competencies of specialized and master nurses in providing nursing care to individuals with chronic diseases, particularly the elderly with HTA and their families/caregivers, through tele-nursing. The project was implemented in an outpatient clinic and a cardiology inpatient service at hospitals in Lisbon.

Notable results were achieved through a telephonic approach, grounded in Gomes' partnership intervention model (2016, 2020), to promote care-of-the-self in the elderly and/or their family/caregivers. The structuring of vascular risk consultations and teleconsultations allowed for targeted disease management and prevention of complications. We also conducted a scoping review to map the evidence supporting our intervention. Additionally, the project focused on training nursing professionals through workshops and the presentation of a case study, fostering the integration of evidence and clinical practice, as well as developing research competencies and participating in the "IN4CARE" project hosted at CIDNUR.

This project facilitated the development of specialized and master competencies and demonstrated that nursing teleconsultation brings significant benefits, enabling close care, constant monitoring, and efficient response to various complex situations, such as HTA.

Keywords: Elderly Individual, Arterial Hypertension, Vascular Risk, Telenursing, Care-of-the-self.

Índice

Introdução	13
1. Enquadramento Teórico e Conceptual	18
1.1 Intervenção do Enfermeiro Especialista na prevenção e controlo dos fatores de risco vascular: problemática do envelhecimento populacional e a HTA como principal fator modificável	18
1.2 Teleconsulta de enfermagem: do conceito à intervenção como prestação de cuidados às pessoas idosas com HTA e familiar/cuidador	21
1.3 Consulta e teleconsulta de enfermagem tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2020)	22
2. Percurso de Desenvolvimento de Competências	26
2.1 Metodologia do projeto	26
2.2 Considerações éticas	27
2.3 Caracterização dos locais de estágios	27
2.3.1 Serviço de Consulta externa de um Hospital em Lisboa	27
2.3.2 Serviço de internamento de cardiologia de um Hospital em Lisboa	28
2.4 Implementação do projeto: objetivos, atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas	29
2.4.1 Revisão Scoping	29
2.4.2 Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio no Serviço de Consulta Externa de um Hospital em Lisboa (SCEHL)	32
2.4.3 Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio no serviço de internamento de cardiologia de um Hospital em Lisboa (SICHL)	41
2.4.4 Estudo de Caso	47
2.4.5 Participação no projeto de investigação: “Individualização dos cuidados: a intervenção de enfermagem de parceria em contexto hospitalar (IN4CARE)”	49
2.4.6 Outras atividades e formações realizadas	49
3. Reflexão sobre a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre em prática avançada de enfermagem	51
4. Considerações Finais	55
Referências Bibliográficas	58

APÊNDICES

Apêndice I - Análise SWOT

Apêndice II - Objetivos gerais/Objetivos específicos

Apêndice III - Cronograma do Projeto Formativo

Apêndice IV - Revisão Scoping

Apêndice V - Guia da Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular para o SCEHL

Apêndice VI - Apresentação do Guia de Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular no SCEHL

Apêndice VII - Guia de avaliação do Risco Vascular para o serviço SECHL

Apêndice VIII - Poster: “Avalie e controle o seu risco cardiovascular – Até 69 anos”

Apêndice IX - Poster: “Avalie e controle o seu risco cardiovascular – Mais de 70 anos”

Apêndice X - Poster: “Controle a sua tensão arterial”

Apêndice XI - Formação ao SICHL: “Administração de Levosimendan no doente com insuficiência cardíaca crónica em contexto de ambulatório: Hospital de dia”

Apêndice XII - Formação ao serviço SICHL: “Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta: Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador Informal”

Apêndice XIII - Guia da consulta e teleconsulta de risco vascular da CTAPA

Apêndice XIV - Estudo de caso

Apêndice XV - Apresentação Estudo de Caso: Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular em Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Anexo II - Certificado de Participação na Missão 70/26

Anexo III - Certificado de Participação no 2º Multiplier Event” do Projeto “Innovaid”

Índice de Quadros

Quadro 1 – Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da consulta presencial e TE de RV segundo as 1ª e 2ª Fases Revelar-se/Envolver-se com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021).....	35
Quadro 2 – Guia de questões a colocar durante a consulta presencial de RV segundo as 1ª e 2ª Fases Revelar-se/Envolver-se	36
Quadro 3 – Guia de questões a colocar durante a TE de RV segundo as 1ª e 2ª Fases Revelar-se/Envolver-se	37
Quadro 4 - Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da consulta presencial de enfermagem de RV segundo a 3ª Fase Capacitar ou Possibilitar com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021).....	38
Quadro 5 - Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da TE de RV segundo a 3ª Fase Capacitar ou Possibilitar com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021) ...	39
Quadro 6 - Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da consulta presencial/TE de RV segundo as 4ª e 5ª Fases - Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021) ...	40
Quadro 7 - Guia de questões a colocar durante a consulta de RV segundo as 4ª e 5ª Fases Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si/ Assegurar o Cuidado-do-Outro.....	40
Quadro 8 - Guia de questões a colocar durante a TE de RV segundo as 4ª e 5ª Fases Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si/ Assegurar o Cuidado-do-Outro.....	40

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no plano curricular do primeiro semestre do segundo ano do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O seu propósito é o de apresentar uma análise crítica e reflexiva dos objetivos, atividades realizadas e competências desenvolvidas durante a implementação do projeto formativo realizado. Neste contexto, serão destacadas as competências adquiridas na qualidade de futuro Enfermeiro Especialista (EE), evidenciadas no Regulamento n.º 140 do Diário da República (DR) nº26 de 2019, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme o artigo 2º do Regulamento n.º 429 do DR nº135 de 2018 e Mestre segundo o Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74 do DR nº 60 de 2006), adquiridas ao longo dos estágios realizados num contexto de consulta externa e num internamento de cardiologia, bem como as competências específicas adquiridas na área de especialização à Pessoa em Situação Crónica (artigo 5º do regulamento n.º 429/2018 do DR nº135/2018) e sustentado pelo projeto formativo denominado “Telenfermagem na Promoção do Cuidado-de-Si na Pessoa idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador/Família: Intervenção Especializada de Enfermagem na Prevenção do Risco Cardiovascular”.

De acordo com o Regulamento n.º 140 do DR nº26 de 2019, o EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e habilidades humanas na prestação de cuidados de enfermagem altamente especializados em diversas áreas de atuação. Assim, espera-se que este adote uma prática de enfermagem avançada que contribua para o avanço da disciplina e da profissão, o que implica uma maior capacidade para um desempenho baseado em princípios conceituais e na prática baseada nas mais sólidas evidências científicas disponíveis (Silva, 2007.p.12).

No mesmo sentido, um enfermeiro mestre deve ser capaz de analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, desenvolver uma compreensão aprofundada, habilidades de pesquisa e pensamento crítico (DR nº60/2006) e partilhar esse conhecimento e compreensão com os pares e com a comunidade.

Na sua obra de 2001, “De Iniciado a Perito”, Benner enfatiza a relevância da sinergia entre saberes teóricos e experiência empírica na formação de competências. Segundo o seu modelo de aquisição de competências proposto, a competência clínica abarca tanto o conhecimento teórico quanto o prático, sendo que a verdadeira consolidação ocorre através da interação entre a experiência prática e o conhecimento teórico (Benner, 2001).

Perante este contexto, as competências que me propus adquirir ao longo do desenvolvimento dos estágios alinharam-se com as competências de mestre e as gerais

específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica (EMCPSC).

Os objetivos delineados no projeto formativo foram centrados na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com HTA na prevenção do RV, tendo a telenfermagem como intervenção central na prática enfermagem.

O facto de nos centrarmos nesta problemática deveu-se ao facto de estar enraizada na minha experiência profissional de vários anos em serviços de internamento de medicina, onde constatámos que ocorrem internamentos recorrentes de clientes, maioritariamente pessoas idosas, com eventos e/ou complicações cardiovasculares, e que, em grande parte, apresentam HTA previamente diagnosticada, ou noutros casos, diagnosticada apenas no internamento.

É comum observar que a maior parte destes clientes enfrenta dificuldades diversas em controlar eficazmente esta condição, o que acarreta repercussões para sua saúde e qualidade de vida. Além disso, a oportunidade de exercer funções numa linha telefónica de triagem e aconselhamento permitiu identificar as vantagens da telenfermagem como uma intervenção de enfermagem eficaz e com resultados para os clientes de cuidados.

Neste sentido o foco do meu projeto centrou-se na população idosa, tendo em conta que o fenómeno do envelhecimento populacional emerge como uma das mudanças sociais mais significativas deste século, com estimativas a sugerir que o número de pessoas idosas poderá duplicar até o ano de 2050, como evidenciado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2023.

Portugal emerge como a nação europeia com o processo envelhecimento mais acelerado (Eurostat, 2024), sendo um fenómeno intrinsecamente associado ao crescimento inquestionável da incidência de Doenças Crónicas (DC) não transmissíveis (DR nº 9/2024, p. 31), das quais a mais prevalente é a HTA, com uma tendência crescente à escala global (OMS 2024). Afeta cerca de um terço da população, sendo uma das principais causas de mortalidade (Santos et al., 2023, p.20), além de representar o principal fator de risco CV modificável (Paz et al., 2022, p.9).

Santos et al. (2023, p.20) destacam também a HTA como um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, doença coronária, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e renal, alterações cognitivas e fibrilhação auricular.

Concomitantemente, as doenças do aparelho circulatório representam aproximadamente um terço de todos os óbitos em Portugal, destacando-se como as principais causas de mortalidade entre os indivíduos com mais de 80 anos, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023a, p.1).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) permanece predominantemente focado na resposta a complicações agudas, apesar de o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 (PAEAS 2023-2026) definir “medidas dirigidas à promoção da saúde, à

prevenção primária da doença e à detecção e atuação precoce na doença, visando promover a redução da mortalidade precoce e reduzir a carga de doença e a dependência em décadas futuras” (DR nº 9/2024, p. 46).

Nesse contexto, a prevenção da exacerbação das DC é reconhecida como a abordagem mais crucial para o controle eficaz destas condições, contudo, os casos de internamento e reinternamentos devido às suas descompensações são frequentes, resultando em um declínio progressivo da saúde e da qualidade de vida, especialmente para as pessoas idosas, que são as mais vulneráveis e frágeis.

Para enfrentar esses desafios, é imprescindível e urgente desenvolver novas abordagens, exigindo adaptações em diversos níveis, especialmente por parte dos sistemas de saúde e educação e satisfazer as necessidades crescentes de uma população em envelhecimento, nomeadamente responder às necessidades de cuidados de saúde e cuidados de longa duração, mobilidade, conectividade e acessibilidade, diferenças territoriais no acesso a cuidados e serviços (DR nº 9/2024, p. 43).

As mais recentes evidências científicas destacam o investimento em tecnologias de saúde, especialmente na área da telessaúde, com ênfase particular na telenfermagem, que oferece benefícios evidentes no acompanhamento de pessoas com DC. O principal objetivo destas tecnologias é o de aprimorar a prestação de cuidados de saúde e a qualidade de vida das pessoas com DC, visando a “detecção de sinais e sintomas precoces de descompensação, proporcionando uma oportunidade de intervenção antes de o cidadão vir a necessitar de hospitalização.” (SPMS, 2019, p.39).

O EEEMCPSC desenvolve um papel central na identificação das necessidades das pessoas com doença crónica, nomeadamente nas pessoas idosas, suas famílias e cuidadores, e na implementação de estratégias inovadoras para prevenir esses riscos, conforme regulamentado pelo decreto nº135/2018.

A intervenção da enfermagem especializada é também fundamental ao considerar a possibilidade de implementar estratégias inovadoras, de forma a controlar e prevenir eventos cardiovasculares adversos, conforme definido no subpilar 1 da PAEAS 2023-2026, enquanto facilita o acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde.

De entre todas as tecnologias de comunicação e informação disponíveis, as comunicações móveis, em particular os telefones móveis, são recursos de fácil acesso, disponíveis em todas as unidades de saúde e facilmente acessíveis às pessoas idosas e aos familiares/cuidadores (Gomes et al., 2021, p.134; Shahabi et al., 2022, p.6).

Desta forma, a Teleconsulta de Enfermagem (TE), surge como oportunidade e com a responsabilidade de criar as condições necessárias para permitir à pessoa idosa o Cuidado-de-Si própria, alinhada com seu próprio projeto de vida, mas também capacitar o familiar e/ou cuidador para o Cuidado-do-Outro, à pessoa idosa em situação de dependência parcial ou total, segundo o modelo de parceria de Gomes (2016, 2020).

Assim, à luz destas premissas, este modelo serviu como alicerce essencial para a estruturação do projeto formativo, bem como para as intervenções realizadas na prática clínica com a pessoa idosa e família e/ ou cuidador, uma vez que permitiu construir uma relação de parceria e confiança com a pessoa idosa e/ou com o familiar/cuidador.

Esta relação é fundamental para avaliar e diagnosticar os problemas de enfermagem e desenvolver planos de intervenção que respondam às necessidades identificadas, o que, por sua vez, facilita a aquisição de conhecimentos e habilidades que desempenham um papel crucial na promoção de uma tomada de decisão esclarecida e bem informada (Gomes, 2021, p.353).

Assim definiram-se como objetivos gerais para o projeto: desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do cuidado-de-si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, aplicado à prevenção do risco CV; desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na teleconsulta aplicada à consulta externa de risco CV, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar cuidador e desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na TE, nomeadamente num internamento de Cardiologia, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar/cuidador.

Concomitantemente foram também delineados objetivos específicos para cada campo de estágio que estarão retratados em cada capítulo referente aos mesmos.

Considerando a temática e os objetivos estabelecidos, foi adotada a metodologia de projeto devido à sua ênfase na resolução de problemas, facilitando o desenvolvimento de competências através da implementação de projetos reais (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 2 e 3). Para Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010, p. 2 e 3), esta abordagem também atua como uma ponte entre teoria e prática, utilizando o conhecimento teórico para analisar e resolver questões específicas, e envolvendo os participantes ativamente na execução dos projetos.

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, onde, após a introdução é apresentada e justificada a temática juntamente com os objetivos do projeto, se apresenta o capítulo um, em que é discutido o enquadramento teórico e conceitual. Neste capítulo abordamos o paradigma do envelhecimento mundial, destacando os seus desafios, além de contextualizar a HTA como principal fator de risco CV modificável e onde são apresentadas evidências da TE como estratégia de intervenção e promoção do Cuidado-de-Si em pessoas idosas. No capítulo dois evidenciamos o percurso de desenvolvimento de competências, a metodologia do projeto, a caracterização dos locais de estágios e as considerações éticas inerentes a todo o processo, seguindo-se a implementação do projeto (com os objetivos, atividades e competências desenvolvidas). No capítulo 3 apresenta-se a reflexão sobre as competências de enfermeiro especialista e mestre em prática avançada de enfermagem e o relatório termina com as considerações finais, referências bibliográficas e apêndices/anexos.

A elaboração deste documento e a apresentação das referências bibliográficas foram realizadas conforme as diretrizes estabelecidas pela *American Psychological Association* (7ª edição).

1. Enquadramento Teórico e Conceptual

Este capítulo tem como objetivo explorar a pesquisa atual, clarificando o referencial teórico utilizado no projeto de estágio que segue o modelo de parceria para o Cuidado-de-Si proposto por Gomes (2016, 2020). Além disso, aborda a evidência científica relacionada com a HTA e sua importância na prevenção e controle do RV bem como o papel essencial da intervenção do EE na estruturação e implementação de teleconsultas para pessoas idosas com HTA e seus familiares/cuidadores.

Inicialmente, discutimos os conceitos de envelhecimento populacional e HTA, enfatizando a sua relevância como os Fatores de Risco CardioVascular (FRCV) e sua contribuição na prevenção e controle de eventos cardiovasculares adversos.

De seguida, apresentamos o conceito de telenfermagem, com foco na teleconsulta, em que destacamos as suas vantagens e benefícios como intervenção especializada para pessoas idosas com HTA e seus familiares/cuidadores, visando a prevenção e controle do RV.

1.1 Intervenção do Enfermeiro Especialista na prevenção e controlo dos fatores de risco vascular: problemática do envelhecimento populacional e a HTA como principal fator modificável

O envelhecimento da população é uma das mudanças sociais mais marcantes do século XXI, prevendo-se que o número global de idosos duplique até 2050 (ONU, 2023). Em Portugal, de acordo com os censos de 2021, a população idosa, com 65 anos ou mais, aumentou 20% desde 2011, representando 23,4% da população, sendo o país europeu que está a enfrentar esse processo de forma mais acelerada (INE, 2021, p.5). O índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem) continuou a aumentar de 181,3 em 2021 para 185,6 em 2022 (INE, 2023b, p.7).

A este fenómeno soma-se o aumento da esperança média de vida, que atualmente é, segundos últimos dados do INE (2023c, p.1), de 80,96 anos (78,05 anos para homens e 83,52 anos para mulheres). O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool (Nóbrega et al 2020, pág. 247), leva a um inevitável aumento na ocorrência de DC não transmissíveis (ONU, 2023), estimando o INE em 2022, que 43,9% da população portuguesa era portadora de pelo menos uma.

O envelhecimento é um processo inevitável que está naturalmente vinculado ao aumento do risco CV, decorrente do envelhecimento de todo o sistema CV (Costa et al, 2019, p. 153/154). Assim sendo, torna-se imperativo a prevenção e o controlo dos FRCV. Estes são

condições que, ao estarem presentes num indivíduo, aumentam a probabilidade de ocorrência de doenças CV e contribuem para seu desenvolvimento (SPH, 2024a).

A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), em linha com a evidência internacional, apresenta dois tipos de FRCV: os não modificáveis e os modificáveis. Os fatores não modificáveis referem-se a características intrínsecas que não podem ser alteradas, tais como a idade, a raça/etnia, o sexo e a história pessoal e/ou familiar de doença CV (SPH, 2024a). Por outro lado, os fatores modificáveis são passíveis de intervenção e correção através de medidas preventivas, como o tabagismo, a HTA, níveis elevados de colesterol (dislipidémia), diabetes, obesidade, inatividade física e consumo de álcool (SPH, 2024a). Em estudos mais recentes a SPH (2024a) identifica também como novos fatores de risco a extensão e a qualidade do nosso sono, fatores de origem psicossocial e a poluição.

Dentro dos fatores de risco CV modificáveis, a HTA emerge como a DC não transmissível mais prevalente e, segundo dados da OMS (OMS, 2022, p. viii), afeta aproximadamente 1,28 mil milhões de adultos entre 30 e 79 anos à escala global, com uma tendência crescente em termos de incidência e prevalência. Desses, cerca de 46% não estão cientes de sua condição e apenas 42% são diagnosticados e tratados, destacando-se como causa de 7,6 milhões de mortes prematuras e uma perda de 92 milhões de anos de vida (OMS, 2022, p. viii), posicionando-a como o principal FRCV (SPH, 2024a).

A HTA é um dos principais FRCV modificáveis causador de acidente vascular cerebral, doença coronária, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e renal, alterações cognitivas e fibrilhação auricular (Santos et al., 2019, Shiraly et al., 2022). Além disso, está associada a uma série de outros problemas de saúde, incluindo insuficiência renal, deterioração gradual da visão e esclerose arterial, resultando em sofrimento humano desnecessário e morte prematura (Hannan et al., 2021, p.12). É conhecida como um "assassino silencioso" devido à ausência de sintomas observáveis e diagnósticos claros, além de suas graves complicações (Chaboksavar et al., 2020, p.1401).

Em Portugal, a HTA apresenta uma prevalência significativa de 36%, sendo também a DC não transmissíveis com o maior número de óbitos associados (Santos, 2019, p.21). Dos cerca de dois milhões de indivíduos que são afetados pela HTA, apenas metade possui conhecimento da sua condição, 25% está sob tratamento medicamentoso adequado, e apenas 11% apresenta uma TA efetivamente controlada (Homem et al., 2022, p.24). Amado et al. (2020, p.6), previram também uma prevalência de HTA entre 50,5% e 72% em clientes internados.

Conforme relatado pela SPH (2024b), a probabilidade de desenvolver HTA aumenta significativamente com o avançar da idade. As pessoas idosas são mais suscetíveis ao desenvolvimento dessa condição devido às mudanças morfológicas, metabólicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento (Santana, 2019, p. 2).

Na maioria dos casos, a HTA não possui uma causa conhecida e, apesar de não ter cura, na maioria dos casos pode ser controlada (Nóbrega et al., 2020, p. 247). Por outro lado, Nóbrega et al. (2020, p. 247) também referem que é possível prevenir essa condição, o que pode resultar em menores custos e numa melhor qualidade de vida para a população.

Este cenário apresenta desafios incontestáveis que exigem ações urgentes. Dado que a idade constitui um fator de risco inevitável e inalterável, destaca-se a importância crucial da atuação dos profissionais de saúde, em particular dos EE, no controle e/ou prevenção dos FRCV modificáveis. Neste contexto, é essencial que os EE desempenhem um papel fundamental na compreensão das motivações e necessidades da população, visando desenvolver estratégias direcionadas à mudança comportamental necessária nos clientes que visem mitigar o risco de complicações CV, melhorar a qualidade de vida e promover a melhoria da qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Segundo a SPH (2024a), os FRCV modificáveis estão geralmente associados a comportamentos, atitudes e estilos de vida pouco saudáveis. O seu controlo e prevenção, contribui também para a prevenção da HTA, para além das complicações e eventos cardioembólicos já referidos. Neste sentido o cliente desempenha um papel ativo na prevenção e controlo desta condição, ao adotar um estilo de vida mais saudável (SPH 2024a).

Nóbrega et al. (2020, p.255) argumentam que múltiplos fatores desempenham um papel influente neste processo, abrangendo características biológicas e socioculturais, representações da doença e do tratamento, relação profissional de saúde/pessoa com HTA, o envolvimento familiar e o acesso aos serviços de saúde.

Cabe ao EE adotar uma nova perspetiva em relação aos cuidados, considerando o cliente como um participante ativo nos mesmos, o que exige reflexão, investigação e contribuições para as suas experiências na prática (Nóbrega et al 2020, p. 257). Nóbrega et al. (2020) também consideram que a intervenção do enfermeiro deve incluir a influência, autoestima, autoeficácia, competência e capacidade de controlo, e que estes devem ser trabalhados de forma a potenciar o empoderamento das pessoas idosas com HTA.

Melo et al (2024, p.3) confirmam que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas a clientes com doenças CV, de forma eficaz e com uma abordagem holística, resultam em clientes com TA e níveis de colesterol consideravelmente mais baixos, realçando os custos nos sistemas de saúde, com potenciais economias significativas, a prestação de cuidados de elevada qualidade e uma abordagem centrada no cliente, com competências de comunicação para satisfazer as necessidades individuais.

É evidente que a intervenção precoce e proativa dos EE desempenha um papel crucial na prevenção e controlo dos fatores de RV. Diante deste contexto, o projeto sugere a implementação da TE, uma estratégia específica de prestação de cuidados, como componente essencial deste processo de intervenção.

1.2 Teleconsulta de enfermagem: do conceito à intervenção como prestação de cuidados às pessoas idosas com HTA e familiar/cuidador

A evolução tecnológica digital tem desempenhado um papel fundamental na transformação dos sistemas de saúde, promovendo mudanças benéficas e substanciais (Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE, 2023, p.1).

No entanto, em Portugal, há disparidades significativas na disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde (SPMS, 2019, p.26). O Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022 enfatiza a necessidade urgente de enfrentar desafios como o isolamento geográfico, complexidades logísticas e escassez de recursos humanos especializados.

Apresentado antes da pandemia, o PENTS 2019-2022 destaca a telessaúde como uma solução inovadora e sustentável para a transformação digital, visando aproximar os cidadãos dos cuidados de saúde e reduzir desigualdades geográficas (SPMS, 2019, pág. 22).

Desde então, Portugal tem testemunhado o surgimento de várias iniciativas de telessaúde em consonância com experiências internacionais, tanto no setor público quanto no privado, com muitas delas sendo desenvolvidas localmente no SNS (SPMS, 2019, pág.4).

No contexto da telessaúde, e com uma abordagem mais específica para a enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE) passou a introduzir o conceito de telenfermagem, que utiliza tecnologias de comunicação para fornecer cuidados de enfermagem remotamente (OE, 2021, p. 3). Neste conceito está incluída a TE, que facilita a administração dos cuidados de enfermagem e redefine a interação entre os indivíduos e sua saúde (CIE, 2023, pág. 1).

A TE, conforme descrito pela OE (2021), envolve avaliação remota da situação clínica do cliente e elaboração de um plano de cuidados de saúde, podendo ser síncrona (em tempo real) ou assíncrona (em tempo diferido), com garantia de segurança da informação e privacidade (OE, 2021, p. 26). É importante ressaltar que a TE deve ser vista como um complemento aos cuidados de saúde, sem prejudicar o contato presencial quando necessário (Pimentel et al., 2021, p.137).

A TE é valorizada pela sua praticidade, baixo custo, alta eficácia e facilitado pelas comunicações móveis, especialmente os telefones celulares, que emergem como uma das tecnologias mais acessíveis e convenientes para a prática da telenfermagem, sendo amplamente disponíveis e acessíveis para pessoas idosas e cuidadores (Gomes et al., 2021, p.134; Shahabi et al., 2022, p.2).

Para a implementação da TE, a OE emitiu várias recomendações, incluindo a preferência pelo primeiro contato presencial com o cliente e o encaminhamento para outras modalidades de cuidado quando necessário (SRC OE, 2021, p. 8). Além disso, todos os contatos e descrições devem ser registados meticulosamente no processo do cliente, garantindo sua confidencialidade e atualização (SRC OE, 2021, pág. 14).

A prevalência da HTA na população portuguesa juntamente com as disparidades na disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, sugerem que a TE poderá ser uma ferramenta crucial para a prática de enfermagem, no sentido de controlar e prevenir o RV, quer para o próprio cliente, quer para o seu familiar/cuidador.

Estudos recentes, como o de Nóbrega et al. (2020), ressaltam a eficácia das sessões telefónicas na promoção do empoderamento de pessoas idosas com HTA, estabelecendo metas e oferecendo esclarecimentos sobre fatores de risco e medidas preventivas.

Além disso, a tele saúde é agora considerada uma ferramenta prática e segura no âmbito da segurança do cliente, conforme previsto no pilar nº 5 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DR nº 187/2021, p.103). Esta inclusão destaca a sua importância em ambientes seguros para garantir as boas práticas e a segurança dos clientes, sobretudo as pessoas idosas devido à sua fragilidade e vulnerabilidade.

Rodrigues et al (2022, p. 4) reforçam que a TE “deve ser desenvolvida por um profissional com competência técnica e autonomia, que saiba distinguir uma prática avançada de enfermagem de uma generalista”. Destacam ainda que “é necessária a adoção de um instrumento desenvolvido de forma sistematizada, ancorado em um arcabouço teórico (...) e que os profissionais sejam treinados para aplicar a sistematização da assistência de enfermagem utilizando as novas tecnologias, sobretudo voltada para os clientes idosos com doenças crónicas” (Rodrigues et al, 2022 p. 4).

O cuidado gerontecnológico surge como uma prática contemporânea, reconhecida pelos profissionais de saúde pelas suas numerosas vantagens (Gomes et al., 2021, p. 354). Gomes et al. (2021, p.345), referem ainda que na esfera da gerontologia, emergem algumas teorias que, mais cedo ou mais tarde, serão integradas por meio de aplicações tecnológicas em um futuro próximo. Entre essas teorias, destaca-se o Modelo de intervenção em parceria para o Cuidado-de-si de Gomes (2016, 2020), que preconiza a colaboração entre enfermeiros e pessoas idosas para promover o Cuidado-de-Si. (Gomes et al., 2021, pág. 345).

1.3 Consulta e teleconsulta de enfermagem tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2020)

Parte dos desafios enfrentados na prestação de cuidados de saúde atualmente envolvem capacitar e incentivar as pessoas a assumir um papel ativo no Cuidado-de-Si, alinhando-se com as suas experiências e expectativas (Gomes et al., 2019, p.9).

Leite (2022, p.21), definiu que a prática do EE torna essencial a aplicação dos princípios científicos e das conceções teóricas, especialmente modelos e teorias, pois contribuem para a melhoria da prática clínica por meio da descrição, explicação e controle dos fenómenos, promovendo uma abordagem sistemática à enfermagem.

Como referido anteriormente, este projeto foi alicerçado no Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2020), onde é sublinhada a importância do Cuidado-de-Si no contexto da existência da pessoa idosa, bem como a responsabilidade de assegurar o Cuidado-do-Outro aos clientes que necessitam de assistência parcial ou total para atender às suas necessidades fundamentais e alcançar os seus objetivos de saúde e vida. Isto implica promover um processo reflexivo nas pessoas, permitindo-lhes adquirir autonomia e tomar decisões informadas, em que o cuidado eficaz requer um encontro interpessoal que proporcione a partilha de significados e experiências (Gomes, 2016).

Este enfoque é particularmente relevante no contexto da TE, onde a colaboração e a parceria entre profissional e cliente são essenciais para o sucesso da intervenção à distância.

Para além disso, Gomes et al. (2021, p. 133) preconizam que a intervenção de enfermagem feita por telefone deve ser baseada num modelo onde as necessidades das pessoas idosas são preocupações da equipa de saúde.

Estas premissas vão naturalmente de encontro ao papel do EEEMCPSC, pois este possui a responsabilidade de identificar as necessidades das pessoas idosas, suas famílias e cuidadores, e na implementação de estratégias inovadoras para prevenir esses riscos (DR nº135/2018).

Assim, no âmbito da TE, a aplicabilidade do Modelo de Parceira para o Promoção do Cuidado-de-si de Gomes (2021, p.136), implica a consideração de diferentes fases que delineiam o processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa, bem como seus familiares ou cuidadores e são elas *“Revelar-se”, “Envolver-se”, “Capacitar e Possibilitar”, “Comprometer-se” e “Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro”*.

Na primeira fase, denominada **“Revelar-se”**, ocorre o momento inicial em que o enfermeiro e a pessoa idosa se dão a conhecer. Durante essa fase, a pessoa idosa tem a oportunidade de expressar e partilhar sua identidade, bem como seu contexto de vida. Isso possibilita a descoberta de sua singularidade e o entendimento de seu projeto de vida (Gomes et al, 2021, p.136).

Esta etapa está intrinsecamente ligada à segunda fase, **“Envolver-se”**, na qual se estabelece um espaço de reciprocidade, facilitando a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes. Nesse contexto, durante as fases da consulta/teleconsulta, o enfermeiro realiza uma análise dos dados socio-biográficos e clínicos da pessoa idosa através do processo clínico. É criado um ambiente acolhedor e demonstrada disponibilidade ao iniciar o contato telefónico no horário agendado. O enfermeiro cumprimenta a pessoa, apresentando-se com informações pertinentes (nome, apelido, categoria profissional, local de trabalho e objetivo da consulta), utilizando um tom de voz claro e sereno (Gomes et al., 2021, p.136). Deve também verificar a qualidade da chamada com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, confirmando sua identidade e questionando sobre a presença de acompanhante. A seguir,

investiga o contexto de vida e história de saúde/doença da pessoa idosa e/ou familiar cuidador com base nos dados prévios e orienta os cuidados para a promoção do Cuidado-de-SI ou Cuidado-do-Outro, criando um ambiente propício à socialização. O enfermeiro utiliza perguntas abertas para estimular afirmações de auto motivação e facilitar a comunicação, permitindo que a pessoa idosa se expresse livremente e aumente sua consciência em relação à sua condição de saúde. Ademais, o enfermeiro explora as expectativas da pessoa em relação à HTA e/ou RV por meio de uma escuta reflexiva, contextualizando o diálogo de acordo com os objetivos estabelecidos. Essas práticas são alinhadas com as recomendações do Nova Scotia College of Nursing (2021) e de Gomes et al. (2021).

A terceira fase aborda os conceitos de **“Capacitar e Possibilitar”**. “Capacitar” refere-se a uma ação conjunta entre o enfermeiro e a pessoa idosa, visando o sucesso na tomada de decisão com base nas informações coletadas anteriormente. Por outro lado, o conceito de “Possibilitar” atribui ao enfermeiro a responsabilidade pelo cuidado da pessoa idosa ou de seu cuidador, uma vez que a pessoa idosa pode não ter a capacidade de participar ativamente na tomada de decisão. Durante a teleconsulta, o enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção para compreender o conhecimento da pessoa idosa sobre si mesma, sua doença, preocupações e capacidade do cuidado-de-si. Isso envolve validar informações, esclarecer dúvidas da pessoa idosa e/ou do cuidador, fornecer educação sobre saúde específica relacionada ao controle da HTA e do RV, validar as intervenções propostas e garantir que a informação fornecida seja compreendida. Além disso, o enfermeiro facilita a articulação com outros profissionais da equipe multidisciplinar (Gomes et al., 2021, p. 140).

A quarta fase corresponde ao **“Comprometer-se”**, onde tanto o enfermeiro quanto a pessoa idosa e o familiar cuidador se comprometem em alcançar os objetivos estabelecidos, com o objetivo de promover a independência. Nesta fase da teleconsulta, o enfermeiro participa ativamente e apoia a tomada de decisão em relação às intervenções acordadas, garantindo que estas sejam significativas para todas as partes envolvidas. Além disso, o enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da pessoa idosa e/ou do familiar cuidador para assumir a responsabilidade pelo seu próprio cuidado (Gomes et al., 2021, pág.140).

Na última fase, denominada **“Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro”** são abordados dois conceitos baseados no nível de autonomia da pessoa idosa. Se a pessoa idosa demonstrar capacidade para gerir seu próprio projeto de vida, é necessário avaliar se ela é capaz de assumir a gestão do Cuidado-de-SI. Por outro lado, se a pessoa idosa apresenta um nível de autonomia que não lhe permite tomar decisões sobre os cuidados, o enfermeiro adota medidas que garantam a continuidade do seu projeto de vida por meio do seu familiar cuidador. Nesse caso, o familiar cuidador assume a responsabilidade pelos cuidados da pessoa idosa, ou seja, o Cuidado-do-Outro (Gomes et al., 2021, pág.142).

Dessa forma, durante esta fase da teleconsulta, o enfermeiro avalia as informações compartilhadas pela pessoa idosa e/ou pelo familiar/cuidador, garantindo e validando os

compromissos estabelecidos em parceria com eles. Além disso, o enfermeiro esclarece dúvidas, avalia a importância da teleconsulta, assegura o contato em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais, agenda a próxima consulta de acordo com as necessidades identificadas e registra todas as informações relevantes no processo clínico, conforme orientado por Gomes et al. (2021). Essas práticas visam garantir uma transição suave do cuidado e promover o bem-estar e a segurança da pessoa idosa.

Cada uma destas fases tem objetivos e intervenções programadas, embora em contexto real elas possam misturar-se e ocorrer simultaneamente.

Pimentel et al., 2021 (p.133), preconizam que a prestação de cuidados de telenfermagem deve obedecer aos princípios do cuidado, da confiança, da beneficência e da não maleficência a que obedecem os atos presenciais. Por conseguinte, o enfermeiro que usa os meios de teleconsulta e não observa presencialmente o utente, deve avaliar cuidadosamente a informação recebida, só podendo emitir recomendações ou tomar decisões se a informação recebida for suficiente, adequada e relevante (Pimentel et al., 2021, p.133). Para além disso deve ser garantida a utilização de equipamentos com padrões de segurança e proteção adequados (Pimentel et al., 2021, p. 132).

2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

Neste capítulo descrevemos a metodologia empregue na implementação do projeto, caracterizamos os locais de estágio onde este foi realizado, explicitamos e analisamos criticamente as atividades delineadas e os resultados alcançados e, por fim, as competências desenvolvidas ao longo de todo o processo.

2.1 Metodologia do projeto

Este projeto foi desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto. Ruivo et al. (2010, pág.34) propõem que a metodologia se concentre na resolução de problemas, através da planificação e intervenção para melhorar a qualidade dos cuidados, envolvendo ativamente todos os participantes. Dessa forma, a metodologia do projeto deve ser sempre baseada na identificação do problema real, na sua análise e na criação de estratégias e intervenções com base na evidência científica disponível. Em relação às etapas que constituem o trabalho de projeto, Ruivo et al. (2010, p.2) definiram cinco: *identificação da problemática e diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e a divulgação dos resultados.*

A primeira fase ocorreu durante a unidade curricular Projeto Formativo do segundo semestre do 1º ano do presente curso, onde se **identificou a problemática** e se realizou o **diagnóstico de situação** nos respetivos contextos de estágio, neste caso, no SCEHL e no SICHL. Durante as visitas aos campos de estágio mencionados, foi possível identificar os projetos em andamento e as necessidades dos serviços e dos clientes. No SCEHL, destacou-se a importância de uma teleconsulta para clientes em risco e/ou com doença cardiovascular CV, suportada pela necessidade de conjugar numa única consulta o controle e prevenção de todos os fatores de risco CV (diabetes mellitus, HTA, entre outras). Por outro lado, no SICHL, identificou-se a oportunidade de estabelecer teleconsultas direcionadas ao controle do risco CV, adaptando a prática da TE para acompanhar clientes pós-alta. Ambas as iniciativas visaram estabelecer uma parceria com os clientes para o Cuidado-de-Si, complementadas por uma revisão bibliográfica da evidência científica mais recente.

Posteriormente, procedeu-se à fase de **planificação**, como detalhado no projeto formativo, onde estão evidenciados o constructo teórico e os **objetivos gerais** do projeto:

- Desenvolver e implementar intervenções de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com HTA e/ou familiar/cuidador para prevenção do risco CV;
- Contribuir para planificação do projeto “consulta e teleconsulta de enfermagem de RV” e desenvolvimento de competências em EEEMCPSC na teleconsulta aplicada à SCEHL;
- Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na telenfermagem, nomeadamente no SICHL, para a promoção do Cuidado-de-si à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador.

Foi também realizada uma análise SWOT (Apêndice I), delineados os objetivos específicos (Apêndice II) e definido o cronograma de implementação (Apêndice III).

As fases de **execução e avaliação** correspondem às atividades e estratégias desenvolvidas durante a realização dos estágios na SCEHL e no SICHL, terminado com a **divulgação dos resultados** concluída com a elaboração do presente relatório.

2.2 Considerações éticas

Como enfermeiro, é fundamental que toda a prática clínica seja conduzida estritamente em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015). Assim, a execução deste projeto foi guiada, em todas as suas etapas, pelos princípios éticos e valores delineados pelo mesmo, bem como pelas diretrizes estabelecidas no Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiros Especialistas (DR nº26/2019) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Cuidados à Pessoa em Situação Crónica (DR nº135/2018).

Neste contexto, é importante destacar que todos os direitos dos participantes foram integralmente respeitados. Todas as atividades e intervenções descritas neste relatório só puderam ser aplicadas com o consentimento livre e esclarecido dos participantes ou, em caso de incapacidade cognitiva, com o consentimento da família. Isso incluiu também a obtenção de consentimento informado por parte da cliente envolvida no estudo de caso mencionado neste relatório.

Para garantir a correta implementação do modelo de parceria para a promoção do Cuidado-de-si de Gomes (2016, 2020), na TE e neste projeto, foi obtida a devida autorização prévia dos autores envolvidos.

2.3 Caracterização dos locais de estágios

Com o intuito de realizar a implementação do projeto, foram realizados dois estágios em serviços onde foi possível alinhar os objetivos delineados com os projetos em curso e abordar a problemática principal em questão. O primeiro estágio decorreu no serviço de Consulta Externa de um Hospital em Lisboa (SCEHL), entre 15 de maio e 14 de julho de 2023, enquanto o segundo teve lugar no Serviço de Internamento de Cardiologia de um Hospital em Lisboa (SICHL), de 25 de setembro de 2023 a 9 de fevereiro de 2024, que de seguida passamos a descrever.

2.3.1 Serviço de Consulta externa de um Hospital em Lisboa

O SCEHL é um serviço onde são realizadas consultas médicas especializadas e consultas de enfermagem. Este serviço desempenha um papel crucial no acompanhamento de clientes com DC e/ou submetidos a intervenções cirúrgicas de diversas especialidades

médicas como clínica geral, cirurgia geral, cardiologia, urologia, cirurgia plástica, ortopedia, entre outras.

No contexto deste projeto, as consultas por mim realizadas no serviço de SCEHL abrangeram áreas específicas do risco CV, como a hipocoagulação, diabetes mellitus, HTA e a recém-introduzida consulta de risco vascular.

A consulta de hipocoagulação concentra-se no cuidado aos clientes que necessitam de terapia anticoagulante, monitorizando e ajustando a dosagem de medicamentos, além de fornecer orientações sobre a prevenção de complicações associadas à coagulação sanguínea.

A consulta de enfermagem de diabetes mellitus dedica-se ao acompanhamento de clientes com esta patologia, enfatizando o controlo glicémico, educação sobre dieta e exercício e monitorização de possíveis complicações associadas.

A consulta de HTA tem como objetivo a avaliação e o controlo da TA, visando a redução do risco de complicações CV e estilo de vida saudável.

A consulta de RV é uma adição recente ao serviço, com o intuito de substituir as consultas de diabetes mellitus e HTA e focando-se na avaliação global do RCV dos clientes, incluindo FRCV modificáveis como tabagismo, colesterol elevado, obesidade e história familiar de doenças cardíacas, e oferecendo intervenções personalizadas para minimizar esses riscos.

Durante o período de estágio, também participei no desenvolvimento do projeto de implementação da TE de RV. Este tópico será objeto de análise mais detalhada no capítulo destinado para o efeito.

2.3.2 Serviço de internamento de cardiologia de um Hospital em Lisboa

O SICHL é uma unidade especializada dedicada ao tratamento exclusivo de clientes adultos com patologias cardíacas, que podem ser recentes, tais como síndrome coronária aguda, enfarte agudo do miocárdio e edema agudo do pulmão, assim como agravamento de doenças cardíacas crónicas, como estenose aórtica, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular/flutter/taquicardias e hipertensão pulmonar. Além disso, também atende clientes submetidos a intervenções cirúrgicas cardíacas programadas, como cateterismo cardíaco de diagnóstico, ablação de taquicardia ventricular/fibrilhação auricular/flutter/taquicardia supraventricular paroxística, implantação de cardioversor-desfibrilhador implantável ou pacemaker cardíaco, entre outros procedimentos menos frequentes (SICHL, 2023).

Para atender às necessidades variadas destes clientes, o SICHL é composto por três valências distintas: internamento, hospital de dia e gabinete de seguimento do cliente. Cada uma dessas valências desempenha um papel específico na prestação de cuidados cardiológicos abrangentes, desde o tratamento agudo até ao acompanhamento e seguimento a longo prazo.

A valência de internamento destina-se a clientes que necessitam de cuidados hospitalares contínuos devido a uma condição cardíaca aguda ou crónica agudizada. Neste contexto, uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo cardiologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e outros especialistas, colabora para proporcionar tratamento intensivo e intervenções necessárias que visem a estabilização e tratamento do cliente.

No hospital de dia são oferecidos cuidados a clientes com um tempo de permanência inferior a 24 horas. Aqui, os clientes podem receber o tratamento necessário e retornar ao conforto de suas casas no mesmo dia. Este serviço é especialmente direcionado a clientes com insuficiência cardíaca que requerem terapias regulares que só podem ser administradas em ambiente hospitalar, como furosemida, carboximaltose e *levosimendan*, ou a clientes submetidos a intervenções cirúrgicas eletivas previamente identificadas.

No gabinete de seguimento do cliente, realiza-se o acompanhamento dos clientes por meio de contacto telefónico de enfermagem de "*follow-up*". Este acompanhamento é conduzido aos 30 dias e 1 ano pós-alta a todos os clientes que estiveram internados no serviço. Além disso, é também efetuado um acompanhamento mais prolongado, com contactos telefónicos aos 3 e 5 anos, aos clientes que foram submetidos a angioplastia coronária. Este procedimento visa identificar eventuais complicações ou necessidades de acompanhamento adicional e proporcionar suporte e orientação contínuos após a alta hospitalar.

Para efeitos de execução do projeto, foram efetuadas atividades nas 3 valências em conformidade com os objetivos delineados.

2.4 Implementação do projeto: objetivos, atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas

Neste subcapítulo objetiva-se expor as atividades desenvolvidas tendo em conta os objetivos traçados nos estágios realizados, os resultados alcançados e as competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista e mestre ao longo desse processo.

2.4.1 Revisão Scoping

Embora a telenfermagem tenha ganho destaque na literatura como uma ferramenta viável para a gestão de diversas condições de saúde, incluindo a HTA, verificou-se a necessidade de compreender mais profundamente o seu impacto específico na prevenção e controlo do RV em pessoas idosas, pelo que considerámos fundamental realizar uma revisão *scoping* de forma a dar suporte a nosso enquadramento conceptual e suportar as intervenções realizadas, nomeadamente na realização dos estudos de caso.

O objetivo da revisão *scoping* foi o de mapear as evidências existentes sobre o contributo da telenfermagem para a gestão da HTA na prevenção e controlo do RV na pessoa

idosa e/ou seu familiar/cuidador. O seu propósito principal foi o de permitir uma compreensão abrangente do papel da telenfermagem neste contexto específico de cuidados de saúde. Assim, e de acordo com a terminologia População, Conceito e Contexto (PCC), foi definida a seguinte questão: “Qual é o contributo da Teleconsulta de Enfermagem (C) para a prevenção e controlo do risco cardiovascular da pessoa idosa com HTA (P), em vários contextos (C)?”

Como critérios de inclusão foram definidos: a **população** - pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; o **conceito** em análise - os contributos da telenfermagem na prevenção e controlo da HTA e RV; e o **contexto** engloba clientes com ou sem HTA controlada, sendo viável qualquer contexto. Os critérios de exclusão abrangeram artigos que não apresentavam correlação direta com a questão principal e com os cuidados de enfermagem; artigos que não tinham objetivos definidos ou eram de natureza opinativa ou editorial. Incluiu estudos com desenhos qualitativos, quantitativos e mistos, além de incorporar outras revisões sistemáticas previamente conduzidas que abordavam a questão de pesquisa, sem restrições quanto ao idioma ou período temporal.

A metodologia utilizada para a realização da revisão foi a proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) em 2017 e a pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete. Estas bases foram selecionadas devido à sua abrangência e relevância na área da saúde, garantindo assim a inclusão de uma ampla gama de estudos pertinentes à temática em análise e uma seleção e extração de dados de alta qualidade. Além disso, também foi considerada literatura cinzenta do Google Académico.

A pesquisa foi realizada em 19 de maio de 2023 e identificou um total de 49 artigos. Após a remoção de duplicados (2), artigos com participantes com idade inferior a 65 anos (10), um artigo sem correlação com o objeto de estudo e 10 devido à falta de acesso integral ao texto, restaram 26 artigos elegíveis. No entanto, ao verificar o conteúdo, confirmou-se que 22 continham concomitantemente uma população inferior a 65 anos, resultando em apenas 7 artigos para análise detalhada.

Após essa análise, foram identificadas 5 dimensões, nomeadamente o *controlo e prevenção do risco CV, autogestão da doença, melhoria da qualidade de vida, adesão terapêutica, inércia clínica e monitorização e prevenção de eventos adversos*.

Desta forma, a evidência revelou que a telenfermagem é uma ferramenta promissora no **controlo e prevenção do risco CV**, fortalecendo o autocuidado e a adesão terapêutica (Adie et al., 2010, Correia et al., 2020;). A telenfermagem facilitou também a identificação da HTA mascarada e a monitorização regular da TA, promovendo uma intervenção personalizada (Fujiwara et al., 2023). Além disso, empodera a pessoa idosa e ou/ familiar/cuidador, melhorando a iliteracia tecnológica e garantindo equidade no acesso aos cuidados (Jensen et al., 2009; Fujiwara et al., 2023). A redução significativa do colesterol total e cessação do tabagismo evidenciaram também a eficácia da teleconsulta na gestão global da saúde cardiovascular (Adie et al., 2010).

No âmbito da **autogestão da doença (HTA)**, desempenha um papel crucial na melhoria dos cuidados, promovendo a adesão terapêutica e realização de consultas regulares (Millan-Calenti et al., 2016; Correia et al., 2020). A dinâmica de empoderamento proporcionada pela telenfermagem resulta em maior consciência sobre a doença e fatores de risco (Jensen et al., 2009, Idris et al., 2015;).

Quanto à melhoria da **qualidade de vida**, apresenta impactos positivos, refletidos na diminuição de reinternamentos e melhoria da saúde geral (Idris et al., 2015; Millan-Calenti et al., 2016; Correia et al., 2020). A economia de custos associada à TE destaca também a sua eficácia (Idris et al., 2015; Padwal et al., 2018).

Emerge também como facilitador na **adesão terapêutica**, aumentando o conhecimento sobre medicação e detetando possíveis não adesões (Jensen et al., 2009; Idris et al., 2015, Millan-Calenti et al., 2016; Correia et al., 2020;).

Na prevenção da **inércia clínica**, fortalece o vínculo da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador com o profissional de saúde e permite intervenções precoces (Correia et al., 2020; Fujiwara et al., 2023). Além disso, oferece estimativas abrangentes da TA e melhora a comunicação com os médicos (Fujiwara et al., 2023).

Na **monitorização e prevenção de eventos adversos**, a vigilância regular da TA contribui para a prevenção de eventos adversos, como síncope e quedas (Millan-Calenti et al., 2016; Fujiwara et al., 2023). Adie et al. (2010) e Padwal et al. (2018) destacam a redução significativa no número de eventos, incluindo acidentes vasculares cerebrais e enfarte agudo do miocárdio.

Considerações adicionais incluem o papel da telenfermagem na **prevenção de quedas e hipotensão postural** em pessoas idosas frágeis (Millan-Calenti et al., 2016; Fujiwara et al., 2023), também reduz a necessidade de viagens desnecessárias e supera barreiras geográficas, proporcionando acesso a cuidados de saúde de alta qualidade (Millan-Calenti et al., 2016; Fujiwara et al., 2023).

Como demonstrado, esta revisão "*scoping*" proporcionou uma compreensão do contributo e impacto que a telenfermagem pode ter na gestão da HTA, na prevenção e controlo do RV, bem como os potenciais de promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa e/ou no familiar cuidador. Este artigo foi submetido para publicação na revista "Pensar Enfermagem" em março de 2024 e encontra-se no processo de verificação e revisão por pares. Encontra-se incorporado neste relatório como Apêndice IV.

Em síntese, a realização desta revisão "*scoping*" exigiu discernimento e promoveu o desenvolvimento de competências na área da investigação secundária, bem como a aquisição de aprendizagens profissionais (DR nº65/2018). Além disso, e de acordo com o Decreto-Lei nº65/2018 (2018), possibilitou o desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades na resolução de problemas complexos perante novas situações, capacitando para a comunicação clara de conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes.

Portanto, considerando que o grau de mestre é também conferido a “quem demonstre ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (DR nº 60/2006), pode-se inferir que tais competências foram desenvolvidas.

2.4.2 Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio no Serviço de Consulta Externa de um Hospital em Lisboa (SCEHL)

O estágio realizado no SCEHL abrangeu um período total de 9 semanas, iniciando-se a 15 de maio e concluindo-se a 14 de julho de 2023, conforme mencionado acima. Para este contexto de estágio foram definidos os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do cuidado-de-si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente no controlo da HTA como prevenção do risco CV e desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na teleconsulta, nomeadamente na consulta externa de risco CV, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar cuidador, que passaremos a explicitar.

Objectivo geral: desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente no controlo da HTA como prevenção do risco CV.

Embora a prevenção e controlo da HTA como fator de RV seja o foco principal do meu projeto, a minha especialização também está direcionada para adquirir competências como EEEMCPSC. Assim foi nossa preocupação analisar os cuidados desenvolvidos a este nível com a enfermeira orientadora do local de estágio que desenvolvia atividade ao nível de diversas especialidades como: hipocoagulação, HTA, diabetes, estomaterapia, senologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia e, mais recentemente, RV e, deste modo, todas foram uma contribuição inestimável para minha prática atual como enfermeiro e também como futuro EEEMCPSC.

Apesar da temática central de cada consulta não ser a prevenção e o controlo do RV, procurei introduzir este tema com o intuito de criar uma parceria com o cliente, sobretudo a pessoa idosa, vendo-a com um *ser de projeto e de cuidado com o intuito de promover o cuidado-de-si* (Gomes, 2019, p.14) e, nomeadamente, o controlo e prevenção do risco CV.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas na consulta de enfermagem especializada em hipocoagulação desempenharam um papel crucial na minha aprendizagem, visto esta consulta ter como objetivo prestar assistência a clientes submetidos a terapia anticoagulante convencional (por exemplo, varfarina e acenocumamol) ou a agentes anticoagulantes de nova geração (por exemplo, apixabano e rivaroxabano) por consequência de eventos cardioembólicos prévios, como acidente vascular cerebral, trombose venosa periférica, tromboembolismo pulmonar, entre outros. Estes clientes necessitam de avaliações

periódicas devido ao elevado risco de hemorragia associado ao tratamento. Durante a consulta de enfermagem, procede-se à avaliação do cliente e ao acompanhamento do indicador "*International Normalized Ratio*" (INR). Adicionalmente, oferece-se esclarecimento de dúvidas e promove-se a educação em saúde essencial para uma gestão eficaz deste fator de risco de hemorragia e, se necessário, é encaminhado para observação médica adequada.

Esta consulta tornou-se bastante importante no meu percurso formativo, pelo facto de as patologias identificadas corresponderem a várias das principais complicações associadas à HTA e a experiência adquirida com a mesma permitiu reforçar a necessidade do controlo e prevenção do risco CV. Uma parte significativa dos clientes atendidos nesta consulta possui HTA e indicou que não considerava o controle da pressão arterial como uma prioridade, até experienciarem o evento cardioembólico associado.

A diabetes mellitus é uma condição de saúde complexa e multifatorial, com repercussões que vão além dos níveis de glicose sanguínea e que, geralmente, está associada a um aumento substancial no risco de eventos vasculares, independentemente de outros fatores de risco (Homem et al., 2022, p.28). Por conseguinte, é imperativo controlar todos os fatores de risco, a fim de prevenir o efeito multiplicativo das várias condições de risco sobre o sistema arterial das pessoas (Homem et al., 2022, p.28).

Na consulta de enfermagem especializada em diabetes mellitus, são efetuadas avaliações regulares a clientes diagnosticados com esta condição, com o objetivo de estabelecer ou ajustar o plano terapêutico personalizado em conformidade com cada avaliação clínica ou consultas iniciais, onde ocorre o primeiro contacto com os clientes, proporcionando-lhes educação em saúde abrangente, incluindo orientações sobre a utilização dos dispositivos de monitorização contínua de glicose mais recentes, como o "LIBRE". A monitorização e gestão deste fator de risco em clientes diagnosticados com esta patologia, demonstra ser essencial para todo o processo de prevenção e controle do risco CV.

Por outro lado, foi também possível acompanhar a consulta de enfermagem pós-urgência, uma intervenção realizada por telefone destinado aos clientes que procuraram atendimento no serviço de urgência e necessitam de acompanhamento em ambulatório para evitar episódios recorrentes de urgência. Estes clientes são referenciados pelo médico do serviço de urgência, que identifica a necessidade de acompanhamento, sendo as infeções do trato urinário as patologias mais comuns. Embora tenha sido apenas uma participação com o intuito de observação, esta foi fundamental para compreender a dinâmica do contato telefónico e identificar as suas potenciais limitações. Este conhecimento foi decisivo para o desenvolvimento da consulta e teleconsulta de enfermagem de RV, que foi dos objetivos de estágio.

Todas as consultas mencionadas, foram de suma importância para o meu desenvolvimento como enfermeiro e futuro EEEMCPSC. Estas permitiram identificar as necessidades tanto dos clientes quanto das famílias/cuidadores, permitindo assegurar a

prevenção, detecção precoce, estabilização, manutenção e adaptação às diversas situações de doença crónica identificadas (DR nº135/2018). Estas competências inerentes ao EEEMCPSC, possibilitaram também a criação de uma parceira no sentido de promover o Cuidado-de-Si (Gomes, 2020, p.353), modelo na qual suportamos as nossas intervenções.

Objectivo geral: desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na teleconsulta, nomeadamente na consulta externa de risco CV, para a promoção do cuidado-de-si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar cuidador.

Dentro deste objetivo geral, foram definidos dois objetivos específicos: contribuir para a criação do modelo de teleconsulta aplicável à promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar/cuidador, aplicável ao SCEHL e desenvolver competências de EEEMCPSC na prestação de cuidados via teleconsulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com risco CV e/ou sua família/cuidador na promoção do Cuidado-de-Si.

A criação dos guias de consulta presencial e teleconsulta de enfermagem de RV, para além de responder ao objetivo definido, insere-se no projeto criado e aprovado no SCEHL (no início de julho), com o título: “Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular”, em que a professora orientadora deste relatório é consultora. Este visa a implementação destas consultas com o objetivo de dar suporte assistencial, promovendo o Cuidado-de-Si a pessoas com RV, através da avaliação individual do risco CV, prevenção de complicações, promoção da adesão terapêutica e educação para a saúde (SCEHL, 2023b).

Assim, de forma a alcançar este objetivo, o meu contributo consistiu em: aprofundar o conhecimento sobre a TE aplicável à pessoa idosa com HTA e/ou seus familiares/cuidadores; analisar o papel do EE na prestação de cuidados através da TE em colaboração com a pessoa idosa e ou familiar/cuidador, para a promoção do Cuidado-de-si; desenvolver guias de consulta e teleconsulta de Enfermagem que facilitem todo o processo e sensibilizar a equipa de enfermagem do SCEHL sobre o projeto de implementação de ambas as consultas.

A OE salienta que, idealmente, o primeiro contacto com o utente deve ser presencial (SRC-OE, 2021, p.8). Assim, e seguindo esta premissa, este projeto visou a reestruturação da consulta presencial e da teleconsulta de RV segundo o Modelo de Intervenção de Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2020).

A consulta presencial de enfermagem de RV começou a ser implementada na mesma semana do início deste estágio. Era também um dos objetivos principais desta iniciativa a substituição das consultas individuais voltadas para diabetes e HTA, passando a abordar o RV de forma integral, ao incorporar todos os fatores de risco. Estas destinam-se a clientes que apresentam comorbidades associadas a um alto RV e que determina significativamente a probabilidade de ocorrência de eventos cardioembólicos e/ou complicações importantes. Abrangem aproximadamente 493 clientes com idade igual ou superior a 18 anos. Dentre eles, 442 estão diagnosticados com HTA, sendo que apenas 168 têm sua TA controlada (SCEHL, 2023a). Além da HTA, são acompanhados clientes com diabetes mellitus, dislipidemia,

obesidade, antecedentes de eventos cardioembólicos e padrões de vida pouco saudáveis e é realizada antes da consulta médica, ocorrendo anualmente ou de acordo com a necessidade específica de cada cliente.

Estas consultas assentam a sua dinâmica no modelo de intervenção em parceria para o promoção do Cuidado-de-Si e foram formuladas com a ajuda do guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al. (2021), em que é preconizada a necessidade vital da construção de um plano de intervenção em parceria, que considere a pessoa idosa como agente responsável pelo seu próprio projeto de vida, o que implica utilizar seus próprios recursos ou recursos disponíveis para gerenciar sua condição de saúde/doença e promover o Cuidado-de-Si.

Este modelo tem cinco fases: *Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro*.

1ª e 2ª Fases - Revelar-se e Envolver-se

Ao iniciar a consulta ou a teleconsulta de Enfermagem de RV, e, em consonância com as fases de Revelar-se e Envolver-se, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de confiança, adquirir um entendimento aprofundado da pessoa idosa e/ou do familiar/cuidador, compreender o seu processo de saúde/doença, identificar aspetos significativos para esta e/ou para o familiar/cuidador, explorar sua identidade, valores e cultura, e também avaliar sua capacidade de autocuidado e autonomia. Nestas duas fases iniciais, é imperativo iniciar a consulta telefónica na hora acordada, saudando e apresentando-se de forma clara (incluindo nome completo e categoria profissional), além de identificar a instituição (Gomes, 2021, p.139). Em seguida, deve explicar o motivo do contato e estar disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que a pessoa possa ter (Gomes, 2021, p.139). Deve também questionar como a pessoa se tem sentido, buscando compreender o seu estado de saúde atual e demonstrando abertura para a expressão de preocupações ou sintomas relevantes.

No quadro 1, estão identificadas as fases Revelar-se e Envolver-se do modelo, as etapas das consultas associadas, bem como os objetivos e intervenções de enfermagem.

Quadro 1 – Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da consulta presencial e TE de RV segundo as 1ª e 2ª Fases Revelar-se/Envolver-se com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021)

Revelar-se /Envolver-se		
Objetivo: Estruturar a consulta/ teleconsulta de RV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Preparação da Consulta de enfermagem/TE Nota: a 1ª consulta poderá ter tempo estimado de 60 minutos; as restantes e a TE não mais de 30 minutos.	• Consentimento informado, livre esclarecido e assinado; • Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença; • Escalas e índices necessários; • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível.	• Criar condições para uma consulta de enfermagem centrada na pessoa, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a

		promoção do Cuidado-de-si.
Apreciação global da Consulta/TE: O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da teleconsulta.	O enfermeiro: • Cumprimenta a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	• Iniciar e manter uma relação de confiança; • Estabelecer uma parceria sobre as condições do projeto de cuidados, relativamente ao seu processo; • Dar a conhecer os recursos da teleconsulta à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador.
Conhecer a pessoa idosa e o seu contexto de vida Enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, sua família e o seu contexto de vida	Dados biográficos: • Nome, nome pelo qual gosta de ser tratado, idade, nacionalidade / naturalidade, escolaridade, contacto telefónico, atividade profissional (atual/anterior) e estado civil Contexto de vida da pessoa idosa: • Agregado familiar (com quem vive), pessoa de referência (nome, parentesco, contacto telefónico); • Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio); • Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é do próprio ou alugada); • Situação económica (existem dificuldades, de que tipo); • Estrutura de apoio (médico família, apoio social, centro dia, familiar cuidador); • Espiritualidade Religião.	• Conhecer a pessoa idosa, o seu contexto de vida e a sua singularidade; • Dar relevância ao sentido da vida da pessoa – perceber as suas necessidades, estímulos e motivações; • Entender como a pessoa idosa se insere na família e sociedade.
Conhecer a situação saúde/doença Atividades de lazer / projetos de vida, estilos de vida, experiências anteriores Diagnósticos médicos, referência, pessoa idosa conhece diagnóstico e prognóstico? Antecedentes pessoais, alergias, medicação habitual, responsabilidade pela gestão do plano terapêutico	• Atividades de lazer / projetos de vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si e para os outros); • Hábitos de vida / possíveis comportamentos aditivos (estilos de vida); • Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual • Diagnóstico provisório ou definitivos; • Referência (Instituição / especialidade / nome do médico); • A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?); • A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?); • Antecedentes pessoais médicos / cirúrgicos; • Alergias; • Medicação habitual no domicílio; • Responsabilidade da gestão do plano terapêutico (quem, porquê, problemas de adesão);	• Conhecer o seu projeto de vida e saúde pessoa idosa, identificando as motivações e o que dá sentido à sua vida, procurando identificar as suas capacidades e recursos necessários para a promoção do cuidado-de-Si. • Conhecer a situação atual e a anamnese

De forma a facilitar a consulta e TE de RV, o guião contempla também as questões que podem ser colocadas de forma a responder aos objetivos propostos para esta fase.

Quadro 2 – Guia de questões a colocar durante a consulta presencial de RV segundo as 1ª e 2ª Fases Revelar-se/Envolver-se

Etapas	Questões
--------	----------

Preparação da TE	- “Bom dia/Boa tarde, Sr. X/Sra. D^a X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de enfermagem de risco vascular de um Hospital de Lisboa.”
Apreciação global da Consulta: O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da teleconsulta.	- “Confirme, por favor, o seu nome todo e a data de nascimento?” - “Diga-me como se sente? Como tem passado?” - “Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?” - “De que acha que se trata esta consulta? / O que espera desta consulta e de nós (enfermeiros)?” - “Os objetivos desta consulta são o de permitir que consiga gerir a sua saúde e a(s) sua(s) doenças, de forma a evitar complicações no futuro e permitir uma boa qualidade de vida.” - “Para isso vamos propor um plano terapêutico e de acompanhamento, concorda?”
Conhecer a Pessoa Idosa e o seu contexto de vida Enfermeiro procura conhecer a Pessoa Idosa, sua família e o seu contexto de vida	- “Sr. X/Sra. D^a X., qual o nome pelo qual gosta de ser tratado(a)?” - “Pode-me indicar ou confirmar o contacto telefónico, para o qual possamos ligar?” - “Pode me confirmar a sua idade, por favor?” - “Nasceu em Portugal (ou em que outro país)? É natural de onde? Nível de escolaridade?” - “Ainda exerce alguma atividade profissional? Qual?” - “Qual o seu estado civil?” - “Sr. X/Sra. D^a X., é possível dizer-me com quem vive e quantas pessoas vivem em sua casa?” - “Tem apoio da sua família para o que necessita?” - “E sobre a sua casa: é um apartamento/moradia? É casa própria ou alugada? Quantos andares tem?” - “Tem tido dificuldades financeiras?” - “Tem médico de família (ou outro médico que o acompanhe? Tem necessitado de apoios sociais (subsídios, alimentação, cuidados domiciliários)?” - “Pratica alguma religião? Qual?”
Pessoa Idosa como ser de projeto e cuidado	- “Sr. X/Sra. D^a X., fale-me um pouco sobre si: O que gosta ou tem prazer em fazer? Que atividades gosta de praticar nos tempos livres? O que é que ainda não fez e que gostaria de fazer? E para os seus entes queridos?” - “Permita-me perguntar se fuma, ingere álcool ou drogas, ou outros comportamentos aditivos (vício do jogo, etc.)?”
Conhecer a situação de saúde / doença	- “Sabe o porquê desta consulta?” - “Sabe que doenças tem? E o que espera dessas doenças?” - “Que medicamentos toma habitualmente? Consegue dizer para que são?” - “Tem alergias?” - “É o sr./sra. Que gere a sua medicação? Se não, quem é?”

Quadro 3 – Guia de questões a colocar durante a TE de RV segundo as 1^a e 2^a Fases Revelar-se/Envolver-se

Etapas da TE	Questões
Preparação da TE	- “Bom dia/Boa tarde, Sr. X/Sra. D^a X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de risco vascular de um Hospital de Lisboa. Conforme combinado estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta marcada para hoje, é oportuno?” - “Pretende chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?” - “Confirme o seu nome todo e a data de nascimento, por favor?” - “Diga-me como tem passado? E desde a nossa última consulta?” - “Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?”
Apreciação global da Consulta: O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da teleconsulta.	“Houve alguma novidade/alteração desde a nossa última conversa?” Confirmar: - Se mantém dados biográficos; - Nível de dependência, adesão terapêutica e nível de dependência para as atividades instrumentais (só reavalia escalas se houver alterações); - Adesão ao plano terapêutico – dúvidas, dificuldades, objetivos cumpridos, metas e redefinir se necessário.

Nestas duas primeiras fases, para além do estabelecimento de uma parceria entre o enfermeiro e o cliente e/ou cuidador/familiar, com partilha recíproca, baseada num contrato verbal ou escrito (Gomes 2016) é também efetuada uma avaliação holística do cliente através de uma avaliação multidimensional. Para esta avaliação são utilizadas várias escalas de avaliação multidimensional aplicadas à pessoa idosa, tal como preconizadas na Avaliação Geriátrica do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

(GERMI) e também aplicados alguns questionários direcionados à percepção do cliente sobre a sua condição e dos fatores de risco CV. Esta avaliação está incluída no guia da consulta e teleconsulta anexado a este relatório no Apêndice V.

É importante salientar que, na teleconsulta, a reavaliação destas escalas e índices só será necessária caso se verifiquem alterações à avaliação anterior.

Além disso, a contribuição do Dr. [REDACTED], médico de medicina interna do SCEHL, também foi incorporada nesta consulta. Ele recomenda a avaliação do Índice de Pressão Tornozelo-Braquial (IPTB), que é uma medida internacionalmente validada, obtida de forma não invasiva através de dispositivos de avaliação da TA, e é utilizado como indicador da presença de doença arterial oclusiva periférica, bem como um marcador prognóstico para eventos cardiovasculares (OE, 2012, p.2)

O procedimento envolve a avaliação da TA na região da artéria braquial de cada membro superior, registrando-se a maior Tensão Arterial Sistólica (TAS). Após um intervalo de 5 minutos, a pressão arterial é novamente avaliada da mesma maneira, registrando-se novamente a maior TAS. Posteriormente, o cliente é solicitado a deitar-se e esperar mais 5 minutos, momento em que a TA é avaliada em ambos os membros superiores (na região braquial), registrando-se novamente a maior TAS. Além disso, a TA é avaliada na região tibial anterior ou posterior de ambos os membros inferiores, sendo registrada a TAS de menor valor, o que, segundo o Dr. [REDACTED], sugere uma maior probabilidade de doença arterial oclusiva periférica. Todos esses dados são devidamente registrados e comunicados tanto ao cliente quanto à equipe médica. Esta avaliação só é efetuada na consulta presencial.

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar

Na fase capacitar ou possibilitar inicia-se a construção de uma ação conjunta, promovendo uma tomada de decisão esclarecida (Gomes, 2021, p.141). Aqui o enfermeiro percebe o que a pessoa sabe sobre si, sobre a(s) sua(s) doença(s) (enfoque na HTA) e complicações da mesma, o que a preocupa no momento e se esta conseguirá assegurar o Cuidado-de-Si própria. Posteriormente valida as informações transmitidas, realiza educação para a saúde e possibilita a articulação com os diferentes profissionais de saúde quer do SCEHL, quer da unidade local de saúde tendo em conta as necessidades da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador.

No quadro 2, está identificada a fase capacitar ou possibilitar do modelo, conforme a estrutura do quadro 1, para a consulta presencial.

Quadro 4 - Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da consulta presencial de enfermagem de RV segundo a 3ª Fase Capacitar ou Possibilitar com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021)

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar		
Objetivo: Promoção do cuidado de Si ou promoção do cuidado do Outro		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Desenvolvimento da Consulta	O enfermeiro: Identifica os diagnósticos de enfermagem e prioriza-os com a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador;	Elaborar o Plano de Cuidados (PC) com base na avaliação multidisciplinar bem como dos diagnósticos

	• Identifica as estratégias que a pessoa idosa e/ou familiar cuidador têm e utilizam para enfrentar a situação; • Envolve a pessoa idosa ou familiar cuidador na tomada de decisão; • Partilha conhecimentos / desenvolvimento das capacidades da pessoa idosa e/ou familiar cuidador sobre: • Controlo da doença crónica (dizer o que é essencial); • Regime medicamentoso (instruir a toma adequada); • Articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; • Promove o cuidado-de-Si e/ou o cuidado-do-Outro; • Incentiva a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador na adesão e gestão ao plano terapêutico.	prioritários para a pessoa idosa; • Adequar as intervenções de enfermagem às necessidades da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; • Promover o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na pessoa idosa e/ou familiar/cuidador.
--	---	--

No quadro 5 está identificada a mesma fase de capacitar ou possibilitar do modelo, conforme a estrutura do quadro 1, mas adequada à teleconsulta, tendo em conta que é uma consulta de reavaliação.

Quadro 5 - Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da TE de RV segundo a 3ª Fase Capacitar ou Possibilitar com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021)

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar		
Objetivo: Promoção do cuidado de Si ou promoção do cuidado do Outro		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Desenvolvimento da Consulta	<u>O enfermeiro:</u> • Avalia o ponto de situação; • Valida o PC e sua implementação; • Responde às dúvidas e questões; • Redefine o PC, se necessário.	• Readequar o PC (se necessário); • Readequar as intervenções de enfermagem às necessidades da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador (se necessário); • Manter o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; • Manter a capacitação da pessoa idosa para a promoção do cuidado-de-Si ou do familiar cuidador para a promoção do cuidado-do-Outro.

4ª e 5ª Fases – Comprometer-se e Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro

Estas duas fases representam as fases finais da consulta. Na Fase 4 – Comprometer-se, o enfermeiro e a pessoa idosa e/ou o familiar/cuidador colaboram ativamente para alcançar os objetivos previamente estabelecidos. O enfermeiro incentiva a pessoa idosa e/ou o familiar/cuidador a refletir e construir estratégias com base no que é significativo para Si ou para o Outro. Além disso, é crucial que o enfermeiro valide os compromissos estabelecidos durante essa fase (Gomes, 2021, p.142).

E por fim, na 5ª Fase - Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro, o enfermeiro avalia e reflete sobre as aptidões da pessoa idosa para o cuidado-de-si ou do familiar/cuidador para o cuidado-do-outro e redefine metas e objetivos se necessário, de forma a assumir ou assegurar o cuidado de si e obter controlo sobre os seus planos de vida (Gomes, 2021). No caso de a pessoa idosa ser dependente, o enfermeiro deve avaliar a capacidade adquirida pelo familiar/cuidador de e assegurar o Cuidado-do-Outro (Gomes, 2021, p.142).

No quadro 6 estão identificadas as fases de comprometer-se e Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro, conforme a estrutura dos quadros anteriores para a consulta presencial e para a teleconsulta.

Quadro 6 - Etapas, intervenções de enfermagem e objetivos da consulta presencial/TE de RV segundo as 4ª e 5ª Fases - Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro com base no Modelo de Parceria (2016, 2020) e no guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021)

4ª/5ª Fases – Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro		
Objetivo: estabelecer objetivos conjuntos e compromisso com os mesmos de forma a assumir ou assegurar o cuidado-de-Si / cuidado-do-Outro		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Conclusão / finalização da consulta/ teleconsulta	<u>O enfermeiro:</u> • Constrói uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela pessoa idosa e/ou familiar/cuidador de forma assegurar o Cuidado de Si / Cuidado do Outro e controlo da doença(s) crónica(s); • Promove o reforço de objetivos adaptados à necessidades e perfil da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador e enceta esforços de forma a atingi-los; • Valida intervenções realizadas na promoção do Cuidado-de Si / Cuidado-do-Outro no controlo do RV e na gestão do plano terapêutico; • Avalia e reflete sobre as aptidões da pessoa idosa para o Cuidado-de-Si ou do familiar/cuidador para o Cuidado-do-Outro e redefine metas e objetivos sempre que necessário.	• Validação do problema; • Possibilitar que a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador encontre as estratégias para a resolução do problema; • Validação das aprendizagens; • Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário; • Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; Nota: Realizado ao longo das consultas conforme o PC.
Fim da consulta/teleconsulta		

Quadro 7 - Guia de questões a colocar durante a consulta de RV segundo as 4ª e 5ª Fases Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si/ Assegurar o Cuidado-do-Outro

Etapas	Questões
Conclusão / finalização da consulta	- “De entre todos os problemas que me falou, qual é o que mais o preocupa?” - “Como é que gostaria de resolver esse problema?” - “Como é que esse problema afeta a sua vida diariamente?” - “Como gostaria de resolver esse problema?” - “Que objetivos gostaria de traçar para melhorar esse problema?” - “Como posso ajudá-lo com o seu problema?” - “Acha importante levar consigo um guia terapêutico com um resumo do que falamos e negociamos nesta consulta?” - “Achou importante esta consulta? Pode explicar-me o porquê?” - “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.” - “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”

Quadro 8 - Guia de questões a colocar durante a TE de RV segundo as 4ª e 5ª Fases Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si/ Assegurar o Cuidado-do-Outro

Etapas	Questões
Conclusão / finalização da TE	- “Desde a nossa última consulta, acha que há algo que poderia fazer melhor para resolver o problema?” - “Se entendi, o que você disse é que...” - “Importa-se de repetir a informação que lhe dei?” - “O Sr./Srª Dª. pode descrever-me o que acordamos hoje na nossa consulta?” - “O Sr./Srª Dª. quer fazer-me mais alguma pergunta?” - “Esta teleconsulta foi importante para si? Pode explicar-me porquê?” - “Vou reunir-me com o seu médico e transmitir o que falamos ...” - “Pode sempre contactar-me para qualquer esclarecimento/questão/problema que surja através dos contactos que lhe dei” - “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.” - “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”

No final da consulta, é entregue o plano de cuidados, elaborado com base neste modelo e de acordo com o acordado entre o enfermeiro e a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, o qual pode ser verbal ou escrito.

Desta forma, foi possível participar da gestão dos cuidados à pessoa idosa com risco CV, ou seus familiares/cuidadores, em colaboração com a equipa multidisciplinar, identificando as necessidades do cliente e/ou familiar/cuidador assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica e realizar uma intervenção especializada para facilitar o processo de transição entre a saúde e a doença resultante da doença crónica e gerir os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica e promover na pessoa autogestão da sua situação de doença (DR nº135/2018).

Importante ressaltar que, embora o guião da consulta esteja direcionado para pessoas idosas, a faixa etária da consulta abrange adultos com mais de 18 anos. Os guiões das consultas presenciais e teleconsulta de RV estão anexados como Apêndice V.

Como aspirante a enfermeiro mestre e especialista, reconheço a importância da formação de pares na disseminação do conhecimento em cuidados de enfermagem, e que contribui para aprimorar os processos de tomada de decisão, sendo uma abordagem facilitadora no processo de aprendizagem em ambientes de trabalho na área da saúde (DR nº 26/2019). Assim, este projeto foi divulgado à equipa do SCEHL através de uma formação de serviço realizada no dia 27 de junho. Esta formação despertou interesse e motivação tanto pelo modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2016, 2020) como pelo plano de ambas as consultas. Essa apresentação está documentada no Apêndice VI.

2.4.3 Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio no serviço de internamento de cardiologia de um Hospital em Lisboa (SICHL)

O estágio realizado no SICHL abrangeu um período total de 18 semanas, iniciando-se a 25 de setembro de 2023 e concluindo-se a 09 de fevereiro de 2024. Durante a conceção do projeto formativo e considerando o diagnóstico de situação realizada durante a visita ao local, definiu-se como objetivo inicial o desenvolvimento do projeto e desenvolvimento de competências de EEEMCPSC na telemonitorização do cliente com patologia cardíaca, de forma a promover o Cuidado-de-Si na pessoa idosa para permitir o controlo e prevenção do risco CV. Entretanto, ao iniciar o estágio, constatou-se que o acesso ao programa de telemonitorização era restrito, impossibilitando a execução de um trabalho contínuo que permitisse oferecer contribuições significativas e atingir os objetivos estabelecidos. Perante este cenário, surgiu a oportunidade de, em conjunto com o enfermeiro orientador do local de estágio e a professora orientadora da escola, realizar uma nova avaliação do campo de estágio, o que possibilitou a definição de um novo objetivo geral. Desta forma, para além do objetivo inicial de desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa e/ou familiar/cuidador para o controlo da HTA na prevenção do risco CV, delineou-se o objetivo de desenvolver competências de EEEMCPSC na TE, especialmente

na teleconsulta, visando promover o Cuidado-de-Si na pessoa idosa com risco CV e/ou seu familiar/cuidador.

Perante este contexto e de forma a responder aos objetivos, o projeto passou a ser implementado nas três unidades funcionais vinculadas ao SICHL: internamento de cardiologia, o hospital de dia de cardiologia e o gabinete de seguimento do cliente, este último onde é realizada uma Consulta Telefónica de Acompanhamento Pós-Alta (CTAPA).

Objetivo geral: desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do cuidado-de-si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente no controlo da HTA como prevenção do risco CV.

As atividades que contribuíram para dar resposta a este objetivo e possibilitar a aquisição de competências de EEEMCPSC foram realizadas no serviço de internamento e no hospital de dia.

No internamento de cardiologia, aos clientes internados e a mim atribuídos, foram prestados cuidados de enfermagem essenciais para o tratamento da pessoa com doença aguda e/ou recuperação após intervenção cirúrgica, visando promover uma rápida convalescença e permitir a alta hospitalar o mais precoce possível e quando devidamente indicada. No entanto, a prática avançada de enfermagem requer intervenções de saúde avançadas, suportadas em evidência científica, prestadas por enfermeiros com competências e habilidades avançadas que visam fornecer cuidados de saúde especializados, focados no indivíduo, na família ou na comunidade, com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados e alcançar resultados de excelência (*Canadian Nurses Association*, 2019, p.7).

Neste sentido, a minha prática especializada baseou-se na promoção de intervenções de parceria com cada cliente, segundo o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2016, 2021), com o intuito de promover o Cuidado-de-Si, com foco na prevenção, deteção precoce, estabilização e manutenção de doenças CV e seus fatores de risco (neste caso específico a HTA) e facilitar o processo de transição entre saúde e doença (DR Nº135/2018).

Por outro lado, identificou-se a necessidade de aumentar a sensibilização da equipa de enfermagem do SICHL sobre a importância da prevenção e controlo dos FRCV em clientes internados, independentemente da presença ou não de HTA ou outros fatores de risco. Para dinamizar essa questão, desenvolveu-se um instrumento em forma de “Guia de avaliação de risco cardiovascular” (disponível como Apêndice VII), com o objetivo de permitir que qualquer enfermeiro do serviço realize uma avaliação completa do risco CV a todos os clientes internados. Com base nos resultados dessa avaliação, os enfermeiros em parceria com o cliente definem estratégias para aumentar o seu conhecimento, compreensão e controlo dos FRCV, com o objetivo de fortalecer as medidas preventivas contra complicações futuras. Essas estratégias, para além de acordadas entre ambos, passam a ser colocadas na nota de alta de enfermagem, de forma que o cliente as possa consultar sempre que necessário.

Para além da sensibilização já referida, este processo teve também o intuito de fomentar na equipa um dos papéis centrais da enfermagem, a educação para a saúde e o Cuidado-de-Si, e assim “fomentar planos que favorecem os processos de adaptação/transição situacional e que procurem capacitar a pessoa na gestão do processo saúde-doença” (DR Nº135/2018).

No sentido de facilitar e alertar os clientes para compreensão sobre a necessidade de prevenção e controlo do risco CV, foram construídos dois posters. Estes foram baseados nas tabelas “*Systematic Coronary Risk Estimation*” (SCORE) 2 e SCORE 2 – “*Old Persons*” (OP), que visam avaliar o risco em 10 anos de CV (fatal e não fatal) em populações com risco moderado de doença CV, com base nos seguintes fatores de risco: idade, sexo, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total (Visseren et al., 2021, p.3237). A divisão em dois posters permite facilitar a sua apreciação, pois um dos posters engloba a faixa etária até aos 69 anos (Apêndice VIII) e o outro, os clientes com mais de 70 anos (Apêndice IX).

No mesmo sentido e com o propósito de promover e estimular o conhecimento e a importância da prevenção e controlo da HTA, o principal FRCV modificável, desenvolveu-se um poster educativo (ver Apêndice X). Foi concebido com uma linguagem acessível e universal, visando atender não apenas às necessidades dos clientes atuais, mas também dos futuros clientes do serviço. Este poster inclui indicadores gerais, a definição de HTA e suas complicações, enfatiza a importância de o cliente saber se tem ou não HTA e recomendações associadas, bem como aborda as causas da HTA e suas medidas preventivas. Assim, ajudamos a intervir preventivamente nos fatores de risco e nas complicações inerentes à doença crónica (DR Nº135/2018), neste caso específico na prevenção e controlo da HTA.

Como já referido, no Hospital de Dia de Cardiologia, também foi também possível adquirir competências de EEEMCPSC. Além das cirurgias eletivas já mencionadas, este serviço recebe clientes que requerem terapias cruciais administradas exclusivamente em ambiente hospitalar. Devido à brevidade da permanência dos clientes neste serviço, é comum a realização de múltiplas intervenções e/ou procedimentos diários. O fato de o serviço ter uma capacidade limitada de apenas seis vagas, leva a uma grande “rotação de clientes”, o que pode aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos devido a essa dinâmica.

Neste sentido, foi essencial a prestação de cuidados especializados neste contexto sujeito às pressões dos serviços externos, nomeadamente o laboratório de hemodinâmica, onde são efetuadas essas intervenções. Para estas situações foram sempre prestados cuidados de preparação e educação pré-procedimento de forma a criar uma parceria com o cliente que permitisse todos os esclarecimentos e dúvidas solicitados para que o próprio assuma o Cuidado-de-Si ao mesmo tempo que permite a adaptação à transição saúde-doença e a adesão ao regime terapêutico (DR Nº135/2018).

Estas intervenções permitiram intervir como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem e gerir as

circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos (DR Nº135/2018), neste contexto altamente dinâmico.

Para além disso, a administração do fármaco *levosimendan*, causa ainda bastantes dúvidas e incertezas na equipa de enfermagem, sobretudo nos colegas que estão em integração neste serviço. Assim sendo, surgiu a oportunidade de efetuar uma formação em serviço a todos os elementos para atender a essas dificuldades (Apêndice XI).

Neste sentido, foi efetuada uma pequena revisão crítica da literatura para fundamentar a importância e os contributos deste fármaco para o controlo da insuficiência cardíaca crónica. A formação foi realizada a 31 de janeiro de 2024 e permitiu basear a “praxis” clínica especializada em evidência científica, no sentido de facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho e garantir a melhoria contínua da qualidade da prática clínica (DR Nº135/2018).

Uma das competências de um EE é o de contribuir para as práticas seguras em ambientes seguros. Concomitantemente este é um dos pilares do PNSD 2021-2026.

No mesmo dia, com o intuito de fomentar a sensibilização acerca da temática central deste projeto, foi conduzida uma sessão formativa abrangente intitulada "Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta: Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador Informal". Durante esta sessão, divulgámos à equipa do SICHL, a abordagem do EEEMCPSC, o projeto formativo e a scoping review, contribuindo assim para fortalecer as práticas de prevenção e gestão da HTA. Esta apresentação encontra-se anexada a este relatório como apêndice XII.

Outro aspeto crítico identificado no serviço prendeu-se com a incidência de quedas entre os clientes. Em 2022, registraram-se aproximadamente 38 ocorrências de quedas no serviço, sendo que 37% delas resultaram em lesões (SICHL, 2024). Um dos objetivos estratégicos do PNSD é a prevenção a ocorrência de quedas (objetivo estratégico nº6). Tendo isto em conta e considerando que as pessoas idosas constituem um dos grupos de maior risco para quedas e reconhecendo o impacto significativo que esses incidentes podem ter na saúde e bem-estar da pessoa idosa, participamos no programa de "Gestão de Ambiente Físico - FT" implementado no serviço (SICHL, 2024). Isso envolveu a realização de auditorias ao ambiente físico e a minha contribuição como co formador numa sessão de formação realizada no serviço em 16 de janeiro de 2024. Além disso, foram compartilhados alguns dados relevantes da revisão bibliográfica efetuada e da revisão scoping presente neste relatório, a qual também abordou essa temática.

Além disso, o PNSD 2021-2026 também estabelece como objetivo estratégico a prevenção e controle de infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência antimicrobiana (PNSD 2021-2026, p103). Nesse contexto, e de forma a adquirir competências de EEEMCPSC nesta área, procurei intervir no desenvolvimento de procedimentos para prevenção, intervenção e controle de infeções relacionadas à prestação de cuidados de saúde

e resistência antimicrobiana (DR Nº135/2018). Isso envolveu contribuir para a atualização e implementação dos feixes de intervenção do documento padrão de registros de enfermagem (SCLINIC®) do SICHL. Esta padronização de procedimentos permitiu fomentar na equipa estratégias pró-ativas visando a prevenção e/ou controlo da infeção (DR n.º 135/2018), nomeadamente nos procedimentos de inserção e troca de algália, na inserção e troca de cateter venoso periférico e/ou central.

Essas iniciativas asseguraram a gestão do risco no SICHL e visaram proporcionar um ambiente terapêutico e seguro, conforme estabelecido no DR n.º 135/2018, contribuindo para aquisição de competências comuns e específicas de um EEEMCPSC.

Objetivo geral: desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na teleconsulta, nomeadamente no SICHL, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar cuidador

As iniciativas destinadas a atingir esse objetivo e facilitar o desenvolvimento de competências do EEEMCPSC na teleconsulta foram implementadas no gabinete de acompanhamento ao cliente. Especificamente, destaca-se a realização da Consulta Telefónica de Acompanhamento Pós-Alta (CTAPA) e a participação no Programa de Planeamento de Alta Hospitalar (PPAH).

O papel do EEEMCPSC reveste-se de singular relevância, uma vez que assume uma abordagem holística e ampla no contexto da alta hospitalar de clientes com DC, especialmente idosos, assegurando a satisfação das suas necessidades e promovendo uma transição bem-sucedida para cuidados contínuos fora da instituição hospitalar. A transição do cuidado entre o ambiente hospitalar e o domicílio ou outros contextos de cuidados requer uma transição suave e segura, que inclua comunicação eficaz com os restantes profissionais de saúde da equipa, coordenação dos serviços de apoio domiciliário e marcação de consultas de acompanhamento.

Neste sentido, o PPAH é um programa que foi criado pela equipa do SICHL e que visa desenvolver e implementar um plano integrado e articulado de alta hospitalar às pessoas idosas com mais de 70 anos, ou com mais de 65 anos e que residam sozinhas, internadas no SICHL e que pertençam às Unidades de Saúde Familiar (USF) associadas a esta Unidade Local de Saúde (ULS). São também critérios de inclusão possuir Insuficiência Cardíaca (IC) com escala “*New York Heart Association*” nível III ou IV e enfarte agudo do miocárdio classificação *Killip* nível III ou IV (devidamente validados pela equipa médica); incumprimento terapêutico (ex.: faltas a consultas; não cumprir medicação; não alterar comportamentos de risco) e risco social (avaliado pela assistente social) (SICHL, 2022). Os clientes com critérios de inclusão são referenciados nas primeiras 24 a 48 horas às respetivas USF no sentido de antecipar e facilitar o processo pós-alta (SICHL, 2022).

A participação neste projeto permitiu compreender todo o processo de interação entre o SICHL e USF, a interpretação das suas potencialidades e aplicabilidades bem como das seus desafios e limitações.

A CTAPA é uma consulta projetada para fornecer acompanhamento contínuo aos clientes, garantindo a prestação adequada de cuidados após a alta hospitalar e é realizada a todos os clientes com um episódio de internamento, ocorrendo 30 dias e 1 ano após a alta, e novamente entre 3 e 5 anos para clientes submetidos a angioplastia coronária. As consultas abrangem a monitorização do estado de saúde, controle da doença, encaminhamento dos clientes conforme necessário e promoção de comportamentos saudáveis para a controlo e prevenção de complicações CV.

Com o propósito de responder ao objetivo proposto e considerando o contexto apresentado, surgiu a oportunidade de, com a permissão da enfermeira responsável pelo serviço, desenvolver um guião que permitisse realizar teleconsultas de RV para o acompanhamento de pessoas idosas. Foi utilizado como suporte para realização da TE a pessoas idosas com alta hospitalar do SICHL aproximadamente 30 dias antes.

Este guião foi baseado na estrutura da consulta e TE de RV criado para o contexto de estágio do SCEHL (ver apêndice XIII), adaptado às circunstâncias específicas da CTAPA e estruturado segundo o modelo de intervenção em parceria para o Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2020), com algumas atualizações ao nível da avaliação multidimensional da pessoa idosa, resultantes das pesquisas bibliográficas mais recentes, onde se incluem a escala de Morse, introduzida para avaliação de risco de queda, a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), para avaliação do estado emocional e o teste de *Fageström* para avaliação do nível de dependência do tabaco e o questionário "STOP BANG" para avaliação de risco de apneia do sono.

A inserção da Escala de Morse foi fundamentada pelos resultados da revisão *scoping*, que sublinhou o papel crucial do EE na prevenção de quedas e hipotensão postural. Como resultado, tornou-se imprescindível integrar esta escala no protocolo de avaliação, visando uma compreensão mais aprofundada, quantificação e planeamento de intervenções específicas para esta dimensão. A Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) foi adotada com o propósito de analisar o estado de ânimo e motivação das pessoas idosas, bem como a possível presença de ansiedade crónica (identificada também como um novo FRCV pela SPH), de forma a ajustar as intervenções de acordo com esses resultados. A inclusão do teste de *Fageström* emergiu da necessidade de avaliar o grau de dependência do cliente em relação ao tabagismo, a fim de compreender a sua motivação para a cessação tabágica. Por fim, o questionário "STOP BANG", avalia a qualidade do sono e que foi identificado pela SPH como um novo FRCV (SPH, 2024a). O guia supracitado com as novas alterações encontra-se disponível no apêndice XIII.

Durante as diversas consultas realizadas, a aplicação deste guião, possibilitou que a pessoa idosa se tornasse o principal agente do seu próprio projeto de vida ou permitiu assegurar o Cuidado-do-Outro pela capacitação do familiar/cuidador. Nesse sentido, foram mobilizados os recursos próprios da pessoa idosa ou outros disponíveis para gerir a sua condição de saúde e promover o Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro (Gomes et al., 2020, p.353). Desta forma, foi viabilizado o desenvolvimento de competências de EEEMCPSC, através de "intervenções especializadas, dirigidas ao indivíduo, à família/cuidador, com o objetivo de facilitar o processo de transição saúde/doença resultante da condição crónica" (DR Nº135/2018).

Devido a não explicitação de um modelo teórico de enfermagem para orientar as intervenções realizadas na CTAPA e de forma a apresentar um exemplo da prática clínica surgiu a oportunidade de realizar um estudo de caso baseado no guia de consulta e teleconsulta criado para o efeito e estruturado segundo o modelo de parceria de Gomes (2016, 2020).

2.4.4 Estudo de Caso

Com o intuito de orientar a realização da TE de RV em pessoas idosas visando a promoção do Cuidado-de-Si, elaborou-se um guia destinado a estruturar as intervenções realizadas na CTAPA, o qual foi também estruturado pelo modelo de Intervenção em Parceria de Gomes et al. (2016, 2020) (ver apêndice XIV).

Partindo deste princípio e com o intuito de fomentar a aprendizagem e o desenvolvimento de competências de EEEMCPSC e mestre na teleconsulta, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com risco CV e/ou familiar cuidador, surgiu a oportunidade de conceber este estudo de caso. O mesmo possibilitou a contextualização e a demonstração de todo o processo da TE de RV e o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

O presente estudo de caso centrou-se nos cuidados prestados a uma pessoa idosa com HTA, de forma a controlar e/ou prevenir o RV. Para este efeito foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a cliente e o seu contexto de vida, perfil psicossocial, a sua singularidade e o seu projeto de vida (Gomes et al, 2016);
- Identificar as inquietações da cliente como ser de projeto e cuidado e conhecer a sua situação de saúde / doença (Gomes et al, 2016);
- Facilitar a compreensão da cliente sobre a necessidade e a importância de gerir o seu processo de saúde/doença;
- Evitar agudizações e internamentos e melhorar a qualidade de vida;
- Promover o envolvimento da família no projeto de vida e contexto saúde/doença da cliente (Gomes et al, 2016);

- Facilitar e reforçar a compreensão da cliente sobre a HTA, suas complicações e a importância do seu controle para a prevenção e redução do risco CV;
- Identificar as necessidades e potencialidades da cliente para a promoção do cuidado-de-si (Gomes et al., 2016).

Tendo em conta que a TE deve ser vista como um complemento aos cuidados de saúde, sem prejudicar o contato presencial quando necessário (Pimentel et al., 2021, p.137) e que, preferencialmente, o primeiro contato deve ser presencial (SRC OE, 2021, p. 8, 13), este estudo de caso foi construído em três etapas distintas, realizadas no contexto de estágio do SICHL. A primeira, compreendeu a realização de uma consulta de RV presencial, realizada no dia 5 de novembro de 2023; a segunda diz respeito à elaboração do plano terapêutico e de acompanhamento e posterior entrega no momento da alta, ocorrida a 11 de novembro de 2023 e, por último, a terceira etapa, onde foi realizado a TE de acompanhamento, conforme o protocolo estabelecido pela CTAPA.

Este processo permitiu conhecer, compreender e analisar o historial de saúde da pessoa idosa, avaliar a sua condição atual, elaborar um plano de cuidados em parceria com a cliente e os familiares, de acordo com as necessidades e objetivos de vida da pessoa idosa e intervenções baseadas na evidência científica (Leite, 2022, p.31) e no modelo de Gomes (2016, 2020).

Esta abordagem permitiu, enquanto futuro enfermeiro mestre e especialista, a reflexão sobre a relevância de aplicar conhecimentos estruturados em modelos teóricos para a prática clínica, bem como identificar as vantagens e potencialidades deste modelo e a sua relevância no acompanhamento sistemático de pessoas idosas com HTA para a prevenção e controle do RV e para promover o Cuidado-de-Si.

São competências essenciais de um EEMCPSC “identificar as necessidades da pessoa com DC, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica” e a “promoção de intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica” (DR nº135/2018).

Assim, a realização deste estudo de caso contribuiu para uma reflexão sobre a importância e a necessidade de implementar ou desenvolver estratégias inovadoras e facilitadoras que garantam a continuidade dos cuidados prestados à pessoa idosa e/ou ao familiar/cuidador e também confirmar que uma intervenção precoce permite ganhos em saúde evidentes, como a redução do risco de complicações, diminuindo a possibilidade de ocorrência de episódios de urgência e internamento e diminuindo os custos pessoais e financeiros associados à sua condição de saúde, o que vai parcialmente de encontro aos resultados da revisão “*scoping*” realizada.

O estudo de caso foi apresentado no *3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em*

Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024. Esta apresentação encontra-se disponível como apêndice XV e, cujo certificado está disponível como Anexo I.

2.4.5 Participação no projeto de investigação: “Individualização dos cuidados: a intervenção de enfermagem de parceria em contexto hospitalar (IN4CARE)”

Considerando que os modelos de intervenção em parceria estão pouco desenvolvidos, tanto neste contexto específico de estágio quanto de forma mais ampla e que o referencial teórico deste projeto é o modelo de intervenção em parceria para a promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2020), surgiu a oportunidade de participar no projeto de investigação que se encontra a ser desenvolvido no serviço: “Individualização dos cuidados: a intervenção de enfermagem de parceria em contexto hospitalar (IN4CARE)”.

Este projeto é uma colaboração entre a Escola Superior de Enfermagem (ESEL) e “um Hospital em Lisboa”, registado no CIDNUR e com aprovação das comissões de ética de ambas as instituições. Foi concebido no Departamento de Médico-cirúrgica/Adulto e Idoso da ESEL, sob coordenação da Professora Doutora Idalina Gomes, e com a Professora Doutora Eunice Sá como professora adjunta.

Para este projeto foram elencados os seguintes objetivos: “identificar a perceção dos enfermeiros sobre a individualização dos cuidados de enfermagem; identificar a perceção das pessoas internadas sobre a individualização dos cuidados de enfermagem recebidos promover a individualização dos cuidados de enfermagem e capacitar os enfermeiros, mediante a aplicação de um programa sistematizado, assente num modelo de intervenção em parceria, para a implementação de uma prática de cuidados que promova que promova o Cuidado-de-Si com a pessoa doente/familiar/cuidador” (Gomes et al., 2020, p.5).

Atualmente, o projeto está na fase 2, que consistiu na realização de inquéritos por questionário, onde tive participação ativa durante o estágio no SICHL desde janeiro de 2024, momento em que recebeu aprovação da comissão de ética do hospital. O meu papel consistiu na aplicação dos questionários aos enfermeiros do SICHL, resultando em uma taxa de adesão de 84,3% (27 participações de 32), além da aplicação do questionário aos clientes, que será realizado a breve prazo.

2.4.6 Outras atividades e formações realizadas

De forma a complementar as aprendizagens realizadas neste mestrado, participei em vários eventos e formações essenciais para melhor compreensão e aplicação da temática central do projeto.

Tendo em conta que a HTA constitui o principal e mais prevalente fator de risco modificável para as doenças CV e com o intuito de promover "um grau de controlo tensional

em, pelo menos, 70% dos doentes hipertensos vigiados pelos Cuidados de Saúde Primários até 2026" (SPH, 2024c), a SPH instituiu a Missão 70/26. Trata-se de um projeto aberto a todos os profissionais de saúde cujo contributo é fundamental para o seu sucesso. Considerando a temática central do meu projeto, procedi à minha inscrição como membro desta iniciativa e cujo certificado se encontra anexado como Anexo II.

Adicionalmente, atendi ao Webinar intitulado "Dia Mundial do Coração – Fatores de risco para as doenças Cardiovasculares", promovido pela Fundação Portuguesa de Cardiologia a 3 de outubro de 2023. Esta participação possibilitou aprofundar o conhecimento sobre a temática do RV, em particular na identificação dos FRCV e a sua relevância no contexto atual da prevenção e/ou controlo do RV, bem como o papel desempenhado pelos profissionais de saúde nesta área.

Outro evento em que participei foi o "2º *Multiplyer Event*" do Projeto "*Innovaid*", realizado na ESEL a 15 de junho de 2023. Essa experiência foi extremamente enriquecedora, pois permitiu compreender o contexto atual de inovação e empreendedorismo na área da saúde, bem como vislumbrar as perspetivas futuras. Como comprovativo de participação, o certificado referente a esse evento está disponível como Anexo III.

A participação em todas estas atividades contribuiu para o meu processo formativo e desenvolvimento profissional.

3. Reflexão sobre a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre em prática avançada de enfermagem

O capítulo anterior detalhou as atividades realizadas durante o estágio, assim como as competências adquiridas de enfermeiro mestre e especialista relacionadas com cada área de atuação. Após esta exposição, torna-se pertinente uma análise crítica destas experiências, considerando os conhecimentos adquiridos e as competências adquiridas.

De acordo com Benner (2001), a experiência é essencial para a obtenção de conhecimento, sendo a prática clínica em diversos contextos o meio pelo qual se adquirem conhecimentos e competências essenciais para oferecer cuidados de qualidade.

O regulamento nº 122/2011 do DR n.º 35/2011, determina que os EE devem deter competências que vão além das dos enfermeiros de cuidados gerais, ampliando seus domínios de prática e incluindo o conhecimento teórico, habilidades práticas e postura profissional.

Assim, durante este projeto, procurei elevar o meu nível de competência, conforme a classificação de Benner (2001), tendo alcançado um patamar de conhecimentos teórico-práticos e habilidades analíticas, que me permitiram agir de forma ágil e adequada, alinhando-me com o nível de competência descrito como perito por Benner (2001).

A prática avançada de enfermagem, como defendido pela Canadian Nurses Association (2019, p7), requer intervenções complexas para melhorar os cuidados e alcançar excelência nos resultados. Estas intervenções abrangem áreas como educação para a saúde, promoção da recuperação, reabilitação e gestão de doenças crónicas, como aponta o CIE (2020, p1).

O EE e mestre está devidamente capacitado para atuar em áreas especializadas de intervenção, liderando projetos de formação, consultoria e pesquisa (Fulton, J. e Holly, V., 2021). Porém, o EEEMCPSC providencia cuidados complexos e rigorosos, respondendo às necessidades em situações de doença crónica, e promovendo a prevenção da doença e a saúde (Regulamento nº 429/2018, 2018). As suas competências específicas incluem a promoção da adaptação e adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, família e cuidador para enfrentar a doença crónica (DR nº135/2018).

A certificação de competências de enfermeiro mestre e especialista assegura a posse de conhecimentos, aptidões e habilidades aplicáveis à prática clínica, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo colégio da especialidade.

O processo de aprendizagem durante os estágios proporcionou oportunidades para aquisição destas competências, tanto genéricas quanto específicas, possibilitando o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada em colaboração com a pessoa idosa, familiar e/ou cuidador. Este desenvolvimento de competências foi facilitado por meio de atividades como reflexão, investigação-ação, formação pessoal e de pares, e

implementação de estratégias de melhoria dos cuidados, incluindo a utilização de TE por via telefônica.

No contexto mencionado, as competências adquiridas durante este projeto contribuíram para a partilha de conhecimento relacionado com o processo de envelhecimento, à avaliação multidimensional da pessoa idosa, dos recursos sociais e de saúde direcionados para esta população, bem como à investigação científica. Paralelamente, a habilidade de articular a teoria com a prática, transformando o conhecimento em prática efetiva aplicada em situações específicas, destacou-se como um dos principais desafios no desenvolvimento das competências mencionadas.

Ao longo deste percurso desenvolveram-se atividades em conformidade com os vários domínios das competências de enfermeiro especialista que de seguida passamos a explicitar.

A responsabilidade profissional, ética e legal

Durante o estágio, a prática de cuidados e a tomada de decisão foram orientadas pelos princípios dos direitos humanos, com uma preocupação contínua em informar a pessoa idosa e a sua família, assegurando a confidencialidade e segurança dos seus dados, bem como obtenção do consentimento informado para todas as intervenções de enfermagem.

Para além disso, realizou-se uma prática da reflexão sobre as situações experienciadas durante o estágio bem como cumprimentos de todas as questões éticas relacionadas com o projeto de investigação “IN4CARE”, congruente com os valores, tradições e crenças da pessoa idosa que permitisse uma tomada de decisão de acordo com a sua individualidade, sendo fundamental para o meu desenvolvimento profissional e ético.

A melhoria contínua da qualidade

O desenvolvimento de práticas de qualidade e de colaboração em programas de melhoria da qualidade, foi evidente. Esta participação envolveu o uso apropriado da evidência científica mais recente, assim como a utilização de escalas de avaliação multidimensional atualizadas.

Esta atividade proporcionou uma compreensão mais aprofundada da situação de cada pessoa idosa e seu familiar/cuidador, permitindo a identificação dos problemas e inquietações, bem como a definição de prioridades e a adaptação de estratégias. Além disso, facilitou a elaboração de planos de cuidados mais personalizados, estabelecendo-se parcerias com pessoas idosas e/ou os seus familiares/cuidadores, visando contribuir com as melhores intervenções baseadas na evidência, tanto em consultas presenciais como em teleconsultas de enfermagem.

Para além disso, participei em diversos projetos em curso em ambos os locais de estágio, incentivando a reflexão dentro da equipa de enfermagem sobre o cuidado à pessoa idosa com risco CV e HTA, visando otimizar o cuidado a esta população. Ao mesmo tempo, promovi e mantive um ambiente terapêutico e seguro nos cuidados prestados, abrangendo

aspectos físicos, psicossociais, culturais e espirituais, garantindo a segurança e proteção das pessoas idosas e suas famílias, promovendo o Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro.

A gestão dos cuidados

A minha experiência profissional possibilitou uma contribuição ativa para o processo de tomada de decisão em várias ocasiões, trabalhando em conjunto com uma equipa multidisciplinar.

Concomitantemente, realizou-se uma intervenção baseada em conhecimentos científicos e modelos teóricos de enfermagem, mais especificamente no modelo de intervenção em parceria para a promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa ou na promoção do Cuidado-do-Outro pelo familiar/cuidador (Gomes, 2016, 2020) e promoveram-se encaminhamentos para especialidades ou instituições externas quando as necessidades transcenderam nossa esfera de atuação e perícia.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Todo o investimento pessoal e profissional ao longo deste percurso foi fundamental para o desenvolvimento das competências nesta área. Promoveram-se vários momentos de reflexão crítica sobre os cuidados realizados em parceria com os clientes (sobretudo à pessoa idosa), estimulando o autoconhecimento e baseado em protocolos preexistentes como o modelo reflexivo de Schön, a participação em diversos momentos de partilha de conhecimento, como a “Missão 70/26” ou o “Dia Mundial do Coração – Fatores de risco para as doenças Cardiovasculares” e/ou as sessões formativas referidas no capítulo anterior.

O processo reflexivo foi também fomentado por meio de leituras recomendadas, quer pelos enfermeiros orientadores dos locais de estágio, quer pela professora orientadora da ESEL. Foi também promovida uma análise crítica e reflexiva da prática de cuidados acerca do controle e prevenção do RV na pessoa idosa com HTA nas equipas de enfermagem de ambos os locais de estágio, através das sessões formativas.

O cuidar da pessoa idosa com HTA e familiar/cuidador a vivenciar a doença crónica

No âmbito desta competência específica, foi promovida a prevenção e controlo dos sintomas da HTA e a facilitação do acesso a recursos e serviços adequados, nomeadamente na criação e execução de intervenções especializadas como as consultas e teleconsultas de enfermagem de RV. Desempenhou-se um papel crucial na educação e no empoderamento da pessoa idosa e da família/cuidadores, capacitando-os a assumir um papel ativo no processo de cuidados (Gomes, 2016, 2020) e a tomar decisões informadas sobre sua saúde de forma a promover do Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro, visando o bem-estar global e a qualidade de vida da pessoa idosa e dos seus familiares/cuidadores enquanto enfrentam a jornada da doença crónica.

A maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa idosa com HTA e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

A intervenção em parceira para a promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016, 2020) na pessoa idosa com HTA e seu familiar/cuidador, assim como na gestão dos sintomas desta doença crónica, foi viabilizada por meio da educação para a saúde, da prevenção de doenças e do aumento da literacia em saúde. Desta forma desempenhou-se um papel fundamental na gestão dos processos terapêuticos durante a transição situacional e adaptação à DC (DR nº135/2018).

Outra atividade que contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área foi a pesquisa e aplicação de intervenções e avaliação por meio de contacto telefónico. Esta gestão das circunstâncias ambientais preveniu possíveis eventos adversos relacionados com a administração dos processos terapêuticos em diferentes contextos de atuação (DR nº135/2018).

As competências de Mestre

No que concerne às competências de mestre, o percurso traçado proporcionou o desenvolvimento de competências de investigação (mediante revisões da literatura, elaboração de revisão *scoping* e participação em projetos de investigação) assim como habilidades de comunicação e disseminação das conclusões resultantes dessas investigações (DR n.º 74/2006), nomeadamente a submissão para publicação da revisão “*scoping*” na revista *Pensar Enfermagem* e o estudo de caso apresentado no 3º *Webinar Nacional* e 1º *Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico* que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024, bem como a participação no trabalho de investigação “IN4CARE” e inscrição no CIDNUR/ESEL.

Ao longo do percurso, o interesse e a motivação contínuos foram determinantes para dar resposta às competências estabelecidas nos regulamentos.

4. Considerações Finais

O envelhecimento demográfico assume atualmente uma relevância global (ONU, 2023), implicando profundas transformações e desafios no que concerne ao planejamento e prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, assim como na formação de cuidadores formais e informais, devido ao notório aumento de pessoas idosas com síndromes de fragilidade, múltiplas comorbidades, incapacidades e, conseqüentemente, reduzida qualidade de vida.

Com o propósito de enfrentar estas problemáticas, emergem novos modelos na prestação de cuidados de saúde. A telessaúde é uma dessas abordagens proeminentes (SPMS, 2019, pág. 22), de onde se destaca a telenfermagem. Esta desempenha um papel crucial na atualidade, especialmente ao atingir utilizadores em áreas com acesso limitado e pode ser utilizada como ferramenta para a prática avançada de enfermagem, visto que o conhecimento especializado e de alto nível permite a elaboração de raciocínio clínico e tomada de decisão, mesmo à distância (Rodrigues et al., 2022, p.3).

As teleconsultas de enfermagem efetuadas a pessoas idosas proporcionaram a oportunidade de acesso a soluções de monitorização e suporte pós-alta (cada vez mais precoce), reduzindo a utilização inadequada dos serviços de urgência e prevenindo hospitalizações futuras. A sua eficácia está intrinsecamente ligada às características das próprias intervenções, bem como aos traços individuais de cada pessoa idosa, sua família e/ou cuidador, além da extensão temporal dessas intervenções.

A complexidade desta (e outras) intervenção(ões) expostas neste relatório, impuseram naturalmente desafios enquanto futuro EEEMCPSC, pois no que diz respeito à prática avançada de enfermagem, é essencial a adaptação a uma abordagem holística em relação às pessoas idosas com DC, bem como no desenvolvimento de intervenções voltadas para a promoção do Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro (Gomes 2016, 2020).

Desta forma, foi elaborado um projeto intitulado " Telenfermagem na Promoção do Cuidar-de-Si na Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador/Família: Intervenção Especializada de Enfermagem na Prevenção do Risco Cardiovascular", com o objetivo de desenvolver competências de EE e mestre na prestação de cuidados de enfermagem com recurso à telenfermagem, através da implementação e realização de TE destinadas ao controlo e prevenção do RV na pessoa idosa com HTA.

Durante o desenvolvimento deste projeto, evidenciou-se a importância de fundamentar toda a prática clínica em modelos teóricos de enfermagem e na evidência científica mais atualizada. Ao efetuar o diagnóstico da situação e elaborar estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, foi possível adquirir competências de

EEEMCPSC, pese embora a especificação para este grupo etário. Estas competências abrangeram áreas como a melhoria da qualidade dos cuidados, a responsabilidade ética e legal, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens tanto profissionais quanto pessoais.

A elaboração dos guias de consulta e teleconsulta revelou-se igualmente de grande relevância, direcionando as intervenções de enfermagem para a promoção do Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro em várias dimensões dos cuidados prestados à pessoa idosa, enquanto ser de cuidado (Gomes, 2016, 2020), no controlo e prevenção dos diversos FRCV. Foram abordados aspetos como a avaliação multidimensional da pessoa idosa, a identificação, prevenção e controlo dos FRCV identificados, com enfoque especial na idade e HTA, e na definição de intervenções especializadas baseadas na evidência científica mais recente, para avaliação do risco vascular.

A aquisição de conhecimentos, a reflexão sobre o enquadramento teórico e a experiência prática possibilitaram-me uma nova compreensão enquanto indivíduo e enfermeiro. O desenvolvimento de competências na avaliação multidimensional da pessoa idosa, na intervenção em parceria com este e a família/cuidador e os recursos comunitários possibilitaram um alargamento dos limites da minha prática de enfermagem.

Assim, este projeto representou uma oportunidade única de estabelecer uma ligação direta com a pessoa idosa, e/ou familiares/cuidadores, e de partilhar conhecimentos e experiências com o orientador de estágio e a equipa multidisciplinar. Foi igualmente gratificante receber o feedback positivo dos clientes, famílias e cuidadores em relação aos cuidados prestados, tanto em consultas presenciais como na TE. Porém, tendo em conta a extensão dos estágios, reconheço que ainda há um caminho a percorrer em relação à implementação das teleconsultas de enfermagem em ambos os locais de estágio.

É com igual empenho e satisfação que participo no projeto “Individualização dos cuidados: a intervenção de enfermagem de parceria em contexto hospitalar (IN4CARE)”. A sua implementação promete trazer benefícios significativos ao SICHL e ao hospital em geral, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Importa também salientar a aquisição de competências de mestre, especialmente no que concerne à capacidade de adquirir, integrar e aplicar conhecimentos, sem desconsiderar a habilidade de análise, reflexão e resolução de problemas (DR n.º 74/2006), para a qual contribuiu também a realização da revisão “*scoping*” com o intuito de mapear a evidência científica sobre a temática central do projeto, e a sua respetiva publicação na revista Pensar Enfermagem. Além disso no SICHL foi conduzido um estudo de caso com o propósito de avaliar os benefícios da intervenção do EE na teleconsulta direcionada à pessoa idosa com HTA e à sua família para a prevenção e controlo do RV e cujo benefício foi evidente.

Finalizo este relatório com a convicção de que a implementação deste projeto representa um benefício significativo, não só para os clientes abrangidos pelos locais de

estágio, mas também com possível replicação a outras práticas clínicas e contextos. Considero a minha jornada durante este mestrado uma aprendizagem impagável e, consequentemente, um contributo para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

Referências Bibliográficas

Amado C., Leal M., Valente T., Aveiro M., Ribeiro F., Cruz M. (2020). A Hipertensão Arterial num dia de internamento – Caracterização de um dia de internamento. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 79, 6-25. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/files/sphta_79_2020_0910.pdf

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*, Coimbra, Quarteto Editora.

Canadian Nurses Association. (2019). Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. *Canadian Nurses Association*, 1-580. Disponível em: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice>

Chaboksavar F., Ebadi F., Azar F., Solhi M. & Azadi N. (2021). Combination of self-management theory with PRECEDE–PROCEED model to promote life quality in patients with hypertension. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*. 29, 1401–1410. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01246-7>

CIE (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. *Genève: International Council of Nurses (ICN)*. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.

Costa, T., Pereira, T. (2019). *Determinantes e moduladores do envelhecimento arterial no idoso*. Repositório Comum. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32919>

Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série A (N.º 60 de 24/03/2006). 31 - 78. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Decreto-Lei n.º 35/2011. (2011). Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 35 de 18/02/2011). 8648 – 8653. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Decreto-Lei nº135/2018. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área

de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, aprovado pelo decreto-Lei n.º 429/2018, de 16 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018). 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Decreto-Lei n.º 26/2019. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Decreto-Lei n.º 187/2021. (2021). Despacho n.º 9390/2021: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 187 de 24/09/2021). 96 - 103. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Decreto-Lei n.º 9/2024. (2024). Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 (2024): Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 9 de 12/01/2024). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Eurostat (2024). *Old-age-dependency ratio*. Eurostat. Acedido a 23/02/2024. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table?lang=en>

Fulton, J. e Holly, V. (2021). *Clinical Nurse Specialist Role and Practice: An International Perspective*. Springer.

Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a PI. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si: Património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 23(2), 7–15. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.159>

Gomes, I.D. (2020). Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People. *Gerontechnology III - IWOG 2020*. DOI:10.1007/978-3-030-72567-9 32

Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context. *Gerontechnology IV - IWOG 2021*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1 13>

Hannan, J. A., Commodore-Mensah, Y., Tokieda, N., Smith, A. P., Gawlik, K. S., Murakami, L., Cooper, J., Koob, S., Wright, K. D., Cassarino, D., Arslanian-Engoren, C., Melnyk, B. M. (2022). Improving hypertension control and cardiovascular health: An urgent call to action for nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12560>

Homem, F. B.; Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Sousa, J. P., Rodrigues, L. M. M. A., Azevedo, T. S. (2022). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular*. Repositório científico da UC. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/107474>

INE (2022). *Censos 2021*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2023a). *Causas de Morte 2021 (2010-2021)*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2023b). *Estimativas de População Residente em Portugal 2022*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2023c). *Tábuas de Mortalidade – NUTS II /Esperanças de Vida – NUTS III 2020-2022*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

Leite, O.M.C.N. (2021). *Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Diabetes Tipo 2 e Cuidadores Informais para a Promoção do Cuidado-de-Si* Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório. <http://hdl.handle.net/10400.26/44570>

Melo, M. D.M., Freitas, L. S.O', L. B.D., Mesquita, S. K.d.C., Silva, I. P.D., Araújo, R. D. O.E., Sonenberg, A., & Costa, I. K.F. (2024). Assistência da prática avançada de enfermagem nas doenças crônicas não transmissíveis: Uma scoping review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 22 (Suppl2). <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236687>

Duque, A.S, Gruner, H. Clara, J. G., Ermida, J. G, Veríssimo, M.T.

Nóbrega, T., Figueiredo, M.C. (2020). Empowerment Aos Idosos Com Hipertensão Arterial: Uma Scoping Review. *Revista da UIIPS*. 8 (246-259). [DOI:10.1093/eurpub/ckz096.002](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz096.002)

Nova Scotia College of Nursing. (2021). *Practice guidelines for Nurses – telenursing*. Acedido a 01/02/2024. Disponível em: <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Telenursing.pdf>

OE (2012). *Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica Nº. 01/2012: Avaliação do IPTB e Realização de Terapia Compressiva*. Ordem dos Enfermeiros

(OE) Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20Avaliaçã o%20do%20IPTB%20e%20Realização%20de%20Terapia%20Compressiva.pdf>

OE (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos enfermeiros (OE). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

OE (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos enfermeiros (OE). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/regulamento-dascompetências-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competênciasespec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

OE (2021). *Parecer Do Conselho De Enfermagem Nº. 53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros (OE). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

OMS (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

OMS (2022). *World Health Statistics 2022*. World Health Organization (WHO). Disponível em: <https://www.who.int/news/item/20-05-2022-world-health-statistics-2022>

ONU (2023). *Envelhecimento*. Nações Unidas (UN). Acedido a 21/04/2023. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Paz G., Martinho A.M., Gomes B., Bento A.S. (2022). Mapa na USF – Realidade Diagnóstica da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 87 (8-13). Disponível em: <https://revistahipertensao.pt/index.php/rh/article/view/3>

Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A.R., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., Amorim, V., Lopes, P., Matos, R.C., Marques, Ferreira, R.J.O. (2021). Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 5(1), 125-138. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.171>

Reiner, Z., Catapano, A. L., De Backer, G., Graham, I., Taskinen, M. R., Wiklund, O., Agewall, S., Alegria, E., Chapman, M. J., Durrington, P., Erdine, S., Halcox, J., Hobbs, R., Kjekshus, J., Filardi, P. P., Riccardi, G., Storey, R. F., Wood, D., Bax, J., ... Zamorano, J. L.

(2011). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*. 32(14), 1769–1818. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr158>

Rodrigues, M.A., Hercules, A.B.S., Gnatta, J.R., Coelho, J.C., Mota, A.N.B., Pierin, A. M.G., & Santana, R.F. (2022). Teleconsulta como prática avançada de enfermagem na pandemia de COVID-19 à luz de Roy e Chick-Meleis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 56 . <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0438pt>

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 15. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santana, B.D.S., Rodrigues, B.S., Stival, M.M., & Volpe, C.R.G. (2019). Arterial hypertension in the elderly accompanied in primary care: profile and associated factors. *Escola Anna Nery*. 23 (2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0322>

Santos, T.A.S.L. (2019). *Hipertensão Arterial em Portugal – O Custo do Controlo*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/97732>

Santos, T.A.S.L., Ferreira, A.C., Santiago L.M. (2023). Hipertensão Arterial em Portugal – O Custo do Controlo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 90 (20-28). Disponível em: <https://revistahipertensao.pt/index.php/rh/article/view/51>

Shahabi, N., Kolivand, M., Salari, N., Abbasi, P. (2022). The effect of telenursing training based on family-centered empowerment pattern on compliance with diet regimen in patients with diabetes mellitus type 2: a randomized clinical trial. *BMC Endocrine Disorders*. 22 (36), p.1-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358481296_The_effect_of_telenursing_training_based_on_family-centered_empowerment_pattern_on_compliance_with_diet_regimen_in_patients_with_diabetes_mellitus_type_2_a_randomized_clinical_trial

Shiraly, R., Khani Jeihooni, A., & Bakhshizadeh Shirazi, R. (2022). Perception of risk of hypertension related complications and adherence to antihypertensive drugs: a primary healthcare based cross-sectional study. *BMC Primary Care*. 23 (1). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01918-1>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde*. Lisboa, Portugal: SPMS, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/tema/plano-estrategico-nacional-de-telessaude/>

Shahabi, N., Kolivand, M., Salari, N., Abbasi, P. (2022). The effect of telenursing training based on family-centered empowerment pattern on compliance with diet regimen in patients with diabetes mellitus type 2: a randomized clinical trial. *BMC Endocrine Disorders*. 22 (36), p.1-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358481296_The_effect_of_telenursing_training_based_on_family-centered_empowerment_pattern_on_compliance_with_diet_regimen_in_patients_with_diabetes_mellitus_type_2_a_randomized_clinical_trial

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*. 55 (1-2), 11-20.

SCEHL (2023). Projeto de “Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular” para um Serviço de Consulta Externa de um Hospital de Lisboa, 2023.

SCEHL (2023a). Base de Dados da Consulta de Risco Vascular do Serviço de Consulta Externa de um Hospital de Lisboa, 2023

SICHL (2019). Programa da Consulta Telefónica de Acompanhamento Pós-Alta (CTAPA) do Serviço de Consulta Externa de um Hospital de Lisboa, 2019.

SICHL (2022) Programa de Planeamento de Alta Hospitalar do Serviço de Consulta Externa de um Hospital de Lisboa, 2022.

SICHL (2023b). Manual de Integração de um Serviço de Internamento de um Serviço de Cardiologia de um Hospital de Lisboa, 2023.

SICHL (2024). Gestão de Ambiente Físico de um Serviço de Internamento de um Serviço de Cardiologia de um Hospital de Lisboa, 2023.

SPH (2024a). *Fatores de Risco Cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). Acedido a 02/06/2023. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/90

SPH (2024b). *Conheça Melhor a Hipertensão Arterial*. Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). Acedido a 02/06/2023. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/101

SPH (2024c). *Missão 70/26*. Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). Acedido a 01/10/2023. Disponível em: [https:// www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/2/216](https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/2/216)

Secção Regional Centro (SRC)- OE. (2021). *Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem*. 1–26. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02/06/2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-srcoe_emcp.pdf

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Angelantonio, E. D., Franco, O. H., Halvorsen, S., Richard Hobbs, F. D., Hollander, M., ... Williams, B. (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 75(5), 429. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2022.04.003>

Revisão Scoping (Artigos)

Adie, K., & James, M. A. (2010). Does telephone follow-up improve blood pressure after minor stroke or TIA? *Age and Ageing*, 39(5), 598-603. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq085>

Correia, D. M. D. S., Pimentel, A. C. E., Dutra da Costa, L. B., Guimarães, A. D. O., De França, J. V. J., Dos Santos, R. R., Pitzer, M. B., & Da Costa, K. K. R. (2020). Teleorientação a hipertensos resistentes durante a pandemia por COVID-19: uma ação inovadora na

enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 11(2.ESP). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.esp.3860>

Fujiwara, T., Sheppard, J. P., Hoshide, S., Kario, K., & McManus, R. J. (2023). Medical Telemonitoring for the Management of Hypertension in Older Patients in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2227. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032227ps://doi.org/10.3909/ricm0760>

Idris, S., Degheim, G., Ghalayini, W., Larsen, T. R., Nejad, D., & David, S. (2015). Home Telemedicine in Heart Failure: A Pilot Study of Integrated Telemonitoring and Virtual Provider Appointments. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 16(2), 156–162. <https://doi.org/10.3909/ricm0760>

Jensen, L., Leeman-Castillo, B., Coronel, S. M., Perry, D., Belz, C., Kapral, C., & Krantz, M. J. (2009). Impact of a Nurse Telephone Intervention Among High-Cardiovascular-Risk, Health Fair Participants. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 447–453. <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3181b246d9>

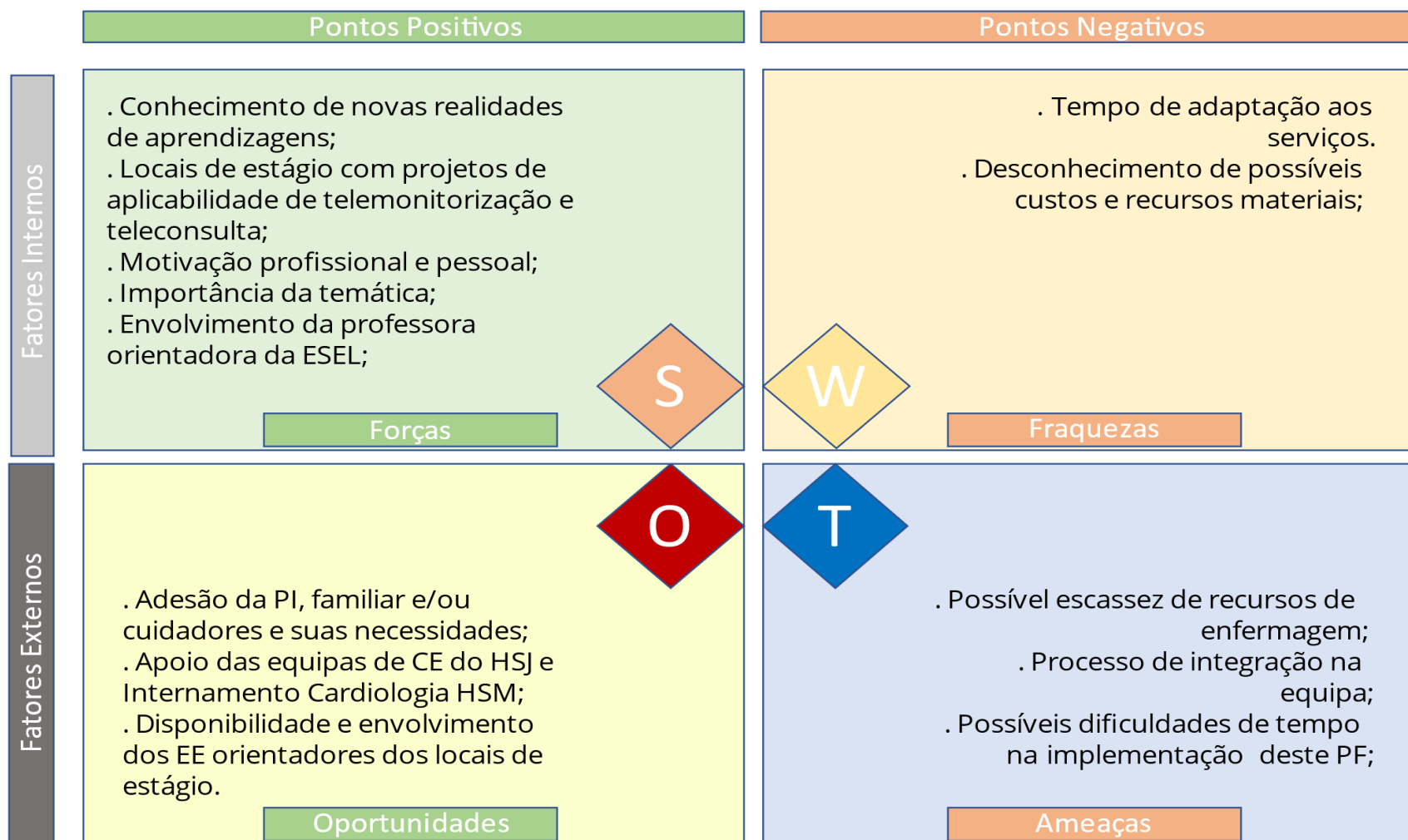
Millán-Calenti, J. C., Martínez-Isasi, S., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2016). Morbidity and medication consumption among users of home telecare services. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 888-900. <https://doi.org/10.1111/hsc.12377>

Padwal, R. S., So, H., Wood, P. W., Mcalister, F. A., Siddiqui, M., Norris, C. M., Jeerakathil, T., Stone, J., Valaire, S., Mann, B., Boulanger, P., & Klarenbach, S. W. (2018). Cost-effectiveness of home blood pressure telemonitoring and case management in the secondary prevention of cerebrovascular disease in Canada. *The Journal of Clinical Hypertension*, 21(2), 159–168. <https://doi.org/10.1111/jch.13459>

APÊNDICES

Apêndice I

Análise SWOT



Apêndice II

Objetivos gerais/Objetivos específicos

Objetivo geral	1- Desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente na prevenção do RV.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>1.1 - Adquirir conhecimento sobre as dinâmicas e estrutura organizacional dos serviços, bem como a intervenção do EEEMCPSC na equipa multidisciplinar.</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Demonstrar empatia, disposição, interesse e motivação ao apresentar-se perante a equipa multidisciplinar. . Adquirir conhecimento sobre as estruturas físicas, dinâmicas organizacionais, recursos humanos e materiais de cada hospital; . Analisar a função e a contribuição do EEEMCPSC perante a equipa multidisciplinar e o serviço; . Criação de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados, baseado na colaboração, respeito e empatia; . Participar nos cuidados e atividades realizados pelo EE orientador.	. Estabelece relações profissionais com a equipa multidisciplinar, demonstrando uma postura adequada à sua condição de estudante; . Identifica a estrutura física, dinâmica organizacional e equipa multidisciplinar do serviço; . Descreve o circuito do cliente desde a sua admissão até à alta; . Identifica manuais, protocolos, normas, orientações, instrumentos de registo, programas e projetos existentes no serviço; . Aplica os conhecimentos teóricos adquiridos durante as sessões letivas; . Reconhece as intervenções do EEEMCPSC e sua relevância para a equipa multidisciplinar; . Aproveita as oportunidades de aprendizagem disponíveis; . Gere as suas práticas de forma a promover a ética profissional, a autonomia e o profissionalismo; . Participa ativamente na prestação de cuidados e nos projetos em curso desenvolvidos pelo enfermeiro orientador.	Materiais: . Guias de integração e acolhimento; . Normas e protocolos do serviço; . Regulamento competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Código Deontológico do Enfermeiro. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SCEHL; . SICHL. Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	1- Desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente na prevenção do RV.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>1.2 - Aprofundar os conhecimentos adquiridos sobre a pessoa idosa com RV, com base na evidência científica, de modo a fundamentar a tomada de decisão e a aquisição de competências de EEEMCPSC.</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Aplicar os conteúdos programáticos das unidades curriculares no cuidado à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador. . Avaliar as necessidades, desafios e experiências enfrentadas pela pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador; . Adaptar a prestação de cuidados à pessoa com RV e/ou familiar/cuidador de forma a permitir a transição saúde/doença; . Pesquisar e apresentar informações relevantes sobre as políticas de saúde e sociais em vigor, discutindo o seu impacto na prática de cuidados à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador. . Integrar na prática os conceitos e quadros de referência de enfermagem pertinentes à área temática do projeto; . Realizar pesquisas bibliográficas em bases de dados científicos sobre cuidados de enfermagem à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador, sempre que se justifique; . Apresentar e discutir as implicações de pesquisa relevantes para os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador.	. Mobiliza e aplica conteúdos programáticos das unidades curriculares relacionados ao cuidado da pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador. . Demonstra conhecimentos sobre as necessidades, desafios e experiências enfrentadas pela pessoa idosa com RV, e/ou familiar/cuidador, ao longo do processo de transição saúde/doença; . Demonstra conhecimento sobre modelos conceptual do Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro à pessoa idosa RV e/ou familiar/cuidador; . Demonstra conhecimento sobre as políticas de saúde e sociais direcionadas à pessoa idosa com RV e/ou famílias/cuidadores; . Demonstra capacidade em integrar temáticas relacionadas aos quadros de referência de enfermagem e à área temática do projeto; . Mobiliza diversas fontes na busca de evidências científicas e orientações de boas práticas para os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador; . Promove discussões sobre as implicações da pesquisa na prática de cuidados à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador;	Materiais: . Normas e protocolos; . Regulamento de competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Código Deontológico do Enfermeiro; . Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na ESEL. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SCEHL; . SICHL. Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	1- Desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente na prevenção do RV.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>1.3 - Elaborar de PC à pessoa idosa com RV, tendo por base de referência o modelo de parceria do Cuidado-de-Si</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Elaborar e executar PC em parceria com a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, com base no seu projeto de vida, saúde e dignidade, promovendo o Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro; . Criar um ambiente físico acolhedor e seguro, que promova o conforto e a confidencialidade da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; . Avaliar de forma completa as necessidades, preferências e objetivos de cuidados da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; . Estabelecer comunicação aberta e transparente, com sensibilidade cultural, com envolvimento ativo da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador na tomada de decisão e empoderamento; . Identificar e priorizar os problemas de saúde e estabelecer metas realistas e alcançáveis em conjunto com a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; . Monitorizar regularmente o progresso da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador em relação às metas estabelecidas, com ferramentas de avaliação apropriadas; . Aplicar conhecimentos especializados de enfermagem para fornecer suporte e intervenções adequadas à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, com o objetivo de melhorar sua adaptação às situações complexas; . Garantir o acesso da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador ao consentimento informado livre e esclarecido sobre o plano de cuidados, tratamentos e opções disponíveis.	. Elabora um PC estabelecido em parceria com a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, com base no seu projeto de vida e saúde, respeitando sua dignidade e promovendo a autogestão da doença e o autocuidado; . Avalia a adaptação a situações complexas, utilizando práticas de enfermagem avançadas; . Estabelece ambiente terapêutico e seguro para a pessoa idosa e familiar/cuidador; . Demonstra habilidades de comunicação no estabelecimento da relação de parceria e terapêutica nos cuidados à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; . Evidencia capacidade de diagnóstico de enfermagem e julgamento clínico em situações complexas de cuidado, com perspetiva teórica de enfermagem no processo de tomada de decisão; . Avalia resultados das intervenções do plano de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou familiar/cuidador. . Regista dados, ações e resultados relevantes de forma rigorosa, objetiva e segura.	Materiais: . Normas e protocolos; . Regulamento de competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Código Deontológico do Enfermeiro; . Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na ESEL. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SCEHL; . SICHIL. Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	1- Desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e/ou familiar/cuidador, nomeadamente na prevenção do RV.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>1.4 - Participar na gestão de cuidados à pessoa idosa com RV, e/ou familiar/cuidador, em colaboração com equipa multidisciplinar, na promoção do Cuidado-de-Si/Cuidado-do-Outro</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Discutir com a equipa multidisciplinar a situação da pessoa idosa com RV; . Participar na formulação de diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados individualizados; . Efetuar a avaliação das necessidades holísticas da pessoa idosa com RV; . Articular com os diferentes prestadores de cuidados de saúde e cuidados sociais (serviços de saúde, grupos de apoio, programas de reabilitação e assistência social), à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador; . Partilhar informações relevantes entre os prestadores de cuidados de saúde e sociais, facilitando a continuidade e a transição adequada dos cuidados e promoção do Cuidado-de-Si; . Identificar e resolver lacunas na prestação de cuidados, promovendo uma abordagem holística e abrangente; . Orientar a pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador sobre os recursos disponíveis; . Participar de atividades de formação da equipa; . Agir de forma reflexiva e em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo o respeito pela dignidade, autonomia e direitos da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; . Participar na gestão das circunstâncias que potenciem a ocorrência de eventos adversos e na prevenção do risco, visando uma cultura de segurança; . Colaborar com a equipa na implementação de medidas de segurança e prevenção de eventos adversos.	. Trabalha com equipa interdisciplinar na avaliação da condição da pessoa idosa com RV; . Contribui para a articulação entre as entidades e diferentes prestadores de cuidados de saúde e cuidados sociais, tendo em conta a continuidade de cuidados; . Identifica os recursos de saúde e sociais na comunidade indicados para pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador; . Promove o trabalho em rede de modo a garantir uma maior eficiência dos cuidados: . Age de forma reflexiva e em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo o respeito pela dignidade, autonomia e direitos da pessoa idosa e/ou familiar/cuidador; . Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador, para a promoção do Cuidado-de-Si; . Participa na gestão das circunstâncias que potenciam a ocorrência de eventos adversos e na prevenção do risco, visando uma cultura de segurança; . Participa em formação de profissionais de saúde, visando a melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador. . Reflete na e sobre a sua prática, utilizando diários de aprendizagem e guiões reflexivos;	Materiais: . Normas e protocolos; . Regulamento de competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Código Deontológico do Enfermeiro; . Livros técnicos e artigos científicos, disponíveis na ESEL. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SCEHL; . SICHL. Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	2 – Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na TE, nomeadamente na consulta externa de RV, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com RV e/ou familiar cuidador.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>2.1 - Contribuir para a planificação da TE na promoção do Cuidar-de-Si à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador, na consulta externa, em colaboração com o EE</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Estabelecer uma parceria com a pessoa idosa com RV e/ou cuidador/familiar; . Identificar o conhecimento da pessoa idosa e/ou cuidador/familiar sobre a doença e expectativas em relação à TE; . Estabelecer uma parceria de trabalho com a EE, através de uma análise conjunta das necessidades e objetivos da pessoa idosa com RV e/ou cuidador/familiar; . Analisar e avaliar as diferentes etapas dos modelos do cuidado-de-si; . Adaptar o modelo às necessidades e características específicas da pessoa idosa com risco CV, considerando as melhores práticas e evidências disponíveis; . Colaborar na elaboração de um projeto de TE que inclua estratégias e intervenções específicas para promover o cuidado-de-si na pessoa com risco CV; . Garantir que o projeto esteja em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a privacidade, dignidade e autonomia da pessoa; . Apresentar o projeto de TC, com enfoque nos principais pontos e objetivos; . Compreender de forma detalhada cada fase do projeto de TC, incluindo os objetivos específicos, as atividades a serem realizadas e os resultados esperados.	. Adequa o modelo de promoção do cuidado-de-si à TC; . Elabora um projeto de TC em colaboração com a EE, para a promoção do cuidado-de-si na pessoa idosa com RV considerando as práticas éticas e deontológicas exigidas; . Identifica e descreve com clareza as fases do projeto de TC a ser implementado; . Apresenta o projeto de TC de forma clara e objetiva, em articulação com o EE orientador.	Materiais: . Regulamento competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Guia TE da OE; . CDE. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SCEHL; Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	2 – Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na TE, nomeadamente na consulta externa de RV, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com RV e/ou familiar cuidador.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>2.2 - Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na prestação de cuidados via TE de enfermagem em parceria com a PI com risco CV e/ou sua família/cuidador na promoção do cuidado-de-Si</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Pesquisar e analisar as competências específicas do EEEMCPSC aplicáveis à TE; . Identificar e compreender o modelo de promoção do cuidado-de-si aplicado à TE; . Observar a TE de outras áreas (já instituídas) e analisar estudos de caso para adquirir habilidades práticas; . Desenvolver estratégias de promoção do Cuidado-de-Si durante a TE; . Discutir casos clínicos com EE e/ou equipe multidisciplinar sobre a perspetiva do EEEMCPSC na TE de Enfermagem; . Participar em cursos ou formações específicas sobre aprendizagem profissional e desenvolvimento de competências na TE; . Realizar pesquisas bibliográficas relevantes na área da TE e de cuidados a pessoa idosa com RV; . Preparar apresentações ou palestras (se necessário) sobre tópicos específicos relacionados com a TE; . Realizar uma busca sistemática de literatura para identificar estudos relevantes para a "scoping review"; . Analisar e sintetizar os dados dos estudos selecionados, identificando as principais tendências, lacunas de conhecimento e recomendações para futuras pesquisas na área da TE à pessoa idosa com RV.	. Identifica as competências do EEEMCPSC relacionadas com TE e modelo de promoção do cuidado-de-si; . Desenvolve competências de EE na promoção do cuidado-de-si, através da TE; . Reflete sobre o contributo específico do EEEMCPSC na TE de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador, integrado na equipa multidisciplinar; . Mobiliza conhecimentos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais; . Mantém de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional nas práticas de TE à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador; . Empenha-se na aprendizagem em estreita relação com a professora e o EE do local de estágio, dedicando-se ao desenvolvimento do seu projeto de no contexto da TE; . Demonstra capacidade para apresentar conteúdos clínicos, profissionais e académicos relacionados com a TE, com a finalidade de disseminar o conhecimento e/ou fornecer formação às equipas de cuidados. . Realiza “scoping review” proposta.	Materiais: . Regulamento competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Guia TE da OE; . CDE. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SCEHL; Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	3 – Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na TE, nomeadamente no SICHL, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com RV e/ou familiar cuidador.	
<u>Objectivo Específico</u>	<u>3.1 - Participar na CTAPA, em vigor no serviço de Cardiologia do HSM, contribuindo para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com HTA na prevenção do RV e/ou familiar/cuidador, em colaboração com o EE.</u>	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Estabelecer uma parceria com a pessoa idosa com HTA na prevenção do RV e/ou cuidador/familiar; . Identificar o conhecimento da pessoa idosa e/ou cuidador/familiar sobre a doença e expectativas em relação à TE (consulta de follow-up); . Estabelecer uma parceria de trabalho com o EE responsável pela CTAPA e restante equipa, através de uma análise conjunta das necessidades e objetivos da mesma; . Analisar e avaliar as diferentes etapas do modelo do Cuidado-de-Si e possível implementação à CTAPA; . Adaptar o modelo às necessidades e características específicas da pessoa idosa com RV, considerando as melhores práticas e evidências disponíveis; . Elaborar um guião de TE que inclua estratégias e intervenções específicas para promover o Cuidado-de-Si na pessoa com RV; . Garantir que a TE esteja em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a privacidade, dignidade e autonomia da pessoa; . Compreender de forma detalhada cada fase do projeto de TE, incluindo os objetivos específicos, as atividades a serem realizadas e os resultados esperados.	. Realiza pesquisas bibliográficas sobre o uso da TE na intervenção do EE na promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa com HTA na prevenção do risco CV e/ou familiar/cuidador; . Identifica os principais ganhos em saúde e benefícios resultantes da implementação da intervenção em questão; . Planeia as intervenções de enfermagem adequadas à pessoa idosa com HTA na prevenção do RV e seus familiares/cuidadores, em consonância com o modelo adotado; . Identifica e descreve as fases da consulta; . Conclui a "Scoping Review" realizada sobre o tema.	Materiais: . Regulamento competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Guia TE da OE; . CDE. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SICHL; Temporais: . Cronograma.

Objetivo geral	3 – Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na TE, nomeadamente no SICHL, para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com RV e/ou familiar cuidador.	
<u>Objectivo Específico</u>	3.2 - Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre na prestação de cuidados via TE em parceria com a pessoa idosa com HTA na prevenção do RV e/ou familiar/cuidador na promoção do Cuidado-de-Si	
Atividades	Indicadores	Recursos
. Pesquisar e analisar as competências específicas do EEEMCPSC aplicáveis à TE; . Identificar e compreender o modelo de promoção do Cuidado-de-Si aplicado à TE; . Observar a TE de outras áreas (já instituídas) e analisar estudos de caso para adquirir habilidades práticas; . Desenvolver estratégias de promoção do Cuidado-de-Si durante a TE; . Discutir casos clínicos com EE e/ou equipe multidisciplinar sobre a perspetiva do EEEMCPSC na TE; . Participar em cursos ou formações específicas sobre aprendizagem profissional e desenvolvimento de competências na TE. . Realizar pesquisas bibliográficas relevantes na área da TE e de cuidados a pessoas idosas com risco CV; . Preparar apresentações ou palestras (se necessário) sobre tópicos específicos relacionados com a TE;	. Identifica as competências do EEEMCPSC relacionadas com TE e modelo de intervenção em parceria para a promoção do Cuidado-de-Si; . Desenvolve competências de EE na promoção do cuidado-de-si, através da TE; . Reflete sobre o contributo específico do EEEMCPSC na TE no cuidado à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador, integrado na equipa multidisciplinar; . Mobiliza conhecimentos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais; . Mantém de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional nas práticas de TE à pessoa idosa com RV e/ou familiar/cuidador; . Empenha-se na aprendizagem em estreita relação com a professora e o EE do local de estágio, dedicando-se ao desenvolvimento do seu projeto de no contexto da TE; . Demonstra capacidade para apresentar conteúdos clínicos, profissionais e académicos relacionados com a TE, com a finalidade de disseminar o conhecimento e/ou fornecer formação às equipas de cuidados. . Conclui “scoping review” proposta.	Materiais: . Regulamento competências comuns e específicas do EEEMCPSC; . Guia TE da OE; . CDE. Humanos: . EE orientador; . Cliente, família e/ou cuidador; . Enfermeiro orientador da ESEL. Físicos: . SICHL; Temporais: . Cronograma.

Apêndice III

Cronograma do Projeto Formativo

Ano 2023											Ano 2024				
Atividade	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Pesquisa e Revisão Bibliográfica															
Entrevista Locais de Estágio															
Elaboração do PF															
Reuniões Tutoriais															
Estágio SCEHL															
Revisão “Scoping”															
Estudo de Caso															
Estágio SICHHL															
Realização Relatório Final de Estágio															

Apêndice IV

Revisão *Scoping*

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade inevitável e inescapável, que tem vindo a moldar significativamente os desafios e as prioridades nos cuidados de saúde, particularmente no âmbito da enfermagem. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística de 2022, observa-se uma projeção preocupante, indicando uma proporção de 128,0 para 181,3 idosos por cada 100 jovens, com uma tendência para duplicar até 2080.

Esta mudança demográfica traz consigo uma crescente prevalência de Doenças Crónicas (DC), atingindo 43,9% da população em Portugal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2023, a HTA é a DC não transmissível mais prevalente, afetando 46% da população mundial, dos quais 1,28 mil milhões de adultos desconhecem ser portadores. Em Portugal, estudos recentes (Santos, 2022) revelam uma prevalência de 36%, sendo uma das principais causas de mortalidade. Além disso, é alarmante constatar que apenas 38,9% das pessoas diagnosticadas com HTA tomam medicação, enquanto apenas 28,9% conseguem manter a sua Tensão Arterial (TA) sob controlo. No contexto hospitalar, a prevalência de HTA no internamento varia entre 50,5% a 72% (Amado et al. 2020).

Diante deste panorama desafiador, emerge a necessidade de aplicação de estratégias inovadoras e sustentáveis para enfrentar os problemas relacionados com o envelhecimento e as DC. Em 2021 a OMS, em plena pandemia COVID-19, delineou o *“Global strategy on digital health”* que visa fomentar a utilização apropriada de recursos digitais e tecnologias adaptáveis às diversas nações e cenários, com o propósito de enfrentar os principais desafios do sistema de saúde e promover a equidade no acesso a esses recursos, garantindo que nenhuma pessoa seja excluída (OMS, 2021, pág.16). Também a SPMS, em 2019, no Plano Estratégico Nacional para a TeleSaúde (PENTS), já definia a Telessaúde, como uma solução promissora, onde se insere a TelEnfermagem (TE) (com a teleconsulta e a telemonitorização), propondo-se a moldar o futuro dos cuidados de enfermagem. Apesar de ter sido impulsionada significativamente pelos desafios apresentados pela Pandemia COVID-19, “a Telenfermagem era já uma realidade que precisa persistir, evoluir e aprimorar-se de forma contínua e sistemática, independentemente daquela situação excecional” (OE 2021, pág.9).

A TeleConsulta (TC) de enfermagem, pode ser definida como "consulta na qual o enfermeiro, à distância e com recurso às tecnologias de comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde", e representa um avanço significativo na abordagem preventiva, avaliativa, diagnóstica e interventiva (OE, 2021, pág. 26). Por sua vez, a TeleMonitorização (TM) consiste “na utilização de tecnologias de comunicação para monitorizar à distância, parâmetros biométricos do cliente, tais como a TA, ritmo cardíaco, glicemia capilar, peso, oximetria e temperatura, que são transmitidos ao prestador de cuidados.” (SPMS, 2019, pág. 39). O enfermeiro, sempre que necessário, deve

socorrer-se da TM, para a criação de diagnósticos de enfermagem e, conseqüente, planeamento de intervenções (SPMS, 2019, pág. 39).

Diante desse contexto, esta scoping review, propõe-se a explorar e sintetizar as evidências existentes sobre a eficácia da telenfermagem na gestão da HTA para a prevenção e controlo do Risco Vascular (RV) na Pessoa Idosa (PI). Este estudo visa contribuir significativamente para o avanço dos cuidados de enfermagem, fornecendo contributos valiosos sobre a implementação eficaz desta abordagem inovadora no contexto do envelhecimento populacional e das doenças crónicas.

Método

A presente “*scoping review*” foi realizada seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute (JBI)* (Peter et al., 2020; Aromatis & Munn, 2020). A estratégia de pesquisa e a análise dos artigos foram conduzidas de acordo com as diretrizes de revisões sistemáticas e extensão de meta-análises, especificamente o PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Critérios de seleção

Os critérios de inclusão e exclusão foram determinados de acordo com a terminologia População, Conceito e Contexto (PCC), tendo por base os princípios orientadores do *JBI*. Neste sentido foi construída a questão de investigação: Qual é o contributo da Teleconsulta de Enfermagem (C) para a prevenção e controlo do risco cardiovascular da pessoa idosa com HTA (P), em vários contextos (C)?

- **População:** Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos;
- **Conceito:** Contributos da teleconsulta na prevenção e controlo da HTA e Risco Vascular (RV);
- **Contexto:** Clientes com ou sem HTA controlada, é viável qualquer contexto.

Foram eliminados os artigos que não apresentavam correlação com a questão principal e com cuidados de enfermagem. Também foram eliminados os artigos que não tinham objetivos definidos ou eram de natureza opinativa ou editorial.

Esta revisão incluiu estudos com desenhos qualitativos, quantitativos e mistos, além de incorporar outras revisões sistemáticas anteriormente conduzidas que exploravam a questão de pesquisa, sem restrições quanto ao idioma ou período temporal.

Estratégia de pesquisa

Para validar a novidade do tema em estudo foi realizada uma pesquisa em diversas bases de dados no dia 19 de maio de 2023, como a *PubMed database*, *JBI Evidence Synthesis* e PROSPERO e não foi encontrada nenhuma *scoping review* já finalizada ou com protocolo registado.

Considerando a lista de verificação *Peer Review of the Electronic Search Strategies* (McGowan et al., 2016), dois autores desenvolveram a estratégia de pesquisa (MD e AR), que foi validada por um terceiro autor (IG).

Foram utilizadas as bases de dados eletrónicas *MEDLINE* (via *PubMed*) e *CINAHL Complete (EBSCOhost)* para a busca de artigos. Os descritores foram validados no *Medical Subject Headings (MeSH)*, visando assegurar um procedimento de seleção e extração de dados de alta qualidade. A estratégia de pesquisa adotada é detalhada na tabela 1. Também foi considerada alguma literatura cinzenta do Google académico. A pesquisa foi realizada a 19 de maio de 2023.

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa MEDLINE (EBSCOhost) and CINAHL Complete (EBSCOhost) conduzida 19/05/2023

Pesquisa	Descritores	Posição	Descrição
#1	<i>"tele*"</i>	TI (título)	Qualquer termo com tele* (telenfermagem, teleconsulta, telemonitorização) no título
#2	<i>"Hipert* or Cardio* Risk"</i>	AND TX (texto)	Texto contendo Hipertensão e/ou Risco Vascular
#3	<i>"Aged: 65+ years"</i>	AND TX (texto)	Texto contendo apenas com pop. com mais de 65 anos
#4	<i>"nurs*"</i>	AND TX (texto)	Texto contendo enfermeiro/enfermagem

Processo de seleção e critérios de elegibilidade dos artigos

Todos os documentos foram extraídos de acordo com o título e o resumo, que estavam relacionados aos objetivos definidos para scoping review. Os artigos repetidos foram eliminados com o auxílio da ferramenta Mendeley® 19.4 (Mendeley Ltd., Elsevier, Amsterdam, The Netherlands). Os dados foram extraídos e sistematizados pela seguinte forma: autor(es), ano e país do estudo; objetivo; metodologia; população/tamanho da amostra e contributo da TE para a prevenção e controlo do risco cardiovascular da PI. Todas as divergências quanto à inclusão de relatórios foram resolvidas por meio de discussão com um terceiro revisor (IDG).

Resultados

Características dos estudos incluídos, contexto e população

A pesquisa inicial identificou um total de 49 artigos. Após a remoção de duplicados (2) e artigos com participantes com idade inferior a 65 anos (10), restaram 37. Uma análise mais aprofundada dos títulos e resumos resultou na exclusão de 1 artigo sem correlação com o objeto de estudo e 10 devido à falta de acesso integral ao texto, deixando 26 artigos elegíveis. No entanto, ao verificar o conteúdo, confirmou-se que 22 continham concomitantemente uma população inferior a 65 anos, resultando em apenas 7 artigos para análise detalhada. Estes artigos e documentos selecionados serão discutidos e sistematizados neste artigo, conforme mostrado na Figura 1.

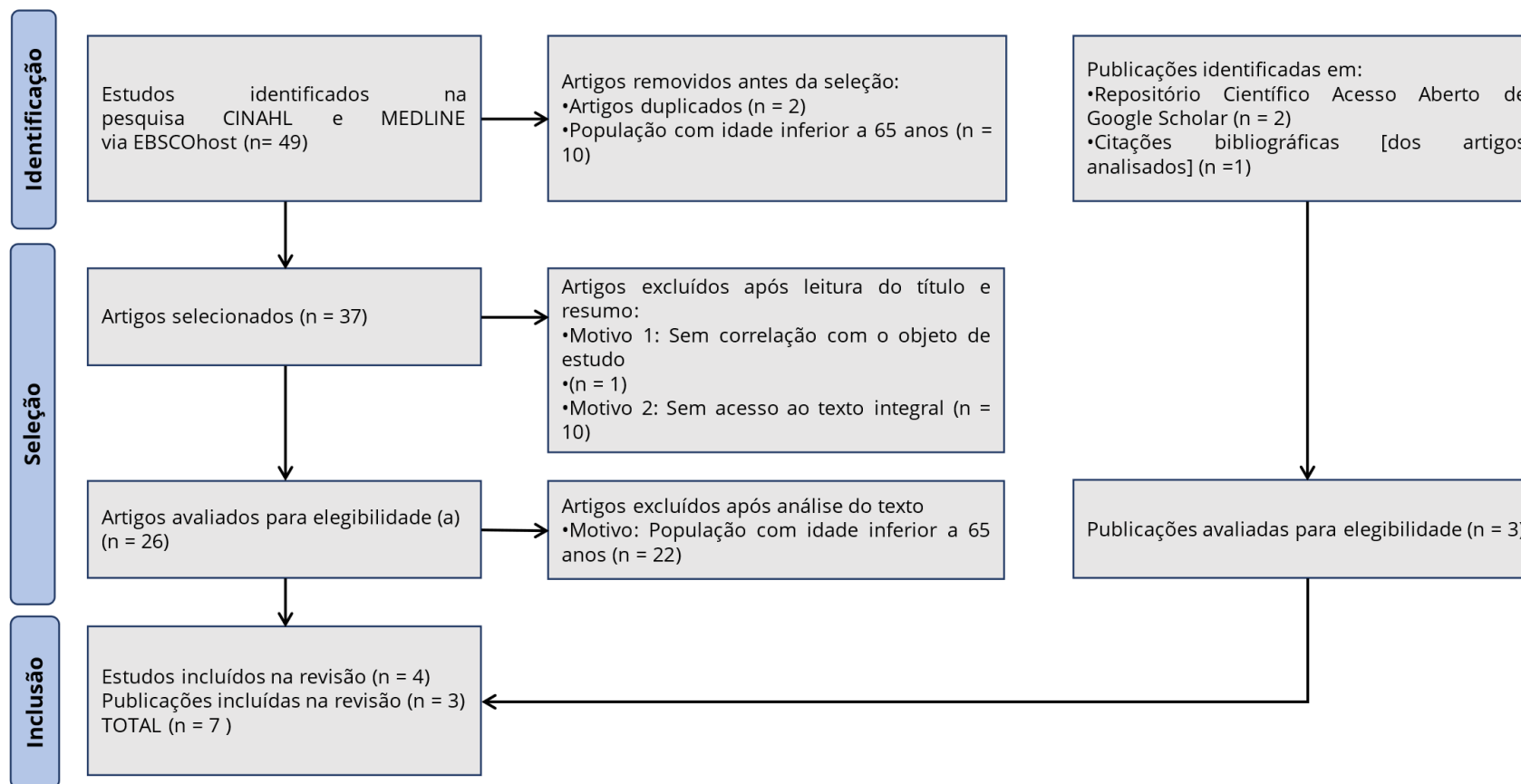
Os artigos incluídos originam-se de 6 países distintos: Estados Unidos da América (n=2), Canadá (n=1), Espanha (n=1), Brasil (n=1), Japão (n=1) e Reino Unido (n=1).

Ao considerar os diferentes desenhos de estudos, observou-se que há 3 estudos qualitativos, 3 estudos quantitativos e 1 estudo descritivo. Quanto aos contextos de cuidados abordados, foram aceitos artigos de qualquer contexto, uma vez que a importância da prevenção e controlo do risco cardiovascular é transversal a qualquer ambiente.

Apresentação dos dados

Para um entendimento mais fácil das principais informações contidas nos estudos incluídos realizou-se a tabela 2, que sintetizou os dados relativos ao autor/ ano de publicação; objetivo principal; metodologia; amostra/ população em estudo e contexto de cuidados e o conceito.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos



a) Esta decisão pode ser suportada pelo recurso à *Checklist*. - *JBI's critical appraisal tools*

Tabela 2 - Sistematização dos artigos e publicações incluídos na Scoping Review

Autor(es)/ Ano de publicação/ País	Objetivo	Metodologia	População em estudo Composição da amostra Contexto de cuidados	Conceito (ex. Percepções, Facilitadores e fatores inibitórios)
Millan-Calenti et al., 2016 Espanha	Definir o perfil, padrão de consumo de medicamentos e frequência de doenças em utilizadores de serviço de teleassistência.	Estudo retrospectivo, transversal, descritivo e aleatório; Quantitativo; Duração do estudo: 6 meses. Chamadas regulares + serviço de SOS.	742 idosos (homens e mulheres) com mais de 65 anos que usam teleassistência; 75% consumiam medicamentos sistema cardiovascular; Média de idades: 83,3anos; Comorbilidade de 2,8 doenças/pessoa; 51,1% com HTA, 34,7% com Enfarte Agudo do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca. Ambulatório	• Minimiza a necessidade de viagens; • Vigilância regular; • Melhora a QV da PI e cuidador; • Diminui elimina a possibilidade de internamentos; • Melhorou a autogestão da HTA e controlo da PA em pacientes idosos; • Aumento da adesão terapêutica; • Adequada para pessoas com dependência na marcha; • Reduz a incidência/gravidade/custos com as quedas.
Adie et al., 2010 Reino unido	Investigar se o acompanhamento telefónico para controlo da TA aumentou o controle dos fatores de risco em pacientes com AVC/AIT.	Estudo aleatório; Quantitativo; Duração do estudo: 6 meses. Contato inicial + TC ao fim de 6 meses.	56 pacientes (homens e mulheres) com mais de 18 anos; Acidente Vascular Cerebral/Acidente Isquémico Transitório há 1 mês: 27 receberam cuidados habituais, 29 cuidados habituais mais TC; Média de idades: 72,5 anos; 69,7% com HTA; 21,5% com hipercolesterolemia. AIT – 43%, 57% pequeno AVC, 12,5% AVC e AIT anterior.; 18% fumadores. Ambulatório	• Redução dos valores de PA em ambos os grupos; • Melhorou o conhecimento sobre a medicação no grupo com TC; • Redução significativa no colesterol total nos dois grupos (facilidade da medicação); • Fumadores da TC deixaram de fumar; • Redução na recorrência de Acidente Vascular Cerebral/Acidente Isquémico. • Refere limitação de tempo; • Tamanho da amostra pequeno; • Insuficiente para aumentar a adesão; • Recomenda o uso de entrevistas motivacionais; • Mantiveram número de contato com os Hospitais.
Jensen et al., 2009 Estados Unidos	Descrever o comportamento na procura de cuidados de saúde dos participantes com alto risco de doença cardiovascular;	Estudo aleatório; Qualitativo; Duração do estudo: 1 mês. Teleconsulta ao fim de 1 mês após contato inicial.	447 participantes (homens e mulheres) com mais de 18 anos com alto risco de DCV; Média de idades: 69 anos; 62% com HTA; Fumador (14,3%), Diabetes (50%), hipercolesterolemia (47,4%)	• Motivou os contactos com profissional de saúde e/ou marcação de consulta; • Motivou a procura sobre o conhecimento da sua doença e risco CV, dieta e/ou exercício; • Melhorou a procura/adesão terapêutica; • Criou dinâmica de “empoderamento”; • Incita os profissionais de saúde a implementar e melhorar as estratégias para diminuir o risco CV clientes;

	Descrever as terapias de redução do risco de doença cardiovascular fornecidas aos participantes da 9ª feira de saúde.		ACV: DCA (16,6%), EAM (9,6%), Revascularização Coronária (12,3%); Sem grupo de controlo; Ambulatório.	- Apenas 1 discutiu a cessação tabágica. - Recomenda maior período de tempo e mensagem eficaz; - Recomenda o uso de entrevistas motivacionais.
Correia et al., 2020 Brasil	Relatar sobre a utilização da teleorientação pela enfermagem como estratégia direcionada a hipertensos em isolamento social sob atendimento de um ambulatório especializado.	Estudo aleatório; Qualitativo; Duração do estudo: de 7 a 10 de abril de 2020, durante a pandemia (isolamento social) Contato telefónico diário.	53 participantes (homens e mulheres) com mais de 60 anos com HTA resistente: 27 para o grupo com TM, 26 para o grupo controlo. Média de idades: 69 anos; Ambulatório; Videochamadas semanais.	- Evitou o deslocamento (em contexto de pandemia); - Reforçado o vínculo de confiança com o profissional de saúde; - Reforça o autocuidado, adesão terapêutica, cuidados alimentares; - Promoveu a escuta ativa durante o isolamento/diminuiu a solidão; - Promove a Qualidade de Vida (QV).
Idris et al., 2015 Estados Unidos	Determinar a praticidade e aceitabilidade de um novo sistema de TM doméstico (Health Connect).	Estudo randomizado; Qualitativo; Duração do estudo: 3 meses; Videochamadas semanais.	28 participantes (homens e mulheres) com mais de 65 anos com IC sistólica classe II/III da NYHA e FE 35%: 14 para o grupo de TM e 14 para o grupo controle. Média de idades: 69 anos; 96% com HTA; Fumador (39%), Diabetes (57%), Dislipidemia (67%) ACV: DCA (32%); Ambulatório.	- Diminuição da taxa de reinternamento foram menores no grupo com TM; - Benefício adicional de consultas virtuais com profissionais de saúde; - Criou dinâmica de “empoderamento” – clientes ganham percepção e consciência sobre a doença; - Fomenta a adesão terapêutica; - Oportunidade ideal para educação do paciente; - Estudo relata uma alta taxa de satisfação do utente. - Deteta alterações nos SV que permite intervenção precoce dos profissionais de saúde; - Possibilidade de custos significativamente menores que os reinternamentos (a confirmar). - Não foi detetada diferença significativa na readmissão hospitalar ou morte entre os 2 grupos;
Padwal et al., 2018 Canadá	Comparar o custo-efetividade da TM versus cuidados habituais em pessoas com doença	Estudo de coorte; Quantitativo; Duração do estudo: 3 meses, depois trimestralmente (20 anos).	279 participantes com evento cerebrovascular menor recente; Média de idades: 67,6 anos;	- Economia de custos, aumento da QV e melhorias na saúde; - Redução do número de AVC's, EAM e angina instável e mortes no grupo com TM; - Redução dos valores de PA no grupo com TM. - Recomenda estratégias e financiamento para ampla implementação da TM.

	cerebrovascular, em lares.			• Recomendam a gestão de caso;
Fujiwara et al., 2023 Japão	Abordar e discutir as evidências atuais sobre sistemas de TM para o tratamento da HTA em idosos.	Revisão bibliográfica; Estudo descritivo;	Pessoas com mais de 65 anos em telemonitorização; Pessoas com HTA; Revisão bibliográfica;	• Redução do risco de doença CV; • Prevenção de quedas e hipotensão postural; • Identificação de HTA mascarada; • Deteta variações sazonais; • Diminui a carga laboral; • Rigor no relatório das PA's; • Anula alguma iliteracia tecnológica do cliente; • Deteta possível não adesão e previne as suas complicações; • Fornecem estimativas abrangentes do nível médio da PA; • Melhora a educação e a comunicação com os médicos; • Reduz o risco de síncope e quedas; • Diminui as distâncias geográficas; • Reduz as idas desnecessárias aos consultórios; • Aumenta a autogestão da doença; • Acesso a cuidados de saúde de alta qualidade em regiões remotas; • Melhor controlo da PA e prevenção de eventos adversos.

Discussão

Para analisar os dados obtidos, escolhemos uma abordagem que segue as diversas dimensões identificadas no conceito, nomeadamente o Controlo e Prevenção do Risco Cardiovascular, Autogestão da(s) doença(s), Melhoria da QV, Adesão terapêutica, Inércia clínica e Monitorização e Prevenção de eventos adversos.

Controlo e Prevenção do risco CV

A evidência apresentada sugere que a TE surge como uma ferramenta promissora neste contexto, proporcionando uma gama de benefícios que contribuem para o reforço do autocuidado, adesão terapêutica e cuidados alimentares, como evidenciado por Correia et al. (2020). Adie et al. (2010) destaca a importância da TE ao fomentar o contato regular com os hospitais e ao demonstrar a eficácia na redução dos valores de TA em grupos que utilizam a TM. Essa redução, como apontado por Padwal et al. 2018, está diretamente ligada à diminuição do risco de doenças cardiovasculares.

Outro ponto relevante é a capacidade da TM, em identificar a hipertensão arterial mascarada, detectar variações sazonais e fornecer estimativas abrangentes do nível médio da PA (Fujiwara et al. 2023). Estes elementos são fundamentais para uma intervenção personalizada e eficaz na prevenção e controle do risco cardiovascular. Jensen et al. (2009) enfatizam que a TE não apenas motiva os pacientes a manterem contato frequente com profissionais de saúde, mas também estimula a busca ativa de conhecimento sobre sua doença e os fatores de risco cardiovascular. Isso cria uma dinâmica de "empoderamento", onde os pacientes ganham percepção e consciência sobre sua condição de saúde, incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis, como dieta equilibrada e prática regular de exercícios. Além disso, a TE demonstra ser uma ferramenta eficaz na anulação da iliteracia tecnológica por parte dos pacientes, conforme observado por Fujiwara et al. (2023). Essa capacidade de superar barreiras tecnológicas é essencial para garantir que toda a população tenha acesso equitativo aos benefícios da TE na prevenção e controle do risco CV. Os resultados apresentados por Idris et al. (2015) destacam uma alta taxa de satisfação do usuário em relação à TE, reforçando a aceitação positiva dessa abordagem pelos clientes.

A redução significativa no colesterol total e a cessação do tabagismo em indivíduos que participaram em TC também destaca a eficácia da TC na gestão global da saúde cardiovascular (Adie et al., 2010).

Autogestão da doença (HTA)

Segundo a evidência apresentada, a TE desempenha um papel crucial na melhoria da autogestão da HTA na PI (Millan-Calenti et al., 2016; Correia et al., 2020; Fujiwara et al., 2023). A capacidade de monitorizar regularmente os valores de TA levou a uma redução significativa dos mesmos, tanto na comunidade (Adie et al., 2010; Padwal et al., 2018) como em ambientes institucionais (Fujiwara et al., 2023). Além disso, a TC motivou o contacto frequente com profissionais de saúde, resultando na marcação de consultas regulares, o que é vital para o controlo da HTA (Jensen et al., 2009). A dinâmica de empoderamento proporcionada pela TC ficou evidente, com os clientes a adquirir uma percepção, consciência e conhecimento mais profundos sobre a doença e o risco CV (Idris et al., 2015; Jensen et al., 2009).

Melhoria da qualidade de vida

A telenfermagem demonstrou impactos positivos na QV tanto para pessoas idosas (Idris et al., 2015; Padwal et al., 2018; Correia et al., 2020) quanto para cuidadores (Millan-Calenti et al., 2016). A promoção da QV reflete-se na diminuição das taxas de reinternamento (Idris et al., 2015; Millan-Calenti et al., 2016) e na melhoria geral da saúde (Correia et al., 2020 et al.). A economia de custos associada à teleconsulta em comparação com internamentos hospitalares é uma vantagem adicional, sublinhando a eficácia do modelo de cuidado (Idris et al., 2015; Padwal et al., 2018).

A alta taxa de satisfação do utente indica uma aceitação positiva desta abordagem (Idris et al., 2015) e destaca a importância de considerar a experiência do paciente no desenvolvimento de serviços de teleconsulta. Verificou-se também a diminuição da incidência de recorrência de acidente vascular cerebral e acidente isquémico transitório (Adie et al., 2010 e Padwal et al., 2018) e foi identificada uma redução no risco de doença cardiovascular (CV) (Fujiwara et al., 2023 e Padwal et al., 2018).

Adesão terapêutica

A TE emergiu como um facilitador significativo para aumentar a adesão terapêutica em pessoas idosas (Millan-Calenti et al., 2016; Correia et al., 2020; Jensen et al., 2009; Idris et al., 2015). A melhoria do conhecimento sobre a medicação no grupo submetido a teleconsulta sobre a medicação (Adie et al., 2010/ Jensen et al., 2009 et al.) e a deteção precoce de possível não adesão (Fujiwara et al., 2023 et al.) contribuem para resultados positivos.

Prevenção da inércia clínica

A TE não apenas reforça o vínculo de confiança entre profissionais de saúde e pacientes (Correia et al., 2020), como também motiva os profissionais a implementar estratégias mais eficazes para diminuir o risco cardiovascular (Jensen et al., 2009). A deteção

de alterações nos sinais vitais (Idris et al., 2015), a identificação de hipertensão mascarada (Fujiwara et al., 2023) e a redução da carga laboral através da auto transmissão de registos (Fujiwara et al., 2023) permite a intervenção precoce dos profissionais de saúde (Idris et al., 2015).

Além disso, a telenfermagem oferece estimativas abrangentes do nível médio da PA e melhora a comunicação com os médicos (Fujiwara et al., 2023). Oferece também uma oportunidade ideal para a educação do paciente, destacando seu papel não apenas no tratamento, mas também na prevenção (Idris et al., 2015).

Monitorização e prevenção de eventos adversos

A vigilância regular facilitada pela telenfermagem contribui para a prevenção de eventos adversos (Millan-Calenti et al., 2016), especialmente em populações mais vulneráveis, como os clientes institucionalizados. A redução do risco de síncope e quedas é particularmente notável (Fujiwara et al., 2023), destacando a importância da teleconsulta na segurança do cliente (Fujiwara et al., 2023). Adie et al. destacaram uma redução significativa no número de eventos, incluindo Acidentes Vasculares Cerebrais, Enfarte Agudo do Miocárdio, angina instável e óbitos, observada no grupo que utiliza TM. Os achados de Padwal et al. (2018) corroboram essa redução, reforçando a eficácia da TM na prevenção desses eventos críticos. Esses resultados destacam a relevância da TE como uma ferramenta valiosa na gestão e prevenção de eventos isquémicos adversos.

Outras considerações

A apesar de não ser um contributo directo para a prevenção do risco cardiovascular, a fragilidade da PI emerge também como uma consideração vital ao examinar os benefícios da teleconsulta de enfermagem. Tanto os estudos de Fujiwara et al. (2023) quanto os de Millan-Calenti et al. (2016) apontam para a capacidade da teleconsulta em prevenir a incidência, reduzir a gravidade e minimizar os custos associados a quedas e hipotensão postural, dois desafios significativos para pessoas idosas frágeis. Fujiwara et al. (2023) ressaltam ainda que a TC pode superar a iliteracia tecnológica entre os clientes, eliminando barreiras que poderiam dificultar o acesso a cuidados de saúde. Millan-Calenti et al. (2016) e Fujiwara et al. (2023) evidenciam também que a teleconsulta reduz a necessidade de viagens desnecessárias, proporcionando conveniência e aliviando o ônus logístico para os pacientes frágeis. Conforme apontado por Millan-Calenti et al. (2016), a TC revela-se particularmente adequada para pessoas com dependência na marcha, oferecendo uma alternativa acessível e eficaz para a obtenção de cuidados de saúde. Fujiwara et al. (2023) destacam a capacidade da TC reduzir

as barreiras geográficas, oferecendo a oportunidade crucial de acesso a cuidados de saúde de alta qualidade em regiões remotas, superando tradicionais desafios das distâncias. Correia et al.. (2020) destacam que a TC não apenas promove a escuta ativa, mas também atua na diminuição da solidão, especialmente durante períodos de isolamento social e realçam sua utilidade em evitar deslocamentos durante períodos de pandemia, proporcionando uma solução segura e eficaz.

Conclusão

Para além da OMS, também a SPMS, com a elaboração do Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde em 2019, refere que a telessaúde (que engloba a TE) “oferece novas respostas aos grandes desafios, nomeadamente os da acessibilidade e proximidade a cuidados de saúde, da integração de cuidados, da capacitação do cidadão, doente e cuidador no SNS, entre outros. Um importante catalisador da transformação digital na saúde” (SPMS, 2019, pág.16).

Assim sendo, esta *scoping review* destaca a TE como uma solução adaptável e eficiente, sobretudo as necessidades específicas da PI frágil. Este modelo de cuidados flexível demonstrou a capacidade de superar barreiras logísticas e promover o bem-estar desta população vulnerável.

Em suma, a telenfermagem demonstrou ser uma abordagem abrangente e eficaz para aprimorar a prevenção e controle do risco vascular na PI com HTA, proporcionando benefícios significativos na autogestão da doença, QV, adesão terapêutica, inércia clínica e monitorização de eventos adversos, permitindo assim a prevenção e controlo do RV na PI.

A evidência apresentada sugere ainda que uma integração mais ampla da TC na prática clínica de enfermagem pode representar uma estratégia valiosa para enfrentar os desafios associados à saúde cardiovascular desta população mais frágil e vulnerável.

A aceitação e eficácia da TE na prevenção e controlo do risco vascular são temas que têm sido objeto de interesse crescente. Diversos estudos destacam a sua eficácia neste contexto, porém, verificou-se uma lacuna significativa, confirmada pelas poucas pesquisas direcionadas exclusivamente à população idosa. Isso ressalta a importância e pertinência desta revisão *scoping review* e espera-se que contribua para o conhecimento do contributo da TE na prevenção e controlo do RV da PI com HTA na promoção do cuidado de si e para a prática de enfermagem.

Referências Bibliográficas

Artigos Scoping

Adie, K., & James, M. A. (2010). Does telephone follow-up improve blood pressure after minor stroke or TIA? *Age and Ageing*, 39(5), 598–603. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq085>

Correia, D. M. D. S., Pimentel, A. C. E., Dutra da Costa, L. B., Guimarães, A. D. O., De França, J. V. J., Dos Santos, R. R., Pitzer, M. B., & Da Costa, K. K. R. (2020). Teleorientação a hipertensos resistentes durante a pandemia por COVID-19: uma ação inovadora na enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 11(2.ESP). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.esp.3860>

Fujiwara, T., Sheppard, J. P., Hoshida, S., Kario, K., & McManus, R. J. (2023). Medical Telemonitoring for the Management of Hypertension in Older Patients in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2227. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032227> <https://doi.org/10.3909/ricm0760>

Idris, S., Degheim, G., Ghalayini, W., Larsen, T. R., Nejad, D., & David, S. (2015). Home Telemedicine in Heart Failure: A Pilot Study of Integrated Telemonitoring and Virtual Provider Appointments. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 16(2), 156–162. <https://doi.org/10.3909/ricm0760>

Jensen, L., Leeman-Castillo, B., Coronel, S. M., Perry, D., Belz, C., Kapral, C., & Krantz, M. J. (2009). Impact of a Nurse Telephone Intervention Among High-Cardiovascular-Risk, Health Fair Participants. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 447–453. <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3181b246d9>

Millán-Calenti, J. C., Martínez-Isasi, S., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2016). Morbidity and medication consumption among users of home telecare services. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 888-900. <https://doi.org/10.1111/hsc.12377>

Padwal, R. S., So, H., Wood, P. W., Mcalister, F. A., Siddiqui, M., Norris, C. M., Jeerakathil, T., Stone, J., Valaire, S., Mann, B., Boulanger, P., & Klarenbach, S. W. (2018). Cost-effectiveness of home blood pressure telemonitoring and case management in the secondary prevention of cerebrovascular disease in Canada. *The Journal of Clinical Hypertension*, 21(2), 159–168. <https://doi.org/10.1111/jch.13459>

Restantes referências:

Amado C., Leal M., Valente T., Aveiro M., Ribeiro F., Cruz M. (2020). A Hipertensão Arterial num dia de internamento – Caracterização de um dia de internamento. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 79, 6-25. [ISSN: 1646-8287](https://doi.org/10.1111/jch.13459)

Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>

DGS (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa, Portugal: DGS, Direção Geral da Saúde.

- Gomes, I.D., Silva, L.V., Karina G., Sobreira, L.S., Ribeiro de Souza, M.C.M, Souto, R.Q. (2022). Age-Friendly Primary Health Care: A Scoping Review. *Gerontechnology IV*. (pp 94-107). [DOI:10.1007/978-3-030-97524-1_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_10)
- INE (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2022). Censos 2021. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2022). Estado de saúde. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2022). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2019-2021. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of clinical epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- OE (2021). Consultas de Enfermagem à distância, TELENFERMAGEM – Guia de Recomendações. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, et al.. (2020) Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth*, 18(10):2119-2126. [doi:10.11124/JBIES-20-00167](https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167)
- SPMS (2019). Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde. Lisboa, Portugal: SPMS, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-085>
- WHO (2019). Recommendations on digital interventions for health system strengthening. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>
- WHO (2020). Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthyageing-plan-of-action>
- WHO (2023). Global strategy on digital health 2020-2025. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- WHO (2023). Non communicable diseases. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Apêndice V

Guia da Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular para o SCEHL

Consulta de Enfermagem de Risco Vascular

1ª e 2ª Fases - Revelar-se e Envolver-se		
Objetivo: Estruturar a CRV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Preparação da consulta presencial	• Consentimento informado, livre esclarecido e assinado;	Criar condições para uma consulta de enfermagem em parceria com pessoa com risco vascular (RV)

(Nota: a 1ª consulta poderá ter tempo estimado de 60 minutos, restantes não mais de 30 minutos)	• Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença); • Escalas e índices necessários: Barthel, Morisky de 8 itens, Braden, Lawton & Brody; • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível.	e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-do-Outro.
Início da consulta de enfermagem		
Apreciação global da consulta de enfermagem (CE): O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da CE	O enfermeiro: • Cumprimenta a pessoa e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	• Iniciar e manter uma relação de confiança; • Estabelecer uma parceria sobre as condições do projeto de cuidados, relativamente ao seu processo; • Dar a conhecer os recursos da consulta à pessoa e/ou familiar/cuidador.
Intervenções	Questões	
O enfermeiro: • Cumprimenta a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	• “Bom dia/Boa tarde, Sr. X/Sra. Dª X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de risco vascular do Hospital de S. José. • “Confirme, por favor, o seu nome todo e a data de nascimento?” • “Diga-me como se sente? Como tem passado?” • “Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?” • “De que acha que se trata esta consulta? / O que espera desta consulta e de nós (enfermeiros)?” • Os objetivos desta consulta são o de permitir que consiga gerir a sua saúde e a(s) sua(s) doenças, de forma a evitar complicações no futuro e permitir uma boa qualidade de vida.” • “Para isso vamos propor um plano terapêutico e de acompanhamento, concorda?”	

1ª e 2ª Fases - Revelar-se e Envolver-se (Continuação)		
Objetivo: Estruturar a CRV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Conhecer a pessoa com risco vascular e o seu contexto de vida • Enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, sua família e o seu contexto de vida	• Consentimento informado, livre esclarecido e assinado; • Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença); • Escalas e índices necessários: Barthel, Morisky de 8 itens, Braden, Lawton & Brody; • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível.	Criar condições para uma consulta de enfermagem em parceria com pessoa com risco vascular (RV) e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-do-Outro.
Início da consulta de enfermagem		
Apreciação global da consulta de enfermagem (CE):	Dados biográficos: • Nome, nome pelo qual gosta de ser tratado, idade, nacionalidade /	• Conhecer a pessoa com RV, o seu contexto de vida e a sua singularidade;

O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da CE	naturalidade, escolaridade, contacto telefónico, atividade profissional (atual/anterior) e estado civil Contexto de vida: • Agregado familiar (com quem vive), pessoa de referência (nome, parentesco, contacto telefónico); • Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio); • Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é do próprio ou alugada); • Situação económica (existem dificuldades, de que tipo); • Estrutura de apoio (médico família, apoio social, centro dia, familiar cuidador); • Espiritualidade Religião.	• Dar relevância ao sentido da vida da pessoa com RV- perceber as suas necessidades, estímulos e motivações; • Entender como a pessoa com RV se insere na família e sociedade.
Intervenções	Questões	
Dados biográficos	• “Sr. X/Sra. D^a X., qual o nome pelo qual gosta de ser tratado(a)?” • “Pode-me indicar ou confirmar o contacto telefónico, para o qual possamos ligar?” • “Pode me confirmar a sua idade, por favor?” • “Nasceu em Portugal (ou em que outro país)? É natural de onde? Nível de escolaridade?” • “Ainda exerce alguma atividade profissional? Qual?” • “Qual o seu estado civil?”	
Contexto de vida da Pessoa com risco vascular:	• “Sr. X/Sra. D^a X., é possível dizer-me com quem vive e quantas pessoas vivem em sua casa?” • “Tem apoio da sua família para o que necessita?” • “E sobre a sua casa: é um apartamento/moradia? É casa própria ou alugada? Quantos andares tem?” • “Tem tido dificuldades financeiras?” • “Tem médico de família (ou outro médico que o acompanhe? Tem necessitado de apoios sociais (subsídios, alimentação, cuidados domiciliários)?” • “Pratica alguma religião? Qual?”	

1ª e 2ª Fases - Revelar-se e Envolver-se (Continuação)		
Objetivo: Estruturar a CRV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida		
Etapas	Intervenções	Objetivos
A pessoa com risco vascular como ser de projeto e cuidado	• Atividades de lazer / projetos de vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si e para os outros); • Hábitos de vida / possíveis comportamentos aditivos (estilos de vida); • Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual.	• Conhecer o seu projeto de vida e saúde Pessoa RV, identificando as motivações e o que dá sentido à sua vida, procurando identificar as suas capacidades e recursos necessários para a promoção do cuidado-de-Si.
Conhecer a situação de saúde / doença	• Diagnóstico provisório ou definitivos; • Referenciação (Instituição / especialidade / nome do médico);	• Conhecer a situação atual e a anamnese da pessoa com risco vascular.

	• A Pessoa RV tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?); • A Pessoa RV tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?); • Antecedentes pessoais médicos / cirúrgicos; • Alergias; • Medicação habitual no domicílio; • Responsabilidade da gestão do plano terapêutico (quem, porquê, problemas de adesão); • “Permita-me perguntar se fuma, ingere álcool ou drogas, ou outros comportamentos aditivos (vício do jogo, etc.)?”	
Intervenções	Questões	
A pessoa com risco vascular como ser de projeto e cuidado	• “Sr. X/Sra. D^a X., fale-me um pouco sobre si: - O que gosta ou tem prazer em fazer? - Que atividades gosta de praticar nos tempos livres? - O que é que ainda não fez e que gostaria de fazer? E para os seus entes queridos?”	
Conhecer a situação de saúde / doença	• “Quem o referenciou para esta consulta? (questionar caso se desconheça a origem) / Sabe porquê?” • “Sabe que doenças tem? E o que espera dessas doenças?” • “Que medicamentos toma habitualmente? Consegue dizer para que são?” • “Tem alergias?” • “É o sr./sra. Que gere a sua medicação? Se não, quem é?”	

Avaliação multidimensional da pessoa com RV:

Avaliação Atividade Instrumentais: escala de Lawton & Brody		
O(a) Sr(a) X consegue usar o telefone?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	Score: _____ Independente: (25 a 27pts) Dependente ligeiro: (21 a 25pts) Dependente moderado: (15 a 20pts) Dependência grave: (10 a 15pts) Dependência total:
Consegue deslocar-se a locais distantes, usando algum transporte?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue preparar suas próprias refeições?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue arrumar a casa?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue lavar e passar sua roupa?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	

Consegue cuidar das suas finanças?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	(9pts)
Consegue fazer compras?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	

Avaliação (in)dependência para as AVD's: escala de Barthel		
Alimentação	0 = incapacitado/ 5 = precisa de ajuda /10 = independente;	Score: _____ Independente: (100pts) Dependente ligeiro: (76 a 99pts) Dependente moderado: (51 a 75pts) Dependência grave: (26 a 50pts) Dependência total: (26pts)
Banho	0 = dependente/5 = independente	
Higiene Pessoal	0 = precisa de ajuda com higiene pessoal/5 = independente	
Vestir-se	0 = dependente/ 5 = precisa de ajuda/10 = independente	
Controlo intestinal	0 = incontinente /5 = perda ocasional/10 = continente	
Controlo vesical	0 = incontinente /5 = perda ocasional/10 = continente	
Uso do Wc	0 = dependente/5 = precisa de alguma ajuda parcial/10 = independente	
Transferir-se	0 = incapacitado/5 = necessita de muita ajuda/10 = pouca ajuda /15 = independente	
Mobilidade (em superfícies planas)	0 = imóvel /5 = cadeira de rodas/10 = caminha com ajuda de uma pessoa/15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda)	

Avaliação do conhecimento da doença (HTA)							
“Sabe que tem HTA?” “Sabe o que é HTA?” “Tem tido sintomas/queixas?” “Sabe que sintomas a HTA costuma provocar? E quais as complicações?” “Costuma avaliar a TA?” Sabe quais os valores de TA recomendados?” “Onde e quando?” Quantas vezes? Quando está alterada, sabe o que fazer?” “Onde regista os valores?”	->	Conhece a doença e complicações; Avalia TA e regista; Sabe como agir quando alterada. Valores de TA adequados.	->	Bom conhecimento sobre doença e TA Controlada.	->	Próxima avaliação	
	->	Desconhece valores de TA; Valores de TA elevados (TAs>120mm/hg e TAd>90mmHg) e/ou baixos (Tas<90mm/hg e TAd>60mmHg)	->	Mau conhecimento sobre doença/ TA mal controlada	->	Reeducar para a saúde	->

Avaliação do regime terapêutico (RT) – MAT	
Pré-questões	1. “Consegue dizer-me que medicamentos toma?” 2. “Consegue dizer-me quais são os que toma para a HTA?”

3. "Quando e como é que os toma?"

Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	Score: Adesão ao RT (35 e 46 pts); Não Adesão RT(<=34pts) Score:_____
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	

Se adesão					->	Próxima avaliação
Se não adesão	->	"Porque não tomou a medicação?" "Como se sente quando toma a medicação?" "Sente que há algum problema com a medicação?"	->	Propor marcação de consulta médica Propor plano para não esquecer	->	

Avaliação da atividade Física (AF)/sedentarismo

Pratica alguma atividade física? Sim/Não?"	->	Realiza AF	->	Bom conhecimento sobre doença e TA Controlada	->	Próxima avaliação
Gosta de praticar AF?						
Numa semana tíPessoa Idosaca, quantos dias você pratica desporto, exercícios ou atividades recreativas? Dias___ Por dia, quanto tempo gasta a praticar exercícios ou atividades recreativa (lazer)? Horas:___ Durante um dia, quanto tempo você costuma passar sentado ou deitado? Horas: __	->	"Não tem motivação?" "Não faz por limitações físicas, dispneia, tosse, dor torácica?"	->	Não realiza AF	->	
					->	Propor plano de atividade física

Avaliação Regime Alimentar (RA)						
Quantas refeições faz por dia?	->	Sem dificuldades em gerir regime alimentar;	->	Adesão RA		-> Próxima avaliação
O que costuma comer?		Consome sal em quantidades aceitáveis;				
Come verduras?		IMC adequado;				
Problemas na mastigação?		Adequada ingestão de líquidos.				
Em que quantidades?						
Tem-se pesado?						
Qual o peso atual: ____	->	“Não cumpre dieta adequada? Porquê?”	->	Não Adesão ao RA	-> Propor apoio nutricionista/ plano alimentar adequado	->
Qual a quantidade de líquidos que ingere por dia:- ____		“Quais as dificuldades que sente? Económicas? Outras? Problemas médicos?”				
		IMC baixo ou elevado				

Cessação Tabágica					
Fumador	• “Há quantos anos Fuma?” • “Quantos cigarros por dia?” • “Já tentou deixar de fumar? / Porque não conseguiu?” • “Quer deixar de fumar? /Acha importante deixar de fumar?”	->	Não motivado para a CT	->	> Teleconsulta (TC) motivacional 1 mês
		->	Motivado para a CT	->	Próxima avaliação
Ex-fumador	• Há quanto tempo deixou de Fumar?” • “Quantos cigarros fumava?” • “Como deixou de fumar? Sozinho ou com ajuda?” • “Está a correr bem? / Alguma dificuldade?”				->
Não Fumador					->

Avaliação bioclínica			
Tensão Arterial		Peso	
Frequência Cardíaca		Altura	
Saturação de O2		IMC	
Temperatura		Perímetro Abdominal	
Glicemia Capilar		INR (Se disponível)	
Dor		Valor de Colesterol (Se disponível)	
ÍNDICE TORNOZELO/BRAQUIAL: • Avaliar Pressão Arterial braço esquerda e Pressão Arterial braço direito. 5min depois: • Avaliar Pressão Arterial braço esquerda e Pressão Arterial braço direito; • Avaliar Pressão Arterial deitado e Pressão Arterial tornozelos (maior Pressão Arterial Sistólica braquial e menor Pressão Arterial Sistólica do Tornozelo).			

Elaborar Plano Terapêutico de Cuidados

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar		
Objetivo: Promoção do cuidado de Si ou promoção do cuidado do Outro		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Desenvolvimento da Consulta	O enfermeiro: • Identifica os diagnósticos de enfermagem e prioriza-os com a PI e/ou familiar/cuidador; • Identifica as estratégias que a Pessoa RV e/ou familiar cuidador têm e utilizam para enfrentar a situação; • Envolve a Pessoa RV ou familiar cuidador na tomada de decisão; • Partilha conhecimentos / desenvolvimento das capacidades da PI e/ou familiar cuidador sobre: • controlo da doença crónica (dizer o que é essencial); • regime medicamentoso (instruir a toma adequada); • Articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador; • Promove o cuidado-de-Si e/ou o cuidado-do-Outro; • Incentiva a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador na adesão e gestão ao plano terapêutico.	• Elaborar o plano de cuidados. • Adequar as intervenções de enfermagem às necessidades da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador; • Promover o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na Pessoa RV e/ou familiar/cuidador; • Capacitar a Pessoa RV para a promoção do cuidado-de-Si ou capacitar o familiar cuidador para a promoção do cuidado-do-Outro.

4ª e 5ª Fases - Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro		
Objetivo: Estabelecer objetivos conjuntos e compromisso com os mesmos de forma a assumir ou assegurar o cuidado-de-Si / cuidado-do-Outro		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Desenvolvimento da Consulta	O enfermeiro: • Constrói uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela Pessoa RV e/ou familiar/cuidador de forma assegurar o Cuidado de Si / Cuidado do Outro e controlo da doença(s) crónica(s); • Promove a construção de objetivos adaptados às necessidades e perfil da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador e enceta esforços de forma a atingi-los; • Valida intervenções realizadas na promoção do Cuidado-de Si / Cuidado-do-Outro no controlo do Risco Vascular e na gestão do plano terapêutico; • Avalia e reflete sobre as aptidões da Pessoa RV para o Cuidado-de-Si ou do familiar/cuidador para o	• Validação do problema. • Possibilitar que a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador encontrem as estratégias para a resolução do problema. • Validação das aprendizagens. • Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário. • Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador. • Nota (Realizado ao longo das consultas conforme plano de cuidados)

	Cuidado-do-Outro e redefine metas e objetivos se necessário.	
Intervenções	Questões	
Construir uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela Pessoa RV e/ou familiar/cuidador de forma a promover uma ação e decisão esclarecidas; • Promover a construção de objetivos adaptados às necessidades e perfil da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador; • O enfermeiro e a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador encetam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados; • Enfermeiro avalia e reflete sobre as aptidões da Pessoa RV para o cuidado-de-si ou do familiar/cuidador para o cuidado-do-outro e redefine metas e objetivos se necessário; • O enfermeiro despe-se de forma cordial.	• “De entre todos os problemas que me falou, qual é o que mais o preocupa?” • “Como é que gostaria de resolver esse problema?” • “Como é que esse problema afeta a sua vida diariamente?” • “Como gostaria de resolver esse problema?” • “Que objetivos gostaria de traçar para melhorar esse problema?” • “Como posso ajudá-lo com o seu problema?” • “Acha importante levar consigo um guia terapêutico com um resumo do que falamos e negociamos nesta consulta?” • “Acho importante esta consulta? Pode explicar-me o porquê?” • “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.” • “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”	

Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular

1ª e 2ª Fases - Revelar-se e Envolver-se		
Objetivo: Estruturar a CRV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Preparação da TC (Nota: 30 minutos)	• Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença; • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível;	• Criar condições para uma consulta de enfermagem em parceria com Pessoa RV e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-do-Outro.
Início da consulta de enfermagem		
Apreciação global da TC: O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da TE	O enfermeiro: • Cumprimenta a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	
Intervenções	Questões	

O enfermeiro: • Cumprimenta a pessoa RV e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	“Bom dia/Boa tarde, Sr. X/Sra. D^a X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de risco vascular do Hospital de S. José. Conforme combinado estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta marcada para hoje, é oportuno?” “Pretende chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?” “Diga-me o seu nome todo e a data de nascimento, por favor?” “Diga-me como tem passado? E desde a nossa última consulta?” “Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?” Houve alguma novidade/alteração desde a nossa última conversa?” Confirmar: • Se mantém dados biográficos; • Nível de dependência, adesão terapêutica e nível de dependência para as atividades instrumentais (só reavalia escalas se houver alterações); • Adesão ao plano terapêutico – dúvidas, dificuldades, objetivos cumpridos, metas e redefinir se necessário.
---	---

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar	
Intervenções	Questões
Desenvolvimento da Consulta O enfermeiro: • Avalia o ponto de situação; • Valida o plano de cuidados e sua implementação; • Responde às dúvidas e questões; • Redefine o plano de cuidados, se necessário. O enfermeiro: • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador face à consulta;	“Diga-me, tem avaliado a sua PA?” “Tem registado no livro?” • “Não se importa de me dizer quais foram os valores na última semana?” • “Tem forma de avaliar a PA neste momento?” • Alguma dúvida sobre a doença e suas complicações?” • “Em relação ao exercício físico, tem feito? Como é que tem feito?” • “E em relação à sua alimentação?” • “Tem conseguido manter o peso recomendado?” • “Tem tomado a sua medicação conforme prescrita?” • “Não se importa de me explicar como é que tem estado a tomar?” • “Tem tido dores?” • “Em relação às outras doenças, tem dúvidas (questionar se tiver outras patologias?” • “Desde a nossa última consulta, acha que há algo que poderia fazer melhor para resolver o problema?” • “Se bem entendi, o que você disse é que ...” • “Importa-se de repetir a informação que lhe dei?” • “O Sr./Sr^a pode descrever-me o que acordamos hoje na nossa consulta?” • “O Sr./Sr^a quer fazer-me mais alguma pergunta?” • “Esta teleconsulta foi importante para si? Pode explicar-me porquê?” • “Vou reunir-me com o seu médico e transmitir o que falamos ...” • “Pode sempre contactar-me para qualquer esclarecimento/questão/problema que surja através dos contactos que lhe dei”

4ª e 5ª Fases - Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro		
Objetivo: Estabelecer objetivos conjuntos e compromisso com os mesmos de forma a assumir ou assegurar o cuidado-de-Si / cuidado-do-Outro		
Etapas	Intervenções	Objetivos
Desenvolvimento da Consulta Conclusão / finalização da consulta	O enfermeiro: • Constrói uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela Pessoa RV e/ou familiar/cuidador de forma assegurar o Cuidado de Si / Cuidado do Outro e controlo da doença(s) crónica(s);	Validação do problema. • Possibilitar que a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador encontrem as estratégias para a resolução do problema. • Validação das aprendizagens. • Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário.

	• Promove a construção de objetivos adaptados à necessidades e perfil da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador e enceta esforços de forma a atingi-los; • Valida intervenções realizadas na promoção do Cuidado-de Si / Cuidado-do-Outro no controlo do Risco Vascular e na gestão do plano terapêutico; • Avalia e reflete sobre as aptidões da Pessoa RV para o Cuidado-de-Si ou do familiar/cuidador para o Cuidado-do-Outro e redefine metas e objetivos se necessário.	• Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador . • Nota (Realizado ao longo das consultas conforme plano de cuidados)
Intervenções	Questões	
• Construir uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela Pessoa RV e/ou familiar/cuidador de forma a promover uma ação e decisão esclarecidas; • Promover a construção de objetivos adaptados à necessidades e perfil da Pessoa RV e/ou familiar/cuidador; • O enfermeiro e a Pessoa RV e/ou familiar/cuidador encetam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados; • Enfermeiro avalia e reflete sobre as aptidões da Pessoa RV para o cuidado-de-si ou do familiar/cuidador para o cuidado-do-outro e redefine metas e objetivos se necessário; • O enfermeiro despe-se de forma cordial.	• “Desde a nossa última consulta, acha que há algo que poderia fazer melhor para resolver o problema?” • “Se entendi, o que você disse é que ...” • “Importa-se de repetir a informação que lhe dei?” • “O Sr./Srª Dª. pode descrever-me o que acordamos hoje na nossa consulta?” • “O Sr./Srª Dª. quer fazer-me mais alguma pergunta?” • “Esta teleconsulta foi importante para si? Pode explicar-me porquê?” • “Vou reunir-me com o seu médico e transmitir o que falamos ...” • “Pode sempre contactar-me para qualquer esclarecimento/questão/problema que surja através dos contactos que lhe dei” • “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.” • “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”	

Referências Bibliográficas:

Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa Idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context. Gerontechnology IV. IWoG 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_13

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei nº26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 -02-2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Apêndice VI

Apresentação do Guia de Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco
Vascular no SCEHL

Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular

— Mário Rui Alves Dias nº 15219

Professora Regente: Professora Doutora Idalina Gomes
Enfermeira Orientadora: Olinda Leite

UC: Estágio de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença crónica



1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica - Área de Especialização à Pessoa em Situação Crónica

Lisboa, 27 de Junho 2023



Índice



1- Introdução;

1.1 - Projeto de estágio – breve apresentação;

2 - Modelo de parceria: “Cuidar-de-Si/Cuidado-do-Outro”;

3 - Consulta de Risco Vascular (RV);

4 - Teleconsulta de RV;

5- Referências Bibliográficas.



1 – Introdução



1.1 - Projeto de estágio

Título: “Telenfermagem na promoção do cuidar de si na pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou cuidador/família: intervenção especializada de enfermagem na prevenção do risco cardiovascular.”

Duração: 15/05 a 14/07 de 2023;

Projeto a realizar: Planificação da Teleconsulta à pessoa com doença/risco CV;

1 – Introdução



Envelhecimento populacional (INE 2022):

- Proporção de 128,0 para 181,3 idosos por cada 100 jovens;
 - Tendência para duplicar até 2080 ;
- Esperança média de vida: 80,72 anos;
- Prevalência de Doenças Crónicas (DC): 43,9% em Portugal.

Doenças CV (DGS 2022):

- Responsáveis por cerca de 30% dos óbitos em Portugal;
- Maior carga de mortalidade acima dos 80 anos;
- Em 2030 taxa de mortalidade de 246,5 óbitos por 100.000 habitantes.

Hipertensão Arterial:

- Mundo (WHO 2023) : Doença Crónica Não Transmissível mais prevalente: 1,28 mil milhões de adultos;
 - 46% desconhecem ter a doença;
- (Santos 2022) :
 - Em Portugal a prevalência de 36 % e é uma das principais causas de mortes;
 - Principal fator de risco de (3): doença cerebrovascular; doença coronária; doença vascular periférica; insuficiência cardíaca e renal; Alterações cognitivas; demência; fibrilhação auricular.
- Amado et al. (2020):
 - Apenas 38,9% tomam medicação anti -hipertensiva;
 - Apenas 28,9% têm a Tensão Arterial controlada;
 - Prevalência de 50,5% a 72% de HTA no internamento ;

2 - Modelo de Parceria: Cuidado-de-si



- Centra-se na parceria entre o enfermeiro e a PI e/ou familiar/cuidador:
 - Projeto de vida;
 - Gestão do seu processo de saúde;
 - Promoção da gestão da sua doença;
 - Contribuir para a sua segurança e continuidade dos cuidados.
- Possibilitar/capacitaras condições para que:
 - A Pessoa Idosa (PI) consiga gerir o Cuidado de Si Própria, de acordo com o seu projeto de vida;
 - A Familiar/Cuidador(a) possa assegurar o Cuidado do Outro nos casos de dependência para as Atividades de Vida Diária (AVD's).

Gomes (2016)



2 - Modelo de Parceria: Cuidado-de-si



FASES:

1ª Fase - Revelar-se

- O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da consulta;

2ª Fase - Envolver-se

- Enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, sua família e o seu contexto de vida;
- Conhecer a situação de saúde / doença .

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar

- Construir uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela PI e/ou familiar/cuidador de forma a promover uma ação e decisão esclarecidas;
- Promover a construção de objetivos adaptados à necessidades e perfil da PI e/ou familiar/cuidador.

4ª Fase - Comprometer-se

- O enfermeiro e a PI e/ou familiar/cuidador encetam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineado;

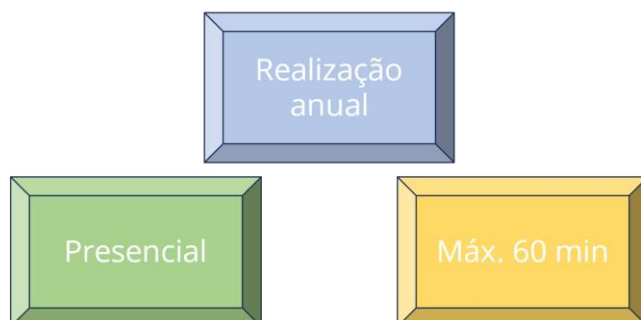
5ª Fase - Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro:

- O enfermeiro avalia e reflete sobre as aptidões da PI para o cuidado-de-si ou do familiar/cuidador para o cuidado-do-outro e redefine metas e objetivos se necessário.

Gomes (2016)



3 - Consulta enfermagem de RV (CERV)



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Objetivos



- Criar condições para uma parceria com PI e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-Outro;
- Conhecer a PI, o seu contexto de vida e a sua singularidade e a anamnese da PI.
- Iniciar e manter uma relação de confiança;
- Dar a conhecer os recursos da consulta de RV à PI e/ou familiar/cuidador;
- Dar relevância ao sentido da vida da pessoa - perceber as suas necessidades, estímulos e motivações;
- Entender como a PI se insere na família e sociedade;

1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Etapas	Intervenções
ANTES DA CONSULTA	
Preparação da consulta presencial	• Consentimento informado, livre e esclarecido; • Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença); • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível.
INÍCIO DA CONSULTA	
Apreciação global da consulta	O enfermeiro: • Cumprimenta a PI e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da PI e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.

3 - CERV



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Questões (ex.)

"Bom dia/Boa tarde Sr. X/Sra. Dª X., o meu nome é Y, o enfermeiro responsável pela consulta de risco vascular."

"Confirme, por favor, o seu nome todo e a data de nascimento?"

"Diga-me como se sente? Como tem passado?"

"Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?"

"De que acha que se trata esta consulta?/O que espera desta consulta e de nós (enfermeiros)?"

"Os objetivos desta consulta são o de permitir que consiga gerir a sua saúde e a(s) sua(s) doenças, de forma a evitar complicações no futuro e permitir uma boa qualidade de vida."

"Para isso vamos propor um plano terapêutico e de acompanhamento, concorda?"

3 - CERV



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Etapas	Intervenções
Conhecer a PI e o seu contexto de vida Enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, sua família e o seu contexto de vida	Dados biográficos: - Nome, nome pelo qual gosta de ser tratado, idade, nacionalidade / naturalidade, escolaridade, contacto telefónico, atividade profissional (atual/anterior) e estado civil Contexto de vida da PI: - Agregado familiar (com quem vive), pessoa de referência (nome, parentesco, contacto telefónico); - Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio); - Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é do próprio ou alugada); - Situação económica (existem dificuldades, de que tipo); - Estrutura de apoio (médico família, apoio social, centro dia, familiar cuidador); - Espiritualidade Religião.

3 - CERV



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Questões (ex.)

"Sr. X/Sra. Dª X., qual o nome pelo qual gosta de ser tratado(a)?"

"Pode-me indicar ou confirmar o contacto telefónico, para o qual possamos ligar?"

"Pode me confirmar a sua idade, por favor?"

"Nasceu em Portugal (ou em que outro país)? É natural de onde? Nível de escolaridade?"

"Ainda exerce alguma atividade profissional? Qual?"

"Qual o seu estado civil?"

"Sr. X/Sra. Dª X., é possível dizer-me com quem vive e quantas pessoas vivem em sua casa?"

"Tem apoio da sua família para o que necessita?"

"E sobre a sua casa: é um apartamento/moradia? É casa própria ou alugada? Quantos andares tem?"

"Tem tido dificuldades financeiras?"

"Tem médico de família (ou outro médico que o acompanhe)? Tem necessitado de apoios sociais (subsídios, alimentação, cuidados domiciliários)?"

"Pratica alguma religião? Qual?"

3 - CERV



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Etapas	Intervenções
PI como ser de projeto e cuidado	• Conhecer atividades de lazer / projetos de vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si e para os outros); • Conhecer hábitos de vida / possíveis comportamentos aditivos (estilos de vida); • Conhecer experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual.
Conhecer a situação de saúde / doença	• Diagnóstico provisório ou definitivos; • Referência (Instituição / especialidade / nome do médico); • A PI tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?); • A PI tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?); • Antecedentes pessoais médicos / cirúrgicos; • Alergias; • Medicação habitual no domicílio; • Responsabilidade da gestão do plano terapêutico (quem, porquê, problemas de adesão);

3 - CERV



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Questões (ex.)

"Sr. X/Sra. Dª X., fale-me um pouco sobre si:

- O que gosta ou tem prazer em fazer?
- Que atividades gosta de praticar nos tempos livres?
- O que é que ainda não fez e que gostaria de fazer? E para os seus entes queridos?"

"Permita-me perguntar se fuma, ingere álcool ou drogas, ou outros comportamentos aditivos (vício do jogo, etc.)?"

"Quem o referenciou para esta consulta? (questionar caso se desconheça a origem)/ Sabe porquê?"

"Sabe que doenças tem? E o que espera dessas doenças?"

"Que medicamentos toma habitualmente? Consegue dizer para que são?"

"Tem alergias?"

"É o sr./sra. Que gere a sua medicação? Se não, quem é?"

3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar



Objetivos

- Elaborar o plano de cuidados.
- Adequar as intervenções de enfermagem às necessidades da PI e/ou familiar/cuidador;
- Promover o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na PI e/ou familiar/cuidador;
- Capacitar a PI para a promoção do cuidado-de-Si ou capacitar o familiar cuidador para a promoção do cuidado-do-Outro.

3 - CERV

Gomes, I. (2016)



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Etapas	Intervenções
Desenvolvimento da Consulta	O enfermeiro: • Identifica os diagnósticos de enfermagem e prioriza-os com a PI e/ou familiar/cuidador; • Identifica as estratégias que a PI e/ou familiar cuidador têm e utilizam para enfrentar a situação; • Envolva a PI ou familiar cuidador na tomada de decisão; • Partilha conhecimentos / desenvolvimento das capacidades da PI e/ou familiar cuidador sobre: • Controlo da doença crónica (dizer o que é essencial); • Regime medicamentoso (instruir a toma adequada); • Articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da PI e/ou familiar/cuidador; • Promove o cuidado-de-Si e/ou o cuidado-do-Outro; • Incentiva a PI e/ou familiar/cuidador na adesão e gestão ao plano terapêutico.

3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Avaliação Atividade Instrumentais: escala de Lawton & Brody

O(a) Sr(a) X consegue usar o telefone?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	Score: Independente: (25 a 27pts) Dependente Ligeiro: (21 a 25pts) Dependente moderado: (15 a 20pts) Dependência grave: (10 a 15pts) Dependência total: (9pts)
Consegue deslocar-se a locais distantes, usando algum transporte?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue preparar suas próprias refeições?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue arrumar a casa?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue lavar e passar sua roupa?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue cuidar das suas finanças?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue fazer compras?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	

3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Avaliação (in)dependência para as AVD's: escala de Barthel

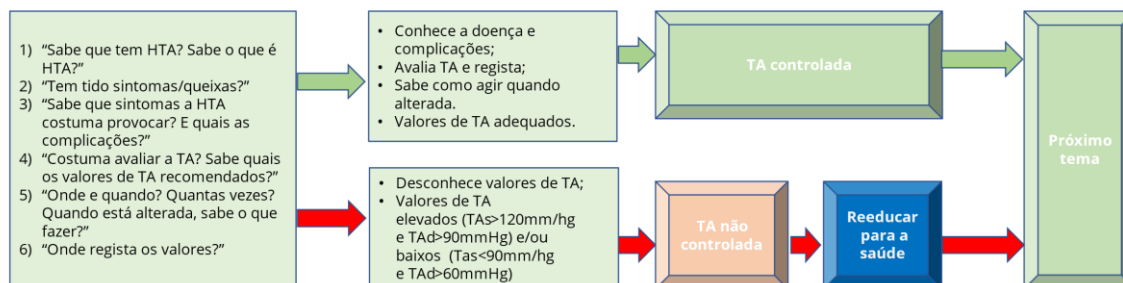
Alimentação	0 = incapacitado/ 5 = precisa de ajuda /10 = independente;	Score: Independente: (100pts) Dependente Ligeiro: (76 a 99pts) Dependente moderado: (51 a 75pts) Dependência grave: (26 a 50pts) Dependência total: (26pts)
Banho	0 = dependente/5 = independente	
Atividades Rotineiras	0 = precisa de ajuda com higiene pessoal/5 = independente	
Vestir-se	0 = dependente/ 5 = precisa de ajuda/10 = independente	
Controle Intestino	0 = incontinente /5 = perda ocasional/10 = continente	
Controle Bexiga	0 = incontinente /5 = perda ocasional/10 = continente	
Uso do Toilet	0 = dependente/5 = precisa de alguma ajuda parcial/10 = independente	
Transferir-se	0 = incapacitado/5 = necessita de muita ajuda/10 = pouca ajuda /15 = independente	
Mobilidade (em superfícies planas)	0 = imóvel /5 = cadeira de rodas/10 = caminha com ajuda de uma pessoa/15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda)	

3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Avaliação Conhecimento da doença (HTA)

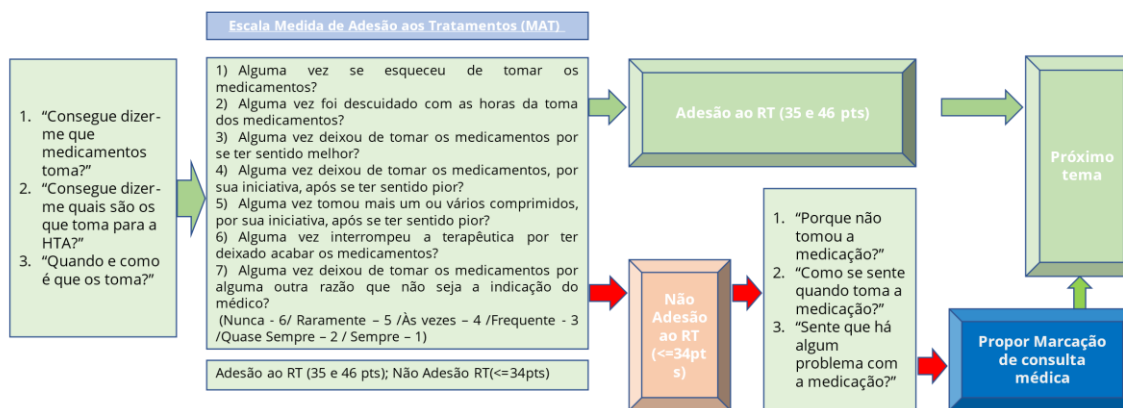


3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Avaliação do regime terapêutico (RT)

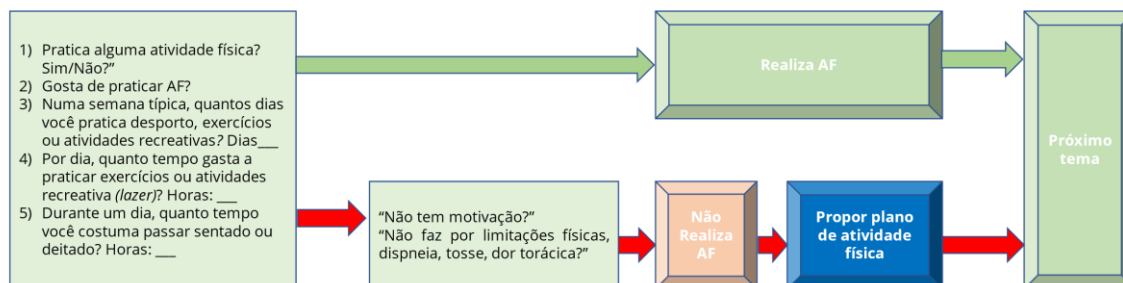


3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Avaliação Atividade Física (AF)

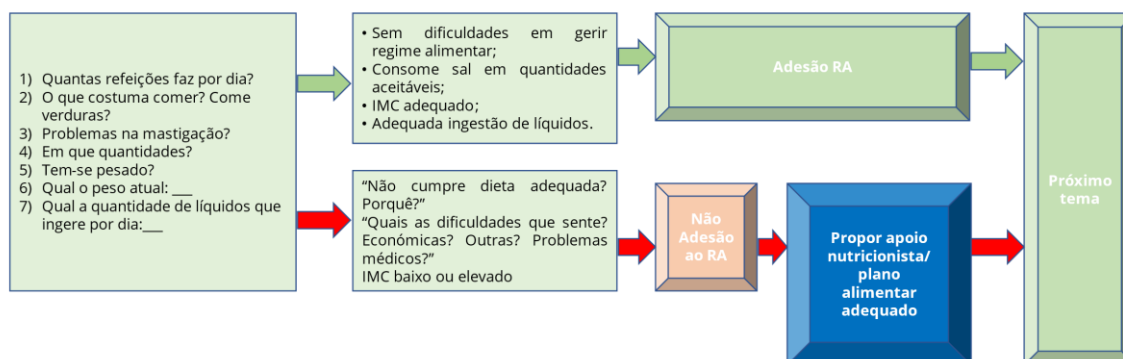


3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

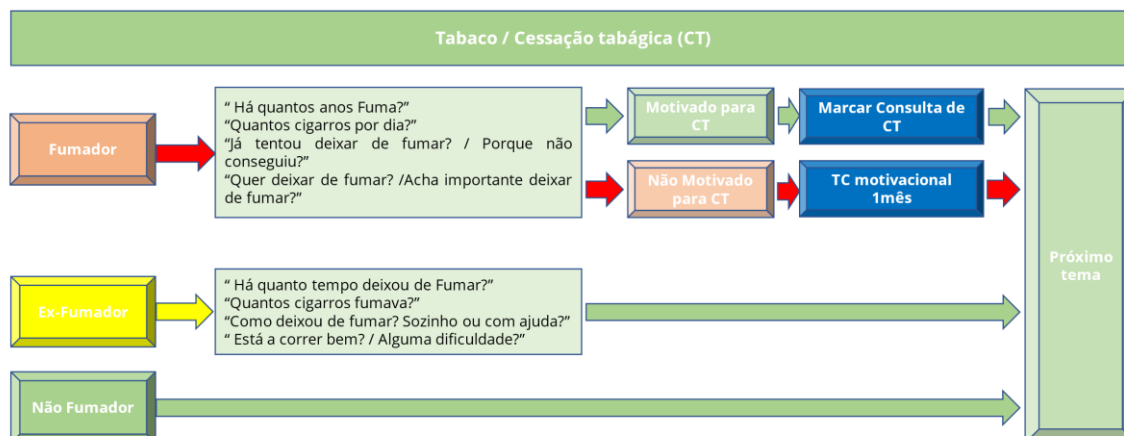
Avaliação Regime Alimentar (RA)



3 - CERV



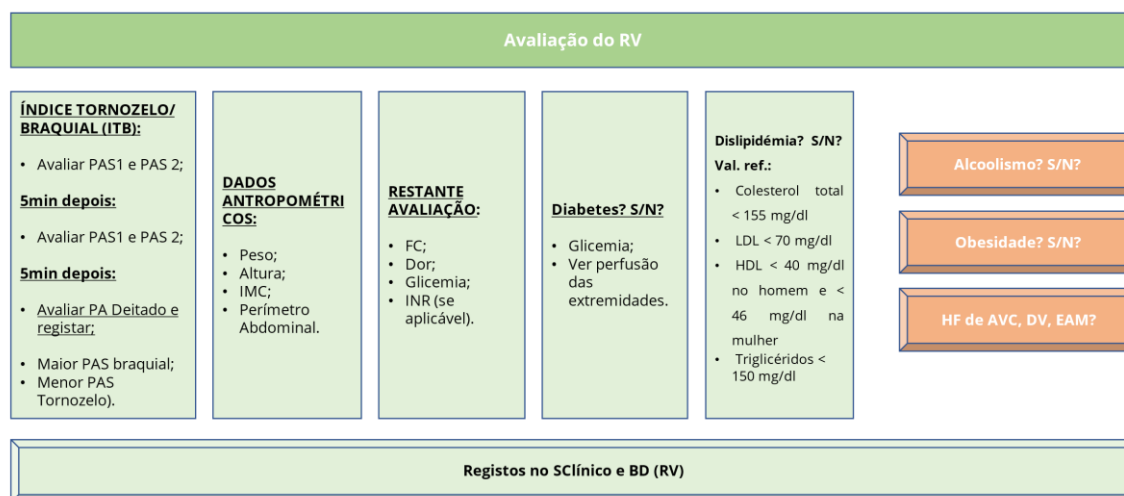
3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar



3 - CERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar



3 - CERV



ELABORAR O PLANO TERAPÊUTICO E DE ACOMPANHAMENTO

(Em conjunto com a PI e/ou familiar/cuidador)

4ª Fase – Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro

Objetivos



- Validação do problema.
- Possibilitar que a PI e/ou familiar/cuidador encontrem as estratégias para a resolução do problema.
- Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário.
- Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a PI e/ou familiar/cuidador .
- **Nota** (Realizado ao longo das consultas conforme plano de cuidados).

4ª Fase – Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro

Etapas	Intervenções
Conclusão / finalização da consulta	O enfermeiro: • Constrói uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela PI e/ou familiar/cuidador de forma assegurar o Cuidado de Si / Cuidado do Outro e controlo da doença(s) crónica(s); • Promove a construção de objetivos adaptados à necessidades e perfil da PI e/ou familiar/cuidador e enceta esforços de forma a atingi-los; • Valida intervenções realizadas na promoção do Cuidado-de Si / Cuidado-do-Outro no controlo do Risco Vascular e na gestão do plano terapêutico; • Avalia e reflete sobre as aptidões da PI para o Cuidado-de-Si ou do familiar/cuidador para o Cuidado-do-Outro e redefine metas e objetivos se necessário.

3 - CERV



4ª Fase – Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro

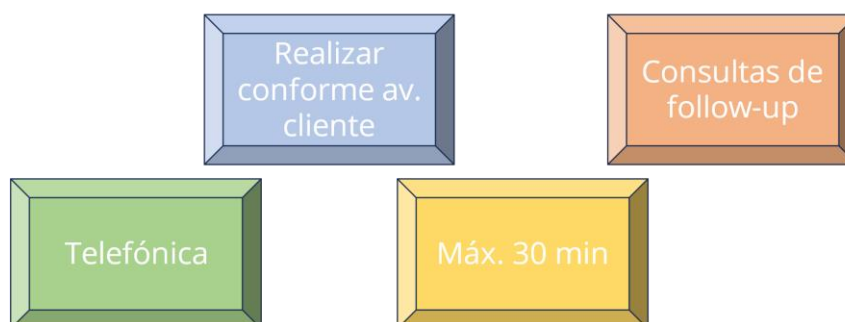
Questões (ex.)

- “De entre todos os problemas que me falou, qual é o que mais o preocupa?”
- “Como é que gostaria de resolver esse problema?”
- “Como é que esse problema afeta a sua vida diariamente?”
- “Como gostaria de resolver esse problema?”
- “Que objetivos gostaria de traçar para melhorar esse problema?”
- “Como posso ajudá-lo com o seu problema?”
- “Acha importante levar consigo um guia terapêutico com um resumo do que falamos e negociamos nesta consulta?”
- “Acho importante esta consulta? Pode explicar-me o porquê?”
- “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.”
- “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”

3 - CERV



4 - Teleconsulta de enfermagem de RV (TcERV)



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Objetivos



- Criar condições para uma parceria com PI e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-do-Outro;
- Manter uma relação de confiança;
- Manter uma parceria sobre as condições do projeto de cuidados, relativamente ao seu processo;
- Dar a conhecer os recursos da TCERV à PI e/ou familiar/cuidador;

1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Etapas	Intervenções
ANTES DA CONSULTA	
Preparação da TC:	• Consentimento informado, livre esclarecido e assinado; • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível.
INÍCIO DA CONSULTA	
Apreciação global da TC:	O enfermeiro: • Cumprimenta a PI e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da PI e/ou familiar/cuidador face à TCRV; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.

4 - TcERV



1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Questões (ex.)
"Bom dia/Boa tarde Sr. X/Sra. Dª X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de risco vascular do Hospital de S. José. Conforme combinado estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta marcada para hoje, é oportuno?"
"Pretende chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?"
"Diga-me o seu nome todo e a data de nascimento, por favor?"
"Diga-me como tem passado? E desde a nossa última consulta?" "Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?"

4 - TcERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar



Objetivos

- Readequar o plano de cuidados (se necessário);
- Readequar as intervenções de enfermagem às necessidades da PI e/ou familiar/cuidador (se necessário);
- Manter o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na PI e/ou familiar/cuidador;
- Manter a capacitação da PI para a promoção do cuidado-de-Si ou do familiar cuidador para a promoção do cuidado-do-Outro.

3 - CERV

Gomes, I. (2016)



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Avaliação do RV

O enfermeiro:

- Avalia o ponto de situação;
- Valida o PC e sua implementação;
- Responde às dúvidas e questões;
- Redefine o PC, se necessário.

"Houve alguma novidade/alteração desde a nossa última conversa?"

Confirmar:

- Se mantem dados biográficos;
- Nível de dependência, adesão terapêutica e nível de dependência para as atividades instrumentais (só reavalia escalas se houver alterações);
- Adesão ao plano terapêutico – dúvidas, dificuldades, objetivos cumpridos, metas e redefinir se necessário.

4 - TcERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Questões (ex.)

- “Diga-me, tem avaliado a sua PA?” “Tem registado no livro?”
- “Não se importa de me dizer quais foram os valores na última semana?”
- “Tem forma de avaliar a PA neste momento?”
- “Alguma dúvida sobre a doença e suas complicações?”

- “Em relação ao exercício físico, tem feito? Como é que tem feito?”
- “E em relação à sua alimentação?”
- “Tem conseguido manter o peso recomendado?”

- “Tem tomado a sua medicação conforme prescrita?”
- “Não se importa de me explicar como é que tem estado a tomar?”

- “Tem tido dores?”
- “Em relação às outras doenças, tem dúvidas (questionar se tiver outras patologias)?”

4 - TcERV



3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

REFEFINIR PLANO TERAPÊUTICO SE NECESSÁRIO

(Em conjunto com a PI e/ou familiar/cuidador)

3 - CERV





Objetivos

- Possibilitar que a PI e/ou familiar/cuidador reforcem as estratégias para a resolução do problema;
- Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário;
- Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a PI e/ou familiar/cuidador .
- **Nota** (Realizado ao longo das consultas conforme plano de cuidados).

Questões (ex.)

- “Desde a nossa última consulta, acha que há algo que poderia fazer melhor para resolver o problema?”
- “Se entendi, o que você disse é que ...”
- “Importa-se de repetir a informação que lhe dei?”
- “O Sr./Srª Dª. pode descrever-me o que acordamos hoje na nossa consulta?”
- “O Sr./Srª Dª. quer fazer-me mais alguma pergunta?”
- “Esta teleconsulta foi importante para si? Pode explicar-me porquê?”
- “Vou reunir-me com o seu médico e transmitir o que falamos ...”
- “Pode sempre contactar-me para qualquer esclarecimento/questão/problema que surja através dos contactos que lhe dei”

- “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.”
- “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”

Q & A

Muito Obrigado!

5 – Referências Bibliográficas



Amado C., Leal M., Valente T., Aveiro M., Ribeiro F., Cruz M. (2020). A Hipertensão Arterial num dia de internamento – Caracterização de um dia de internamento. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*.79, 6-25. [ISSN: 1646-8287](#)

DGS (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa, Portugal: DGS, Direção Geral da Saúde.

Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context. *Gerontechnology IV. IWoG 2021*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_13

5 – Referências Bibliográficas



INE (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2022). *Censos 2021*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2022). *Estado de saúde*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

INE (2022). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2019-2021*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.

WHO (2023). *Non communicable diseases*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei nº26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 -02-2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Apêndice VII

Guia de avaliação do Risco Vascular para o serviço SICHL

Guia para Avaliação Inicial de Risco Vascular

Controlo e Prevenção do Risco Vascular

Doença conhecida (HTA, DM, doença cardíaca, dislipidémia, SAOS)? Se sim, avaliar o grau de conhecimento destas doenças	Sim__	Não__
Tem outras doenças?	Sim__	Não__
Se sim, quais?		
Familiares directos com história de DCV? (antes dos 55 anos nos homens e 65 anos nas mulheres, em parentes de primeiro grau)	Sim__	Não__
Toma medicamentos habitualmente? Sabe que medicamento toma habitualmente? Toma medicamentos para o controlo do colesterol (Estatinas)? Sabe que medicamento toma habitualmente? Toma sempre a medicação prescrita? ➤ Se não, avaliar escala de MAT (1)	Sim__ Sim__ Sim__ Sim__ Sim__	Não__ Não__ Não__ Não__ Não__
Fuma? Se não, alguma vez fumou? Se sim, tem motivação para deixar de fumar? ➤ Se sim, avaliar Fagerstrom (2)	Sim__ Sim__ Sim__	Não__ Não__ Não__
Ingere bebidas alcoólicas? Quantidade_____	Sim__	Não__
Costuma praticar Actividade Física (AF)? ➤ Se não prosseguir para a próxima questão. ➤ Se sim: Gosta de praticar AF? Numa semana típica, quantos dias pratica desporto, exercícios ou atividades recreativas? Por dia, quanto tempo gasta a praticar AF? Durante um dia, quanto tempo você costuma passar sentado ou deitado?	Sim__ Sim__ Dias_____ Horas: ____	Não__ Não__

	Horas: ____	
Stress: Tem problemas familiares graves causadores de stress? Sente-se frequentemente triste/deprimido? Perdeu o interesse pelas coisas boas da vida? Irrita-se facilmente? Esteve exposto a algum evento traumático?	Sim__ Sim__ Sim__ Sim__ Sim__	Não__ Não__ Não__ Não__ Não__
Perturbações mentais?	Sim__	Não__
Perturbações sono? Costuma acordar cansado? Alguém já lhe disse que “ressona”? ➤ Se sim, realizar questionário STOP Bang (3)	Sim__ Sim__ Sim__	Não__ Não__ Não__
Alimentação: Quantas refeições faz por dia? Come verduras? Problemas na mastigação? O que costuma comer? Em que quantidades? Costuma pesar-se? Qual o peso atual? Qual a quantidade de líquidos que ingere por dia?	Sim__ Não__ Sim__ Não__ (%) Sim__ Não__ (kg)	

Dados Bioclínicos			
Tensão Arterial	____ / ____ mmHg	Peso	____ Kg
FC	____ bpm	Altura	____ m
SpO2	____ %	IMC	____
Temp	____ °C	Perímetro Abdominal	____ cm
Glicemia Capilar	____ mg/dl	INR (Se disponível)	____
Dor	____	Colesterol (Se disponível)	____

APÓS AVALIAÇÃO:

- Confirmar se resultados das escalas de avaliação e se tem valores bioclínicos adequados;

- Confirmar se o cliente tem um conhecimento minimamente aceitável sobre as suas patologias CV;
- Registar todas as alterações que considerar importantes na avaliação inicial e/ou processo do cliente;
- Criar um plano terapêutico prático e objectivo e articulado com as necessidades, capacidades e possibilidades do cliente (planos extensos provocam distrações);
- Podem ser criativos na criação do plano;
- Usar todos os recursos disponíveis:
 - Recursos pessoais do cliente;
 - Recursos profissionais (dietista, psicólogo, serviço de acção social);
 - Recursos materiais disponíveis.
- Usar os posters fornecidos ao serviço, para avaliação do RV e HTA, para informação do cliente;
- Fornecer informação sobre esse plano durante o internamento e na alta (podem colocar as recomendações na nota de alta de enfermagem).

ANEXOS:

(1) Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)		
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	Score:_____ GRAU DE ADESÃO: Adesão ao RT (35 e 46 pts); Não Adesão RT(<=34pts)
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	

(2) Escala de FAGERSTROM					
Score	0	1	2	3	Score_____ GRAU DE DEPENDÊNCIA 0 - 2 Muito Baixo 3 - 4 Baixo; 5 Médio; 6 – 7 Elevado; 8 – 10 Muito Elevado
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	60m	31 a 60m	6a 30m	5m	
Tem dificuldade em não fumar em locais proibidos?	Não	Sim			
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	Outros	1.º da manhã			
Quantos cigarros fuma por dia?	Menos de 11	11 a 20	21 a 30	Mais de 30	
Fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?	Não	Sim			
Fuma mesmo quando acamado por doença?	Não	Sim			

(3) Questionário STOP BANG			
Ressona alto (mais alto do que a conversar ou suficientemente alto para se ouvir através de portas fechadas)?	Sim__	Não__ —	Score__(Sim)
Cansado: Sente-se com frequência cansado, fatigado ou sonolento durante o dia?	Sim__	Não__ —	
Observado: Já alguém o viu a parar de respirar durante o sono?	Sim__	Não__ —	
Pressão arterial: tem a tensão arterial alta ou faz tratamento para a hipertensão?	Sim__	Não__ —	Risco de SAOS:
IMC: IMC superior a 35 kg/m2?	Sim__	Não__ —	Risco Baixo "sim" a menos de 3 itens
Idade: Idade superior a 50 anos?	Sim__	Não__ —	Risco Alto "sim" a 3 ou mais itens
Perímetro Cervical: Perímetro cervical superior a 40cm?	Sim__	Não__ —	
Sexo: Homem?	Sim__	Não__ —	

(4) Grau de conhecimento da Doença		
<u>HTA</u>		
Sabe o que é HTA?	Sim__	Não__

Não tem tido sintomas/queixas?	Sim__	Não__
Sabe que sintomas/problemas costuma provocar? Enumere por favor	Sim__	Não__
E quais as complicações? Enumere por favor	Sim__	Não__
Costuma avaliar a TA?	Sim__	Não__
Onde e quando? Quantas vezes? Onde regista os valores?		
Sabe quais os valores de TA recomendados?	Sim__	Não__
Quando está alterada, sabe o que fazer?	Sim__	Não__
<u>Diabetes Mellitus</u>		
Sabe o que é DM?	Sim__	Não__
Tem tido sintomas/queixas?	Sim__	Não__
Sabe que sintomas/problemas costuma provocar? Enumere por favor	Sim__	Não__
E quais as complicações? Enumere por favor	Sim__	Não__
Costuma avaliar a Glicemia?	Sim__	Não__
Onde e quando? Quantas vezes? Onde regista os valores?		
Sabe quais os valores de Glicemia recomendados?	Sim__	Não__
Quando está alterada, sabe o que fazer?	Sim__	Não__
<u>Dislipidemia</u>		
Sabe o que é a Dislipidemia?	Sim__	Não__
Tem tido sintomas/queixas?	Sim__	Não__
Sabe que sintomas/problemas costuma provocar? Enumere por favor	Sim__	Não__
E quais as complicações? Enumere por favor	Sim__	Não__
Costuma fazer análises regularmente, avalia o colesterol?	Sim__	Não__

Onde regista os valores?		
Sabe quais os valores de Colesterol recomendados?	Sim__	Não__
Quando estão alterados, sabe o que fazer?	Sim__	Não__
<u>Doença Cardíaca</u>		
Sabe o que é a _____?	Sim__	Não__
Tem tido sintomas/queixas?	Sim__	Não__
Sabe que sintomas/problemas costuma provocar? Enumere por favor	Sim__	Não__
E quais as complicações? Enumere por favor	Sim__	Não__
Costuma fazer exames/avaliações regularmente?	Sim__	Não__
Quando tem queixas, sabe o que fazer?	Sim__	Não__

Referências Bibliográficas:

Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa Idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei nº26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 -02-2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Homem, F. B.; Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Sousa, J. P., Rodrigues, L. M. M. A., Azevedo, T. S. (2022). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular*. Repositório científico da UC. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/107474>

Apêndice VIII

Poster: “Avalie e controle o seu risco cardiovascular – Até 69 anos”

AVALIE E CONTROLE O SEU RISCO CARDIOVASCULAR

SCORE 2: Risco a 10 anos de evento CV (fatal ou não fatal) em populações com risco de DCV moderado (1)

ATÉ 69 ANOS

<50 anos **50-69 anos**
 ● <2,5% ● <5%
 ● 2,5 a <7,5% ● 5 a <10%
 ● ≥ 7,5% ● ≥ 10%

Mulheres

Não fumadoras

Fumadoras

Homens

Não fumadores

Fumadores

Colesterol não HDL

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)
Score 2
SCORE2

	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	mmol/L	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	mg/dL	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9
	150	200	250			150	200	250			150	200	250	
160-179	10	10	11	12	Age (y)	14	15	17	18		20	22	23	25
140-159	8	9	9	9		12	13	14	15		17	18	20	21
120-139	7	7	7	8	65-69	10	11	12	12		14	15	17	18
100-119	5	6	6	6		8	9	10	10		12	13	14	15
160-179	7	8	8	9		11	12	13	15		17	18	20	22
140-159	6	6	7	7	60-64	9	10	11	12		14	15	17	18
120-139	5	5	5	6		7	8	9	10		11	13	14	15
100-119	4	4	4	5		6	7	7	8		9	10	11	12
160-179	5	6	6	7		9	10	11	12		14	16	17	20
140-159	4	4	5	5	55-59	7	8	9	10		11	13	14	16
120-139	3	3	4	4		5	6	7	8		9	10	11	13
100-119	3	3	3	3		4	5	6	6		7	8	9	10
160-179	4	4	5	5		7	8	9	10		11	13	15	17
140-159	3	3	4	4	50-54	5	6	7	8		9	10	12	14
120-139	2	2	3	3		4	5	5	6		7	8	9	11
100-119	2	2	2	2		3	4	4	5		5	6	7	8
160-179	3	3	3	4		5	6	7	8		9	11	13	15
140-159	2	2	3	3	45-49	4	5	5	6		7	8	10	12
120-139	2	2	2	2		3	4	4	5		5	7	8	9
100-119	1	1	1	2		2	3	3	4		4	5	6	7
160-179	2	2	3	3		4	5	6	7		8	9	11	13
140-159	1	2	2	2	40-44	3	4	4	5		6	7	8	10
120-139	1	1	1	2		2	3	3	4		4	5	6	8
100-119	1	1	1	1		2	2	2	3		3	4	5	6

CV – Cardiovascular; DCV – Doença Cardiovascular; HDL – High Density Cholesterol; DA – Doença Aterosclerótica; SCA – Síndrome Coronária Aguda; AVC – Acidente Vascular Cerebral; AIT – Acidente Isquêmico Transitório; DAP – Doença Arterial Periférica; DM – Diabetes Mellitus; DRC – Doença Renal Crônica; PA – Pressão Arterial; HF – História Familiar; TFG – Taxa de Filtração Glomerular;



(1) Referência Bibliográfica: ESC 2021 - Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (European Heart Journal 2021) - doi:10.1093/eurheartj/ehab484. Países de risco de DCV moderado: Áustria, Chipre, Finlândia, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Malta, Portugal, San Marino, Eslovênia e Suécia.

Risco muito elevado	DA, clínica ou inequívoca: SCA (IM ou angina instável), angina estável, revascularização coronária, AVC, AIT, DAP, DM com dano a órgão-alvo ou início precoce de DM1 de longa duração(>20 anos), DRC grave (TFGe <30 mL/min/1,73 m ²). Score > 10HF com DCV ou com outro fator de risco importante.	+	Score >10%	Avalie o seu risco CV Digitalize-me!
Risco elevado	CT >8 mmol/L (>310 mg/dL), C-LDL >4,9 mmol/L, (>190 mg/dL) ou PA >180/110 mmHg; Pacientes com HF; DM > 10 anos sem lesão de órgão-alvo; DRC moderada (TFGe 30-59 mL/min/1,73 m ²).	+	Score > 5% e <10%	
Risco moderado	Pacientes jovens (DM1 <35 anos; DM2 <50 anos) há mais de 10 anos, sem outros fatores de risco.	+	Score > 1% e <5%	
Risco baixo	Sem fatores de risco.	+	Score <=1%	

(2) Referência Bibliográfica: ESC 2019 - ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk (European Heart Journal 2020) - doi:10.1093/eurheartj/ehz555.



Trabalho realizado por: Rui Dias no âmbito do 1º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crônica

Apêndice IX

Poster: “Avalie e controle o seu risco cardiovascular – Mais de 70 anos”

AVALIE E CONTROLE O SEU RISCO CARDIOVASCULAR

SCORE 2 OP: Risco a 10 anos de evento CV (fatal ou não fatal) em populações com risco de DCV moderado

MAIS DE 70 ANOS

- >=70 anos**
- <7.5%
 - 7.5 a <15%
 - >= 15%

Mulheres

Não fumadoras

Fumadoras

Homens

Não fumadores

Fumadores

Colesterol não HDL

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)
Score 2 - OP

160-179

140-159

120-139

100-119

160-179

140-159

120-139

100-119

160-179

140-159

120-139

100-119

160-179

140-159

120-139

100-119

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9
150 200 250

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9
150 200 250

mmol/L
mg/dL

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9
150 200 250

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9
150 200 250

Age (y)

85-89

80-84

75-79

70-74

CV – Cardiovascular; DCV – Doença Cardiovascular; HDL – High Density Lipoprotein; DA – Doença Aterosclerótica; SCA – Síndrome Coronária Aguda; AVC – Acidente Vascular Cerebral; AIT – Acidente Isquêmico Transitório; DAP – Doença Arterial Periférica; DM – Diabetes Mellitus; DRC – Doença Renal Crônica; PA – Pressão Arterial; HF – História Familiar; TFG – Taxa de Filtração Glomerular; OP – Old People



Referência Bibliográfica: ESC 2021 - Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (European Heart Journal 2021) - doi:10.1093/eurheartj/ehab484. Países de risco de DCV moderado: Áustria, Chipre, Finlândia, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Malta, Portugal, San Marino, Eslovênia e Suécia.

Risco muito elevado	ASCVD documentada, clínica ou inequívoca: SCA (IM ou angina instável), angina estável, revascularização coronária, AVC, AIT, DAP, DM com dano a órgão-alvo ou início precoce de DM1 de longa duração(>20 anos). DRC grave TFG<30 mL/min/1,73 m ²). Score > 10HF com DCVA ou com outro fator de risco importante.	+	Score >10%
Risco elevado	CT >8 mmol/L (>310 mg/dL), C-LDL >4,9 mmol/L, (>190 mg/dL) ou PA >180/110 mmHg; Pacientes com HF; DM > 10 anos sem lesão de órgão-alvo; DRC moderada (TFG 30-59 mL/min/1,73 m ²).	+	Score > 5% e <10%
Risco moderado	Pacientes jovens (DM1 <35 anos; DM2 <50 anos) há mais de 10 anos, sem outros fatores de risco.	+	Score > 1% e <5%
Risco baixo	Sem fatores de risco.	+	Score > 1%

Avalie o seu risco CV



Digitalize-me!

Referência Bibliográfica: ESC 2019 - ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk (European Heart Journal 2020) - doi:10.1093/eurheartj/ehz455.

Trabalho realizado por: Rui Dias no âmbito do 1º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médica à Pessoa em Situação Crónica



Apêndice X

Poster: “Controle a sua tensão arterial”

CONTROLE A SUA TENSÃO ARTERIAL

HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA)

Em Portugal existem cerca de dois milhões de pessoas com HTA (1).

APENAS 50% sabe que tem esta doença, 25% está medicada e 11% tem a Tensão Arterial (TA) efetivamente controlada (1)

O que é?

Tensão Arterial Sistólica (máxima) acima de 140mmHg e/ou
Tensão Arterial Diastólica (mínima) acima de 90 mmHg

O que pode causar?

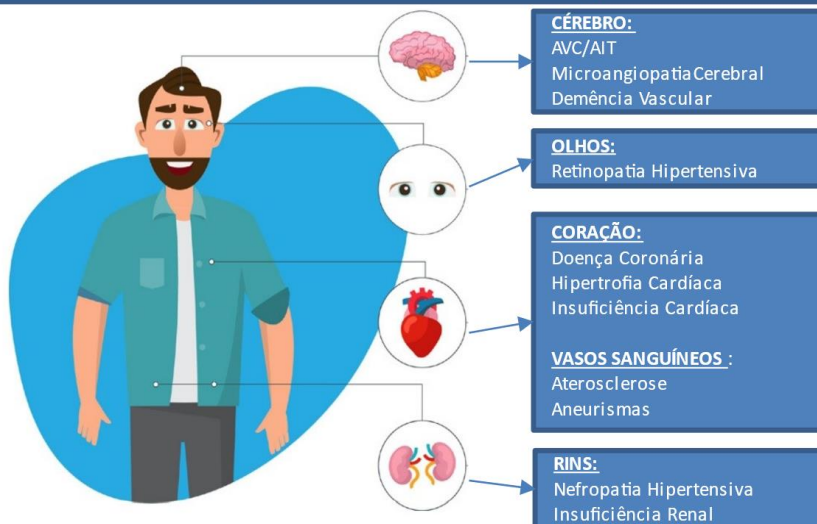


Figura 1: Complicações da hipertensão arterial (Adaptado do Manual De Apoio à Consulta De Enfermagem ao Utente Com Patologia Cardiovascular Ordem dos Enfermeiros 2022 ISBN 978989-33-2846-0)

Tem HTA?

Sim

Não sei

Não

- Consultas regulares no CS,
- Melhorar o conhecimento sobre a doença;
- Avaliar a TA regularmente;
- Cumprir escrupulosamente a medicação, para assim reduzir o seu Risco Cardiovascular.

- Avaliar a TA – pode fazer numa farmácia perto de si;
- Consulte o enfermeiro ou médico assistente;

Saber mais



Digitalize-me!

Apêndice XI

Formação ao SICHL: “Administração de Levosimendan no doente com insuficiência cardíaca crónica em contexto de ambulatório: Hospital de dia”

1º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica - Área de Especialização
à Pessoa em Situação Crónica

Administração de Levosimendan no doente com insuficiência cardíaca crónica em contexto de ambulatório: Hospital de dia

UC: Estágio com Relatório

Professora Regente: Professora Doutora Eunice Henriques

Orientadora ESEL: Professora Doutora Idalina Gomes

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]



Discente: Mário Rui Alves Dias nº 11529

Lisboa, janeiro 2024



Índice

1. Objetivos;
2. Introdução;
3. Levosimendan:
 - 3.1 - Revisão literatura;
 - 3.2 - Apresentação;
 - 3.3 - Benefícios;
 - 3.4 - Contraindicações;
 - 3.5 - Efeitos Adversos;
 - 3.6 - Advertências;
 - 3.7 - Preparação e administração;
4. Referências



Fonte: <https://www.nairoukhclick.com/ENarticle-2181>



1 - Objetivos

1. Destacar a relevância e a importância do Levosimendan na prática clínica;
2. Apresentar de forma clara e acessível o procedimento de administração de Levosimendan aos enfermeiros que não atuam no Hospital de Dia;
3. Uniformizar processos para a administração segura e eficaz de Levosimendan;



Fonte: <https://www.nairoukhclick.com/ENarticle-2181>

2 - Introdução

Insuficiência Cardíaca (IC):

- Doença grave e crónica > coração é incapaz de:
 - bombear o sangue para o corpo na quantidade necessária;
 - relaxar e receber novamente o sangue de forma normal.
- Três categorias:
 - **IC com FEVE reduzida:** FEVE é inferior a 40%. Mais grave, mais sintomático e mais riscos;
 - **IC com FEVE intermédia:** FEVE está entre 40 e 49%;
 - **IC com FEVE preservada/normal:** FEVE é normal, ou superior a 50%;
 - coração apresenta alterações estruturais: paredes muito espessadas;
 - alterações funcionais, como pressões elevadas, o que faz com que a capacidade de relaxar ou de receber o sangue esteja alterada.



Fonte:
<https://andreiatorres.com/blog/2011/09/11/insuficiencia-cardiaca>

2 - Introdução



Classificação funcional da *New York Heart Association (NYHA)*

Classe	Características
NYHA I (ausência de sintomas)	Não apresenta sintomas e consegue realizar as atividades diárias sem se sentir cansado ou com falta de ar.
NYHA II (sintomas ligeiros)	Sente-se bem em repouso, mas a atividade moderada causa cansaço ou falta de ar.
NYHA III (sintomas moderados)	Sente-se bem em repouso, mas mesmo uma atividade física reduzida causa cansaço ou falta de ar.
NYHA IV (sintomas graves)	Não consegue realizar nenhuma atividade física sem desconforto e tem alguns sintomas em repouso.

FEVE - Fração de Ejeção Ventricular Esquerda

NYHA - New York Heart Association

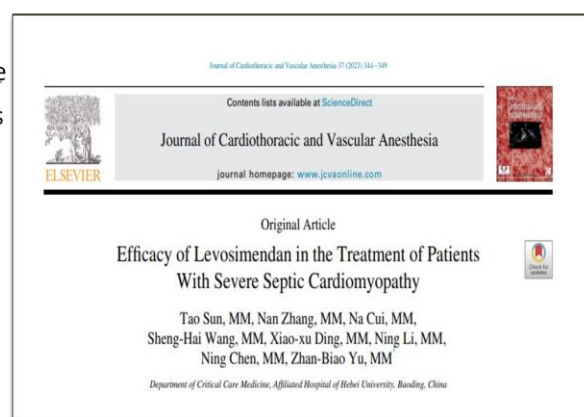


3 - Levosimendan:

3.1 - Rev. literatura

Sun et al (2022):

- Aumenta a FEVE;
- Altera o fenótipo de troponina C melhora sua sensibilidade aos íons de cálcio, melhora a contratilidade das células miocárdicas e reduz a depressão miocárdica;
- Não induz taquicardia
- Reduzir os níveis de água e lactato no pulmão;
- Melhora a função cardíaca e a perfusão tecidual;



FEVE - Fração de Ejeção Ventricular Esquerda



3 - Levosimendan:

3.1 - Rev. literatura

Reis et al (2022):

- Menos pró-arritmico que os inotrópicos tradicionais;
- Abordagem custo-efetiva, gera economia para os sistemas de saúde > redução significativa nas hospitalizações por IC;
- “Reduções significativas (...) nos eventos de IC aos seis meses”;
- Melhora na prática de exercício e na função sistólica do VE de pessoas que sofrem de IC avançada;
- Previne danos adicionais aos órgãos-alvo;
- Melhora a qualidade de vida e reduz a carga sintomática dos pacientes encaminhados para cuidados paliativos.



IC – Insuficiência Cardíaca



3 - Levosimendan:

3.1 - Rev. literatura

Ribeiro & Vale (2023):

- Propriedades anticancerígenas multifacetadas
- Foi investigado em combinação com agentes anticancerígenos tradicionais como o 5-fluorouracil > efeito sinérgico que aumenta a eficácia do tratamento;
- Melhores resultados para pacientes com cancro > novas possibilidades para tratamentos direcionados e eficientes.



3 - Levosimendan:

3.2 - Apresentação



O que é/como funciona?

- Nova classe de agentes cardiotônicos (sensibilizadores de cálcio);
- Intensifica a sensibilidade das proteínas contráteis ao cálcio através da ligação com a troponina C cardíaca;
- Efeitos inotrópicos positivos > aumentam a contratilidade cardíaca > não prejudica o relaxamento ventricular;
- Pico da concentração no sangue alcançado aproximadamente 48 horas após a infusão.



Fonte: <https://cfs.ccb.ufsc.br/2023/08/14/um-novo-tratamento-para-a-insuficiencia-cardiaca/>

3 - Levosimendan:

3.2 - Apresentação

Composição:

- Cada ampola contém 5mL;
- Cada mL contém:
 - 2,5 mg de levosimendan;
 - Excipientes: polividona, ácido cítrico e etanol.

Armazenamento:

- Deve ser conservado entre 2 a 8°C (Não Congelar);
- Pode ter cor alaranjada mas não há perda de farmacodinâmica;
- Prazo de validade: 36 meses se armazenado nas condições indicadas;
- Após diluição, utilizar no máximo em 24 horas.



3 - Levosimendan:

3.3 - Benefícios



Indicado:

- Tratamento de descompensação aguda da insuficiência cardíaca crónica grave quando a terapia convencional não é suficiente, e em casos em que o suporte inotrópico é indicado.

Efeitos hemodinamicamente favoráveis sobre:

- Débito cardíaco (FEVE);
- Pressão capilar pulmonar pelo menos 24h após o término;



FEVE - Fração de Ejeção Ventricular Esquerda



3 - Levosimendan:

3.4 - Efeitos Adversos



Sistema	Reação	Frequência
Metabolismo e nutrição	Hipocaliemia	Comum
Psiquiátricas	Insónia	Comum
Sistema nervoso	Cefaleia Vertigem	Muito Comum Comum
Desordens cardíacas	Taquicardia Ventricular	Muito comum
	Fibrilhação Auricular	Comum
	Taquicardia	
	Extrassístoles Ventriculares	
	Insuficiência cardíaca	
	Isquemia miocárdio Extrassístoles	
Desordens vasculares	Hipotensão	Muito comum
Laboratório	Diminuição da Hemoglobina	Comum



3 - Levosimendan:

3.6 - Advertências

- Tensão arterial baixa > Recomendam-se regimes de dose mais conservadoras;
- Hipovolemia grave deve ser corrigida antes da infusão;
- Alterações excessivas na TA ou na FC, reduzir ou descontinuar a infusão;
- Desconhece-se efeitos em bebés:
 - Grávidas > validar risco/benefício;
 - Amamentação: não deve amamentar > passa para o leite materno;
- Contém álcool:
 - Afeta a capacidade de conduzir ou utilizar máquinas pesadas;
 - Dependência de álcool > validar com médico assistente.
- Usar com cautela em pacientes com insuficiência renal e hepática leve ou moderada.



3 - Levosimendan:

3.7 - Preparação e administração

- Inspeccionar a presença de partículas em suspensão e alterações na cor;
- Administração:
 - Administrar 6,25 mg (equivalente a 2.5ml) em 250ml de D5%**H2O** para cada doente;
- Administrado apenas por via endovenosa: periférica ou central;
- Pode ser administrado simultaneamente com:
 - furosemida 10 mg/mL;
 - digoxina 0,25 mg/mL;
 - nitroglicerina 0,1 mg/mL;
 - não deve ser misturado com outros produtos ou diluentes!
- Validade: 30 dias após abertura.

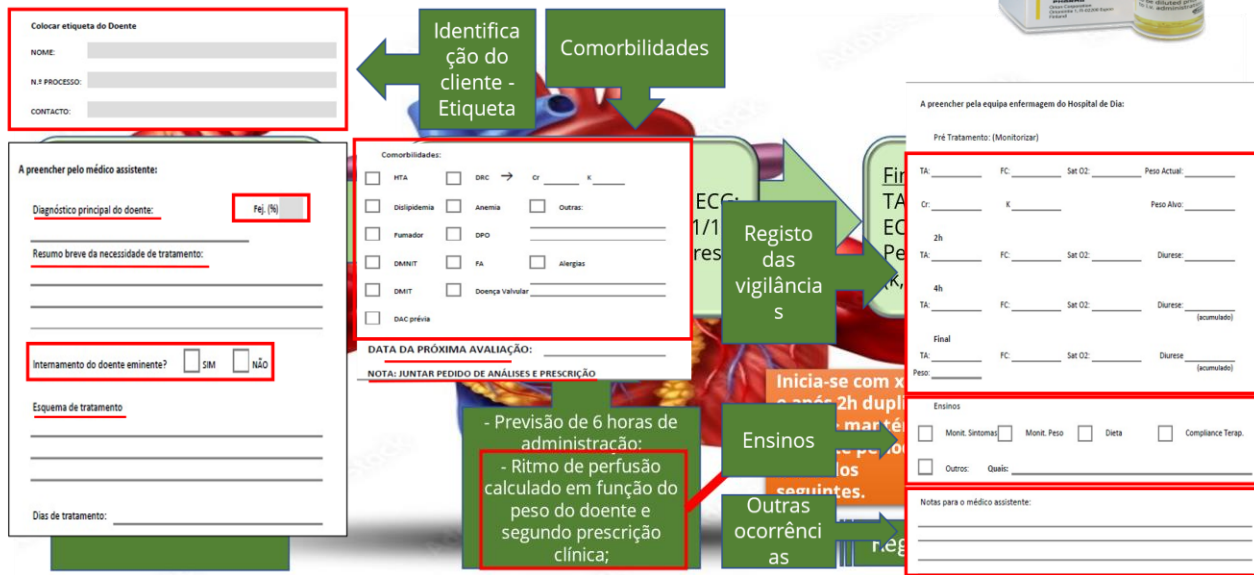


3 - Levosimendan:

37- Levosimendan:

37- Preparação e administração

Folha de registo de tratamento levosimendan bólus:



Colocar etiqueta do Doente

NOME: _____

N.º PROCESSO: _____

CONTACTO: _____

Identificação do cliente - Etiqueta

Comorbilidades

Registo das vigilâncias

Ensinos

Outras ocorrências

Previsão de 6 horas de administração:

Ritmo de perfusão calculado em função do peso do doente e segundo prescrição clínica;

Diagnóstico principal do doente: ☐ Fe (%)

Resumo breve da necessidade de tratamento:

Internamento do doente eminente? ☐ SIM ☐ NÃO

Esquema de tratamento

Dias de tratamento:

Comorbilidades:

☐ HTA ☐ DRC ☐ Cr ☐ K ☐ Outras: _____

☐ Dislipidemia ☐ Anemia ☐ DPO ☐ Fumador ☐ DMIT ☐ FA ☐ Alergias ☐ DAC prévia

DATA DA PRÓXIMA AVALIAÇÃO:

NOTA: JUNTAR PEDIDO DE ANÁLISES E PRESCRIÇÃO

A preencher pela equipa enfermagem do Hospital de Dia:

Pré Tratamento: (Monitorizar)

TA: _____ FC: _____ Sat O2: _____ Peso Actual: _____

Cr: _____ K: _____ Peso Alvo: _____

2h TA: _____ FC: _____ Sat O2: _____ Diurese: _____

4h TA: _____ FC: _____ Sat O2: _____ Diurese: _____ (acumulado)

Final TA: _____ FC: _____ Sat O2: _____ Diurese: _____ (acumulado)

Peso: _____

Ensinos

☐ Monit. Sintomas ☐ Monit. Peso ☐ Dieta ☐ Compliance Terap.

☐ Outros: Quais: _____

Notas para o médico assistente:

4 – Referências

- Sun, T., Zhang, N., Cui, N., Wang, S.-H., Ding, X.-X., Li, N., Chen, N., & Yu, Z.-B. (2022). Efficacy of Levosimendan in the Treatment of Patients with Severe Septic Cardiomyopathy. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2022.10.032>
- Reis, J. F., Gonçalves, A. V., Moreira, R. I., Silva, T. P. d., Timóteo, A. T., Pombo, D., Carvalho, T., Correia, C., Santos, C., & Cruz Ferreira, R. (2023). Administração intermitente de levosimendan em hospital de dia de insuficiência cardíaca: experiência unicêntrica de 200 tratamentos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2022.03.006>
- Książczyk, M., Gruchała, M., Stopczyńska, I., & Lelonek, M. (2023). A favorable alliance between repetitive use of levosimendan and advanced heart failure: Polish two-centered inpatient perspective in need of validation. *Kardiologia Polska*, 81(3), 287–289. <https://doi.org/10.33963/kp.a2023.0034>
- Pözl, G., Altenberger, J., Comín-Colet, J., Delgado, J. F., Fedele, F., García-González, M. J., Gustafsson, F., Masip, J., Papp, Z., Störk, S., Ulmer, H., Maier, S., Vrtovec, B., Wikström, G., Zima, E., & Bauer, A. (2023). Repetitive levosimendan infusions for patients with advanced chronic heart failure in the vulnerable post-discharge period: the multinational randomized LeoDOR trial. *European Journal of Heart Failure*. <https://doi.org/10.1002/ehf.3006>
- Ribeiro, E., & Vale, N. (2023). Understanding the Clinical Use of Levosimendan and Perspectives on its Future in Oncology. *Biomolecules*, 13(9), 1296. <https://doi.org/10.3390/biom13091296>



Fonte: <https://www.michaelleestallard.com/leadersdont-forget-make-time-qa>

Apêndice XII

Formação ao serviço SICHL: “Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta: Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador Informal”

1º Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-cirúrgica - Área de Especialização
à Pessoa em Situação Crónica

Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta: Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador Informal

UC: Estágio com Relatório

Professora Regente: Professora Doutora Eunice Henriques

Orientadora ESEL: Professora Doutora Idalina Gomes

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]



Discente: Mário Rui Alves Dias nº 11529

Lisboa, Janeiro 2024



Índice

1. Apresentação;
2. Objetivos;
3. Papel do EEMCPSC;
4. Projeto Formativo;
5. Enquadramento Teórico :
 - 5.1 – Quadro de referências;
 - 5.2 - Conceitos;
 - 5.3 - Scoping-Review;
6. Implementação;
7. Conclusão.



Fonte: www.dinheirovivo.pt/empresas/tecnologia/atelesaude-e-teleassistencia-podiam-ter-poupado-muitas-vidas-em-portugal-13130468.html



Fonte: <https://www.ligamigossmarta.com>



1. Apresentação

- **Nome:** Mário Rui Alves Dias
- Enfermeiro desde 2008 – atualmente no Hospital da Luz Lisboa – serviço de internamento Especialidades Médicas (Medicina, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia);
- Enfermeiro na Linha SNS 24;
- Mestrando no 1º Curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Pessoa em Situação Crónica na ESEL;
- **Duração do estágio:** 25/09 a 9/02 de 2024;
- **Enfermeiro Orientador:** Enfermeiro Especialista Tiago Carvalho
- **Enfermeira Orientadora ESEL:** Professora Doutora Idalina Delfina Gomes
- **Palavras-Chave:** Pessoa Idosa (PI), Hipertensão Arterial (HTA), Cuidado de Si, TeleConsulta (TC), Intervenções do Enfermeiro Especialista (EE).



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

2. Objetivos

Sensibilização:



Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guiatelenfermagem_final.pdf

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

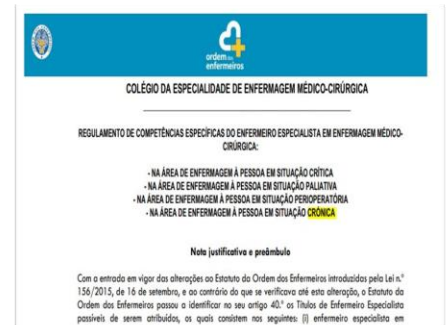
3. Papel do EEEMCPSC

- **Qual o papel?**

- “Ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário”;
- “Prevenção da doença”;
- “Promoção de estilos de vida”;
- “Promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica”;
- “Redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma”.

- **Competências**

- 1 - Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- 2 - Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.



Fonte: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017

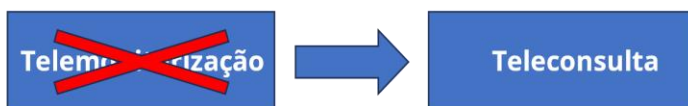


EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica- Pessoa Em Situação Crónica

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

4. Projeto Formativo

- **REESTRUTURAÇÃO DO PROJETO:**



Tema projeto: Intervenção do Enfermeiro Especialista na Teleconsulta: Promoção do Cuidado-de-Si à Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial e/ou Cuidador Informal;

Redefinição de objetivos:

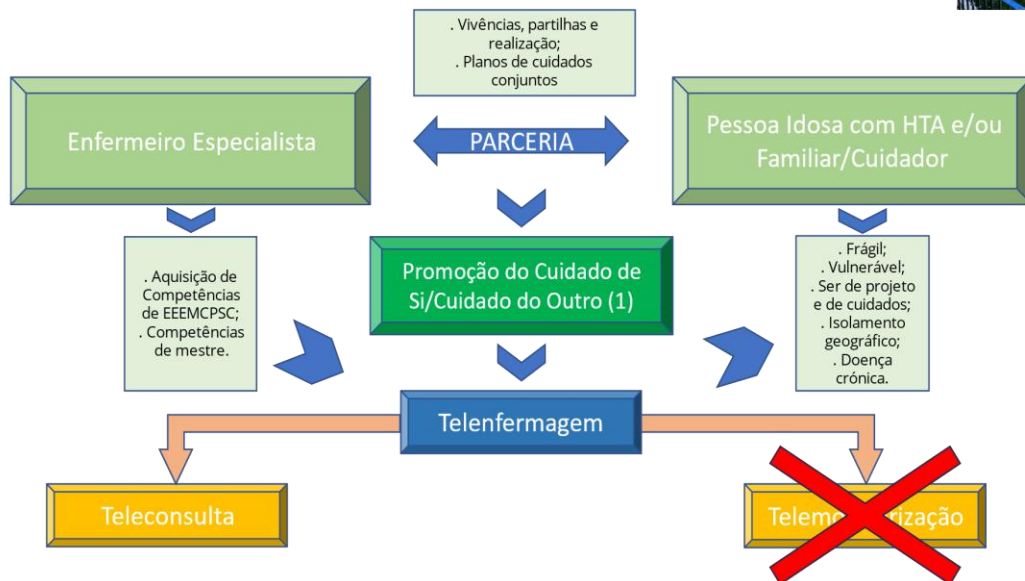
- Desenvolver competências de EEEMCPSC na promoção do cuidado-de-si à PI e/ou familiar/cuidador, nomeadamente no controlo da HTA como prevenção do risco CV.
- Desenvolver competências de EEEMCPSC e mestre aplicadas à Telenfermagem (Teleconsulta), para a promoção do cuidado-de-si à PI com risco CV e/ou familiar cuidador.



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

5. Enquadramento Teórico

5.1 – Quadro de referências



1) Gomes (2016; 2020; 2021)



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos



Envelhecimento populacional (INE):

- Proporção de 128,0 por cada 100 jovens (INE 2022);
 - Tendência para duplicar para 181,3 idosos/100 jovens até 2080 (INE 2022);
- Esperança de vida à nascença: 80,96 anos (INE 2022);
- Esperança de vida aos 65 anos : 19,75 anos (T=84,75anos) (INE 2023);
- Prevalência de Doenças Crónicas (DC): 43,9% em Portugal (INE 2022);



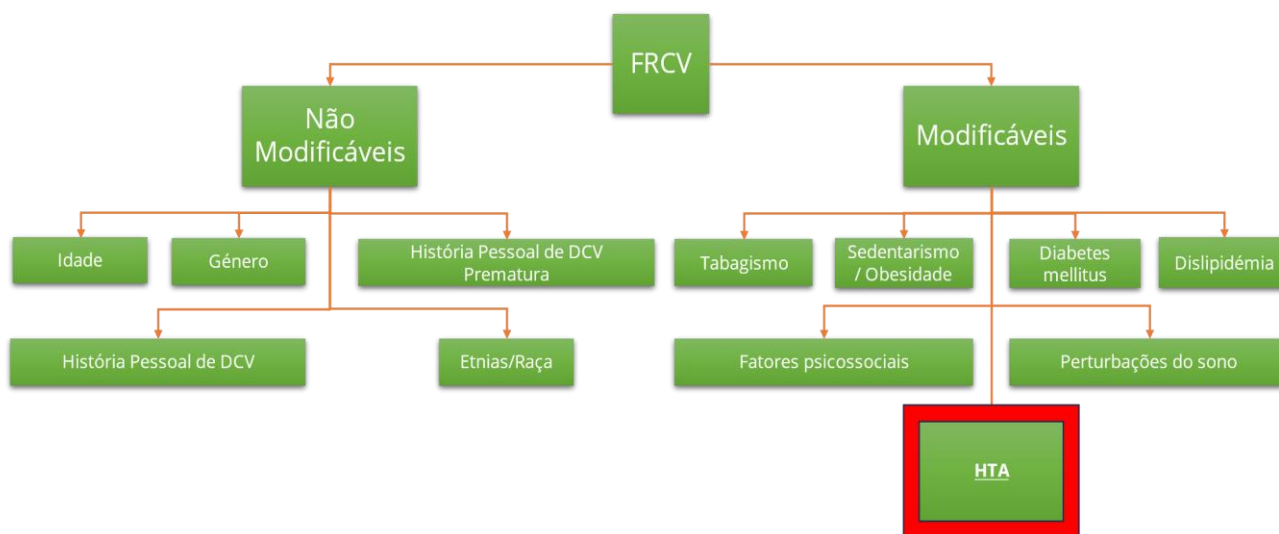
Doenças CV (DGS 2022):

- Responsáveis por cerca de 30% dos óbitos em Portugal,;
- Maior carga de mortalidade acima dos 80 anos;
- Projeta-se taxa de mortalidade de 246,5 óbitos por 100.000 habitantes em 2030.



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos



Porquê a HTA?

- Doença Silenciosa;
- Mundo - OMS (2023):
 - Doença Crónica Não Transmissível mais prevalente 1,28 mil milhões de adultos;
 - 46% desconhecem ter a doença;
- Portugal - Santos (2022):
 - Em Portugal a prevalência de 36 % e é uma das principais causas de mortes;
- **Principal fator de risco:** doença cerebrovascular (AVC/AIT, microangiopatia cerebral, demência vascular); doença coronária (EAM, SCA), hipertrofia cardíaca, insuficiência cardíaca, aterosclerose, aneurismas, retinopatia hipertensiva (visão), doença vascular periférica, insuficiência renal (nefropatia hipertensiva e DRC), alterações cognitivas, fibrilhação auricular.



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos

Porquê a HTA?(cont.)

- INE (2022):
 - Apenas 50% sabe que tem esta doença;
 - 25% está medicada;
 - 11% tem a Tensão Arterial (TA) efetivamente controlada;
- Santos (2020):
 - Prevalência de 50,5% a 72% de HTA em pessoas internadas.



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos

Telenfermagem

“Fomentar a utilização apropriada de recursos digitais e tecnologias adaptáveis às diversas nações e cenários, com o propósito de enfrentar os principais desafios do sistema de saúde e promover a equidade no acesso a esses recursos, garantindo que nenhuma pessoa seja excluída”(OMS – 2021);

“Oferece novas respostas aos grandes desafios, nomeadamente os da acessibilidade e proximidade a cuidados de saúde, da integração de cuidados, da capacitação do cidadão, doente e cuidador no SNS, entre outros.” (SPMS – 2019);

“Moldar o futuro dos cuidados de enfermagem.” (SPMS – 2019);

“Uma realidade que deverá subsistir, desenvolver-se e otimizar-se além daquela situação excepcional.” (OE 2021).



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos

Telenfermagem

“Fomentar a utilização apropriada de recursos digitais e tecnologias adaptáveis às diversas nações e cenários, com o propósito de enfrentar os principais desafios do sistema de saúde e promover a equidade no acesso a esses recursos, garantindo que nenhuma pessoa seja excluída” (OMS – 2021);

“Oferece novas respostas aos grandes desafios, nomeadamente os da acessibilidade e proximidade a cuidados de saúde, da integração de cuidados, da capacitação do cidadão, doente e cuidador no SNS, entre outros.” (SPMS – 2019);

“Moldar o futuro dos cuidados de enfermagem.” (SPMS – 2019);

“Uma realidade que deverá subsistir, desenvolver-se e otimizar-se além daquela situação excepcional” (OE 2021).



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos

Telenfermagem

Tecnologias de comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo a interação entre o enfermeiro e a pessoa, de forma remota, com o intuito de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir (OE, 2021).

Contempla:

- Teleconsulta
- Telemonitorização
- Telereabilitação
- Telerrastreio



Fonte: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/teleconsulta>



5. Enquadramento Teórico

5.2 – Conceitos



Teleconsulta

“uma consulta na qual o enfermeiro, à distância e com recurso às tecnologias de comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde (SPMS, 2019)”.



1) SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

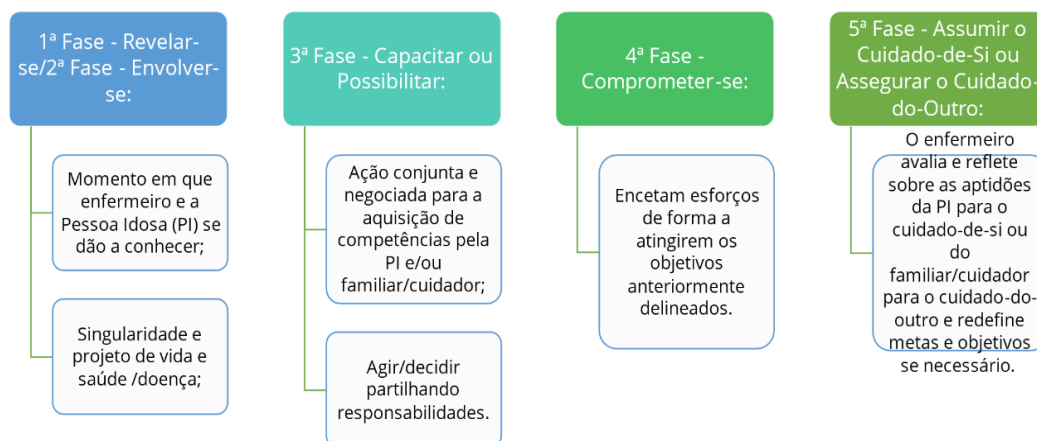


5. Quadro de Referência

5.2 – Conceitos



Modelo de Intervenção em Parceria – Cuidado-de-Si ou Cuidado-de-Outro (Gomes et al.2016)



Gomes (2020)



5. Enquadramento Teórico

5.3 – Scoping Review



Título: “Contributo da Telenfermagem para a Prevenção e Controlo do Risco Vascular na Pessoa Idosa com Hipertensão: Scoping Review”

- Palavras-chave: Telenfermagem, Risco Cardiovascular, Hipertensão Arterial, Pessoa Idosa

Avaliados: 7 artigos



5. Enquadramento Teórico

5.3 – Scoping Review



Dimensões:

1 - Controlo e Prevenção do risco CV

- “Motiva os pacientes a manterem contato frequente com profissionais de saúde” (Jensen et al. 2009).
- “Eficaz na anulação da iliteracia tecnológica” (Fujiwara et al. 2023);
- “Estimula a busca ativa de conhecimento sobre sua doença e os fatores de risco cardiovascular” (Jensen et al. (2009);
- “Redução do colesterol total e a cessação do tabagismo” (Adie et al., 2010).



5. Enquadramento Teórico

5.3 – Scoping Review

2 - Autogestão da doença (HTA)

- Monitorizar regular dos valores de TA levou a uma redução significativa dos mesmos, tanto na comunidade (Adie et al., 2010; Padwal et al., 2018) como em ambientes institucionais(Fujiwara et al., 2023);

- Motiva a marcação de consultas regulares > vital para o controlo da HTA (Jensen et al., 2009)

3 - Memória da qualidade de vida

- Diminuição das taxas de reinternamento(Ildris et al., 2015; Millan-Calenti et al., 2016);
- Diminuição da incidência de recorrência de acidente vascular cerebral e acidente isquémico transitório(Adie et al., 2010 e Padwal et al., 2018);
- A economia de custos associada à teleconsulta na prevenção de internamentos hospitalares é uma vantagem adicional (Idris et al., 2015; Padwal et al., 2018).



5. Enquadramento Teórico

5.3 – Scoping Review

4 - Adesão terapêutica

- Melhoria do conhecimento sobre a medicação no grupo submetido a teleconsulta (Adie et al., 2010/ Jensen et al., 2009 et al.);
- Deteção precoce de possível não adesão (Fujiwara et al., 2023 et al.).

5 - Prevenção da inércia clínica

- Reforça o vínculo de confiança entre profissionais de saúde e pacientes (Correia et al., 2020);
- Motiva os profissionais a implementar estratégias mais eficazes para diminuir o risco cardiovascular(Jensen et al., 2009);
- Permite a intervenção precoce dos profissionais de saúde (Idris et al., 2015).



5. Enquadramento Teórico

5.3 – Scoping Review

6 - Monitorização e prevenção de eventos adversos

- Redução do risco de síncope e quedas particularmente notável (Fujiwara et al., 2023);

7 – Outras Considerações (Fragilidade da PI)

- Minimiza os custos associados a quedas (Millan-Calenti et al. 2016) ;
- Particularmente adequada para pessoas com dependência na marcha (Millan-Calenti et al. 2016);
- Reduz as barreiras geográficas; acesso a cuidados de saúde de alta qualidade em regiões remotas (Fujiwara et al., 2023);
- Diminuição da solidão (Correia et al., 2020).

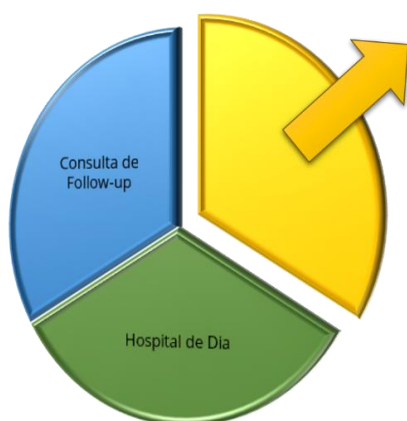


1) AVC - Acidentes Vasculares Cerebrais; EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6. Implementação

6.1 - Internamento



INTERNAMENTO:

- Prática avançada segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Gomes;
- **Projeto: "Individualização dos cuidados: a intervenção de enfermagem de parceria em contexto hospitalar;"**
- Instrumento de avaliação de RV:



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6. Implementação

6.1 - Internamento



Instrumento de avaliação de RV:

- Efetuar a todos os clientes (preferencialmente);
- Registrar resultado na avaliação inicial;
- Usar recursos disponíveis (dietista, psicólogo, serviço de ação social);
- Efetuar educação para a saúde necessária;
- Registrar recomendações na nota de alta;
- [Posters](#) avaliação risco vascular.



6. Implementação

6.1 - Internamento



<https://www.sphta.org.pt/pt>

<https://www.missao7026.pt>

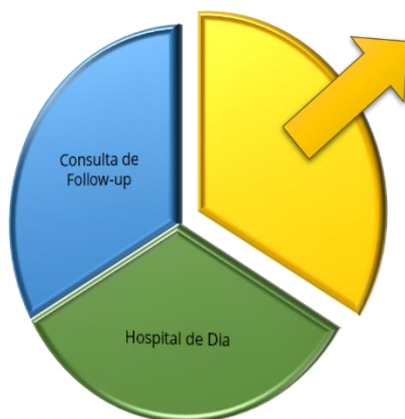
HTA:

- Avaliar o conhecimento do cliente sobre a doença (Instrumento av. do RV);
- De forma a garantir:
 - Literacia mínima e adequada às capacidades do cliente para que possa efetuar a autogestão da sua doença;
 - Que perceba a importância de controlar a HTA;
 - Valores saudáveis de TAS alvo < 120-140mmHg e TAD alvo < 80mmHg.



6. Implementação

6.1 - Internamento



<https://www.sphta.org.pt/pt>

<https://www.missao7026.pt>

HTA:

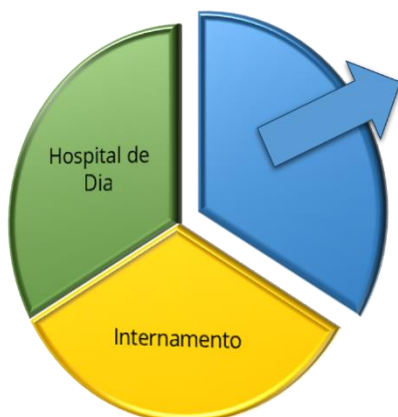
- Que o cliente compreenda a importância:
 - Restrição de sal (máx. 5g/dia);
 - Preferir a dieta mediterrânica;
 - Moderar o consumo de álcool;
 - Controlar o seu peso;
 - Manter uma atividade física regular e adequada às possibilidades;
 - Cessação tabágica (verificar a disponibilidade e propor consulta!).



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6. Implementação

6.2 – Gabinete Seguimento do Cliente



CONSULTADE FOLLOW-UP:

- Consultas de follow-up 1 mês;
- Guião de Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de RV;
- Estudo de Caso



1) RV – Risco vascular; 2) TC – Teleconsulta1

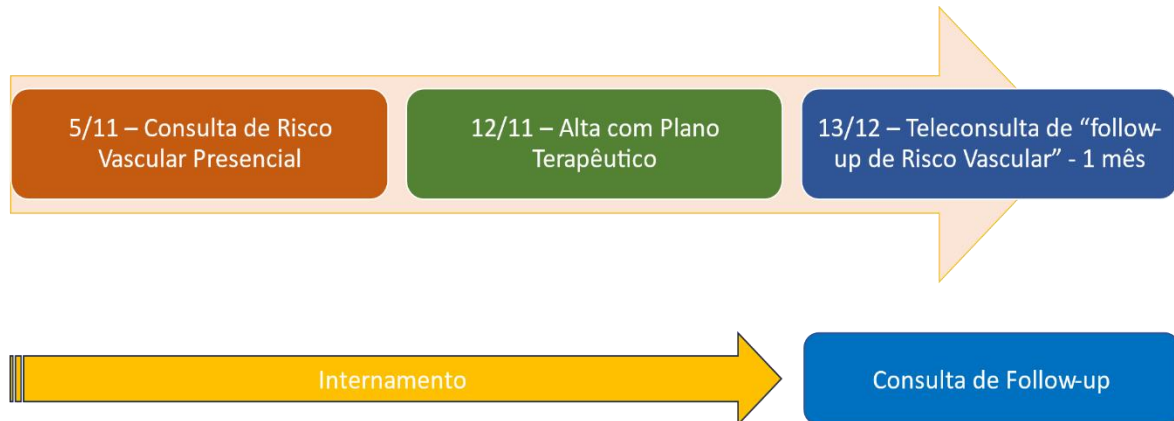
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6. Implementação

6.2.1 – Estudo de caso



Cronograma

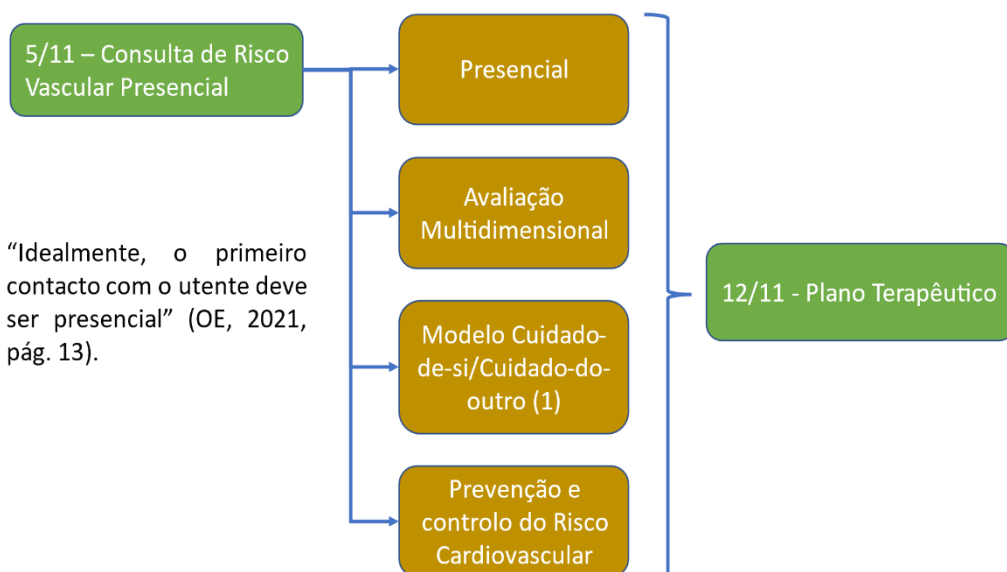


Fonte imagem: <https://depositphotos.com/br/photos/estudo-de-caso.html>



6. Implementação

6.2.1 – Estudo de caso



(1) Gomes et al. (2016, 2019, 2021)



6. Implementação

6.2.1 – Estudo de caso

Escalas e avaliações utilizadas:

• Escala de comas de Glasgow; • Escala instrumental de Lawton & Brody; • Escala de Barthel; • Escala de Morse; • Escala geriátrica de depressão.	• Avaliação do regime terapêutico-escala MAT; • Conhecimento da doença (HTA) • Avaliação da atividade Física (AF)/sedentarismo; • Avaliação Regime Alimentar (RA) • SAOS - Questionário Stop Bang.
--	--



6. Implementação

6.2.1 – Estudo de caso

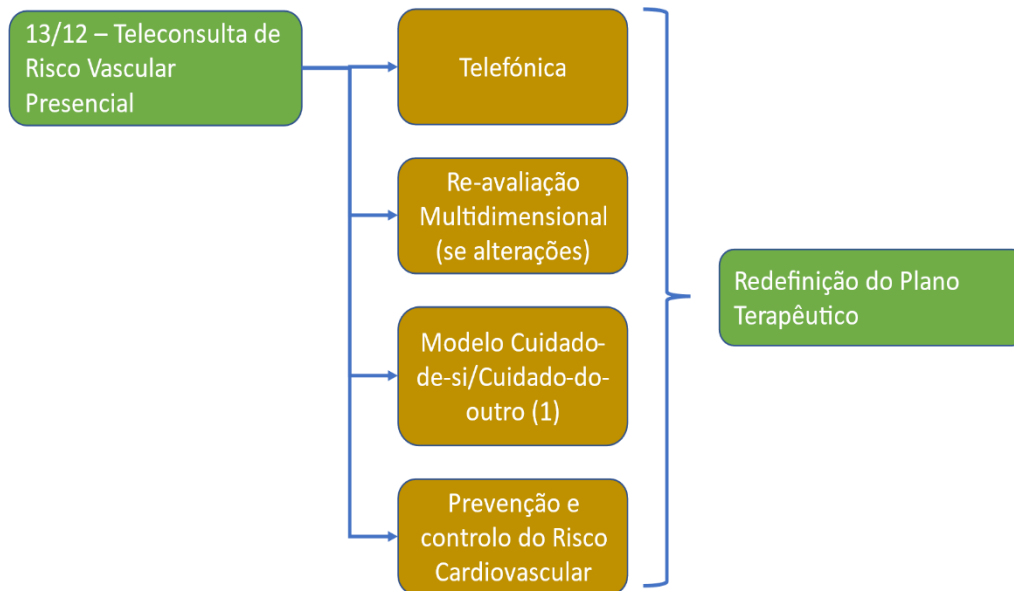
Preocupações demonstradas pela cliente:

- Nível baixo de literacia sobre as suas doenças (assume desejo de saber mais);
- Sedentarismo/baixa atividade física (assume que não faz atividade física);
- Dificuldades na adesão à terapêutica (apesar de cumprir grande parte do esquema terapêutico);
- Problemas de memória;
- Alimentação pouco cuidada (assume que não se alimenta como deveria);
- Sentimentos de tristeza e ansiedade (saudades dos filhos e das netas, que estão no estrangeiro, e preocupação em relação às intervenções cirúrgicas).



6. Implementação

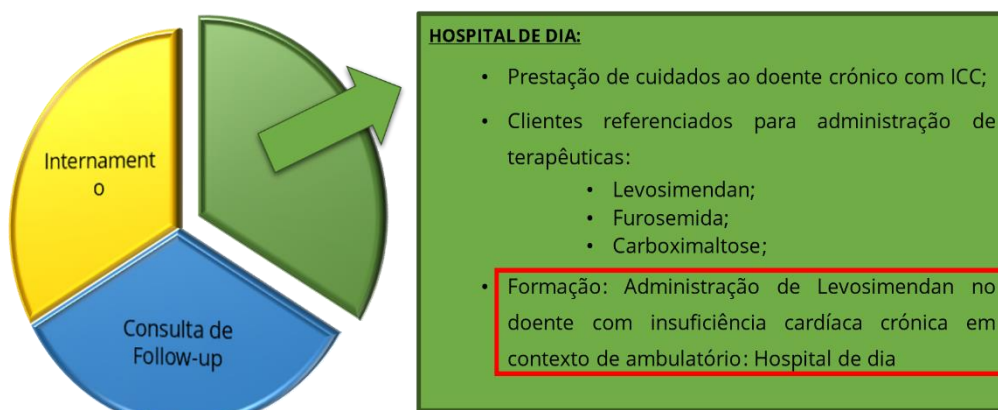
6.2.1 – Estudo de caso



(1) Gomes et al. (2016, 2019, 2021)

6. Implementação

6.3 – Hospital de Dia



7. Conclusão



- Importância da prevenção e controlo do RV, especialmente da HTA;
- Todos os enfermeiros também são agentes de saúde pública;
- Mostrar a “face oculta” da enfermagem;
- “Ser criativos” e usar todos os recursos disponíveis
 - Recursos pessoais do cliente;
 - Recursos profissionais e materiais;
- Parceria de cuidados;
- Perceção do contributo da Telenfermagem para a prática atual e para o futuro da profissão.

OBRIGADO





Fonte: <https://www.michaellestallard.com/leadersdont-forget-make-time-qa>

Referências

- INE (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2022). *Censos 2021*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2022). *Estado de saúde*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2022). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2019-2021*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- OE (2021). *Consultas de Enfermagem à distância, TELENFERMAGEM – Guia de Recomendações*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.
- Santos, T.A.S.L. (2019). Hipertensão Arterial em Portugal – O Custo do Controlo. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra] ESTUDO GERAL Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/97732>
- SPMS (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde*. Lisboa, Portugal: SPMS, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
- WHO (2023). *Non communicable diseases*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Referências

- Amado C., Leal M., Valente T., Aveiro M., Ribeiro F., Cruz M. (2020). A Hipertensão Arterial num dia de internamento – Caracterização de um dia de internamento. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*.79, 6-25. [ISSN: 1646-8287](#)
- Decreto-Lei n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, aprovado pelo decreto-Lei n.º 429/2018, de 16 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018). 19359-19370.
- DGS (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa, Portugal: DGS, Direção Geral da Saúde.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência* Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si: Património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing* 23(2), 7–15
- Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context. *Gerontechnology IV. IWoG 2021*.

Apêndice XIII

Guia da consulta e teleconsulta de risco vascular da CTAPA

GUIA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW-UP (CFURV) –
CONTROLO RISCO VASCULAR (Segundo modelo de Intervenção em Parceira de
Gomes, 2021)

AVALIAÇÃO INICIAL (PRESENCIAL) - INTERNAMENTO

1ª/2ª Fases – Revelar-se e Envolver-se

Objetivo: Estruturar a CFURV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida

<u>Etapas</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Objetivos</u>
Preparação da consulta presencial	• Consentimento informado, livre esclarecido e assinado; • Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença); • Escalas e índices necessários: (Ver anexo I); • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível.	• Criar condições para uma consulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-do-Outro.
Início da consulta presencial		
Apreciação global da consulta: O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da consulta	• <u>O enfermeiro:</u> • Cumprimenta a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	• Iniciar e manter uma relação de confiança; • Estabelecer uma parceria sobre as condições do projeto de cuidados, relativamente ao seu processo; • Dar a conhecer os recursos da TC à Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador.
<u>Questões a colocar durante a consulta</u>	- “Bom dia/Boa tarde, Sr. X/Sra. D^a X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de enfermagem de risco vascular do Hospital [REDACTED].” - “Confirme, por favor, o seu nome todo e a data de nascimento?” - “Diga-me como se sente? Como tem passado?” - “Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?” - “De que acha que se trata esta consulta? / O que espera desta consulta e de nós (enfermeiros)?” - “Os objetivos desta consulta são o de permitir que consiga gerir a sua saúde e a(s) sua(s) doenças, de forma a evitar complicações no futuro e permitir uma boa qualidade de vida.” - “Para isso vamos propor um plano terapêutico e de acompanhamento, concorda?”	
Conhecer a Pessoa Idosa e o	• <u>Dados biográficos:</u> • Nome, nome pelo qual gosta de ser tratado, idade, nacionalidade / naturalidade, escolaridade,	• Conhecer a Pessoa Idosa, o seu contexto de vida e a sua singularidade;

seu contexto de vida Enfermeiro procura conhecer a Pessoa Idosa, sua família e o seu contexto de vida	contacto telefónico, atividade profissional (atual/anterior) e estado civil • <u>Contexto de vida da Pessoa Idosa:</u> • Agregado familiar (com quem vive), pessoa de referência (nome, parentesco, contacto telefónico); • Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio); • Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é do próprio ou alugada); • Situação económica (existem dificuldades, de que tipo); • Estrutura de apoio (médico família, apoio social, centro dia, familiar cuidador); • Espiritualidade Religião.	• Dar relevância ao sentido da vida da pessoa - perceber as suas necessidades, estímulos e motivações; • Entender como a pessoa idosa se insere na família e sociedade.
<u>Questões a colocar durante a consulta</u>	- “Sr. X/Sra. D^a X., qual o nome pelo qual gosta de ser tratado(a)?” - ““Pode-me indicar ou confirmar o contacto telefónico, para o qual possamos ligar?” - “Pode me confirmar a sua idade, por favor?” - “Nasceu em Portugal (ou em que outro país)? É natural de onde? Nível de escolaridade?” - “Ainda exerce alguma atividade profissional? Qual?” - “Qual o seu estado civil?” - “Sr. X/Sra. D^a X., é possível dizer-me com quem vive e quantas pessoas vivem em sua casa?” - “Tem apoio da sua família para o que necessita?” - “E sobre a sua casa: é um apartamento/moradia? É casa própria ou alugada? Quantos andares tem? “ - “Tem tido dificuldades financeiras?” - “Tem médico de família (ou outro médico que o acompanhe? Tem necessitado de apoios sociais (subsídios, alimentação, cuidados domiciliários?” - “Pratica alguma religião? Qual?”	
Pessoa Idosa como ser de projeto e cuidado	• Atividades de lazer / projetos de vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si e para os outros); • Hábitos de vida / possíveis comportamentos aditivos (estilos de vida); • Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual.	• Conhecer o seu projeto de vida e saúde Pessoa Idosa, identificando as motivações e o que dá sentido à sua vida, procurando identificar as suas capacidades e recursos necessários para a promoção do cuidado-de-Si.

Conhecer a situação de saúde / doença	• Diagnóstico provisório ou definitivos; • Referenciação (Instituição / especialidade / nome do médico); • A Pessoa Idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?); • A Pessoa Idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?); • Antecedentes pessoais médicos / cirúrgicos; • Alergias; • Medicação habitual no domicílio; • Responsabilidade da gestão do plano terapêutico (quem, porquê, problemas de adesão);	• Conhecer a situação atual e a anamnese da Pessoa Idosa.
<u>Questões a colocar durante a consulta</u>	- “Sr. X/Sra. D^a X., fale-me um pouco sobre si: <i>O que gosta ou tem prazer em fazer?</i> <i>Que atividades gosta de praticar nos tempos livres?</i> <i>O que é que ainda não fez e que gostaria de fazer? E para os seus entes queridos?”</i> - “Permita-me perguntar se fuma, ingere álcool ou drogas, ou outros comportamentos aditivos (vício do jogo, etc.)?” - “Sabe o porquê desta consulta?” - “Sabe que doenças tem? E o que espera dessas doenças?” - “Que medicamentos toma habitualmente? Consegue dizer para que são?” - “Tem alergias?” - “É o sr./sra. Que gere a sua medicação? Se não, quem é?”	
Avaliação multidimensional - Escalas e índices necessários: Lawton & Brody, Barthel, MAT, Braden (se PESSOA IDOSA dependente), Morse, Escala geriátrica de depressão (GDS – 15) Avaliação Conhecimento da(s) doença(s) (ênfase na HTA), Avaliação da Atividade Física (RT), Avaliação do Regime Alimentar, Avaliar Tabaco/CT e Fagestrom e dados bio clínicos – Ver anexo I.		

3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Objetivo: Promoção do cuidado de Si ou promoção do cuidado do Outro

<u>Etapas</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Objetivos</u>
Desenvolvimento da Consulta	• <u>O enfermeiro:</u> • Identifica os diagnósticos de enfermagem e prioriza-os com a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador; • Identifica as estratégias que a Pessoa Idosa e/ou familiar cuidador têm e utilizam para enfrentar a situação; • Envolve a Pessoa Idosa ou familiar cuidador na tomada de decisão; • Partilha conhecimentos / desenvolvimento das capacidades da Pessoa Idosa e/ou familiar cuidador sobre:	• Elaborar o plano de cuidados com base numa avaliação multidisciplinar; • Adequar as intervenções de enfermagem às necessidades da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador; • Promover o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador;

	• Controlo da doença crónica (dizer o que é essencial); • Regime medicamentoso (instruir a toma adequada); • Articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador; • Promove o cuidado-de-Si e/ou o cuidado-do-Outro; • Incentiva a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador na adesão e gestão ao plano terapêutico.	• Capacitar a Pessoa Idosa para a promoção do cuidado-de-Si ou capacitar o familiar cuidador para a promoção do cuidado-do-Outro.
ELABORAR O PLANO TERAPÊUTICO E DE ACOMPANHAMENTO		

4ª/5ª Fases – Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro

Objetivo: estabelecer objetivos conjuntos e compromisso com os mesmos de forma a assumir ou assegurar o cuidado-de-Si / cuidado-do-Outro

<u>Etapas</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Objetivos</u>
Desenvolvimento da Consulta	• <u>O enfermeiro:</u> • Constrói uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador de forma assegurar o Cuidado de Si / Cuidado do Outro e controlo da doença(s) crónica(s); • Promove a construção de objetivos adaptados à necessidades e perfil da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador e enceta esforços de forma a atingi-los; • Valida intervenções realizadas na promoção do Cuidado-de Si / Cuidado-do-Outro no controlo do Risco Vascular e na gestão do plano terapêutico; • Avalia e reflete sobre as aptidões da Pessoa Idosa para o Cuidado-de-Si ou do familiar/cuidador para o Cuidado-do-Outro e redefine metas e objetivos se necessário.	• Validação do problema. • Possibilitar que a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador encontre as estratégias para a resolução do problema. • Validação das aprendizagens. • Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário. • Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador.
Conclusão / finalização da consulta		• <u>Nota</u> (Realizado ao longo das consultas conforme plano de cuidados)
<u>Questões a colocar durante a consulta:</u>	- <i>“De entre todos os problemas que me falou, qual é o que mais o preocupa?”</i> - <i>“Como é que gostaria de resolver esse problema?”</i> - <i>“Como é que esse problema afeta a sua vida diariamente?”</i> - <i>“Como gostaria de resolver esse problema?”</i> - <i>“Que objetivos gostaria de traçar para melhorar esse problema?”</i> - <i>“Como posso ajudá-lo com o seu problema?”</i>	

	- “Acha importante levar consigo um guia terapêutico com um resumo do que falamos e negociamos nesta consulta?” - “Achou importante esta consulta? Pode explicar-me o porquê?” - “Sr. X/Sra. D^a X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.” - “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”
Fim da consulta presencial	

TELECONSULTA DE FOLLOW-UP DE RISCO VASCULAR

1^a/2^a Fases – Revelar-se e Envolver-se

Objetivo: Estruturar a TCFURV; conhecer o cliente, situação de saúde/doença e contexto de vida

<u>Etapas</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Objetivos</u>
Preparação da TC	• Consulta do processo clínico do utente (o que se sabe sobre a pessoa e sobre o contexto saúde/doença; • Preparar um ambiente seguro e com a maior privacidade possível;	• Criar condições para uma consulta de enfermagem em parceria com Pessoa Idosa e/ou Familiar/Cuidador, de forma a identificar as suas necessidades e potencialidades para a promoção do Cuidado-de-Si própria e/ou Cuidado-do-Outro.
Apreciação global da TC: O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da TC	<u>O enfermeiro:</u> • Cumprimenta a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador e apresenta-se; • Realiza a identificação positiva; • Promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e empatia); • Procura saber as expectativas da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador face à consulta; • Explica os objetivos da consulta, o que vai fazer, horários e circuito.	• Iniciar e manter uma relação de confiança; • Estabelecer uma parceria sobre as condições do projeto de cuidados, relativamente ao seu processo; • Dar a conhecer os recursos da TC à Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador
<u>Questões a colocar durante a consulta:</u>	- “Bom dia/Boa tarde, Sr. X/Sra. D^a X., sou o(a) enfermeiro(a) Y da consulta de risco vascular do Hospital [REDACTED]. Conforme combinado estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta marcada para hoje, é oportuno?” - “Pretende chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?” - “Confirme o seu nome todo e a data de nascimento, por favor?”	

	- “Diga-me como tem passado? E desde a nossa última consulta?” - “Antes de prosseguirmos, tem ou teve alguma dúvida que queira esclarecer?” “Houve alguma novidade/alteração desde a nossa última conversa?” Confirmar: Se mantém dados biográficos; Nível de dependência, adesão terapêutica e nível de dependência para as atividades instrumentais (só reavalia escalas se houver alterações); Adesão ao plano terapêutico – dúvidas, dificuldades, objetivos cumpridos, metas e redefinir se necessário.
--	---

3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

Objetivo: Promoção do cuidado de Si ou promoção do cuidado do Outro

<u>Etapas</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Objetivos</u>
Desenvolvimento da Consulta	<u>O enfermeiro:</u> - Avalia o ponto de situação; - Valida o PC e sua implementação; - Responde às dúvidas e questões; - Redefine o PC, se necessário.	- Readequar o plano de cuidados (se necessário); - Readequar as intervenções de enfermagem às necessidades da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador (se necessário); - Manter o desenvolvimento de competências a nível da ação e decisão na Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador; - Manter a capacitação da Pessoa Idosa para a promoção do cuidado-de-Si ou do familiar cuidador para a promoção do cuidado-do-Outro.
<u>Questões a colocar durante a consulta:</u>	- “Diga-me, tem avaliado a sua TA?” “Tem registado no livro?” - “Não se importa de me dizer quais foram os valores na última semana?” - “Tem forma de avaliar a TA neste momento?” - “Alguma dúvida sobre a doença e suas complicações?” - “Tem tomado a sua medicação conforme prescrita?” - “Não se importa de me explicar como é que tem estado a tomar?” - “Tem tido dores?” - “Em relação às outras doenças, tem dúvidas (questionar se tiver outras patologias?”	

REDEFINIR PLANO TERAPÊUTICO E DE ACOMPANHAMENTO (se necessário)

4ª/5ª Fases – Comprometer-se/Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro

Objetivo: manter/redefinir objetivos conjuntos e compromisso com os mesmos de forma a assumir ou assegurar o cuidado-de-Si / cuidado-do-Outro

<u>Etapas</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Objetivos</u>
Conclusão finalização da consulta	<u>O enfermeiro:</u> Constrói uma ação conjunta e negociada para a aquisição de competências pela Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador de forma assegurar o Cuidado de Si / Cuidado do Outro e controlo da doença(s) crónica(s); Promove o reforço de objetivos adaptados à necessidades e perfil da Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador e enceta esforços de forma a atingi-los; Valida intervenções realizadas na promoção do Cuidado-de Si / Cuidado-do-Outro no controlo do Risco Vascular e na gestão do plano terapêutico; Avalia e reflete sobre as aptidões da Pessoa Idosa para o Cuidado-de-Si ou do familiar/cuidador para o Cuidado-do-Outro e redefine metas e objetivos se necessário.	• Validação do problema. • Possibilitar que a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador encontre as estratégias para a resolução do problema. • Validação das aprendizagens. • Avaliar, clarificar e explicitar novamente se necessário. • Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a Pessoa Idosa e/ou familiar/cuidador. • Nota (Realizado ao longo das consultas conforme plano de cuidados)
<u>Questões a colocar durante a consulta:</u>	- “Desde a nossa última consulta, acha que há algo que poderia fazer melhor para resolver o problema?” - “Se entendi, o que você disse é que...” - “Importa-se de repetir a informação que lhe dei?” - “O Sr./Srª Dª. pode descrever-me o que acordamos hoje na nossa consulta?” - “O Sr./Srª Dª. quer fazer-me mais alguma pergunta?” - “Esta teleconsulta foi importante para si? Pode explicar-me porquê?” - “Vou reunir-me com o seu médico e transmitir o que falamos ...” - “Pode sempre contactar-me para qualquer esclarecimento/questão/problema que surja através dos contactos que lhe dei” - “Sr. X/Sra. Dª X., foi um prazer falar consigo e poder ajudá-lo.” - “Há mais alguma questão/dúvida? Pretende mais algum esclarecimento?”	
Fim da TE		

ANEXO I – Avaliação Geriátrica Multidimensional:

1 - Avaliação Atividade Instrumentais: escala de Lawton & Brody

Avaliação Atividade Instrumentais: escala de Lawton & Brody

O(a) Sr(a) X consegue usar o telefone?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	Score: _____ Independente: (25 a 27pts) Dependente ligeiro: (21 a 25pts) Dependente moderado: (15 a 20pts) Dependência grave: (10 a 15pts) Dependência total: (9pts)
Consegue deslocar-se a locais distantes, usando algum transporte?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue preparar suas próprias refeições?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue arrumar a casa?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue lavar e passar sua roupa?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue cuidar das suas finanças?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	
Consegue fazer compras?	3 - Sem ajuda/2 - Com ajuda parcial/1 - Não consegue	

2 - Avaliação (in)dependência para as AVD's: escala de Barthel

Avaliação (in)dependência para as AVD's: escala de Barthel		
Alimentação	0 = incapacitado/ 5 = precisa de ajuda /10 = independente;	Score: _____ Independente: (100pts) Dependente ligeiro: (76 a 99pts) Dependente moderado:
Banho	0 = dependente/5 = independente	
Higiene Pessoal	0 = precisa de ajuda com higiene pessoal/5 = independente	
Vestir-se	0 = dependente/ 5 = precisa de ajuda/10 = independente	
Controlo intestinal	0 = incontinente /5 = perda ocasional/10 = continente	
Controlo vesical	0 = incontinente /5 = perda ocasional/10 = continente	

Uso do Wc	0 = dependente/5 = precisa de alguma ajuda parcial/10 = independente	(51 a 75pts)
Transferir-se	0 = incapacitado/5 = necessita de muita ajuda/10 = pouca ajuda /15 = independente	Dependência grave: (26 a 50pts)
Mobilidade (em superfícies planas)	0 = imóvel /5 = cadeira de rodas/10 = caminha com ajuda de uma pessoa/15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda)	Dependência total: (26pts)

3 - Avaliação da escala de Braden (se pessoa idosa dependente moderado/grave/total na escala de Barthel)

Avaliação da escala de Braden		
Percepção sensorial	Completamente limitado – 1/ Muito Limitado – 2/ Ligeiramente limitado -3/ Nenhuma limitação - 4	Score: Superior a 16 – Baixo Risco de Úlcera por pressão Inferior a 16 – Alto Risco de Úlcera por Pressão Score: ____
Humidade da pele	Constantemente húmida – 1/ Muito húmida – 2/ Ligeiramente húmida -3/ Raramente húmida - 4	
Atividade	Acamado – 1/ Sentado – 2/ Anda ocasionalmente -3/ Anda frequentemente- 4	
Mobilidade	Completamente imóvel – 1/ Muito limitado – 2/ Significativamente limitado -3/ Nenhuma limitação - 4	
Nutrição	Muito pobre -1/ Provavelmente inadequada – 2/ Adequada – 3/ Excelente – 4	
Fricção e forças de deslizamento	Problema -3/ Problema potencial -2/ Não aparenta nenhum problema -1	

4 - Avaliação do risco de queda (escala de Morse)

Avaliação do risco de queda (escala de Morse)		
História de quedas nos últimos três meses	Sim – 25 / Não - 0	Score: 0-24 Baixo Risco; 25-44 Risco Moderado; ≥ 45 Risco Elevado Score: ____
Diagnóstico Secundário	Sim – 15 / Não - 0	
Auxílio na mobilidade	Nenhum; Acamado; Repouso leito – 0 / Bengala ou Muleta – 15 / Mobiliário ou Parede -30	
Terapia Endovenosa	Sim – 20 / Não - 0	
Marcha	Normal; Acamado; Cadeira de rodas – 0 / Lenta; fraca– 15 / Alterada; Cambaleante - 30	
Estado Mental	Orientado – 0 / Confuso/Desorientado - 15	

5 – Escala geriátrica de depressão (GDS – 15) (Sheikh & Yesavage, 1986)

Escala geriátrica de depressão (GDS – 15)			
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ☐	Não ☐	Score: Considerar 1 ponto nos itens em cinza. Entre 0 e 5 – normal Entre 6 e 10 – Depressão leve Entre 11 e 15 – depressão severa. Score: ____
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ☐	Não ☐	
3. Acha sua vida vazia?	Sim ☐	Não ☐	
4. Aborrece-se com frequência?	Sim ☐	Não ☐	
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ☐	Não ☐	
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ☐	Não ☐	
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ☐	Não ☐	
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim ☐	Não ☐	
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ☐	Não ☐	
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ☐	Não ☐	
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ☐	Não ☐	
12. Sente-se inútil?	Sim ☐	Não ☐	
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim ☐	Não ☐	
14. Sente-se sem esperança?	Sim ☐	Não ☐	
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	Sim ☐	Não ☐	

Fonte: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/tabagismo/escala-depressao-geriatrica/>

6 - Avaliação do regime terapêutico (RT) – MAT

Pré-questões	4. “Consegue dizer-me que medicamentos toma?” 5. “Consegue dizer-me quais são os que toma para a HTA?” 6. “Quando e como é que os toma?”
---------------------	--

Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)		
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	Score: Adesão ao RT (35 e 46 pts); Não Adesão RT(<=34pts)
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	Score:_____
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	Nunca - 6/ Raramente – 5 /Às vezes – 4 /Frequente - 3 /Quase Sempre – 2 / Sempre – 1	

Se adesão					->	Próxima avaliação
Se não adesão	->	“Porque não tomou a medicação?” “Como se sente quando toma a medicação?” “Sente que há algum problema com a medicação?”	->	Propor marcação de consulta médica Propor plano para não esquecer	->	

7 - Avaliação do conhecimento da doença (HTA)

“Sabe que tem HTA?” “Sabe o que é HTA?” “Tem tido sintomas/queixas?” “Sabe que sintomas a HTA costuma provocar? E quais as complicações?” “Costuma avaliar a TA?”	->	Conhece a doença e complicações; Avalia TA e regista; Sabe como agir quando alterada. Valores de TA adequados.	->	Bom conhecimento sobre doença e TA Controlada.	->	Próxima avaliação
Sabe quais os valores de TA recomendados?” “Onde e quando?” Quantas vezes? Quando está alterada, sabe o que fazer?” “Onde regista os valores?”	->	Desconhece valores de TA; Valores de TA elevados (TAs>120mm/hg e TAd>90mmHg) e/ou baixos (Tas<90mm/hg e TAd>60mmHg)	->	Mau conhecimento sobre doença/ TA mal controlada	->	

--	--	--	--	--	--	--	--	--

8 – Avaliação da atividade Física (AF)/sedentarismo

Pratica alguma atividade física? Sim/Não?”	->	Realiza AF	->	Bom conhecimento sobre doença e TA Controlada	->	Próxima avaliação
Gosta de praticar AF?						
Numa semana tíPessoa Idosaca, quantos dias você pratica desporto, exercícios ou atividades recreativas? Dias__	->	“Não tem motivação?” “Não faz por limitações físicas, dispneia, tosse, dor torácica?”	->	Não realiza AF	->	Propor plano de atividade física
Por dia, quanto tempo gasta a praticar exercícios ou atividades recreativa (lazer)? Horas: __						
Durante um dia, quanto tempo você costuma passar sentado ou deitado? Horas: __						

9 – Avaliação Regime Alimentar (RA)

Quantas refeições faz por dia?	->	Sem dificuldades em gerir regime alimentar;	->	Adesão RA	->	Próxima avaliação
O que costuma comer?		Consome sal em quantidades aceitáveis;				
Come verduras?		IMC adequado;				
Problemas na mastigação?		Adequada ingestão de líquidos.				
Em que quantidades?						
Tem-se pesado?	->	“Não cumpre dieta adequada? Porquê?”	->	Não Adesão ao RA	->	Propor apoio nutricionista / plano alimentar adequado
Qual o peso atual: __		“Quais as dificuldades que sente? Económicas? Outras? Problemas médicos?”				
Qual a quantidade de líquidos que ingere por dia:- __		IMC baixo ou elevado				

7 – Fumador/Ex-fumador

Fumador/Ex-fumador/Não fumador	1. Fuma? Sim__ (Efetuar Teste de Fasgestrom) Não __ (Valorizar a decisão de não fumar) 2. Se ex-fumador? Sim__ Não __ “Há quanto tempo deixou de Fumar?”
---------------------------------------	---

	“Quantos cigarros fumava?” “Está a correr bem? / Alguma dificuldade?”
--	---

Teste de Fagestrom					
Score	0	1	2	3	Score: Grau de dependência: 0-2 – Muito baixo 3-4 – baixo 5 – médio 6-7 – Elevado 8-10 – Muito elevado Score_____
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	60m	31 a 60m	6a 30m	5m	
Tem dificuldade em não fumar em locais proibidos?	Não	Sim			
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	Outros	O 1.º da manhã			
Quantos cigarros fuma por dia?	Menos de 11	11 a 20	21 a 30	Mais de 30	
Fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?	Não	Sim			
Fuma mesmo quando acamado por doença?	Não	Sim			

Se fumador	1. “Está interessado em deixar de fumar?” Sim > “Quer marcar uma consulta para deixar de fumar?” Marcar consulta de CT (MGF ou especializada) Não > “Podemos voltar a falar deste assunto? Estou disponível para o ajudar”
-------------------	--

8 – SAOS - Questionário Stop Bang

Questionário STOP BANG			
Ressona alto (mais alto do que a conversar ou suficientemente alto para se ouvir através de portas fechadas)?	Sim__	Não__	Score: Risco baixo - “Sim” a menos de 3 itens Alto Risco – “Sim” a 3 ou mais itens Score_____
Cansado: Sente-se com frequência cansado, fatigado ou sonolento durante o dia?	Sim__	Não__	
Observado: Já alguém o viu a parar de respirar durante o sono?	Sim__	Não__	
Pressão arterial: tem a tensão arterial alta ou faz tratamento para a hipertensão?	Sim__	Não__	
IMC: IMC superior a 35 kg/m2?	Sim__	Não__	
Idade: Idade superior a 50 anos?	Sim__	Não__	
Perímetro Cervical: Perímetro cervical superior a 40cm?	Sim__	Não__	
Sexo: Homem?	Sim__	Não__	

9 – Avaliação bioclínica

Dados Bioclínicos			
Tensão Arterial		Peso	
FC		Altura	
SpO2		IMC	
Temp		Perímetro Abdominal	

Glicemia CaPessoa Idosalar		INR (Se disponível)	
Dor		Valor de Colesterol (Se disponível)	

Referências Bibliográficas:

Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa Idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/Deutsche: Novas Edições Académicas.

Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontotechnology Tool in a Pandemic Context. *Gerontechnology IV. IWoG 2021*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_13

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei nº26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 6 -02-2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Apêndice XIV

Estudo de caso

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso (EC) foi desenvolvido como componente de avaliação da unidade curricular “Estágio com Relatório”, no âmbito do terceiro semestre do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

“Ainda que significativamente potenciada pelos desafios trazidos pela Pandemia COVID-19, a telenfermagem era já uma realidade que deverá subsistir, desenvolver-se e otimizar-se continua e sistematicamente além daquela situação excecional” (OE, 2021, pág. 9). Dentro do contexto da telenfermagem, surge a TeleConsulta (TC) de enfermagem definindo-se “uma consulta na qual o enfermeiro, à distância e com recurso às tecnologias de comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde (SPMS, 2019, pág.38).

No meu contexto de estágio, é realizada uma consulta telefónica de enfermagem de “*follow-up*” a todos os clientes um mês após sua alta hospitalar. Assim sendo e tendo em conta os objetivos do meu estágio, surgiu a oportunidade de elaborar este EC, suportado por um guião para de consulta e teleconsulta de enfermagem de Risco Vascular (RV), criado para uso nesta consulta, para os devidos efeitos.

Além disso, visa atender a um dos objetivos previamente estabelecidos no projeto formativo, com foco na prevenção, deteção precoce, estabilização e manutenção da doença crónica desta Pessoa Idosa (PI) em particular, na prevenção do risco CardioVascular (CV), no caso específico da HiperTensão Arterial (HTA), facilitando o processo de transição entre saúde e doença (DR N°135/2018).

Todo processo de colheita de dados e desenvolvimento deste EC, bem como o guião da consulta e teleconsulta de RV foi estruturado segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Gomes et al. (2016, 2019 e 2021). Este modelo é caracterizado por promover uma parceria ativa entre o enfermeiro e a PI, com o propósito de capacitá-la a manter e gerir o Cuidado-de-Si, pelo próprio ou garantindo o Cuidado do Outro pelo familiar e/ou cuidador, mesmo quando se encontra em uma situação de dependência e perda de autonomia (Gomes, 2019; 2021). Divide-se em cinco fases de intervenção de enfermagem. Numa primeira fase, existe o revelar-se, seguindo-se a fases do envolver-se; na terceira fase, a capacitação e o possibilitar; na quarta fase,

o comprometer-se e culminado na quinta fase, que corresponde ao assumir o Cuidado-de-Si e o Cuidado-do-Outro (Gomes et al 2016).

Para este EC foram delineados vários objetivos:

- Conhecer a cliente e o seu contexto de vida, perfil psicossocial, a sua singularidade e o seu projeto de vida (Gomes et al 2016);
- Identificar as inquietações da cliente como ser de projeto e cuidado (Gomes et al 2016);
- Conhecer a situação de saúde / doença da cliente (Gomes et al 2016);
- Facilitar a compreensão da cliente sobre a necessidade e a importância de gerir o seu processo de saúde/doença;
- Evitar agudizações e internamentos e melhorar a qualidade de vida;
- Promover o envolvimento da família no projeto de vida e contexto saúde/doença da cliente (Gomes et al 2016);
- Facilitar e reforçar a compreensão da cliente sobre a HTA, suas complicações e a importância do seu controlo para a prevenção e redução do risco cardiovascular;
- Identificar as necessidades e potencialidades da cliente para a promoção do cuidado-de-si (Gomes et al 2016);

Este EC está dividido em 3 partes. A primeira parte corresponde à consulta de risco vascular presencial, realizada no dia 5 de novembro, onde foram identificados os focos e diagnósticos, com as principais intervenções de enfermagem. A segunda parte corresponde à construção Plano Terapêutico e de Acompanhamento (PTA) e posterior entrega do no dia da alta, a 11 de novembro. Por fim, na terceira parte, foi efetuado um contacto telefónico de acompanhamento (consulta de “follow-up”), conforme protocolo do serviço de internamento.

INFORMAÇÕES SOBRE O CLIENTE

Todos os dados abaixo identificados foram recolhidos no primeiro contacto realizado com a cliente a 5/11/2023. Este primeiro contacto engloba-se na 1ª Fase – “Revelar-se” e 2ª Fase – “Envolver-se” do modelo do Cuidado de Si, que correspondem ao momento em que o enfermeiro e a Pessoa Idosa (PI) se dão a conhecer, permitindo descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida e saúde /doença através da revelação da sua singularidade e do contexto em que se insere e do contexto de Saúde/Doença. O enfermeiro dá-se a conhecer e explica o propósito da consulta (Gomes et al 2016).

Neste sentido e, no início da consulta, saudei a cliente, fiz a minha apresentação e procedi à identificação positiva. Estabeleci um ambiente favorável à interação, demonstrando disponibilidade e empatia. Além disso, esclareci as expectativas da cliente em relação à consulta, expliquei os objetivos, horários e o percurso a ser seguido. Por fim, para obter a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.

Identificação da Cliente

A sra. M.A.A.R.C, atualmente com 77 anos, prefere ser chamada de sra. A. É natural de Lisboa, Portugal, e reside no bairro dos [REDACTED], num apartamento T2 no rés do chão, com uma cave que pouco frequenta, juntamente com o marido, o Sr. V. Recebe apoio ocasional do filho mais velho, o Sr. A.C., de 45 anos, que passa noites em sua casa devido ao processo de divórcio. Além disso, tem duas netas, com 22 e 16 anos, que também prestam apoio.

A Sra. A. possui mais dois filhos, C. e A., de 42 e 38 anos, respetivamente, e três netas que residem no estrangeiro, com idades entre 3 e 15 anos. Ela é reformada por invalidez, tendo trabalhado anteriormente nos CTT, possuindo o 12º ano de escolaridade. Demonstra boa utilização da Internet e habilidades com dispositivos móveis, possui afinidade com as novas tecnologias, embora a sua literacia digital para a saúde seja limitada. A Sra. A. é católica, mas não pratica a religião regularmente e não manifestou qualquer intenção em retomar.

Durante o período de internamento, a Sra. A. recebeu visitas diárias do marido, Sr. V., de 77 anos, assim como do filho, Sr. AC. O sr. V., que também é reformado, apresenta-se com humor deprimido evidente, condicionado por um processo

patológico recente. Há cerca de um ano foi diagnosticado com neoplasia da próstata e realizou ressecção trans uretral prostática, apresentando alguma dificuldade em lidar com este processo.

A Sra. A. mencionou ter uma situação financeira estável. No domicílio competiam-lhe as tarefas domésticas como a limpeza da casa, confeção das refeições diárias, limpeza da roupa, entre outras, com praticamente nenhum apoio do marido para estas atividades. Referiu, que nos seus tempos livres, gosta de palavras-cruzadas e sudoku, fazer tricot e ler ocasionalmente.

Atualmente, devido ao cansaço resultante do problema cardíaco predominante, tornou-se incapaz de realizar atividades que anteriormente lhe proporcionavam prazer, como passeios para explorar o país, caminhadas pelo bairro e shopping, e acampamentos. Apesar da companhia de um filho e das duas netas, manifestou angústia pela ausência dos demais familiares, especialmente pela impossibilidade de desfrutar e participar na educação das netas que residem no exterior.

Preocupações e sintomas primários do cliente

A principal queixa da Sra. A. reside na dispneia e cansaço, que surgem mesmo em esforços mínimos, limitando sua capacidade de realizar atividades de vida diárias e desfrutar de passatempos que lhe proporcionam prazer. Isso resultou na adoção de um estilo de vida sedentário. Além disso, a Sra. A. expressa preocupação e alguma ansiedade quanto às possíveis complicações da intervenção cirúrgica, bem como as complicações futuras relacionadas à(s) doença(s), referiu que deseja resolver o problema com a válvula aórtica (estenose aórtica grave), para deixar de se sentir tão cansada. Também menciona enfrentar problemas de memória recentes e destaca a falta de colaboração por parte do marido. Foram também identificadas outras barreiras como as saudades dos filhos e das netas que residem no estrangeiro, a baixa literacia em saúde e a clara falta incentivo do esposo.

Por outro lado, foram identificados diversos facilitadores para possíveis mudanças comportamentais, como a destreza manual e mental evidenciada em atividades como tricot, palavras-cruzadas, leitura e sudoku, entre outras. Além disso, destacam-se as sólidas competências em tecnologia, o apreço por passeios e acampamentos, bem como o suporte direto do filho mais velho, mesmo que ocasional. Vale ressaltar ainda que os medicamentos são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e estão prontamente disponíveis na farmácia, o facto de ter médico

de família que consulta regularmente, assim como a disposição para aderir ao Plano Terapêutico e de Acompanhamento (PTA).

História clínica

A Sra. A. apresenta antecedentes clínicos de estenose aórtica grave e extrassístoles ventriculares, sendo acompanhada em consulta de cardiologia no [REDACTED]. Como fatores de RV, destaca-se HTA, dislipidemia, diabetes mellitus não insulínica, obesidade e possível Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), que está atualmente em investigação, com consulta agendada para pneumologia em 22 de abril de 2024. Além disso, apresenta também várias outras comorbidades como nódulos na tireoide, esteatose hepática com ascite abdominal volumosa, hérnia de hiato, insuficiência venosa superficial (varizes), síndrome depressiva, problema osteoarticular não especificado, divertículos intestinais e cefaleia olecraniana.

Como medicação habitual efetua candesartan, furosemida, esomeprazol, colecalciferol, duloxetina, glucosamina, clorazepato, fenofibrato, bisoprolol, metformina, rosuvastatina e trazodona. Negou qualquer tipo de comportamentos aditivos e refere ter apenas alergia ao iodo (com paragem respiratória em evento anterior), sem outras alergias medicamentosas e/ou alimentares.

A Sra. A. é acompanhada regularmente em consulta de endocrinologia desde 2021, neurologia desde 2022 e cardiologia desde 2015. Também teve seguimento em consultas de enfermagem da dor de 2016 a 2021 e nutrição relacionada à dor crónica no mesmo período, sendo estas últimas encerradas devido a alta.

DADOS CLÍNICOS

História de saúde

Como já foi referido, a Sra. A. é acompanhada regularmente na consulta externa de cardiologia do [REDACTED], desde 2015, como os diagnósticos de estenose aórtica grave e extrassístoles ventriculares. Na consulta de dia 24 de outubro, após avaliação médica e devido ao agravamento progressivo da fadiga e dispneia, classificados como NYHA III (segundo New York Heart Association), tornou-se imperativo um internamento de urgência no serviço de internamento de cardiologia nesse mesmo dia. Adicionalmente, registrou-se um internamento anterior devido a um episódio de edema agudo do pulmão.

Durante o período de internamento, foram registadas diversas intercorrências clínicas. Em 26 de outubro, foi submetida a um cateterismo cardíaco diagnóstico com acesso pela artéria radial direita, sem ocorrências adversas e sem evidências de lesões nas artérias coronárias.

Em 7 de novembro, passou por uma intervenção para a implantação de uma válvula aórtica percutânea (TAVI) via femoral direita. Durante o procedimento, ocorreu um bloqueio auriculoventricular, sendo necessário implantar um PaceMaker (PM) provisório, sem complicações. No entanto, a 8 de novembro, houve uma falha na captação do PM provisório, resultando na necessidade de implantar um PM definitivo. O dispositivo foi colocado na região infra clavicular esquerda, resultando em uma incisão cirúrgica fechada com pontos de sutura reabsorvíveis. Durante esse processo, ocorreu uma paragem cardiorrespiratória, da qual foi reanimada com sucesso após dois minutos de suporte avançado à vida.

O restante internamento decorreu sem mais intercorrências, tendo Alta Clínica a 11/11/2023, com consultas programadas para a Revisão do Pacemaker em 12 de dezembro de 2023, uma nova consulta de cardiologia de intervenção em 21 de fevereiro de 2024 e uma Consulta de "Follow-Up" de Enfermagem agendada para 13 de dezembro de 2023.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

De forma a obter uma compreensão mais abrangente da sra. A., para além de se conhecer a situação de saúde/doença e do seu projeto de vida, realizou-se também uma avaliação geriátrica multidimensional durante a consulta inicial de enfermagem de RV. Para este efeito foram utilizadas várias escalas devidamente validadas para a população portuguesa e/ou questionários necessários para o melhor conhecimento da cliente. As escalas utilizadas foram a escala de avaliação Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al, 1975), escala de comas de Glasgow (Varanda et al 2015, pág. 13), a escala de avaliação (in)dependência para as Atividades de Vida Diárias (AVD): índice de Barthel (Apóstolo 2012, pág. 16-17), a escala de avaliação das atividades Instrumentais: escala de Lawton & Brody (Lawton & Brody, 1969), escala de avaliação do risco de úlcera por pressão: escala de Braden (Antunes et al, pág. 6) (apenas se PI dependente moderado/grave/total), escala de avaliação do risco de queda: escala de Morse (Barbosa et al, 2015, pág 9-14), escala geriátrica de depressão: escala GDS – 15 (Yesavage et al 1986), escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Oliveira 2022, pág. 32 e 33), teste de Fagestrom (OE 2022, pág. 37) (caso seja fumador), Questionário *Stop Bang* (se Risco de SAOS) (OE 2022, pág. 42).

Foram também aplicados os questionários criados para a consulta de RV: avaliação do conhecimento das doenças, avaliação da atividade física/sedentarismo, avaliação regime alimentar, e avaliação bio clínica.

Na consulta de 05/11, a sra. A. ainda não havia sido submetida ao procedimento cirúrgico, permanecendo consciente e orientada em relação ao tempo, espaço e pessoa. No exame do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, obteve um *score* de 27, indicando um desempenho cognitivo positivo. Contudo, no dia da alta clínica, em 11 de novembro, foi conduzida uma avaliação da escala de comas de Glasgow devido à ocorrência de uma paragem cardiorrespiratória em 8 de novembro. O resultado apontou um *score* de 15, evidenciando que a cliente estava consciente, orientada em relação ao tempo, espaço e pessoa, e colaborante dentro das suas possibilidades.

Quanto à avaliação das atividades instrumentais, conforme a escala de Lawton & Brody, a paciente obteve um *score* de 24, indicando uma dependência ligeira. No

que diz respeito à avaliação da (in)dependência nas AVD e conforme a escala de Barthel, foi registado um score de 95, refletindo uma dependência ligeira para as mesmas. Com este resultado, não se procedeu à avaliação da escala de risco de úlcera por pressão (escala de Braden).

Posteriormente, procedeu-se à avaliação do risco de queda por meio da escala de Morse, revelando um score de 45, que indica um risco elevado de queda. Foi também aplicada a escala geriátrica de depressão (GDS – 15) (Sheikh & Yesavage, 1986), obtendo-se um score de 7, o que representa um quadro de depressão leve. Por fim para avaliação da capacidade de gestão do regime terapêutico, procedeu-se à avaliação da escala de MAT. Esta avaliação revelou um score 29, o que significa não adesão.

Após a avaliação das escalas mencionadas anteriormente, foram realizados diversos questionários abordando temáticas cruciais para o controle do RV. Inicialmente, foi avaliado o conhecimento acerca das várias doenças crónicas que a sra. A. possui, com particular destaque para a HTA, no contexto do controle do RV. Verificou-se que a sra. A. apresenta um bom conhecimento sobre doença, inclusive tensões arteriais maioritariamente controladas. Porém ficaram evidentes algumas lacunas nesse conhecimento, nomeadamente sobre as complicações e sobre a razão da necessidade de manter controlada.

O questionário sobre a atividade física habitual foi aplicado, confirmando um padrão de vida bastante sedentário. Foi também colocado o questionário sobre o regime alimentar, constatou-se a falta de adesão a um padrão alimentar adequado.

Tendo em conta que a Sra. A. não é fumadora, não foi aplicado o teste de Fagestrom (dependência de nicotina). Porém existe suspeita clínica sobre a possibilidade de ser diagnosticada com SAOS. Nesse sentido foi efetuado o Questionário *Stop Bang*, o qual evidenciou um risco alto de SAOS.

Finalmente, a avaliação bio clínica revelou os seguintes dados: tensão arterial = 113/60mmHg (média do internamento), frequência cardíaca = 65bpm (média do internamento), saturações periféricas de O₂ = 99%, Temperatura = 36,5°C, Glicemia Capilar = 130mg/dl (média do internamento), nível de dor = 0, peso = 75Kg, altura = 158cm, resultando em um IMC = 30, perímetro abdominal = 122cm e níveis de colesterol total de 140 mg/dl e triglicerídeos de 116 mg/dl. A Sra. A. realizou também

exames complementares de diagnóstico. No dia do internamento realizou Ecografia Trans Torácica que confirmou a estenose aórtica grave com fração de ejeção de 25%; eletrocardiograma que revelou ritmo sinusal e normocardia (frequências cardíacas entre 65 e 80 bpm).

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Após as duas primeiras fases e seguindo o guião da consulta estruturada segundo o modelo teórico do cuidado-de-si, já referido anteriormente, vem a 3ª fase, designada de “Capacitar ou Possibilitar”. Nesta fase o enfermeiro busca estabelecer uma colaboração e negociação para desenvolver habilidades na PI e/ou no familiar/cuidador, visando promover ações e decisões informadas (Gomes et al 2016, 2019 e 2021). Como preconiza Gomes et al (2016, 2019 e 2021), isso permite que enfrentem sua situação de saúde e doença e ajam e/ou decidam em conjunto, compartilhando responsabilidades e respeitando os significados, experiências e competências já adquiridas. O enfermeiro deve incentivar a definição de metas adaptadas às necessidades e características individuais da PI e/ou do familiar/cuidador.

Neste sentido e com o objetivo de capacitar a sra. A. para o “cuidado-de-si”, foi desenvolvido um PTA em estreita colaboração e negociação com a cliente e com o marido. Esse plano foi ajustado de acordo com as necessidades e capacidade de compreensão da sra. A., conforme detalhado no **Anexo III**.

No [REDACTED], utiliza-se o sistema o sistema SClinico® para os registos de enfermagem, adotando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como base para a estrutura desses registos. Assim, a formulação dos diagnósticos deste TPA, foi naturalmente desenvolvida conforme essa classificação. Os diagnósticos de enfermagem bem como as respetivas intervenções e resultados esperados estão discriminados na tabela 1.

Nesta tabela estão evidenciados todos os diagnósticos de enfermagem construídos para responder aos problemas da sra. A. No entanto é importante realçar que a cliente manifestou maior preocupação com o nível baixo de literacia sobre as suas doenças (assumindo o desejo de saber mais), com o sedentarismo e baixa atividade física (assumindo que não faz atividade física), dificuldades na adesão à terapêutica (apesar de cumprir grande parte do esquema terapêutico) relacionados com os problemas de memória, alimentação pouco cuidada (assumindo que não se alimenta como deveria) e sentimentos de tristeza e ansiedade (saudades das filhas e das netas e preocupação em relação à intervenção cirúrgica).

Tabela 3 - Diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados

Diagnósticos de enfermagem	Intervenção de enfermagem	Resultados esperados
<u>Atividade física diminuída</u>	- Reforçar que o sedentarismo contribui para o agravamento do risco cardiovascular e respetivas consequências; - Negociado padrão de exercício: - Caminhadas diárias, incentivado o esposo a acompanhar. Pequenas distâncias toleradas. Atingir 500m/dia no final do primeiro mês (ex.: caminho para o shopping, passear animal de estimação); - A cada 30 dias com meta de 500m/dia cumprida, oferece-se uma recompensa (reforço positivo). - Envolver o marido nestas caminhadas. - Adquirir um pedómetro/ "smartwatch" /aplicação de "smartphone" para avaliação do número de passos diários e que a alerte para se levantar do sofá; - Dar indicação para medir e verificar o número total de passos diários e registar; - Aconselhar a inscrição em associações culturais e desportivas (ex. hidroginástica – cliente manifestou interesse) para possibilidade de exercício físico recreativo.	- Que a sra. A. apresente um estilo de vida ativo e saudável mantido ao fim de 1 mês e mantido; - Que o marido esteja envolvido no processo adesão terapêutica e exercício físico; - Que a sra. A. cumpra pelo menos 90% das metas acordadas para a prevenção do sedentarismo.
<u>Excesso de peso [IMC=30]</u>	- Pesar-se 1x dia, de manhã antes do pequeno-almoço, depois de urinar e registar em livro próprio; - Estabelecer e manter um IMC abaixo de 30 kg/m², peso abaixo de 73 Kg na próxima consulta.	- Peso alvo abaixo dos 73Kg, ao fim do primeiro mês; - IMC abaixo de 30 Kg/m² no final do primeiro mês.
<u>Conhecimento sobre saúde diminuído</u>	- Explicar e reforçar à cliente que manter a HTA, DM, Dislipidémia e IMC's controlada diminui o risco cardiovascular e previne complicações atuais e futuras (IC, DRC, AVC, Aneurisma entre outros); - Recomendar a consulta dos seguintes websites: -www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial	- Que a Sra. A. enumere e compreenda pelo menos 3 sintomas e 5 complicações da HTA; - Que a Sra. A. enumere e compreenda pelo menos 3 sintomas e 5 complicações da DM, Dislipidémia, Obesidade.

	- www.sphta.org.pt/pt - www.apdp.pt/diabetes/diabetes-simples. - www.cuf.pt/saude-a-z/dislipidemia - www.cuf.pt/saude-a-z/dislipidemia; - www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/ • Avaliar a TA 1x dia e registar num livro próprio. Com tensão arterial sistólica inferior a 130mmHg e diastólica (mínima) inferior a 85mmHg deve validar sintomas e reportar alterações; • Avaliar a glicemias capilar ocasionalmente, preferencialmente antes de comer, ou, se sentir fraqueza suores frios, muita fome ou muita sede e registar os valores no livro. Valores de glicemia alvo entre 90 e 160mg/dl. Validar sintomas e reportar alterações; • Incentivar a marcação de consultas (medicina geral e familiar, enfermagem familiar, e nutricionista), para além das que já estão marcadas.	• Que a sra. A. mantenha seguimento regular nas consultas e não apresente ausências injustificadas; • Manter os valores alvo de TA sistólica inferiores a 130mmHg e TA diastólica inferiores a 85mmHg; • Manter os valores alvo de BM com máximo de 160mg/dl;
<u>Memória comprometida</u>	• Incentivar a realização de palavras-chave, sudoku (1 por dia), tricot (cliente gosta destas atividades); • Incentivar a leitura de livros, revistas e jornais (cliente gosta de ler); • Incentivar a elaboração de um livro sobre memórias; • Incentivar a participação em atividades lúdicas e recreacionais; • Participação em atividades familiares (jogos de memória).	• Que a sra. A. apresente melhoria na capacidade de memória; • Evitar a deterioração cognitiva; • Estimular o envolvimento do marido para o cuidado-do outro.
<u>Não adesão ao regime terapêutico</u> <u>[MAT – score 29]</u>	• Reforçar as consequências de saúde positivas da adesão terapêutica; • Reforçar os bons comportamentos efetuados até ao momento; • Reforçar a necessidade não suspender e/ou retomar medicação sem validar com o médico assistente;	• Que a sra. A. cumpra rigorosamente o esquema medicamentoso estabelecido; • Que a Sra. A. e sua família evidenciem compreensão da importância do cumprimento do atual esquema medicamentoso;

	- Fomentar o uso de aplicação no “smartphone” (ex.: “lembrete de remédios”) e/ou alarme como um lembrete para tomar o medicamento; - Reforçar o correto da caixa de medicação (cliente já possui uma); - Deixar a medicação num local visível e que use frequentemente ao nível do olhar (ex.: lavatório do wc, em cima do frigorífico); - Incentivar o envolvimento da família (sobretudo o marido) no apoio e incentivo à toma de medicação.	Que a Senhora F e sua família evidenciem compreensão em relação ao seu atual plano terapêutico.
<u>Comportamento alimentar comprometido</u>	- Evitar refeições em restaurantes; - Caso contrário preferir dieta adequada ao plano alimentar; - Dar preferência à confeção de alimentos no domicílio (cliente gosta de cozinhar) e segundo as restrições impostas pelas suas patologias (HTA, DM, dislipidémia); - Pedir à sra. A. que construa um menu semanal, para servir de guia alimentar.	Que a sra. A. tenha comportamento alimentar adequado: alimentações confeccionadas preferencialmente em casa e com alimentos saudáveis e adequados à sua condição.
<u>Adesão ao regime alimentar [diminuída]</u>	- Colocar o mínimo de sal necessário. O máximo de sal diário recomendado pela OMS são 5 gramas por dia. - Informar a cliente que para além de aumentar o risco cardiovascular, o sal contribui para retenção de líquidos (edemas) e para alterações iónicas importante (hipernatremia); - Incentivar a preferência por ervas aromáticas, que dão sabor e, na maior parte dos casos, substitui o sal; - Marcar consulta com nutricionista.	Consumo de sal inferior a 5gr./dia.
<u>Depressão ligeira [GDS-15 - score 7]</u>	- Explicar todos procedimentos e suas consequências, de forma clara e perceptível e ajustada ao nível de literacia da D^a A; - Incentivar a sra. A. a solicitar apoio emocional e/ou entrevistas motivacionais sempre que necessitar; - Esclarecer todas as dúvidas que achar necessário; - Disponibilizar apoio emocional sempre que possível;	- Que a sra. A. possa reconhecer e expressar seus sentimentos e emoções de forma verbal. - Que a sra. A. não apresente humor deprimido.

	• Incentivar reforço positivo de todas as conquistas alcançadas; • Reforçar a necessidade do contacto frequente com as filhas e netas; • Incentivar a retomar das atividades que fazia anteriormente: • Participar e disfrutar da educação das netas; • Acampar; • Experimentar novas atividades; • Passeios dentro da sua capacidade.	
<u>Ferida cirúrgica na região supraclavicular esquerda</u> <u>[Colocação de Pacemaker];</u>	• Aconselhar a D^a Arlete a realizar conservação de energia (recomendada pela equipa de enfermagem de insuficiência cardíaca), nos primeiros dias após intervenção cirúrgica; • Recomendar a realização de tarefas com o membro superior direito e manter a restrição de movimentos com o membro superior esquerdo até nova avaliação médica; • Vigiar se o local da ferida se apresenta rubor, edema, dor e calor; • Não molhar o penso e refazer se este estiver molhado, sujo ou perder a integridade; • Recomendar que se ocorrer a presença de febre, dor intensa, edema ou hematoma de novo, deve contar a equipa de saúde.	• Permitir a cicatrização viável da ferida cirúrgica.
<u>Ferida cirúrgica na região inguinal direita [TAVI]</u>	• Evitar carga com o membro inferior direito segundo tempo preconizado pelo médico (inclui subidas e descidas de escadas, muito tempo em pé) • Vigiar se o local da ferida apresenta rubor, edema, dor e calor; • Recomendar que se ocorrer a presença de febre, dor intensa, edema ou hematoma de novo, deve contar a equipa de saúde.	• Permitir a cicatrização viável da ferida cirúrgica.
<u>Dor [região inguinal direita]</u>	• Repouso da área intervencionada conforme indicação médica; • Aplicação de crioterapia local; • Analgesia em SOS.	• Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre autoavaliação da dor e sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu controlo e gestão.

<u>Dor [na região supraclavicular esquerda]</u>	• Repouso da área intervencionada conforme indicação médica; • Aplicação de crioterapia local; • Analgesia em SOS.	• Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre autoavaliação da dor e sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu controlo e gestão.
<u>Dependência ligeira para o autocuidado [Índice Barthel: Score 95]</u> <u>Dependente ligeiro para atividades instrumentais [Índice Lawton & Brody: Score 24];</u>	• Levante e transferências com suporte apenas do membro superior direito; • Manter mobilizações mínimas com o membro superior esquerdo: • Não permitir abduções abruptas deste membro, apenas o suficiente para vestir a roupa e para a higiene; • Durante e deambulação manter o braço imobilizado junto ao peito.	• Que a Sra. A. assegure o “Cuidado-de-si” dentro de suas capacidades, abrangendo o alimentar-se, o vestir-se, higiene pessoal e banho. • Estimular a ajuda do marido da Sra. A. e capacitá-lo para o “cuidado-do-outro”.
<u>Risco alto de SAOS (Questionário STOP-Bang).</u>	• Reforçar marcação de consulta de pneumologia (Estudo do Sono) agendada para dia 22/04/2024; • Aconselhar a dormir com cabeceira elevada; • Criar um padrão de sono adequado (cerca de 8horas/dia).	• Garantir que a sra. A., atenda à consulta marcada; • Que a sra. A. seja capaz de realizar a autoavaliação dos sintomas e complicações da SAOS, bem como o seu controlo e tratamento.
<u>Risco de hemorragia</u>	• Vigiar perdas sanguíneas; • Vigiar aparecimento de equimoses, hematomas; • Em caso de perdas sanguíneas deve contactar a equipa de saúde.	• Evitar perdas sanguíneas; • Que a sra. A. e sua família reconheçam sinais e sintomas indicativos de possível perda sanguínea e estejam alerta para esse indicador.
<u>Risco de infeção</u>	• Vigiar sinais de calor, rubor, dor e edema no local das feridas cirúrgicas; • Avaliar a temperatura corporal, quando necessário;	• Evitar infeção das feridas cirúrgicas;

	• Realizar ensinios à sra. A. e família sobre sinais e sintomas sugestivos de infecção e de alerta; • Informar que se houver alguma alteração deve contatar a equipa de saúde.	• Que a sra. A. e sua família reconheçam sinais e sintomas indicativos de possível infecção e estejam alerta para esse indicador.
--	---	---

Na 4ª Fase (Comprometer-se), o enfermeiro e a cliente e/ou familiar/cuidador devem encetar esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados. Nesse sentido, o PTA foi desenvolvido por meio de uma colaboração contínua e negociada com a cliente. Todos os objetivos, intervenções e metas foram ajustados às suas necessidades, do marido e da família, assegurando assim a adesão ao plano e a motivação necessária para que sejam encetados todos os esforços possíveis para atingir os mesmos. Foi também criado um ambiente de compromisso onde ficou bem evidente que a cliente manifestou clara vontade em cumprir o PTA.

Após sua conclusão, foi confirmada a aquisição de habilidades pela sra. A. e seu marido, garantindo assim a capacidade de "Cuidado-de-Si" e "Cuidado-do-Outro" (5ª Fase - Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado-do-Outro). Para este efeito foi pedido que fizessem um resumo do plano terapêutico e que destacassem os pontos mais relevantes, acrescentassem outros pontos igualmente importantes e que não tinham sido abordados e colocassem dúvidas que ainda pudessem existir. Cliente e marido conseguiram efetuar um resumo bastante completo, podendo deduzir-se que aparentemente cliente adquiriu as competências necessárias.

A consulta presencial ficou assim finalizada e, subsequentemente, foi entregue o PTA à cliente no dia 11 de dezembro, dia da alta hospitalar. Durante esta interação, foi comunicado à cliente que seria realizado um contato telefônico, programado para ocorrer um mês após sua alta, e a cliente prontamente aceitou essa proposta. Essa conclusão marca o encerramento da fase inicial de avaliação. A aceitação entusiástica da cliente sugeriu uma disposição positiva para manter uma colaboração contínua, fortalecendo a comunicação e a participação ativa no seu plano de cuidados.

ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

De forma a poder avaliar os resultados do PTA, foi efetuada uma TC no dia 13 de dezembro, seguindo o período temporal definido pelo formato consulta de enfermagem de follow-up, tendo sido usado o guião de teleconsulta de enfermagem de risco vascular criado para o efeito, como referido anteriormente.

Seguindo o guião da TC, e conforme as 1ª e 2ª fases (Revelar-se/Envolver-se), comecei por efetuar a minha identificação e cumprimentar a cliente, foi realizada a identificação positiva, sempre demonstrando disponibilidade e empatia. De seguida procurei saber as expetativas da sra. A. face à consulta, a mesma manifestou alguma felicidade por esta abordagem.

Logo à partida confirmou-se que mantém todos os dados biográficos. Para além disso foi confirmado que mantém orientação temporo espacial, nível de dependência para as AVD's, nível de dependência para as atividades instrumentais, não sendo necessária reavaliação destas escalas.

Resultados avaliados pela equipa e pelo doente

De forma a avaliar a capacitação da cliente em relação ao cuidado-de-si, procedeu-se à análise do cumprimento do plano terapêutico. Os resultados desse plano foram categorizados em três grupos distintos. O primeiro grupo, apresentado na tabela 2, destaca os diagnósticos de enfermagem cujas intervenções foram implementadas com sucesso, resultando na sua conclusão com sucesso. O segundo grupo identifica os diagnósticos de enfermagem que permanecem em aberto e/ou que exigiram ajustes nas metas estabelecidas (tabela 3). O terceiro grupo detalha os novos diagnósticos de enfermagem identificados e intervenções planeadas para os mesmos (tabela 4).

Tabela 4 – Diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados concluídos com sucesso

Diagnósticos de enfermagem	Intervenção de enfermagem	Resultados alcançados
<u>Excesso de peso [IMC=30]</u>	• Pesar-se 1x dia, de manhã antes do pequeno-almoço, depois de urinar e registar em livro próprio; • Estabelecer e manter um IMC abaixo de 30, peso abaixo de 73 Kg na próxima consulta.	• Peso= 71Kg. • IMC=28.4 kg/m2 • <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>
<u>Conhecimento sobre saúde diminuído</u>	• Explicar e reforçar à cliente que manter a HTA, DM, Dislipidémia e IMC's controlada diminui o risco cardiovascular e previne complicações atuais e futuras (IC, DRC, AVC, Aneurisma entre outros); • Recomendar a consulta dos seguintes websites: -www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial - www.sphta.org.pt/pt - www.apdp.pt/diabetes/diabetes-simples. - www.cuf.pt/saude-a-z/dislipidemia - www.cuf.pt/saude-a-z/dislipidemia; -www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/ • Avaliar a TA 1x dia e registar num livro próprio. Com tensão arterial sistólica inferior a 130mmHg e diastólica (mínima) inferior a 85mmHg deve validar sintomas e reportar alterações; • Avaliar a glicemias capilar ocasionalmente, preferencialmente antes de comer, ou, se sentir fraqueza suores frios, muita fome ou muita sede e registar os valores no livro. Valores de glicemia alvo entre 90 e 160mg/dl. Validar sintomas e reportar alterações;	• Sra. A. enumerou e compreendeu sintomas e complicações da HTA, DM, Dislipidémia, Obesidade. • Senhora A atendeu a todas as consultas. Foram confirmadas todas as consultas que tem marcadas – estão assentes no livro; • Marcou consulta para MGF; • Manteve os valores alvo de TA sistólica inferiores a 130mmHg e TA diastólica inferiores a 85mmHg, deu-se indicação para avaliar 2/3 vezes por semanas. • Manteve os valores alvo de BM com máximo de 160mg/dl; • <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>

	Incentivar a marcação de consultas (medicina geral e familiar, enfermagem familiar, e nutricionista), para além das que já estão marcadas.	
<u>Adesão ao regime alimentar [diminuída]</u>	- Colocar o mínimo de sal necessário. O máximo de sal diário recomendado pela OMS são 5 gramas por dia. - Informar a cliente que para além de aumentar o risco cardiovascular, o sal contribui para retenção de líquidos (edemas) e para alterações iónicas importante (hipernatremia); - Incentivar a preferência por ervas aromáticas, que dão sabor e, na maior parte dos casos, substitui o sal; - Marcar consulta com nutricionista.	- Cliente não ingere sal; - Tem consulta agendada para nutricionista. <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>
<u>Ferida cirúrgica na região supraclavicular esquerda [Colocação de Pacemaker];</u>	- Aconselhar a D^a Arlete a realizar conservação de energia (recomendada pela equipa de enfermagem de insuficiência cardíaca), nos primeiros dias após intervenção cirúrgica; - Recomendar a realização de tarefas com o membro superior direito e manter a restrição de movimentos com o membro superior esquerdo até nova avaliação médica; - Vigiar se o local da ferida se apresenta rubor, edema, dor e calor; - Não molhar o penso e refazer se este estiver molhado, sujo ou perder a integridade; - Recomendar que se ocorrer a presença de febre, dor intensa, edema ou hematoma de novo, deve contar a equipa de saúde.	- Ferida cicatrizada, sem sinais de infeção. <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>
<u>Ferida cirúrgica na região inguinal direita [TAVI]</u>	- Evitar carga com o membro inferior direito segundo tempo preconizado pelo médico (inclui subidas e descidas de escadas, muito tempo em pé) - Vigiar se o local da ferida apresenta rubor, edema, dor e calor; - Recomendar que se ocorrer a presença de febre, dor intensa, edema ou hematoma de novo, deve contar a equipa de saúde.	- Ferida cicatrizada, sem sinais de infeção; <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>
<u>Dor [na região supraclavicular esquerda]</u>	- Repouso da área intervencionada conforme indicação médica; - Aplicação de crioterapia local; - Analgesia em SOS.	- Sem dor; <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>

Risco alto de SAOS (Questionário STOP-Bang).	- Reforçar marcação de consulta de pneumologia (Estudo do Sono) agendada para dia 22/04/2024; - Aconselhar a dormir com cabeceira elevada; - Criar um padrão de sono adequado (cerca de 8 horas/dia).	- Mantem consulta marcada; - Sra. A. Capacitada para de realizar a autoavaliação dos sintomas e complicações da SAOS, bem como o seu controlo e tratamento; <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>
<u>Risco de infeção</u>	- Vigiar sinais de calor, rubor, dor e edema no local das feridas cirúrgicas; - Avaliar a temperatura corporal, quando necessário; - Realizar ensinios à sra. A. e família sobre sinais e sintomas sugestivos de infeção e de alerta; - Informar que se houver alguma alteração deve contactar a equipa de saúde.	- Feridas cirúrgicas cicatrizadas; - Sem sinais de infeção; <u>Objetivo alcançado > diagnóstico encerrado.</u>

Tabela 5 - Diagnósticos de enfermagem com necessidade de redefinição de metas, novas intervenções de enfermagem e resultados esperados.

Diagnósticos de enfermagem	Resultados Alcançados	Novas Intervenção de enfermagem	Resultados Esperados
<u>Atividade física diminuída</u>	Senhora A procurou manter-se ativa apesar das limitações impostas pelo hematoma presente no membro	Negociado novo padrão de exercício:	- Manter atividade física; - Evitar comportamentos sedentários;

	inferior direito e ao quadro de anemia verificado. • Realiza caminhadas diárias com o marido, apenas de alguns metros, na rua onde moram; • Não conseguiu realizar os 500 metros/dia; • Instalou aplicação que contabiliza número de passos.	• Caminhadas diárias, máximo tolerado; • Manter Envolvimento do marido nestas caminhadas; • Manter medição do número total de passos diários e registrar; • Devido a esta limitação, questionar o médico sobre quando poderá realizar a hidroginástica.	
<u>Memória comprometida</u>	• Continua a realizar palavras-chave, sudoku (1 por dia), leitura de livros, jornais; • Está a elaborar um livro de memórias; • Não conseguiu ainda participação em atividades lúdicas e recreacionais.	• Continuar a realização de palavras-chave, sudoku (1 por dia), tricot (cliente gosta destas atividades); • Manter a leitura de livros, revistas e jornais (cliente gosta de ler); • Manter a elaboração de um livro sobre memórias; • Incentivar a participação em atividades lúdicas e recreacionais (período de Natal).	• Que a sra. A. apresente melhoria na capacidade de memória; • Evitar a detioração cognitiva; • Estimular o envolvimento do marido e da família para o cuidado-do outro.
<u>Não adesão ao regime terapêutico [MAT – score 29]</u>	• Cumpriu a quase totalidade do esquema terapêutico; • Tomou empiricamente 1 comprimido de furosemida extra por queixas de edemas dos membros inferiores e cansaço; • Criou alarme no telemóvel o que permitiu não esquecer as tomas; • Marido participa na preparação da medicação.	• Reforçar novamente as consequências de saúde positivas da adesão terapêutica; • Reforçados os bons comportamentos efetuados até ao momento; • <u>Reforçada a necessidade não suspender e/ou retomar medicação sem validar com o médico assistente;</u>	• Que a sra. A. cumpra rigorosamente o esquema medicamentoso estabelecido; • Que a Sra. A. e sua família evidenciem compreensão da importância do cumprimento do atual esquema medicamentoso; • Que a Senhora F e sua família evidenciem

	• MAT com score 38.		compreensão em relação ao seu atual plano terapêutico
<u>Comportamento alimentar comprometido</u>	• Mantém refeições em restaurantes: • Porém frequenta sempre o mesmo restaurante que já tem menu adequado às suas necessidades; • Não confecciona os alimentos em casa.	• Dar preferência à confecção de alimentos no domicílio (cliente gosta de cozinhar) e segundo as restrições impostas pelas suas patologias (HTA, DM, dislipidemia); • Construir um menu semanal, para servir de guia alimentar.	• Que a sra. A. tenha comportamento alimentar adequado: alimentações confeccionadas preferencialmente em casa e com alimentos saudáveis e adequados à sua condição.
<u>Depressão ligeira [GDS-15 - score 7]</u>	• Sra. A. mantém-se apreensiva em relação ao seu estado de saúde, principalmente com os novos sintomas; • Demonstra alguma angústia e medo de morrer; • Demonstra medo com possível quadro de infecção com a válvula cardíaca; • Alguma frustração por ainda não conseguir realizar as atividades que fazia antes; • Mantém Score: 7 (depressão leve) na escala GDS-15.	• Manter explicação de todos procedimentos e suas consequências, de forma clara e perceptível e ajustada ao nível de literacia da D^a A; • Manter o incentivo para que solicite apoio emocional e/ou entrevistas motivacionais sempre que necessitar; • Esclarecer todas as dúvidas que achar necessário; • Manter disponibilidade para apoio emocional sempre que possível; • Manter reforço positivo de todas as conquistas alcançadas;	• Que a sra. A. possa reconhecer e expressar seus sentimentos e emoções de forma verbal. • Que a sra. A. manifeste otimismo e esperança. • Que a sra. A. se apresente motivada para cuidar-de-si.
<u>Dependência ligeira para o autocuidado;</u> <u>Dependente ligeiro para atividades instrumentais;</u>	• Levante e transferências de forma independente; • Continua a necessitar de ajuda para vestir; • Marido ajuda no autocuidado (cuidado-do-outro);	• Incentivar gradualmente a autonomia para o autocuidado; • Manter o apoio do marido para o cuidado-do-outro.	• Que a Sra. A. assegure o “Cuidado-de-si” dentro de suas capacidades, abrangendo o alimentar-se, o vestir-se, higiene pessoal e banho.

	Mantém índice de Barthel com score 95 e <u>Índice Lawton & Brody com Score 24;</u>		Estimular a ajuda do marido da Sra. A. e capacitá-lo para o “cuidado-do-outro”.
<u>Risco de hemorragia</u>	- Apresentou hematoma na anca direita, - Medicada cronicamente com anticoagulante oral;	- Vigiar perdas sanguíneas; - Vigiar aparecimento de equimoses, hematomas; - Em caso de perdas sanguíneas deve contactar a equipa de saúde.	Evitar novas perdas sanguíneas;

Tabela 6 - Novos Diagnósticos de enfermagem identificados na TC

Diagnósticos de enfermagem	Intervenção de enfermagem	Resultados esperados
<u>Hematoma [anca direita]</u>	- Repouso e elevação do membro afectado; - Crioterapia; - Vigiar evolução do hematoma; - Comunicar agravamentos à equipa de saúde.	- Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre autoavaliação do hematoma e sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu controlo e gestão. - Remissão completa do hematoma.
<u>Edema periférico [membros inferiores bilaterais]</u>	- Repouso e elevação dos membros afectado; - Vigiar evolução do edema; - Comunicar agravamentos ou a sua persistência à equipa de saúde.	- Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre autoavaliação do hematoma e sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu controlo e gestão. - Remissão completa dos edemas.
<u>Tontura</u>	- Em caso de tontura: - Não fazer levantar até que esta passe; - Evitar movimentos bruscos com a cabeça e pescoço; - Evitar pegar em objetos potencialmente perigosos;	- Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre tonturas e sobre medidas não farmacológicas para seu controlo e gestão; - Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre tonturas, as suas características, e sinais de alarme.

<u>Dispneia Funcional [Grandes esforços]</u>	• Elevação da cabeceira; • Efetuar repouso após esforços; • Percorrer pequenas distâncias; • Preservação de energia; • Comunicar agravamentos ou a sua persistência à equipa de saúde.	• Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre dispneia funcional, medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu controlo e gestão; • Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre dispneia funcional, as suas características, e sinais de alarme.
<u>Dor [anca direita]</u>	• Repouso da área intervencionada conforme indicação médica; • Aplicação de crioterapia local; • Administrar analgesia em SOS.	• Que a Sra. A. demonstre conhecimentos sobre autoavaliação da dor e sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para seu controlo e gestão.

Adesão à intervenção e tolerabilidade

Após a revisão e reestruturação do PTA e ainda durante a TC, verificou-se que os objetivos previamente delineados foram maioritariamente atingidos. Este processo ocorreu em constante colaboração e negociação com a sra. A. O ambiente de compromisso, estabelecido anteriormente, foi novamente fortalecido. Apesar de alguns percalços, a sra. A. expressou claramente sua vontade de prosseguir com a execução do PTA, indicando um comprometimento renovado com o processo de recuperação e gestão das doenças crônicas. Essa manifestação de intenção reafirma o envolvimento ativo da cliente no seu próprio plano de cuidados. A abordagem colaborativa reiterada destaca a ênfase contínua na adaptação e personalização do plano, garantindo que este atenda às necessidades específicas da cliente ao longo do tempo.

Esses esforços conjuntos, realizados durante a revisão do PTA e reforçados durante a TC, exemplificam uma abordagem dinâmica necessária ao cuidado da cliente, adaptando-se às mudanças nas circunstâncias e necessidades, e promovendo uma parceria eficaz entre a equipa de saúde e a cliente. Neste sentido foi assim reforçada e assegurada a continuidade do "Cuidado-de-Si" e "Cuidado-do-Outro" conforme a 5ª Fase do modelo de parceria de Gomes et al (2016). É também vantagem evidente, a aceitação entusiástica da cliente e a predisposição positiva, a comunicação e a participação ativa em seu plano de cuidados, que certamente trarão bons resultados no futuro.

DISCUSSÃO

Foram várias as aprendizagens possibilitadas pela elaboração deste EC. Em primeiro lugar, destaca-se o desenvolvimento natural de competências,

essenciais para o futuro papel como enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica. A avaliação inicial da cliente foi crucial para identificar suas necessidades e as da família. A criação e implementação do PTA permitiram assegurar a prevenção, deteção precoce, estabilização, manutenção e adaptação à condição de doença crónica (DR Nº135/2018). Algumas das intervenções associadas aos diagnósticos de enfermagem foram especializadas, construídas e negociadas em colaboração com a pessoa e sua família, considerando suas preocupações, inquietações e prioridades (DR Nº135/2018). O objetivo principal foi o de facilitar o processo de gestão da doença crónica e a transição saúde/doença resultante de condições agudas e/ou crónicas agudizadas (DR Nº135/2018).

No contexto de estágio em que me encontro, não há uma comunicação contínua entre os enfermeiros do serviço de internamento e aqueles que conduzem as consultas de follow-up. Após a alta do internamento o enfermeiro não volta a ter contacto com o cliente e o follow-up é realizado por um enfermeiro novo, sem contacto prévio. “Idealmente, o primeiro contacto com o utente deve ser presencial” (OE, 2021, pág. 13). Este EC destacou a importância de uma consulta inicial presencial, enfatizando o envolvimento e a revelação necessários entre o cliente e o enfermeiro, para a criação de uma relação de parceria (Gomes et al., 2016). Durante essa interação, é fundamental realizar uma avaliação multidimensional abrangente de forma a identificar os problemas dos clientes, para que seja possível capacitá-los para o cuidado-de-si (Gomes et al., 2016). A criação dessa relação de confiança motivou a cliente a aderir ao PTA e facilitou a posterior realização da TC.

A teleconsulta, como âmbito da telessaúde, emerge como uma solução inovadora e sustentável que apoia a estratégia de transformação digital. Essa abordagem opera com o princípio de aproximar o cidadão aos serviços de saúde, superando desigualdades geográficas, aprimorando o acesso aos cuidados de saúde e promovendo um acompanhamento mais contínuo e integrado entre os diversos níveis de assistência. Essa integração contribui para aumentar a eficácia e eficiência do SNS (OE 2021, pág. 8). Neste sentido, foi evidente a contribuição deste EC para exemplificar estes benefícios.

Segundo o modelo de parceria de Gomes (2021), a teleconsulta de enfermagem deve ter a responsabilidade de criar as condições necessárias para permitir à PI o Cuidado-de-Si, alinhado com seu próprio projeto de vida, mas também o de capacitar o familiar e/ou cuidador para o cuidado do outro à PI em situação de dependência parcial ou total. Com este EC foi possível observar ganhos diretos para a cliente, nomeadamente na melhoria da qualidade de vida e gestão das suas doenças crónicas, apesar das inúmeras intercorrências identificadas quer durante o internamento, que no primeiro mês pós-alta. A relação de parceria estabelecida permitiu à sra. A. diminuir a apreensão que demonstrava em relação aos procedimentos a que ia ser sujeita e permitiu lidar com as adversidades que foram ocorrendo.

No entanto, devido às limitações atuais da consulta de follow-up, o próximo contacto telefónico com a cliente só será efetuado 1 ano após a alta. Neste sentido irá ocorrer uma quebra importante no acompanhamento da mesma, só ocorrendo através das consultas médicas, faltando a componente de parceria criada com a cliente, que tantos benefícios acarretou.

No âmbito geral todos os objetivos deste EC foram atingidos, no entanto fica a recomendação para a necessidade de aprofundar e generalizar a TC de follow-up a todo o SNS no sentido de diminuir as desigualdades visíveis entre regiões do mesmo país.

PERSPECTIVA DO DOENTE

Após a TC realizada a 13 de dezembro, a sra. A. avaliou este processo e deixou a sua perspetiva em relação a todo o procedimento, a qual compartilho a seguir:

“Estou muito satisfeita com este acompanhamento, é uma excelente iniciativa. Permitiu-me sentir acompanhada e esclarecer todas as dúvidas que fui tendo. O facto de ter alguém com quem contar fez-me sentir confiante e apoiada, permitiu poder tomar conta de mim e ajudar a resolver os meus problemas de saúde.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, A., Monteiro, C., Queiroz, F., Arcadinho, I., Mestrinho, J. (2009). Roteiro Holístico de Instrumentos de Avaliação. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9166>

Apóstolo, J.L.A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Barbosa, P., Carvalho, L., Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Decreto-Lei n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, aprovado pelo decreto-Lei n.º 429/2018, de 16 de julho. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018). 19359-19370.

Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969) *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist., 9, 179-86.

Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research, 12, 189–98

Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si: Património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing, 23(2), 7–15

Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). *Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context*. Gerontechnology IV. IWOG 2021.

OE (2021). Consultas de Enfermagem à distância, TELENFERMAGEM – Guia de Recomendações. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

OE (2022). Manual de Apoio À Consulta de Enfermagem ao utente com patologia cardiovascular. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, M.S. (2022). Adaptação e Validação de um Questionário Universal para Medir a Adesão à Terapêutica em Doença Crónica. Dissertação no âmbito do Mestrado em Farmacologia. Universidade de Coimbra.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei nº26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.

SPMS (2019). Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde. Lisboa, Portugal: SPMS, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Varanda, E.M.G., Rodrigues, C.A.F., Costa, A.J.A. (2015). Projecto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência. Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da SROE.

Yesavage, J.A., Sheikh J.I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-73.

Apêndice XII

Apresentação Estudo de Caso: Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco
Vascular em Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial



**Departamento de Enfermagem Médico-
-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL:**
Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento
e Exercício Clínico

7 de Fevereiro de 2024

Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular em Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial

Estudo Caso

Autor: Rui Dias nº 11529

Co-Autor: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica - Área de Especialização à Pessoa em Situação Crónica



Enquadramento Teórico



Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

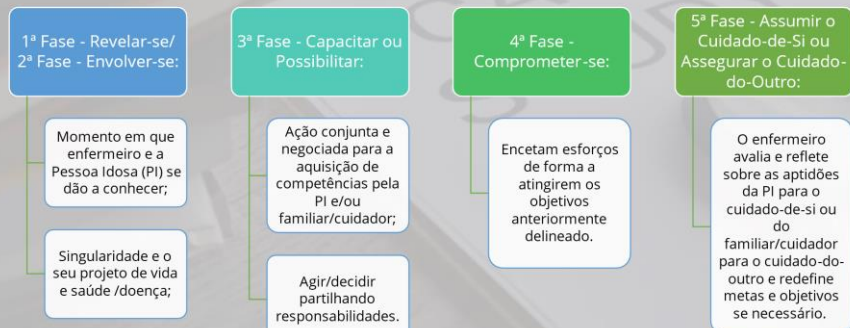
Enquadramento Teórico



Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEI, Inovação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Estrutura das consultas

Modelo de Intervenção em Parceria – Cuidado-de-Si ou Cuidado-de-Outro (Gomes et al.2016)



Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEI, Inovação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso - Objetivos

- Compreender a cliente, seu contexto psicossocial, singularidade e projeto de vida e de saúde doença;
- Identificar necessidades e potencialidades da pessoa idosa com hipertensão para redução do risco cardiovascular promovendo o Cuidado-de-Si.

(1) Gomes (2021)

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica / Adulto e Idoso - EBS. Iniciação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso - Cronograma

5/11 – Consulta de Risco Vascular
Presencial

12/11 – Alta com Plano
Terapêutico de Enfermagem (PTE)

13/12 – Teleconsulta de “follow-up
de Risco Vascular” - 1 mês



Fonte: <https://es.linkedin.com/pulse/telemedicina-la-humanización-de-consulta-médica-iliana-reyes>



Fonte: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/teleconsulta>

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica / Adulto e Idoso - EBS. Iniciação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso – Preparação das consultas

1ª e 2ª Fases: “Revelar-se/Envolver-se” (Gomes et al, 2021)

ANTES DAS CONSULTAS

Preparação das consultas:

- Processo clínico da cliente;
- Garantir ambiente seguro e com a maior privacidade possível;
- Consentimento informado;
- Escalas e índices necessários;
- Guião da consulta.



Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica / Adulto e Idoso – FISI, Inovação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso – Consulta Presencial

1ª e 2ª Fases: “Revelar-se/Envolver-se” (Gomes et al, 2021)

Conhecer a PI e o seu contexto de vida:

- Como gosta de ser tratada: Dª A
- Idade: 77anos
- Naturalidade: Lisboa, Portugal, onde reside;
- Curso de Vida: Reformada por invalidez
- Escolaridade: 12º ano;
- Religião: Católica não praticante;
- Estado civil: Casada;
- Coabitantes: marido;

- Família: 3 filhos e 5 netos;
- Conectividade: smartphone;
- Competências em TIC:
 - Utilização da Internet: boa;
 - Habilidades de dispositivo móvel: boa;
 - Afinidade com as novas tecnologias: boa;
 - Literacia digital para a saúde – baixa;

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica / Adulto e Idoso – FISI, Inovação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso – Consulta Presencial

1ª e 2ª Fases: “Revelar-se/Envolver-se” (Gomes et al, 2021)

Conhecer a situação de saúde/ doença:

- **Diagnóstico internamento:** estenose aórtica grave: NYHA (1) III - programada TAVI urgente;
- **Antecedentes Pessoais:**
 - Fatores de Risco Cardiovasculares:
 - HTA, dislipidemia, diabetes mellitus não insulino-tratada, obesidade, possível SAOS (2) (em estudo)
- **Múltiplos antecedentes pessoais**
- **Polimedicada**

- **Intercorrências no internamento:**
- 8/11 - Bloqueio auriculoventricular - implementação de Pacemaker definitivo.
 - Paragem cardiorrespiratória – suporte avançado vida 2 minutos;

(1) NYHA - New York Heart Association Classification; (2) SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono; TAVI - implantação da válvula aórtica percutânea.

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESE. Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso – Consulta Presencial

1ª e 2ª Fases: “Revelar-se/Envolver-se” (Gomes et al, 2021)

Conhecer a PI e o seu contexto de vida:

O que é importante para a Dª A?

- Poder disfrutar e participar na educação das netas;
- Gosta de passear e conhecer o país;
- Gosta de passear pelo bairro e pelo shopping;
- Gosta de acampar;
- Gosta de palavras-cruzadas e sudoku.

O que preocupa a Dª A?

- Nível baixo de literacia sobre as suas doenças (assume desejo de saber mais);
- Sedentarismo/baixa atividade física (assume que não faz atividade física);
- Dificuldades na adesão à terapêutica (apesar de cumprir grande parte do esquema terapêutico);
- Problemas de memória;
- Alimentação pouco cuidada (assume que não se alimenta como deveria);
- Sentimentos de tristeza e ansiedade (saudades dos filhos e das netas, que estão no estrangeiro, e preocupação em relação às intervenções cirúrgicas).

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESE. Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Estudo de Caso – Consulta Presencial

1ª e 2ª Fases: “Revelar-se/Envolver-se” (Gomes et al, 2021)

Avaliação Multidimensional

Escalas e avaliações:

- **Escala de comas de Glasgow:** score 15 – consciente, orientada e colaborante;
- **Escala instrumental de Lawton & Brody** score: 24 - dependência ligeira;
- **Escala de Barthel:** score: 95 - dependência ligeira;
- **Escala de Morse:** score: 45 – risco elevado de queda;
- **Escala geriátrica de depressão (GDS -15):** score: 7 - depressão leve;
- **Avaliação do regime terapêutico (RT) – MAT:** score: 29 – não adesão ao regime terapêutico;
- **Conhecimento da doença (HTA):** médio conhecimento sobre doença e tensão arterial (TA) controlada;
- **Avaliação da atividade Física /sedentarismo:** não realiza atividade física;
- **Avaliação Regime Alimentar:** não adesão ao regime alimentar;
- **SAOS - Questionário Stop Bang:** Score risco alto de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS).

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESE, Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Plano Terapêutico de Enfermagem (PTE) e Teleconsulta

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar (Gomes et al, 2021)

PTE		TELECONSULTA 1MÊS
Diagnóstico (1)	Intervenções	Resultados Alcançados
Atividade física diminuída	• Caminhadas diárias. Pequenas distâncias toleradas; • Atingir 500m/dia no final do primeiro mês; • Reforço positivo. • Adquisição pedômetro/smartwatch/aplicação de smartphone para avaliação do número de passos diários e que a alerte para se levantar do sofá; • Inscrição hidroginástica (cliente manifestou interesse)	• Não conseguiu realizar os 500 metros/dia; • Procurou manter-se ativa apesar das limitações impostas pelo hematoma presente no membro inferior direito e ao quadro de anemia verificado. • Contabiliza número de passos.
Excesso de peso (IMC=30)	• Pesar-se 1x dia; • IMC abaixo de 30, peso abaixo de 73 Kg.	• Peso= 71Kg; • IMC=28.4 kg/m2.

(1) CIPE

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESE, Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

PTE e Teleconsulta

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar (Gomes et al, 2021)

PTE		TELECONSULTA 1MÊS
Diagnóstico (1)	Intervenções	Resultados Alcançados
Conhecimento sobre saúde diminuído - HTA	- Sites: www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial www.sphta.org.pt/pt www.apdp.pt/diabetes/diabetes-simples www.cuf.pt/saude-a-z/dislipidemia www.cuf.pt/saude-a-z/dislipidemia www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade - TA 1x dia. Alvos: Tensão arterial sistólica inferior a 130mmHg e diastólica (mínima) inferior a 85mmHg. - Incentivar a Dª A. a marcar consultas (medicina geral e familiar, enfermagem familiar, e nutricionista).	- Enumerou e compreendeu sintomas e complicações da HTA, DM, Dislipidemia, Obesidade. - Marcou consulta para MGF; - Cumpriu valores alvo de TA sistólica inferiores a 130mmHg e TA diastólica inferiores a 85mmHg.

(1) CIPE

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESEI. Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

PTE e Teleconsulta

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar (Gomes et al, 2021)

PTE		TELECONSULTA 1MÊS
Diagnóstico (1)	Intervenções	Resultados Alcançados
Memória comprometida (1)	- Realização de palavras-chave, sudoku (1 por dia), tricot (cliente gosta destas atividades); - Leitura de livros, revistas e jornais (cliente gosta de ler); - Elaboração de um livro sobre memórias; - Participação em atividades lúdicas e recreacionais; - Participação em atividades familiares (jogos de memória).	- Continua a realizar palavras-chave, sudoku (1 por dia), leitura de livros, jornais; - Está a elaborar um livro de memórias; - Não conseguiu ainda participação em atividades lúdicas e recreacionais.
Não adesão ao regime terapêutico [MAT – score 29] (1)	- Caixa de medicação num local visível e que use frequentemente ao nível do olhar (ex.: lavatório do wc, em cima do frigorífico); - Alarme ou lembrete; - Antecipar o fim da medicação – prevenir falhas por ausência de terapêutica.	- Cumpriu a totalidade do esquema terapêutico; - Criou alarme no telemóvel o que permitiu não esquecer as tomas; - Marido participa na preparação da medicação; - MAT com score 38.

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESEI. Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

PTE e Teleconsulta

3ª Fase - Capacitar ou Possibilitar (Gomes et al, 2021)

PTE		TELECONSULTA 1MÊS
Diagnóstico (1)	Intervenções	Resultados Alcançados
Depressão ligeira [GDS-15 - score 7]	• Explicar todos procedimentos e suas consequências, de forma clara e perceptível; • Disponibilidade para apoio emocional sempre que possível; • Reforço positivo de todas as conquistas alcançadas; • Reforçado o contacto frequente com as filhas e netas; • Retomar as atividades que fazia anteriormente: • Participar e disfrutar da educação das netas; • Acampar; • Experimentar novas atividades; • Passeios dentro da sua capacidade.	• Depressão ligeira [GDS-15 - score 7]; • Apreensiva em relação ao seu estado de saúde devido aos novos sintomas; • Medo com possível quadro de infeção com a válvula cardíaca; • Frustração por ainda não conseguir realizar as atividades que costumava fazer; • Mantém Score: 7 (depressão leve) na escala GDS-15.

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESI, Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Conclusão

Ganhos diretos para a cliente, nomeadamente na melhoria da qualidade de vida e gestão das suas doenças crónicas;

Relação de parceria estabelecida permitiu à cliente diminuir a apreensão que demonstrava em relação aos procedimentos a que ia ser sujeita e permitiu lidar com as adversidades que foram ocorrendo;

Ação conjunta e negociada na construção do plano terapêutico;

Compromisso com as escolhas do cliente e envolvimento na tomada de decisão, criação e implementação do Plano Terapêutico de Enfermagem;

Objetivos sempre adaptados às necessidades e possibilidades da Dª A, marido e família.

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESI, Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

Perspetiva da Cliente

“Estou muito satisfeita com este acompanhamento, é uma excelente iniciativa. Permitiu-me sentir acompanhada e esclarecer todas as dúvidas que fui tendo. O facto de ter alguém com quem contar fez-me sentir confiante e apoiada, permitiu poder tomar conta de mim e ajudar a resolver os meus problemas de saúde.”

D^a A - 2023

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESE, Iniciação em Enfermagem: Produção de Conhecimento e Exercício Clínico

Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, aprovado pelo decreto-Lei n.º 429/2018, de 16 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018). 19359-19370.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si: Património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 23(2), 7-15
- Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2021). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context. *Gerontechnology IV. IWOG 2021*.
- OE (2021). *Consultas de Enfermagem à distância, TELENFERMAGEM – Guia de Recomendações*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-Lei nº26/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.
- SPMS (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde*. Lisboa, Portugal: SPMS, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.



**Departamento de Enfermagem Médico-
-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL:**
Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento
e Exercício Clínico

7 de Fevereiro de 2024

Consulta e Teleconsulta de Enfermagem de Risco Vascular em Pessoa Idosa com Hipertensão Arterial

Estudo Caso

Autor: Rui Dias nº 11529

Co-Autor: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica - Área de Especialização à Pessoa em Situação Crónica



Anexo I

Certificado de Participação no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em
Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico

CERTIFICADO

Certifica-se que Mário Rui Dias, [REDACTED] e Idalina Gomes participaram com uma Comunicação Livre de sua autoria, com o tema “Consulta E Teleconsulta De Risco Vascular De Enfermagem A Cliente Com Hipertensão Arterial - Estudo De Caso” no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico, que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo II

Certificado de Participação na Missão 70/26

MISSÃO

70/26

O projeto “**Missão 70/26**” é o desígnio maior da Sociedade Portuguesa de Hipertensão



70% dos **doentes Hipertensos**
controlados até 2026

MÁRIO RUI ALVES DIAS

Obrigado por se juntar a esta missão! O seu compromisso é fundamental para a concretização deste objetivo.

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO
Portuguese Society of Hypertension



Com o apoio “unrestricted”

SERVIER
moved by you

Anexo III

Certificado de Participação no 2º Multiplier Event” do Projeto “Innovaid”

Certificado

Para os devidos efeitos curriculares certifica-se que Mário Rui Alves Dias participou no **2º Multiplier Event do Projeto InnovAld**, que decorreu no dia 15 de junho de 2023, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lisboa, 22 de junho de 2023



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa