



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

O Papel do Enfermeiro no Controlo da Hipertensão no Utente com Doença Renal Crónica

Mariana Faria Faísca

Mariana Filipa Duarte Jorge

Data

julho 2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

O Papel do Enfermeiro no Controlo da Hipertensão no Utente com Doença Renal Crónica

Mariana Faria Faísca nº 20211341

Mariana Filipa Duarte Jorge nº 20211319

Orientador

Professor assistente convidado Roberto Mendes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, realizada sob a orientação científica do professor assistente convidado Roberto Mendes, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Julho, 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora, Ângela Sofia Lopes Simões

Vogais

Mestre, Roberto Miguel Gonçalves Mendes

Assistente Convidado Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Mestre, André Samuel Martins Gonçalves

Assistente Convidado Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Dedicamos este trabalho uma à outra.

Por todo o empenho, pela entreatajuda e pela forma como soubemos caminhar, lado a lado, ao longo deste desafio.

Porque, mais do que um trabalho final, este percurso foi feito de partilha, esforço e crescimento conjunto.

—Mariana Faísca e Mariana Jorge

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, à minha família, especialmente aos meus pais, por estarem sempre a meu lado, aos meus primos, por todo o apoio e pelas tardes em que me ouviram a debitar matéria sem nunca perderem a paciência. Aos meus amigos, obrigada por me suportarem nesta fase, que foi das mais desafiantes, até agora. E ao meu namorado, agradeço-te por estares sempre presente e conseguires que mantenha a calma, mesmo quando parece difícil.

— Mariana Jorge

Agradeço primeiramente aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio, incentivo e carinho ao longo destes anos. Um obrigado especial aos meus amigos que estiveram sempre presentes, mesmo nos momentos mais exigentes. Ao meu namorado, deixo também um enorme agradecimento por todo o apoio incondicional, pela paciência e pela companhia durante toda esta etapa.

— Mariana Faísca

Em conjunto, queremos agradecer ao nosso orientador, Enfermeiro Roberto Mendes, pela sua disponibilidade, orientação e contributos ao longo do desenvolvimento deste trabalho e durante o nosso estágio final.

Agradecemos também aos profissionais que se cruzaram connosco nesta reta final. A todos, o nosso sincero obrigado pelo acolhimento, partilha de conhecimento e contributo para o nosso crescimento enquanto futuras enfermeiras.

Resumo

Introdução: A doença renal crónica (DRC) é das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global sendo, atualmente, considerada a 16^a principal causa de morte, apresentando uma crescente prevalência. A hipertensão (HTA) e a DRC têm uma relação de causa efeito, na qual a HTA tanto pode ser uma causa, como consequência da DRC, exacerbando a deterioração da função renal e aumentando o risco de doenças cardiovasculares. O controlo adequado da HTA é, portanto, crucial na gestão da DRC, uma vez que contribui significativamente para retardar a progressão desta patologia e reduzir complicações associadas.

Objetivos: O objetivo geral é “compreender o papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica”.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma revisão narrativa da literatura através das pesquisas nas plataformas: *B-ON, Google Académico e PubMed*.

Resultados e Discussão: Os 16 artigos incluídos na revisão evidenciam a importância do enfermeiro como agente ativo na prevenção da progressão da DRC e no controlo da HTA. Entre as principais intervenções de enfermagem, destacam-se: a identificação precoce da HTA no utente com DRC, a monitorização regular da pressão arterial (PA) e da função renal, a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e a avaliação contínua da adesão terapêutica. A abordagem terapêutica deve ser iniciada por mudanças no estilo de vida, incluindo a implementação de medidas dietéticas, atividade física, redução do consumo de bebidas alcoólicas e o abandono do tabagismo. Estas medidas são fundamentais para o controlo da PA, retardam a progressão da DRC e reduzem o risco de doenças cardiovasculares.

Conclusão: Através da evidência científica analisada, foi possível concluir que a intervenção do enfermeiro no controlo da HTA, em utentes com DRC, é multifacetada e requer uma abordagem adaptada à complexidade desta patologia. O enfermeiro desempenha um papel central nas ações de educação para a saúde, promovendo o autocuidado e sensibilizando o utente para a importância da autogestão da doença. A abordagem do enfermeiro deve ser holística e interativa, considerando os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Para tal, é fundamental desenvolver um pensamento crítico e reflexivo, adaptando as intervenções às necessidades específicas de cada utente, com o objetivo principal de maximizar a sua capacidade de autogestão.

Palavras chave

Hipertensão, Insuficiência renal crónica, Enfermagem.

Abstract

Introduction: *Chronic kidney disease (CKD) is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide and is currently considered the 16th leading cause of death, with an increasing prevalence. Hypertension (HTN) and CKD have a cause-effect relationship in which HTN can be both a cause and a consequence of CKD, exacerbating the deterioration of kidney function and increasing the risk of cardiovascular disease. Adequate control of hypertension is therefore crucial in the management of CKD, as it contributes significantly to slowing down the progression of this pathology and reducing associated complications.*

Objectives: *The general objective is to “understand the role of nurses in the control of hypertension in patients with chronic kidney disease”.*

Materials and Methods: *A narrative literature review was carried out on the platforms: B-ON, Google Scholar and PubMed.*

Results and Discussion: *The 16 articles included in the review highlight the importance of the nurse as an active agent in preventing the progression of CKD and in controlling HTN. Key nursing interventions include early identification of HTN in CKD patients, regular monitoring of blood pressure (BP) and renal function, effective communication within the multidisciplinary team, and continuous assessment of therapeutic adherence. The therapeutic approach should begin with lifestyle changes, including the implementation of dietary measures, physical activity, reduced alcohol consumption, and smoking cessation. These measures are fundamental for controlling BP, slowing down the progression of CKD and reducing the risk of cardiovascular disease.*

Conclusion: *Based on the scientific evidence analysed, it is possible to conclude that nursing intervention in the control of HTN in patients with CKD is multifaceted and requires an approach adapted to the complexity of this disease. The nurse plays a central role in health education, promoting self-care, and raising patient awareness about the importance of disease self-management. The nurse's approach should be holistic and interactive, taking into account physical, psychological, social, and spiritual aspects. To this end, it is essential to develop critical and reflective thinking, adapting interventions to the specific needs of each patient, with the main goal of maximizing their capacity for self-management.*

Keywords

Hypertension; Renal insufficiency, chronic; Nursing care; Health education.

Índice geral

Introdução	1
1. Contextualização.....	3
1.1. Doença renal crónica	3
1.1.1. Prevalência.....	3
1.1.2. Etiologia	3
1.1.3. Caracterização	4
1.1.4. Sintomatologia e complicações	5
1.2. Hipertensão	6
1.2.1. Prevalência	7
1.2.2. Etiologia	7
1.2.3. Caracterização	7
1.2.4. Sintomatologia e fatores de risco	8
1.3. Hipertensão como causa da doença renal crónica	8
1.4. Hipertensão como consequência da doença renal crónica	9
1.4.1. Sobrecarga de volume	9
1.4.2. Ativação do sistema renina angiotensina-aldosterona	10
1.4.3. Hiperatividade do sistema nervoso simpático	10
1.4.4. Disfunção endotelial.....	10
1.5. Terapêutica anti-hipertensiva no utente com doença renal crónica	11
1.5.1. Diuréticos	11
1.5.2. Betabloqueadores	12
1.5.3. Inibidores da enzima conversora da angiotensina	12
1.5.4. Antagonistas dos recetores da angiotensina II.....	13
1.5.5. Antagonistas dos recetores de aldosterona	14
1.5.6. Bloqueadores dos canais de cálcio.....	14
1.6. Autocuidado no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica: perspetiva segundo a teoria de <i>Dorothea Orem</i>	14
2. Metodologia.....	17
3. Resultados	19

4. Discussão.....	28
4.1. Educação para a saúde.....	29
4.2. Capacitação para a autogestão da doença.....	30
4.3. Acompanhamento da evolução clínica do utente.....	32
4.4. Monitorização precisa da pressão arterial.....	32
4.5. Modificação dos estilos de vida.....	34
4.5.1. Literacia alimentar.....	35
a) Redução do consumo de sódio.....	35
b) Controlo da ingestão de proteínas.....	36
c) Redução da ingestão de fósforo.....	36
d) Controlo da ingestão de potássio.....	37
e) Adequação da ingestão de fluídos.....	37
4.5.2. Prática de exercício físico e controlo do peso.....	37
4.5.3. Cessaçãotabágica.....	38
4.5.4. Moderação do consumo de álcool.....	39
4.6. Gestão farmacológica.....	39
4.7. Promoção da adesãoterapêutica.....	40
4.8. Suporte emocional e psicológico.....	41
4.9. Necessidades culturais e espirituais.....	42
 Conclusão.....	 44
 Referências bibliográficas.....	 47
 Apêndices.....	 51
Apêndice I.....	52
Apêndice II.....	59

Índice de figuras

Figura 1- Diagrama de estratificação do risco de desenvolvimento e progressão da DRC	5
Figura 2- Fluxograma da seleção dos artigos de revisão	20

Lista de tabelas

Tabela 1- Estratégia de pesquisa e processo de seleção dos artigos	19
Tabela 2- Caracterização dos artigos analisados	21

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AOBP - Medição Automatizada em Consultório
ARA II - Antagonistas dos Recetores de Angiotensina II
BCC - Bloqueadores dos Canais de Cálcio
DM - Diabetes *Mellitus*
DRC -Doença Renal Crónica
DRT - Doença Renal Terminal
G - Grama
HTA - Hipertensão Arterial
IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC - Índice de Massa Corporal
KDIGO - *Kidney Disease Improving Global Outcomes*
Kg - Quilograma
M² - Metros Quadrados
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
Mg - Miligramas
Min - Minutos
ml - Mililitros
mmHg - Milímetros de Mercúrio
MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial
OBPM - Medição Convencional em Consultório
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
RAC - Razão de Albumina/Creatinina
SRAA - Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
TFGe - Taxa de Filtração Glomerular Estimada
USF- Unidade de Saúde Familiar

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio VI, inserida no 2.º semestre do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, foi desenvolvido como trabalho final de curso, uma revisão narrativa da literatura.

A escolha do assunto a abordar nesta revisão deveu-se, primeiramente, à atribuição do tema geral "Fundamentos de enfermagem – Cuidar das necessidades humanas fundamentais", centrando-se na análise das intervenções de enfermagem. Posteriormente, a escolha do tema específico resultou da experiência adquirida ao longo dos nossos estágios realizados em dois contextos distintos: na Unidade de Saúde Familiar (USF) Receber e Cuidar, em meio comunitário; e em contexto hospitalar, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise pertencente à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Durante estes estágios, identificámos a elevada prevalência e relevância clínica da hipertensão (HTA), que está frequentemente associada à doença renal crónica (DRC). Esta problemática destaca-se pela relação bidirecional destas duas patologias, sendo que a HTA e a DRC têm uma relação de causa e efeito, na qual a HTA tanto pode ser uma causa, como uma consequência da DRC, exacerbando a deterioração da função renal e aumentando o risco de doenças cardiovasculares (Pugh et al., 2019).

A DRC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global, sendo atualmente considerada a 16ª principal causa de morte, apresentando uma crescente prevalência (Pugh et al., 2019). A DRC é uma doença multissistémica, que afeta a qualidade de vida dos utentes e que traz elevados custos. Esta doença apresenta diferentes graus de incapacidade sendo que, numa fase avançada, podem ser necessários tratamentos especializados ou terapias avançadas (Olaya, 2024).

A estabilização da doença crónica traz benefícios tanto para o utente, como para o sistema de saúde. O tratamento da DRC, para além da gestão farmacológica, envolve múltiplos fatores individuais, de estilo de vida e ambientais (Olaya, 2024). Para além destes, garantir um controlo adequado da HTA, é crucial na gestão da DRC, uma vez que contribui, significativamente, para retardar a progressão da doença renal e reduzir complicações associadas (Hanaputra et al., 2023).

Perante este contexto, foi definida como questão de investigação desta revisão narrativa da literatura “Qual o papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica?”, sendo o objetivo geral “Compreender o papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica”. De modo a sensibilizar os profissionais de saúde e a partilhar a informação adquirida com a realização da revisão, definimos também como objetivo realizar uma sessão

de ensino para os enfermeiros em contexto comunitário e desenvolver um folheto informativo, para entregar aos utentes com HTA e DRC.

Para responder à questão central e atingir o objetivo geral delineado, foi realizada uma pesquisa por palavras-chave em três plataformas digitais: *B-ON*, *Google Académico* e *PubMed*. Foram, inicialmente, identificados 106 artigos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês e espanhol. Após triagem e aplicação dos critérios de exclusão, resultaram 16 artigos que serviram de base à revisão.

A estrutura da presente revisão narrativa encontra-se dividida em quatro partes, sendo elas: a contextualização, na qual abordamos a temática da DRC, HTA, a sua relação bidirecional e a teórica de enfermagem utilizada, “Teoria do Défice do Autocuidado” de *Dorothea Orem*, realizando uma ponte de ligação com o presente tema; a metodologia, em que apresentamos o método que utilizamos para a pesquisa; os resultados, que obtivemos através da pesquisa; a discussão, onde comparamos a informação que analisamos dos resultados com outros artigos e *guidelines*.

A formatação utilizada ao longo desta revisão narrativa da literatura encontra-se em conformidade com as Normas definidas pela ESALD, sendo que as referências bibliográficas foram realizadas segundo as Normas APA, 7^a edição.

1. Contextualização

De modo a aprofundarmos a temática e entendermos o processo fisiológico destas duas patologias tão complexas, foram consultados diversos artigos juntamente com as mais recentes *guidelines*.

1.1. Doença renal crónica

Os rins têm como principais funções: realizar a filtração renal, através do processo de ultrafiltração e reabsorção glomerular; eliminar substâncias metabólicas e substratos químicos indesejáveis; e ajustar o balanço hidroeletrólítico, promovendo a homeostasia do meio interno. Os rins são responsáveis por cerca de 20 a 25% do controlo da pressão arterial (PA), estes formam a urina, regulam o equilíbrio entre o fósforo e cálcio, participam na síntese de vitamina D, na regulação ácido-base e metabolizam hormonas (Firmiano et al., 2023).

Atualmente, segundo Tkachuk (2019), a DRC é definida como:

uma redução sustentada, por 3 ou mais meses, da TFG como inferior ou igual a 60 ml/min/1,73m² e/ou evidência de anomalias estruturais ou funcionais dos rins em exame de urina, biópsia ou exames de imagem.

A DRC é considerada um problema de saúde pública, dada a sua elevada prevalência e risco associado em desenvolver doença renal terminal (DRT) e doenças cardiovasculares (Tkachuk, 2019).

1.1.1. Prevalência

Estima-se que a prevalência global da DRC afeta entre 2,5% a 11,2% da população adulta na Europa, Ásia, América do Norte e Austrália, sendo que essa prevalência aumenta cerca de 25-35% nos indivíduos com mais de 65 anos de idade (Tkachuk, 2019). Em Portugal, a prevalência global de DRC corresponde a cerca de 9,8% da população adulta (Malheiro et al., 2025).

1.1.2. Etiologia

A DRC surge quando existe uma lesão renal progressiva e irreversível (presente por mais de três meses), na qual está presente uma redução da capacidade funcional dos rins (glomerular, tubular e endócrina), provocando incapacidade em eliminar toxinas (Firmiano et al., 2023).

São múltiplos os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, podendo ser classificados como ambientais, sociodemográficos e biológicos (genética, défice nutricional e existência de comorbilidades) (Firmiano et al., 2023). Relativamente às causas, as mais comuns são a nefropatia diabética, a HTA, a glomerulonefrite, a uropatia obstrutiva e a nefrite intersticial (Hanaputra et al., 2023). Todavia, esta doença pode estar também associada ao uso crónico de medicamentos nefrotóxicos (anti-inflamatórios não esteroides, aminoglicosídeos e contrastes

iodados), infecções urinárias recorrentes e doenças autoimunes (lúpus e síndrome da imunodeficiência adquirida) (Hanaputra et al., 2023).

1.1.3. Caracterização

Segundo a organização Internacional *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), para realizar o diagnóstico de DRC é necessário existir uma razão de albumina/creatinina na urina (RAC) ≥ 30 mg/g, ou uma taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) <60 ml/min/1,73 m², durante pelo menos três meses, de modo a provar a cronicidade da doença (Malheiro et al., 2025). As orientações internacionais recomendam dosar a creatinina sérica e estimar a TFGe para a avaliação inicial; avaliar a albuminúria através do cálculo da RAC e utilizar a colheita da primeira amostra de urina da manhã em adultos, para avaliação da albuminúria (Malheiro et al., 2025). Alterações relacionadas com os parâmetros a avaliar, podem estar associadas a sintomas de lesões renais, tais como hematúria ou anomalias estruturais (rins policísticos ou displásicos) (Hanaputra et al., 2023).

A classificação da DRC é realizada segundo as orientações da KDIGO. Esta classificação pode ser feita de acordo com a causa da DRC; a taxa de filtração glomerular (TFG), denominadas estádios G; e as categorias de albuminúria, denominadas estádios A, esta abordagem permite uma estratificação mais precisa da gravidade da doença (Tkachuk, 2019).

Relativamente aos estádios G, segundo Tkachuk (2019), estes subdividem-se em seis categorias (baseadas na TFG, medida que indica a quantidade de sangue que os rins filtram por minuto). Esta classificação varia entre o estágio G1 que indica a TFG normal ou aumentada, o estágio G2 em que a TFG começa a ficar reduzida e vai até ao estágio G5, onde a TFG já é indicativa de uma insuficiência renal terminal, ou seja, existe uma insuficiência na filtração de sangue pelos rins.

- Estádio G1: TFG ≥ 90 ml/min/1,73 m², função renal normal ou aumentada;
- Estádio G2: TFG entre 60 e 89 ml/min/1,73 m², função renal ligeiramente diminuída;
- Estádio G3a: TFG entre 45 e 59 ml/min/1,73 m², diminuição ligeira a moderada da função renal;
- Estádio G3b: TFG entre 30 e 44 ml/min/1,73 m², diminuição moderada a severa da função renal;
- Estádio G4: TFG entre 15 e 29 ml/min/1,73 m², diminuição severa da função renal;
- Estádio G5: TFG inferior a 15 ml/min/1,73 m², insuficiência renal terminal.

Por sua vez, os estádios A classificam-se em três categorias, com base na albuminúria, que reflete a presença de albumina na urina sendo, por isso, um marcador importante de lesão renal e fator de progressão. O estágio A1 corresponde a uma albuminúria inferior a 30 mg/g, considerada normal ou ligeiramente aumentada; o estágio A2 corresponde a uma albuminúria entre 30 e

300 mg/g, indicando um aumento moderado; e o estágio A3 corresponde a uma albuminúria superior a 300 mg/g, considerada severamente aumentada (Tkachuk, 2019).

A combinação dos valores da TFG e da albuminúria (estádios G e A) permite cruzar os dados e determinar um diagrama de estratificação do risco de desenvolvimento e progressão da DRC (Figura 1), que pode variar entre baixo risco, ligeiramente aumentado, moderadamente aumentado e alto. Esta estratificação é fundamental, uma vez que permite ao profissional de saúde adequar o plano terapêutico e os cuidados ao utente consoante as suas necessidades específicas e grau de gravidade da doença (Tkachuk, 2019).

Prognóstico da DRC conforme categorias de TFG e albuminúria: KDIGO 2012				Descrição e faixa das categorias de albuminúria persistente		
				A1	A2	A3
				Normal a levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Descrição e faixa das categorias de TFG (mL/min/1,73 m ²)	G1	Normal ou alta	≥ 90			
	G2	Levemente reduzida	60–89			
	G3a	Leve a moderadamente reduzida	45–59			
	G3b	Moderada a gravemente reduzida	30–44			
	G4	Gravemente reduzida	15–29			
	G5	DRC estágio 5	< 15			

Figura 1- Diagrama de estratificação do risco de desenvolvimento e progressão da DRC

Fonte: Adaptado de Stevens et al. (2024)

1.1.4. Sintomatologia e complicações

As complicações da DRC surgem consoante a progressão da mesma. Nos 2 primeiros estádios G da DRC, pode surgir um aumento dos níveis de creatinina sérica e do azoto ureico no sangue, tal como a presença de albuminúria. No estágio G3 da DRC, tende a ocorrer um défice de calcitriol, elevação da hormona paratiroide e um aumento da PA em cerca de 70 a 80% dos utentes. O défice de eritropoietina ocorre no estágio G3b, manifestando-se através da anemia

normocítica. É no estágio G4 que as alterações se tornam mais acentuadas, podendo surgir acidose metabólica devido à retenção de compostos azotados e a PA torna-se mais difícil de controlar (devido à retenção de sódio e água, e da acentuada desregulação da função renal). Nesta fase, existe também maior risco de eventos cardiovasculares, consequentes hospitalizações e morte (Tkachuk, 2019).

Segundo a KDIGO, a necessidade de recorrer à terapia de substituição renal: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal, surge geralmente a partir do estágio G5 da DRC. Todavia, esta terapia pode ser implementada numa fase mais precoce, por exemplo, no estágio G4, especialmente se o utente apresentar sintomas de uremia como fadiga, náuseas, anorexia, prurido, alterações cognitivas e desequilíbrios hidroeletrólíticos graves ou hipervolemia.

Tendo em conta estes fatores, a DRC caracteriza-se como sendo uma condição gradual, cujas complicações se agravam consoante a progressão da doença, tornando assim imprescindível a implementação de medidas terapêuticas específicas (Firmiano et al., 2023). Embora a função renal não possa ser restabelecida, uma intervenção terapêutica adequada aliada à monitorização contínua da função renal, atenua os sintomas, retarda a progressão da DRC e melhora a qualidade de vida dos utentes (Coelho et al., 2023). Neste contexto, a educação e a promoção da saúde são fundamentais para capacitar os utentes a gerir a sua condição, tornando crucial a adoção de um estilo de vida saudável, que contemple um regime alimentar equilibrado associado à prática regular de exercício físico e cessação de hábitos nocivos (como o tabagismo e o consumo de álcool) (Firmiano et al., 2023).

De modo a alcançar o sucesso da adesão terapêutica, o tratamento da DRC requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde, cuja colaboração e estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente são essenciais (Coelho et al., 2023; Firmiano et al., 2023).

1.2. Hipertensão

A PA é descrita como a pressão que o sangue exerce sobre as paredes internas das artérias, relacionando-se com o ciclo cardíaco (sístole e diástole). Durante a sua avaliação são tidos em conta dois valores, a pressão arterial sistólica (PAS), que consiste na pressão exercida pelo coração para a ejeção do sangue e a pressão arterial diastólica (PAD), que consiste na pressão exercida durante o esvaziamento do coração (Ribeiro et al., 2024).

Em termos fisiológicos, a PA resulta do produto entre o débito cardíaco e a resistência vascular sistémica, sendo regulada por mecanismos como o volume plasmático, o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e o sistema nervoso simpático (Kalra & Bhailis, 2022). A desregulação destes mecanismos pode levar à HTA, uma doença crónica, na qual existe um aumento atípico da PA na parede das

artérias, definida com valores de PAS \geq 140 mmHg e/ou valores de PAD \geq 90 mmHg (Ribeiro et al., 2024; Williams et al., 2018).

Com o envelhecimento e com a perda da elasticidade dos vasos, a capacidade de distensão diminui, aumentando a resistência periférica e consequentemente a PA sendo, por isso, comum o aparecimento de HTA ao longo do envelhecimento (Hanaputra et al., 2023). Essas alterações estruturais podem levar à aterosclerose e a um comprometimento hemodinâmico significativo.

1.2.1. Prevalência

A HTA constitui um dos principais problemas de saúde pública a nível global, sendo a doença cardiovascular mais prevalente, afetando cerca de 1280 milhões de adultos entre os 30 e os 79 anos (Organização Mundial da Saúde, 2023, citado por Monteiro et al., 2025). No entanto, a HTA permanece frequentemente subdiagnosticada, sendo que não é efetuado o diagnóstico correto a metade da população. Esta patologia é também considerada subtratada, visto que a taxa de utentes hipertensos medicados é inferior a metade e somente uma, em cinco pessoas apresenta um controlo adequado da doença (Organização Mundial da Saúde, 2023, citado por Monteiro et al., 2025).

Na Europa, mais de um terço da população é afetada por esta patologia e estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas morrem, anualmente, devido à HTA (Santos et al., 2023). Em Portugal, trata-se da doença crónica mais comum e o agravamento das suas complicações levam a uma elevada taxa de mortalidade. A HTA afeta cerca de 36% dos adultos entre os 25 e os 74 anos, com maior prevalência no sexo masculino e nos idosos, sendo que 71% dos casos ocorrem entre os 65 e os 74 anos (Santos et al., 2023). Um controlo eficaz da PA, acima dos 60 anos, pode reduzir em 15% a mortalidade e em 35% a incidência de acidentes vasculares cerebrais (Santos et al., 2023).

1.2.2. Etiologia

Relativamente à etiologia, a HTA pode ser primária ou secundária. A HTA primária representa 90-95% dos casos e resulta de uma combinação de fatores genéticos, ambientais (como poluição e ruído) e fisiológicos. Entre os fatores de risco encontram-se a idade, obesidade, etnia negra, história familiar de HTA, dieta rica em sal, consumo de álcool, sedentarismo e redução no número de nefrónios (Tkachuk, 2019; Mancia et al., 2023). Já a HTA secundária, que representa cerca de 5-10% dos casos, tem causas identificáveis e potencialmente reversíveis, como doenças renais, endócrinas, uso de certos fármacos ou substâncias ilícitas (Tkachuk, 2019).

1.2.3. Caracterização

Segundo Mancia et al. (2023), a HTA pode ser classificada em três graus conforme a gravidade dos valores tensionais:

- Grau 1: PAS 140–159 mmHg e/ou PAD 90–99 mmHg;

- Grau 2: PAS 160–179 mmHg e/ou PAD 100–109 mmHg;
- Grau 3: PAS \geq 180 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg.

Além disso, existe outra classificação, em três estágios, consoante a presença de comorbilidades:

- Estágio 1: HTA não complicada ou com DRC nos estádios 1-2;
- Estágio 2: HTA com DRC estágio 3 ou Diabetes *Mellitus* (DM);
- Estágio 3: HTA com coexistência de doenças cardiovasculares ou DRC estágio 4.

1.2.4. Sintomatologia e fatores de risco

A HTA pode ser assintomática nas fases iniciais, dificultando o diagnóstico precoce. No entanto, ao longo dos anos, tendem a surgir manifestações clínicas como cefaleias matinais (eventualmente com náuseas e vômitos), visão turva, nictúria, marcha anormal e edemas (Hanaputra et al., 2023).

Os fatores de risco da HTA dividem-se em modificáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo, álcool, dieta inadequada, dislipidemia, *stress*) e não modificáveis (idade, sexo, raça, genética) (Hanaputra et al., 2023). A presença desses fatores e o não controlo da PA têm impacto direto na esperança de vida, podendo haver uma redução de 10 a 20 anos (Hanaputra et al., 2023).

Se não controlada, a HTA pode originar complicações em diversos sistemas, podendo dar origem a: doenças cardíacas, incluindo a insuficiência cardíaca; acidentes vasculares cerebrais, isquémicos e transitórios; e retinopatia hipertensiva, com risco de perda visual (Hanaputra et al., 2023).

É importante realçar a importância da relação bidirecional entre a HTA e a DRC: a HTA não só é uma das principais causas, como também uma das complicações mais frequentes da DRC, isto deve-se ao facto da HTA levar à deterioração da função renal, que pode evoluir progressivamente para DRC. A DRC, quando descontrolada, pode provocar uma HTA secundária (Tkachuk, 2019). Por isso, a monitorização rigorosa da PA é essencial para o diagnóstico, vigilância e gestão da HTA, particularmente nos utentes com DRC (Hanaputra et al., 2023).

1.3. Hipertensão como causa da doença renal crónica

A HTA é considerada um fator de risco independente e significativo, tanto para o desenvolvimento de DRC, como para a progressão da mesma até DRT. A seguir à doença renal diabética, a doença renal hipertensiva é a segunda causa mais comum de DRT (Mancia et al., 2023).

A permanência de elevadas pressões nos vasos sanguíneos, leva à deterioração do endotélio vascular e a alterações estruturais/ funcionais dos pequenos vasos, incluindo os renais. A lesão vascular, característica da HTA, consiste no espessamento da íntima (camada mais interna dos vasos sanguíneos) e no estreitamento do lúmen das arteríolas glomerulares (Tkachuk, 2019). Estas

alterações contribuem para uma redução progressiva da função renal ao longo do tempo (Golafshan & Shafieyoon, 2024).

Além disso, a HTA favorece a deposição de material hialino nas paredes das arteríolas danificadas, o que reduz ainda mais o seu diâmetro e aumenta a resistência vascular. Esta arteriosclerose sistémica afeta, principalmente, os órgãos com extensa microvascularização, como o coração, rins, olhos e cérebro (Tkachuk, 2019). A deterioração renal pode provocar um ciclo perigoso, na qual os rins se tornam cada vez menos eficientes, tendo maior dificuldade em eliminar resíduos, líquidos e em regular a PA, o que agrava os danos renais, podendo culminar numa insuficiência renal (Golafshan & Shafieyoon, 2024).

Além dos marcadores referidos anteriormente, nas análises requisitadas ao utente com DRC (creatinina sérica, TFG e RAC), a análise da urina, com fitas reagentes, também pode e deve fazer parte da avaliação inicial do utente hipertenso com DRC, uma vez que pode revelar sinais indicativos de lesão renal, como hematúria ou sedimento urinário ativo. No entanto, é importante destacar que resultados negativos nestas fitas, não excluem a presença de albuminúria, uma vez que esta pode não ser detetável em níveis baixos de RAC. Complementarmente, deve ser considerada, em contexto de discussão multidisciplinar, a realização de uma ultrassonografia renal com Doppler, para uma avaliação estrutural e hemodinâmica mais detalhada dos rins (Mancia et al., 2023).

1.4. Hipertensão como consequência da doença renal crónica

Na DRC pode ocorrer uma sobreposição entre uma HTA primária preexistente e uma HTA secundária decorrente da própria disfunção renal, o que contribui para a progressão da DRC (Tkachuk, 2019). É por isso considerado que, na DRC, a fisiopatologia da HTA é complexa e multifatorial. Esta pode resultar da redução do número de nefrónios funcionais, retenção de sódio, expansão de volume circulante, fatores hormonais (regulação positiva do SRAA), regulação positiva do sistema nervoso simpático e disfunção endotelial (Kalra & Bhailis, 2022).

1.4.1. Sobrecarga de volume

Na DRC, a diminuição da TFG compromete a excreção de sódio, levando à sua retenção progressiva. Esta retenção promove a entrada de água por osmose, expandindo o volume extracelular e aumentando o débito cardíaco, que resulta no aumento da PA (Tkachuk, 2019). Nos indivíduos saudáveis, os rins excretam eficazmente o excesso de sódio, mantendo a PA estável, mas na DRC essa capacidade está reduzida, devido ao envelhecimento e à perda de nefrónios funcionais.

O controlo desta HTA pode ser realizado através da restrição dietética de sódio e uso de diuréticos (tiazídicos ou da ansa) que promovem a excreção de água e sódio, reduzindo consequentemente a PA (Tkachuk, 2019).

1.4.2. Ativação do sistema renina angiotensina-aldosterona

O SRAA regula a PA e o equilíbrio hídrico através da vasoconstrição e da reabsorção de sódio. É ativado pela hipoperfusão renal, diminuição de sódio na ansa de *Henle* ou estímulo do sistema nervoso simpático, levando à libertação de renina. A renina converte o angiotensinogénio em angiotensina I que, posteriormente, é transformada em angiotensina II pela enzima conversora de angiotensina (Tkachuk, 2019). A angiotensina II promove a vasoconstrição, reabsorção de sódio e estimula a secreção de aldosterona pelas glândulas supra-renais, intensificando a retenção de sódio e aumentando a PA (Kalra & Bhailis, 2022).

Na DRC, existe ativação excessiva do SRAA. A resposta compensatória de vasoconstrição pode falhar, levando à hiperfiltração, proteinúria e lesão renal progressiva.

O controlo da HTA, nesse contexto, envolve o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), antagonistas dos recetores de angiotensina II (ARA II), antagonistas da aldosterona e, nalguns casos, bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) (Tkachuk, 2019).

1.4.3. Hiperatividade do sistema nervoso simpático

O sistema nervoso simpático renal regula a PA por meio da reabsorção tubular de sódio e água, redução do fluxo sanguíneo renal/ TFG e ativação do SRAA via secreção de renina (Tkachuk, 2019). Na DRC, a atividade simpática está aumentada, contribuindo para HTA persistente e danos nos órgãos-alvo. Se não controlada, esta atividade acelera a progressão da DRC sendo, por isso, um alvo terapêutico importante (Kalra & Bhailis, 2022).

O controlo da hiperatividade do sistema nervoso simpático renal pode ser feito por meio de utilização de fármacos (IECA e ARA II) e mudanças no estilo de vida (dieta com baixo teor de sódio, prática regular de exercício físico e técnicas de controlo do *stress*, como meditação e respiração controlada) (Tkachuk, 2019).

1.4.4. Disfunção endotelial

O endotélio contribui para a regulação local da PA, especialmente através da produção de óxido nítrico, um potente vasodilatador, que mantém a homeostasia vascular (Tkachuk, 2019). Na DRC, há redução da produção e ação do óxido nítrico, levando à vasoconstrição, aumento o tónus vascular, provocando hipertensão glomerular (Kalra & Bhailis, 2022).

Além destes mecanismos, outros fatores como o hiperparatiroidismo secundário (por aumento do cálcio intracelular) e o uso de eritropoietina recombinante (por elevação do hematócrito) também contribuem para a vasoconstrição e HTA (Tkachuk, 2019).

A coexistência de DRC e HTA pode levar à hipoxia renal relativa, com consequente *stress* oxidativo, inflamação e fibrose renal (Golafshan & Shafieyoon, 2024; Kalra & Bhailis, 2022).

1.5. Terapêutica anti-hipertensiva no utente com doença renal crónica

Tal como referido anteriormente, o controlo da PA é imprescindível para retardar a progressão da doença renal e reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Existe uma complexidade de medicamentos anti-hipertensivos que podem ser utilizados em utentes com DRC, de modo a atingir os níveis-alvo de PA (Liddell et al., 2024).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o início do tratamento farmacológico anti-hipertensivo em utentes com diagnóstico confirmado de HTA e PAS igual ou superior a 140 mmHg ou PAD igual ou superior a 90 mmHg. Todavia, o tratamento farmacológico também é recomendado nos casos de pessoas sem HTA diagnosticada, mas com alto risco cardiovascular, DM ou DRC e PAS entre 130 e 139 mmHg (Organização Mundial de Saúde, 2021).

O objetivo primordial do tratamento da HTA é a redução da morbilidade e da mortalidade, sendo que a OMS preconiza que a meta de PA, atingida depois da toma de anti-hipertensivos, é de uma PA inferior a 140/90 (Organização Mundial de Saúde, 2021).

As principais classes de fármacos utilizados no tratamento da HTA são: diuréticos, betabloqueadores, IECA, ARA II, antagonistas dos recetores de aldosterona e BCC, embora, no final, exista maioritariamente um uso de associação de anti-hipertensivos (Kohlmann et al., 2010).

1.5.1. Diuréticos

Os diuréticos aumentam a eliminação de sódio e água através da urina, diminuindo o volume extracelular (Tkachuk, 2019). Após quatro a seis semanas de tratamento, o volume circulante volta ao valor considerado normal e ocorre uma redução da resistência vascular periférica (Kohlmann et al., 2010).

Relativamente ao uso de diuréticos como anti-hipertensivos, são utilizados como 1^a linha, os diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida e metazolona), em baixas doses. Estes atuam nas células tubulares distais, diminuindo a reabsorção de sódio e de água, provocando uma maior diurese. Estes diuréticos só devem ser utilizados nos estádios 1 a 3 da DRC por serem considerados menos potentes (Kohlmann et al., 2010; Tkachuk, 2019).

Nos estádios mais avançados da DRC, é comum ocorrer a falência terapêutica e, por esse motivo, não devem ser prescritos os tiazídicos. No entanto, na DRC é comum associar a metolazona a outros diuréticos de ansa quando existe resistência aos diuréticos, uma vez que estes potenciam, significativamente, o aumento da diurese (Tkachuk, 2019).

Todavia, em situações de HTA associada à insuficiência renal com TFG abaixo de 30 ml/min/1,73 m², são recomendados os diuréticos de ansa (furosemida, bumetanida, torasemida) (Kohlmann et al., 2010). Os diuréticos da ansa atuam no ramo ascendente da ansa de *Henle*, inibindo a reabsorção de sódio, cloreto e potássio. Esta classe de fármacos é extremamente eficaz na rápida redução da PA (Tkachuk, 2019).

Nos utentes com aumento do volume extracelular (insuficiência cardíaca e renal), o uso associado de diuréticos de ansa e tiazídicos, pode ser benéfico tanto para o controlo dos edemas, como da PA, ressalvando-se o maior risco de eventos adversos. As principais reações adversas dos diuréticos são a hipocaliemia, por vezes acompanhada de hipomagnesemia, que pode induzir arritmias ventriculares, e hiperuricemia (Kohlmann et al., 2010).

Por isso, a utilização de baixas doses diminui o risco de efeitos adversos, sem prejudicar a eficácia dos anti-hipertensivos, especialmente quando utilizados em associação com outros anti-hipertensivos (Kohlmann et al., 2010).

1.5.2. Betabloqueadores

Os betabloqueadores reduzem a PA ao diminuírem o débito cardíaco e a secreção de renina, interferindo indiretamente no SRAA (Kohlmann et al., 2010; Tkachuk, 2019). São especialmente eficazes nos utentes com menos de 60 anos ou com insuficiência cardíaca, embora não sejam a primeira linha na DRC devido a potenciais efeitos adversos (Tkachuk, 2019).

Segundo Tkachuk (2019), os betabloqueadores, dividem-se em três gerações:

- 1.^a geração (propranolol, nadolol): bloqueiam recetores β_1 e β_2 , podendo causar broncoespasmo e alterações metabólicas, sendo contraindicados em asma e doença pulmonar obstrutiva crónica;
- 2.^a geração (atenolol, metoprolol): mais cardiosseletivos (β_1), com menor risco respiratório;
- 3.^a geração (carvedilol, nebivolol): além do bloqueio β_1 , promovem vasodilatação por bloqueio α_1 (carvedilol) ou libertação de óxido nítrico (nebivolol), melhorando a função endotelial e a resistência à insulina.

Na DRC, os betabloqueadores, sobretudo os de 3.^a geração, são úteis quando existe hiperatividade simpática, disfunção endotelial ou doença cardiovascular associada, ajudando a controlar a HTA e retardar a progressão da doença renal (Tkachuk, 2019).

1.5.3. Inibidores da enzima conversora da angiotensina

Os IECA (benazepril, captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril) bloqueiam a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, originando uma diminuição na pressão intraglomerular, reduzindo consequentemente a TFG (que diminui a proteinúria e normaliza a hemodinâmica intra-renal) (Kohlmann et al., 2010). Na DRC, devem ser utilizados os fármacos que

bloqueiam o SRAA, dado o mecanismo fisiopatológico do desenvolvimento das doenças cardiovasculares e renais (Tkachuk, 2019).

Sempre que possível, deve optar-se pelos IECA de ação prolongada (trandolapril, lisinopril e benazepril) que, por serem de apenas uma toma diária, permitem maior adesão à terapêutica e mantêm maior controlo da PA. Esta classe de fármacos permite que o pico da PA seja diminuído no início da manhã, reduzindo assim a incidência de eventos cardiovasculares (Tkachuk, 2019). Porém, não se deve associar dois fármacos bloqueadores do SRAA, pois a sua combinação potencia efeitos secundários, tais como a hipercaliemia, hipotensão e insuficiência renal aguda. Pode também ocorrer um aumento fisiológico, até 30%, da creatinina sérica (Tkachuk, 2019). Quando administrados a longo prazo, os IECA retardam o declínio da função renal nos utentes com nefropatia diabética ou alterações renais de outras etiologias (Kohlmann et al., 2010).

Está comprovado que utentes com DRC que tomam IECA, podem apresentar um agravamento da hipercaliemia (Kohlmann et al., 2010). A angiotensina II através do mecanismo de *feedback* positivo, estimula a secreção de aldosterona pelas glândulas suprarrenais (que promove a excreção de potássio e a reabsorção de sódio nos túbulos distais dos rins). Sendo que, existe menos angiotensina II, há menos aldosterona logo, o rim excreta menos potássio, levando à sua acumulação no sangue. Em suma, na DRC, os rins já têm capacidade limitada para excretar potássio, sendo que a ação dos IECA agrava essa limitação (Tkachuk, 2019). Para além de que a toma deste tipo de medicação, pode induzir algumas reações adversas como tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e edema angioneurótico (Kohlmann et al., 2010).

1.5.4. Antagonistas dos recetores da angiotensina II

Os ARA II atuam diretamente sobre o SRAA, bloqueando os recetores da angiotensina II. Ao impedir a ação da angiotensina II, que é um potente vasoconstritor, vai acontecer uma redução da reabsorção de sódio e diminuição da secreção de aldosterona, com conseqüente controlo da PA e redução da pressão intraglomerular (Tkachuk, 2019).

Estes tipos de fármacos são prescritos para substituir os IECA (quando estes estão contraindicados ou quando têm efeitos secundários indesejados). Alguns exemplos de ARA II são o losartan e o candesartan. Está comprovado que os ARA II são tão eficazes na redução da proteinúria na DRC, como os IECA, sendo também nefroprotetores em utentes com DM tipo 2 e nefropatia. Estes fármacos têm boa tolerância, porém, podem causar raramente, efeitos adversos, tais como tonturas e reações cutâneas (Tkachuk, 2019). As precauções da sua utilização são semelhantes às dos IECA (Kohlmann et al., 2010).

1.5.5. Antagonistas dos recetores de aldosterona

Os antagonistas dos recetores de aldosterona mais utilizados neste contexto são espironolactona e eplerenona (Tkachuk, 2019).

Com a utilização dos IECA ou ARA II, existe um bloqueio do SRAA. Esta utilização pode levar a uma incompleta supressão dos níveis séricos de aldosterona (“escape de aldosterona”). No início, os níveis de aldosterona estão diminuídos, mas, com o passar do tempo, vai existindo este escape de aldosterona, provocando um aumento da excreção de albumina urinária e declínio da TFG (Tkachuk, 2019).

Para combater este mecanismo, se a TFG for superior a 30 ml/min/1,73m², associa-se a um bloqueador do SRAA um antagonista do recetor de aldosterona (Tkachuk, 2019). Esta classe de fármacos deve ser utilizada em doses baixas. Os níveis séricos de potássio devem ser monitorizados durante a sua administração, para permitir o controlo e ajustes na dose da terapêutica. Em certas situações, pode ser necessário utilizar concomitantemente um diurético de ansa (Tkachuk, 2019).

1.5.6. Bloqueadores dos canais de cálcio

Os BCC bloqueiam os canais de cálcio tipo L nas células musculares lisas dos vasos sanguíneos e do miocárdio, reduzindo a entrada de cálcio intracelular. Isso provoca vasodilatação arterial, com conseqüente redução da resistência vascular periférica e da PA (Kohlmann et al., 2010).

Esta ação vasodilatadora é benéfica na DRC, onde existe ativação do SRAA, hiperatividade simpática e disfunção endotelial que promovem vasoconstrição persistente. Ao contrabalançar esse aumento do tônus vascular, os BCC ajudam a aliviar a pressão intraglomerular, reduzindo a proteinúria e atrasando a progressão da lesão renal (Tkachuk, 2019).

Além disso, a combinação de um BCC com um IECA tem mostrado sinergia terapêutica, potenciando o controlo da HTA e da proteinúria, especialmente em utentes de raça negra, que tendem a responder menos aos fármacos que atuam no SRAA em monoterapia (Tkachuk, 2019).

Um dos efeitos adversos mais frequentes dos BCC é o edema periférico, resultado da vasodilatação arteriolar. Este efeito pode ser minimizado com a associação de diuréticos, que também contribuem para o controlo da sobrecarga de volume comum na DRC. Outros efeitos secundários incluem: cefaleias, tonturas e rubor facial (Kohlmann et al., 2010).

1.6. Autocuidado no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica: perspetiva segundo a teoria de *Dorothea Orem*

Na DRC, o autocuidado assume um papel essencial, uma vez que a capacitação do utente promove a gestão da doença e evita a progressão da mesma. Por esse

motivo, a teoria de enfermagem na qual nos baseámos, foi a “Teoria do défice do autocuidado” de *Dorothea Orem*.

A “teoria do défice do autocuidado” assume um modelo de teoria geral que é composta por três teorias relacionadas, sendo elas: a “teoria do autocuidado”, a “teoria do défice de autocuidado” e a “teoria dos sistemas de enfermagem”. Cada uma das três teorias centra-se numa dimensão específica da pessoa (Masters, 2014).

A preocupação de enfermagem que deu base à teoria de *Orem*, foi a necessidade da pessoa cuidar de si mesma e de gerir o seu cuidado (Masters, 2014).

A teoria do défice de autocuidado orienta os profissionais de saúde através da recolha de informação sobre o utente e o meio no qual este se insere, o que permite prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades de cada utente. Considera-se que a prática de enfermagem focada no autocuidado é atingida quando contribui para: apoiar os processos de vida e favorecer o normal funcionamento do organismo; assegurar o crescimento, desenvolvimento e maturação adequados; prevenir, controlar ou tratar doenças; evitar ou compensar incapacidades; e promover o bem-estar do utente (Batista, 2020).

A teoria geral postula que, quando o utente ou membros da família são incapazes de prestar cuidados, existe uma procura destes autocuidados, que podem ser satisfeitos pelo enfermeiro (Masters, 2014).

Para *Orem*, “Pessoa (Utente)”, é a que está sobre cuidados de enfermagem; é um ser total com necessidades universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, que é capaz de cuidar de si próprio. Por sua vez, define “Enfermagem” como o autocuidado terapêutico, sendo que as intervenções de enfermagem distinguem-se em três categorias: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou sistema de apoio-educativo (Masters, 2014).

Perante o sistema totalmente compensatório, o utente é incapaz de realizar qualquer atividade de autocuidado e depende do enfermeiro para a realização dos mesmos (Masters, 2014). No sistema parcialmente compensatório, tanto o utente como o enfermeiro participam nas atividades de autocuidado. Existe, progressivamente, uma passagem da responsabilidade dos cuidados do enfermeiro para o utente. Quanto ao sistema de educação de apoio, o utente apresenta capacidade para se cuidar a si próprio, mas necessita da assistência do enfermeiro (para a toma de decisões, aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências). Neste sistema, o papel do enfermeiro é tornar o utente num agente de autocuidado (Masters, 2014).

Em suma, de acordo com *Orem*, os enfermeiros ajudam os utentes a satisfazerem as suas necessidades de autocuidado, ao agir por ou fazer pelo outro; ao orientar e guiar o utente; ao fornecer apoio físico ou psicológico, mantendo um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; e ao ensinar (Masters, 2014).

Tendo por base a teoria do défice de autocuidado de *Orem*, é necessário compreender as necessidades do utente com HTA e DRC, na fase pré-dialítica, de modo a planear e implementar intervenções de enfermagem, satisfazendo as necessidades de autocuidado de cada utente. É fundamental desenvolver estratégias de ensino para promover estilos de vida saudáveis e prevenir a progressão da DRC, com o objetivo de atrasar o início dos tratamentos de substituição da função renal (Batista, 2020).

2. Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, cujo tema a abordar é “O papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica”.

Uma revisão narrativa, caracteriza-se, segundo Néné e Sequeira (2023), por ser:

uma revisão apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado de arte” de um determinado tópico ou assunto, identificando e resumindo o que foi publicado anteriormente sob uma perspetiva teórica ou contextual.

Não existe um consenso acerca da estrutura exata de uma revisão narrativa, esta segue o padrão IMRD, constituída pela Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Néné & Sequeira, 2023).

Esta revisão narrativa da literatura, pretende identificar e analisar a evidência científica relativa ao papel do enfermeiro na gestão e controlo da HTA nos utentes com DRC, definimos, por isso, como questão central para o nosso estudo “Qual o papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica?”.

De acordo com a questão central, definimos o objetivo geral “compreender o papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica” e, posteriormente, delineados os seguintes objetivos específicos:

- Rever a problemática da hipertensão como causa e consequência da doença renal crónica;
- Abordar os principais mecanismos fisiopatológicos da hipertensão na doença renal crónica;
- Avaliar a importância do acompanhamento e monitorização da pressão arterial nos utentes com doença renal crónica;
- Identificar estratégias não farmacológicas para otimizar a gestão da hipertensão nos utentes com doença renal crónica;
- Rever os guias de orientação farmacológicos dos principais anti-hipertensivos utilizados;
- Identificar as barreiras e desafios enfrentados pelos enfermeiros na implementação de intervenções para o controlo da hipertensão nos utentes com doença renal crónica;
- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o seu papel no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica.

Para a seleção dos artigos a utilizar nesta revisão da literatura, foram utilizadas três bases de dados eletrónicas reconhecidas na área da saúde, *B-On*, *Google Académico* e *PubMed*.

Com o intuito de garantir a relevância, atualidade e qualidade dos artigos selecionados, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Definimos que iríamos incluir no nosso estudo, artigos publicados entre os anos de 2015 e 2025, redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Adicionalmente, considerou-se como critério obrigatório a disponibilidade do texto integral para posterior leitura e análise crítica.

Como critérios de exclusão definiram-se os estudos duplicados, artigos que abordavam comorbidades diversas da HTA, publicações que não envolviam intervenções de enfermagem, ou que não forneciam dados pertinentes para os objetivos da presente revisão. Excluíram-se ainda, os artigos que abordam a DRT, terapias de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal) e os artigos que abrangem cuidados de enfermagem prestados à população pediátrica.

De forma a maximizar a sensibilidade e a especificar os resultados obtidos, foram combinados descritores de saúde em português e inglês (linguagem MeSH) juntamente com operadores booleanos (AND, OR). Posteriormente, para a pesquisa, foram utilizadas expressões booleanas específicas adaptadas às bases de dados selecionadas, com o objetivo de identificar artigos relevantes acerca da temática em estudo.

As expressões utilizadas em português foram “hipertensão”, “insuficiência renal crónica”, “enfermagem” enquanto que, em inglês, os termos pesquisados foram “*hypertension*”, “*renal insufficiency, chronic*”, “*nursing care*” e “*health education*”.

3. Resultados

Os resultados da presente revisão narrativa da literatura consistem nas intervenções de enfermagem para o controlo da HTA no utente com DRC, doença esta, que apresenta elevada complexidade devido aos seus diferentes estádios e tratamentos associados. Exige por isso, uma intervenção multiprofissional integrada, com a necessidade de incorporação de múltiplos campos de conhecimento, quanto à condição clínica, nutricional, emocional e adesão terapêutica (Santos, 2015).

As expressões de pesquisa utilizadas para cada base de dados encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1- Estratégia de pesquisa e processo de seleção dos artigos

Motor de busca	Expressão utilizada	Artigos obtidos
<i>B-On</i>	TI hipertensão AND TI insuficiência renal crónica AND TX enfermagem	3
<i>Google Académico</i>	"hypertension" AND "renal insufficiency, chronic" AND "nursing care"	82
<i>Pubmed</i>	("hypertension"[MeSH Terms] AND "renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] AND ("nursing care"[MeSH Terms] OR "health education"[MeSH Terms])) AND (y_10[Filter])	21

Fonte: Elaboração Própria

Os artigos obtidos foram colocados no programa *Mendeley*, onde se removeram os duplicados e através do qual se realizou a referenciação bibliográfica.

Na Figura 2, apresentamos um fluxograma que esquematiza a pesquisa e seleção dos artigos obtidos. Inicialmente, estes artigos foram escolhidos com base na análise do título e resumo obtendo-se, no final, um total de 30 artigos, para realizar a avaliação do texto integral. Após a leitura integral e de terem sido aplicados critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 16 artigos, utilizados na pesquisa.

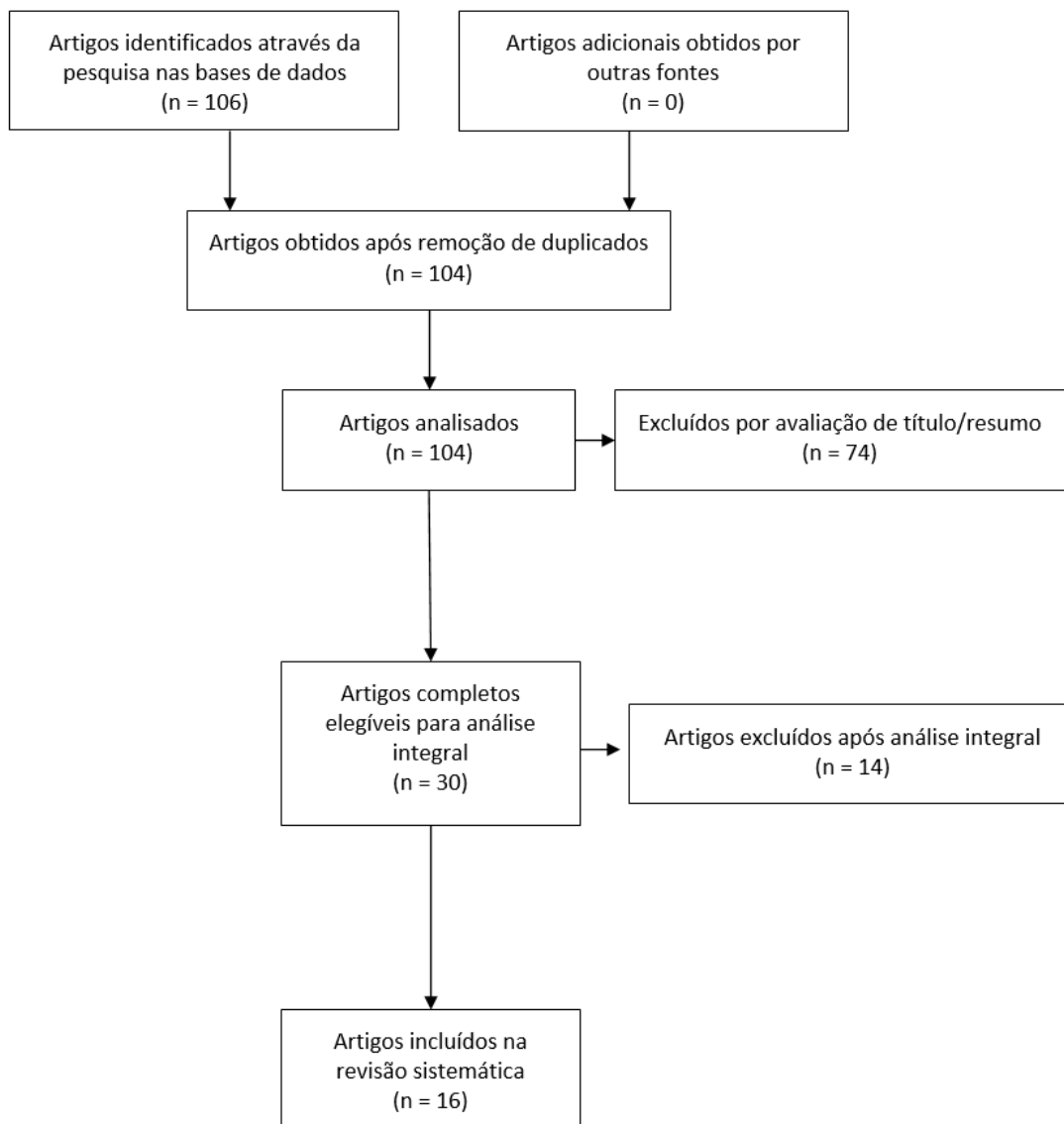


Figura 2- Fluxograma da seleção dos artigos de revisão

Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009)

De seguida, na Tabela 2, apresentamos um breve resumo dos artigos incluídos na revisão. Este tipo de organização, permitiu-nos ter uma visão global dos estudos selecionados e facilitou a identificação das intervenções de enfermagem mais relevantes.

Tabela 2- Caracterização dos artigos analisados

Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Resumo e Conclusões
Amaral. et al. (2021)	<i>Do uncontrolled hypertension, diabetes, dyslipidemia, and obesity mediate the relationship between health literacy and chronic kidney disease complications?</i>	Estudo de coorte	Estuda a relação entre utentes com baixa alfabetização em saúde e a manutenção de doenças crónicas, como a DRC. Este estudo demonstra que os utentes com baixa alfabetização não têm consciência das suas complicações, nem como lidar com as comorbilidades que possam agravar o seu estado clínico, como é o caso da HTA.
Andrade et al. (2021)	A atuação do enfermeiro na prevenção da insuficiência renal crónica em pacientes com hipertensão arterial sistémica	Revisão integrativa	Este estudo destaca o papel fundamental do enfermeiro na prevenção da insuficiência renal crónica em utentes hipertensos, enfatizando a importância de intervenções educativas e acompanhamento contínuo para melhorar a adesão ao tratamento e retardar a progressão da doença.
Batista (2020)	Consulta de enfermagem: Papel do enfermeiro na prevenção da progressão da doença renal	Revisão <i>scoping</i>	Foi desenvolvida uma revisão com o propósito de compreender o papel do enfermeiro, no ensino e na promoção da autogestão da doença, possibilitando um adiamento na necessidade de técnicas de substituição da função renal. Este estudo comprovou que investir em programas de ensino dirigidos ao utente com DRC e à sua família pode melhorar os resultados em saúde e retardar a progressão da doença, sendo necessária mais evidência científica para apoiar essa prática.

Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Resumo e Conclusões
Friedberg, et al. (2015)	<i>Effectiveness of a tailored behavioral intervention to improve hypertension control: Primary outcomes of a randomized controlled trial</i>	Estudo clínico controlado randomizado	Este estudo avaliou a eficácia de duas intervenções comportamentais: uma personalizada baseada no modelo transteórico e outra de educação em saúde não personalizada em comparação com os cuidados habituais em 533 adultos com HTA não controlada. Após 12 meses, o grupo com as intervenções baseadas no modelo transteórico, apresentou uma probabilidade 84% maior de controlar a PA. Esses benefícios foram sustentados mesmo após o término das intervenções aos 6 meses, indicando a eficácia e durabilidade das abordagens comportamentais, especialmente da intervenção personalizada, no controlo da HTA.
Liddell, et al. (2024)	<i>Hypertension management in chronic kidney disease: A guide for NPs</i>	Revisão da literatura	Este artigo apresenta orientações para o enfermeiro, baseadas em evidências para o controlo da HTA em adultos com DRC. Destaca intervenções como mudanças no estilo de vida, uso de medicação e educação do utente, com ênfase na personalização do cuidado e na gestão de comorbidades. Reforça o papel central do enfermeiro na promoção da adesão e na melhoria dos resultados clínicos através de uma abordagem holística.
Monash Health Library (2025)	<i>Education programs for patients with kidney disease</i>	Revisão da literatura	Esta revisão aborda diversos programas educativos baseados na evidência para os utentes com doença renal.

Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Resumo e Conclusões
Moraes, et al. (2017)	<i>Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment</i>	Estudo transversal	O estudo analisou a literacia funcional em saúde e o conhecimento de utentes com DRC em tratamento pré-dialítico. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram literacia funcional em saúde inadequada e a maioria tinha conhecimento insuficiente sobre a doença e seu tratamento. As limitações na literacia funcional em saúde e no conhecimento sobre a DRC podem comprometer a adesão ao tratamento e os resultados clínicos, sendo essencial que os profissionais de saúde adotem estratégias educativas acessíveis e personalizadas para melhorar a gestão da doença.
Olaya (2024)	<i>Efectividad de la intervención de enfermería CDK-SMS para adultos con enfermedad renal crónica</i>	Estudo clínico randomizado o controlado	A autogestão de utentes com DRC é uma oportunidade a abordar. Foi realizado um ensaio clínico pragmático simples-cego com atribuição aleatória de participantes, tendo como objetivo determinar a eficácia da intervenção do apoio à autogestão da doença renal nos comportamentos de autogestão, adesão e autoeficácia em comparação com os cuidados habituais. A intervenção do apoio à autogestão é eficaz na melhoria dos comportamentos de autogestão, adesão terapêutica e autoeficácia em simultâneo, o que a torna uma intervenção abrangente.

Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Resumo e Conclusões
Palmer, et al. (2017)	<i>Dietary interventions for adults with chronic kidney disease</i>	Revisão sistemática da literatura	As alterações alimentares na DRC podem prevenir eventos cardiovasculares e reduzir a mortalidade. Utentes com doença renal têm priorizado as modificações dietéticas como uma importante incerteza no tratamento. Esta revisão avaliou os benefícios e malefícios das intervenções dietéticas em adultos com DRC. As intervenções dietéticas podem aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde, a TFGe e a albumina sérica, e reduzir a PA e os níveis de colesterol sérico.
Peralta, et al. (2017)	<i>Implementation of a pragmatic randomized trial of screening for chronic kidney disease to improve care among non-diabetic hypertensive veterans</i>	Estudo clínico randomizado	Descreve a implementação de um ensaio clínico pragmático para avaliar a viabilidade e eficácia de um programa de rastreio da DRC utilizando três marcadores (creatinina, cistatina C e relação albumina/ creatinina) em veteranos hipertensos não diabéticos. Concluiu-se que o protocolo foi implementado com sucesso, identificando com sucesso, novos casos de DRC e melhorando os cuidados prestados.
Rabi, et al. (2020)	<i>Hypertension Canada's 2020 comprehensive Guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in</i>	Revisão narrativa da literatura	As Diretrizes de 2020 da <i>Hypertension Canada</i> para a prevenção, diagnóstico, avaliação de risco e tratamento da HTA em adultos e crianças oferecem orientações abrangentes e baseadas em evidências para profissionais de saúde e utentes.

Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Resumo e Conclusões
	<i>adults and children</i>		O desenvolvimento das diretrizes segue uma metodologia rigorosa para evitar vieses, sendo todas as recomendações revisadas por especialistas isentos.
Santos (2015)	Prevenção da doença renal do paciente hipertenso- situando o enfermeiro no modelo assistencial ambulatorial	Estudo qualitativo	Neste estudo evidencia-se a necessidade de fortalecer a atenção primária, por meio da capacitação profissional e da implantação de sistemas integrados de comunicação em saúde, visando a deteção precoce, o acompanhamento contínuo e o encaminhamento oportuno dos utentes.
Silva (2021)	A dieta vegetariana na pessoa com doença renal crónica	Revisão <i>scoping</i>	Este estudo investigou o impacto de dietas vegetarianas na função renal de utentes com DRC em pré-diálise. Analisaram-se quatro estudos (total de 324 participantes), comparando dietas vegetarianas com dietas não vegetarianas. Apenas um estudo mostrou que uma dieta vegetariana hipoproteica suplementada com cetoanálogos melhorou a função renal em comparação com uma dieta hipoproteica convencional. Os restantes estudos não evidenciaram diferenças significativas.
Sousa (2017)	Ganhos em saúde com a intervenção "Humor" em pessoas com doença renal crónica	Estudo quasi- experimenta l	Tese de doutoramento que avaliou os efeitos da intervenção "Humor" (visualização de filmes humorísticos) na saúde de utentes com DRC em hemodiálise.

Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Resumo e Conclusões
			Os resultados mostraram melhorias significativas no bem-estar subjetivo, qualidade de vida e saúde psicológica, sugerindo que o humor pode ser uma intervenção benéfica no contexto da DRC.
Suckling & Swift (2015)	<i>The health impacts of dietary sodium and a low-salt diet</i>	Revisão da literatura	O consumo excessivo de sal é um fator central na manutenção da HTA, principal risco para doenças cardiovasculares. A sua redução demonstrou benefícios significativos no controlo da PA, sobretudo em utentes com DRC. Diretrizes internacionais recomendam limitar o consumo a 5g/dia, mas essa meta é difícil de alcançar devido à elevada presença de sal em alimentos processados e à limitada perceção pública dos seus riscos. Conclui-se que estratégias educativas e políticas públicas integradas são essenciais para reduzir o consumo de sal, melhorar o controlo da HTA e prevenir complicações cardiovasculares na DRC.
Tuot et al. (2016)	<i>Variation in patients' awareness of CKD according to how they are asked</i>	Estudo transversal	A sensibilização para a DRC é necessária para o envolvimento dos utentes e a adesão aos regimes terapêuticos. É importante dispor de uma ferramenta exata para avaliar a sensibilização. Este estudo pretende comparar a sensibilidade e a especificidade de diferentes perguntas para determinar o conhecimento da DRC e de outros problemas de saúde.

Fonte: Elaboração Própria

A elaboração desta tabela permitiu uma visão global dos estudos selecionados e facilitou a identificação das intervenções de enfermagem mais relevantes no controlo da HTA, nos utentes com DRC.

Entre as principais intervenções de enfermagem na assistência aos utentes com HTA e DRC, destacam-se as seguintes:

- Promover a literacia sobre a HTA e DRC, ao utente e família, através da educação para a saúde (Amaral et al., 2021; Andrade et al., 2021; Batista, 2020; Monash Health Library, 2025; Moraes et al., 2017; Olaya, 2024; Peralta et al., 2020; Silva, 2021; Tuot et al., 2016);
- Capacitar o utente para a autogestão da DRC (Amaral et al., 2021; Andrade et al., 2021; Batista, 2020; Monash Health Library, 2025; Moraes et al., 2017; Olaya, 2024; Tuot et al., 2016);
- Acompanhar a evolução clínica do utente com DRC (Liddell et al., 2024; Peralta et al., 2020; Santos, 2015; Silva, 2021);
- Promover o controlo eficaz da PA (Friedberg et al., 2015; Liddell et al., 2024; Olaya, 2024; Peralta et al., 2020; Rabi et al., 2020);
- Promover a modificação dos estilos de vida no utente com HTA e DRC (Liddell et al., 2024; Olaya, 2024; Palmer et al., 2017; Silva, 2021), através de intervenções de promoção da literacia alimentar, incentivo da prática de exercício físico e controlo de peso (Liddell et al., 2024; Palmer et al., 2017; Silva, 2021). Na promoção da literacia alimentar é importante incentivar a redução do consumo de sódio na dieta do utente com DRC (Liddell et al., 2024; Monash Health Library, 2025; Suckling & Swift, 2015); educar sobre a ingestão de proteínas na DRC (Palmer et al., 2017; Silva, 2021); incentivar a redução da ingestão de fósforo (Silva, 2021) e controlar a ingestão de potássio (Silva, 2021);
- Garantir a gestão farmacológica da HTA no utente com DRC (Liddell et al., 2024);
- Desenvolver estratégias que promovam a adesão terapêutica (Friedberg et al., 2015; Liddell et al., 2024; Olaya, 2024; Santos, 2015; Silva, 2021);
- Providenciar suporte emocional e psicológico aos utentes com HTA e DRC (Liddell et al., 2024; Silva, 2021; Sousa, 2017);
- Atender às necessidades culturais e espirituais do utente com HTA e DRC (Liddell et al., 2024; Silva, 2021).

4. Discussão

Entre as principais intervenções de enfermagem, na assistência a utentes com HTA e DRC, destacam-se: a identificação precoce da HTA no utente com DRC, o controlo rigoroso dos fatores de risco, a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar sobre a situação do utente e a avaliação contínua dos obstáculos à adesão terapêutica (Andrade et al., 2021).

A partir dos resultados analisados nesta revisão narrativa, torna-se evidente que muitas das intervenções de enfermagem dirigidas ao controlo da HTA, em utentes com DRC, alinham-se com os princípios defendidos pela Teoria do défice de autocuidado de *Dorothea Orem*. Esta teoria oferece uma base sólida para compreender e estruturar os cuidados de enfermagem, especialmente no que diz respeito à capacitação do utente na gestão da sua própria condição. A monitorização da PA, a educação para a saúde, o incentivo à adesão terapêutica e a promoção de estilos de vida saudáveis são exemplos claros de intervenções que visam reduzir o défice de autocuidado, enquadrando-se no sistema de apoio-educativo proposto por *Orem* (Andrade et al., 2021). Assim, a atuação do enfermeiro não se limita a intervenções técnicas, mas estende-se à formação e ao empoderamento do utente, promovendo a sua autonomia, autogestão e qualidade de vida.

Segundo *Orem*, esta perspetiva holística reforça a importância do papel do enfermeiro como facilitador do autocuidado e justifica a sua presença ativa, sendo que tanto em contexto comunitário, como hospitalar, o enfermeiro desempenha um papel central nas ações de educação para a saúde. Para além do envolvimento direto do utente, é essencial criar uma rede de apoio eficaz e sólida, que inclua familiares e prestadores de cuidados, com o objetivo de melhorar os resultados da adesão terapêutica (Andrade et al., 2021).

Nas fases iniciais da DRC, a abordagem do enfermeiro deve ser realizada através de uma visão holística e interativa considerando, não só os aspetos físicos, mas também os aspetos psicológicos, sociais e espirituais (Olaya, 2024). Para isso, é necessário desenvolver o pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro, adaptando sempre as intervenções de enfermagem consoante as necessidades de cada utente (Andrade et al., 2021).

Adicionalmente, existem outras dimensões dos cuidados em saúde que ganham relevância neste contexto, nomeadamente a integração assistencial, a continuidade dos cuidados e a organização dos serviços em redes dinâmicas (Santos, 2015).

Tendo por base esta análise, torna-se evidente que a intervenção do enfermeiro no controlo da HTA, em utentes com DRC, é multifacetada e exige uma abordagem sistemática e adaptada à complexidade da doença. A seguir, serão enumeradas as principais intervenções de enfermagem que, de forma integrada e colaborativa,

contribuem para a melhoria da adesão terapêutica, do controlo da PA e, conseqüentemente, para a qualidade de vida destes utentes.

4.1. Educação para a saúde

O ensino ao utente com HTA e DRC passa pela implementação de estratégias educativas adaptadas, incluindo a disponibilização de materiais informativos, realização de sessões de ensino e esclarecimento de dúvidas durante as consultas (Peralta et al., 2017). O profissional de saúde deve orientar os utentes para recursos disponíveis na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, esta abordagem contribui para a prevenção de complicações, melhora a qualidade de vida e reduz custos em saúde (Andrade et al., 2021).

É fundamental que o profissional de saúde avalie o nível de conhecimento do utente sobre a sua condição clínica, uma vez que a consciencialização sobre a DRC permanece, em geral, inferior relativamente a outras patologias crónicas. Para tal, podem ser utilizadas perguntas diretas e sensíveis, como: “Sabe que os seus rins estão a falhar?”, permitindo averiguar a perceção do utente sobre o seu estado de saúde (Tuot et al., 2016).

A literacia em saúde constitui um fator determinante na forma como o utente compreende e gere a sua doença, influenciando diretamente os comportamentos de saúde, adesão ao tratamento e progressão da DRC (Amaral et al., 2021; Andrade et al., 2021). Indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde tendem a apresentar maior dificuldade em compreender a cronicidade da doença, o que pode gerar falsas expectativas quanto à possibilidade de cura, frustração e baixa adesão ao regime terapêutico (Moraes et al., 2017).

Além disso, baixos níveis de alfabetização em saúde estão associados a piores desfechos, incluindo maior mortalidade, utilização inadequada dos serviços de saúde e maior prevalência de comorbilidades, como doenças cardiovasculares (Andrade et al., 2021). Estas complicações podem ser atenuadas através da definição de metas terapêuticas individualizadas para o controlo de fatores como HTA, DM, dislipidemia, obesidade e albuminúria, sempre ajustadas à capacidade de compreensão de cada utente.

Um estudo realizado, sobre os efeitos de um programa de educação para a literacia em saúde na saúde mental e na função renal em utentes com DRC, revelou resultados positivos a curto prazo, nomeadamente na literacia em saúde, na redução dos sintomas depressivos e na melhoria da função renal em utentes com DRC, nos estádios 3-4 (Monash Health Library, 2025).

Entre as técnicas utilizadas na educação para a saúde, destaca-se a técnica do “*teach-back*”, uma estratégia de comunicação na qual o profissional de saúde solicita ao utente que explique, com as suas próprias palavras, o que tem de fazer ou saber, garantindo, assim, a compreensão da informação fornecida (Monash Health Library, 2025). Esta técnica é aplicável a diferentes níveis de literacia em

saúde e há evidência de que pode melhorar a autogestão, a autoeficácia e os conhecimentos dos utentes (Monash Health Library, 2025).

O enfermeiro deve adotar uma comunicação centrada na pessoa, com um diálogo estruturado e direcionado, que permita conhecer a realidade do utente e da sua família, respeitando os seus valores e promovendo cuidados personalizados, dignos e eficazes (Silva, 2021). Os programas de educação sobre literacia em saúde podem servir como referência para os enfermeiros em cuidados de saúde primários, reforçando a literacia em saúde, a capacidade de autocuidado e a adaptação dos utentes à DRC podendo, assim, atrasar a progressão da doença (Monash Health Library, 2025). A implementação precoce destas estratégias, mesmo nos estádios iniciais da DRC, é essencial para prevenir a sua progressão e promover a autogestão do utente e da sua família (Amaral et al., 2021).

Além disso, existem vários programas educativos baseados em evidência científica dirigidos a utentes com DRC (Monash Health Library, 2025). Em 2024, a KDIGO publicou um guia de prática clínica para a avaliação e gestão da DRC, identificando programas educativos eficazes, reforçando o envolvimento dos cuidadores no processo de ensino e na promoção do papel ativo do utente (Monash Health Library, 2025). Anteriormente, em 2021, a KDIGO já havia lançado um guia prático especificamente dedicado ao controlo da HTA em utentes com DRC, abordando aspetos essenciais como a manutenção da PA e a promoção de estilos de vida saudáveis (Monash Health Library, 2025).

Assim, os profissionais de saúde têm um papel essencial na criação de uma relação de apoio positiva com os utentes, sendo necessário melhorar a comunicação e aproveitar cada interação como uma oportunidade de ensino (Olaya, 2024).

4.2. Capacitação para a autogestão da doença

As diretrizes europeias para a gestão da DRC identificam diversos fatores determinantes na sua progressão, incluindo: a causa da doença, o nível da TFG, o grau de albuminúria, a idade, o sexo e a raça/etnia, bem como fatores modificáveis, como: PA elevada, hiperglicemia, dislipidemia, tabagismo, obesidade, história prévia de doença cardiovascular e exposição contínua a agentes nefrotóxicos (Olaya, 2024). A maioria destes fatores são passíveis de intervenção através de estratégias de autogestão eficazes, particularmente se implementadas nas fases iniciais da DRC.

A promoção da autogestão nesta população tem sido associada a benefícios significativos, incluindo o atraso da progressão da doença, melhoria dos resultados em saúde e redução da utilização de recursos/ serviços de saúde, como idas às urgências, hospitalizações e exames complementares de diagnóstico (Monash Health Library, 2025). A evidência aponta que a formação e o ensino em saúde potenciam melhorias na qualidade de vida, fomentam a autogestão e a autoeficácia,

e transformam o utente num agente ativo e participante no seu próprio processo de saúde (Monash Health Library, 2025).

A autoeficácia – entendida como a crença ou confiança do indivíduo na sua capacidade de adotar comportamentos necessários para alcançar um resultado desejado – emerge como um elemento essencial para a promoção da autogestão (Olaya, 2024). Esta pode ser avaliada, por exemplo, através da Escala de Autoeficácia Geral. Uma autoeficácia elevada está positivamente correlacionada com comportamentos de autogestão, como a adesão terapêutica, o autocontrolo na toma da medicação, a adoção de hábitos de vida saudáveis, bem como com um maior conhecimento sobre a doença. Este conhecimento facilita a comunicação com os profissionais de saúde, contribuindo para uma melhor gestão da dieta, da PA e da saúde em geral (Olaya, 2024).

A implementação de intervenções específicas, dirigidas à promoção da autogestão e da autoeficácia, constitui uma abordagem central na gestão da DRC. Entre estas destacam-se:

- O incentivo do utente para identificar problemas ou questões relevantes (etapa crucial para a definição de objetivos terapêuticos personalizados e realistas) (Olaya, 2024);
- Definição de metas e estratégias específicas para a sua concretização, fomentando a participação ativa do utente na gestão da sua doença. Esta intervenção pode ser complementada com o registo e monitorização domiciliária e com o acompanhamento telefónico, por parte do profissional de saúde. A revisão periódica dos objetivos, com *feedback* positivo e encorajamento, contribui para a manutenção e progressão da autogestão (Olaya, 2024);
- A utilização de vídeos educativos, com testemunhos reais de pessoas com experiências diversas na gestão da DRC, permite aos utentes refletir sobre as consequências de uma gestão inadequada, mas também se inspirar em estratégias bem-sucedidas, como a monitorização da PA e a toma da medicação (Olaya, 2024);
- A persuasão verbal, incluindo sugestões e encorajamento, é reconhecida como uma técnica eficaz para reforçar a autoeficácia. Esta abordagem pode ser realizada tanto presencialmente, como através do contacto telefónico, contribuindo para o aumento da confiança do utente na sua capacidade de autogestão (Olaya, 2024);
- A autoavaliação por parte do utente, promovendo a expressão das suas emoções, medos, sentimentos e experiências de sucesso, aliada à perceção de progresso, aumenta os níveis de confiança e promove a continuidade do comportamento de autogestão (Olaya, 2024).

Por fim, a avaliação da eficácia destas intervenções de autogestão pode ser realizada através de uma combinação de sessões educativas presenciais ou por

apoio telefónico, fundamentadas na teoria social cognitiva. Evidências demonstram que esta abordagem contribui para o reforço da autogestão, do conhecimento e da autoeficácia dos utentes com DRC, com impacto direto na melhoria da qualidade de vida, na adesão terapêutica e no controlo eficaz da PA (Monash Health Library, 2025).

4.3. Acompanhamento da evolução clínica do utente

O acompanhamento contínuo do utente hipertenso com DRC, exige uma vigilância clínica sistemática e a implementação de intervenções direcionadas ao controlo da PA e à progressão da doença. Ao longo das consultas e outros momentos de contacto com os utentes, devem ser abordados diversos temas, nomeadamente: o impacto da DRC na vida quotidiana, os seus diferentes estádios, a adesão ao regime terapêutico, a identificação de comorbilidades, as estratégias de adaptação e o esclarecimento de dúvidas (Silva, 2021).

A avaliação anual dos utentes com DRC é uma medida essencial. Esta deve incluir análises laboratoriais simples, como a determinação de creatinina sérica, cistatina C sérica, TFG e RAC urinária (Peralta et al., 2017). A pesquisa de proteinúria, por meio de análises à urina, também é recomendada, uma vez que estes marcadores refletem a função renal e podem ser monitorizados em contexto comunitário (Santos, 2015).

A interpretação dos resultados laboratoriais permite, ao enfermeiro, identificar a presença de DRC e estratificar o seu estágio (Peralta et al., 2017), uma vez que cada fase da doença está associada a diferentes níveis de perda da função renal e exige intervenções específicas, assim, ao longo da evolução da DRC é necessário adaptar o tratamento do utente (Liddell et al., 2024; Santos, 2015).

Com o avançar da DRC, pode ser necessário modificar as dosagens da medicação e adotar novas intervenções para atingir as metas de PA, pode ser inclusive necessário o encaminhamento para o serviço de nefrologia quando ocorre uma queda abrupta e sustentada na TFG. Desse modo, o enfermeiro deve estar atento a todos estes fatores e intervir de forma personalizada, consoante as necessidades de cada utente (Liddell et al., 2024).

4.4. Monitorização precisa da pressão arterial

Segundo as diretrizes da *Hypertension Canada* (2020) e as diretrizes para o controlo da HTA redigidas em 2023 pela Sociedade Internacional da Hipertensão e a Associação Renal Europeia, a medição precisa da PA é parte integrante e fundamental da avaliação e abordagem terapêutica da HTA.

A monitorização ativa da PA é intervenção essencial de enfermagem. A medição regular da PA, não permite apenas o controlo clínico da HTA, como também capacita o utente a participar ativamente na gestão da sua própria saúde. A educação do utente quanto à técnica correta de automedição da PA, a interpretação

dos valores e os critérios para procurar apoio clínico, constituem uma estratégia fundamental para o autocuidado (Liddell et al., 2024).

Para além da monitorização domiciliária, o enfermeiro deve avaliar regularmente a PA em contexto clínico, de forma a garantir a adequação do plano terapêutico (Peralta et al., 2017). Nos casos de HTA não controlada, a abordagem deve ser individualizada e centrada na pessoa, dando preferência ao aconselhamento sobre comportamentos de saúde que favoreçam a adesão terapêutica. Neste contexto, o aconselhamento telefónico surge como uma estratégia relevante e eficaz. Esta abordagem permite intervenções regulares e estruturadas, sendo que, juntamente com estratégias presenciais (reuniões, consultas), trazem um impacto positivo na adesão ao tratamento e na redução da PA na DRC (Friedberg et al., 2015; Olaya, 2024).

A recomendação é que em todas as consultas clínicas, exista um controlo realizado por profissionais de saúde devidamente treinados e utilizando dispositivos/ técnicas validadas e padronizadas (Rabi et al., 2020). Esta monitorização pode ser realizada de quatro formas: medição automatizada em consultório (AOBP); medição convencional em consultório (OBPM); monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA); e monitorização residencial da pressão arterial (MRPA).

Medição automatizada em consultório (AOBP): é o método preferencial de avaliação e esta medição é realizada através de um dispositivo de manguito de braço eletrónico (ou de pulso quando este não for possível) (Mancia et al., 2023).

Na consulta inicial, a PA deve ser avaliada em ambos os braços (e, se possível, com 2 dispositivos em simultâneo). Caso exista uma diferença de PAS >10 mmHg entre os dois braços, deve-se repetir a avaliação. Se esta diferença se mantiver, o braço com a PA mais alta deve ser utilizado para todas as próximas avaliações (Mancia et al., 2023).

No consultório, a PA deve ser avaliada com o braço nu e deve-se utilizar um manguito do tamanho adequado à circunferência do braço de cada utente. A sala onde se realiza a avaliação deve ser silenciosa e com uma temperatura confortável para o utente. O utente não deve ter consumido alimentos, cafeína, fumado, ou realizado atividade física nos últimos 30 minutos antes da avaliação. Para uma correta avaliação, este deve relaxar e manter-se calmo por 3 a 5 minutos, sentar-se com as costas encostadas na cadeira, permanecer com o braço apoiado em cima da mesa ao nível do coração, sem cruzar as pernas e sem falar durante ou entre as avaliações (Mancia et al., 2023). Em cada consulta, a PA deve ser avaliada 3 vezes, pelo que o valor a considerar consiste na média das últimas duas avaliações (Mancia et al., 2023).

Medição convencional em consultório (OBPM): é o método mais bem estudado, servindo de base para o diagnóstico de HTA, avaliação do risco cardiovascular, eficácia dos tratamentos anti-hipertensivos e definição de limiares e metas

terapêuticas, esta é realizada através da utilização de um esfigmomanómetro oscilométrico e de um estetoscópio (Rabi et al., 2020).

Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA): é um método utilizado para a avaliação da PA durante um período prolongado (geralmente 24 horas). Deve seguir um protocolo padronizado, com medições a cada 20 a 30 minutos durante o dia e a noite, de forma a garantir a recolha de dados clínicos fiáveis, sendo que foi definido como critério mínimo aceitável, a obtenção de 20 medições diurnas e 7 noturnas de boa qualidade. O enfermeiro pode intervir na instalação da MAPA, na recolha e análise preliminar dos dados obtidos, bem como na articulação com a equipa multidisciplinar para o ajustamento do plano terapêutico (Rabi et al., 2020).

Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA): constitui uma estratégia de elevada aceitação por parte dos utentes, com baixo custo e aplicabilidade prática no domicílio. Esta técnica permite identificar alterações da PA ao longo do dia que, associada à educação, aconselhamento e intervenções digitais, favorece o controlo da HTA e melhora a adesão terapêutica (Mancia et al., 2023). As condições para a avaliação domiciliária da PA devem ser semelhantes às descritas no contexto clínico, sendo que, o enfermeiro deve educar o utente quanto à correta utilização do equipamento, assegurar a correta preparação e posicionamento para a medição, assim como orientar a frequência das avaliações e horários recomendados (Peralta et al., 2017). A PA domiciliar deve ser registada antes das consultas planeadas, ou sempre que surjam sintomas sugestivos de alteração da mesma. A monitorização deve ocorrer entre três a sete dias consecutivos, com medições duplicadas de manhã (antes da toma de medicação) e à noite, com intervalo de um minuto entre as duas medições. As avaliações do primeiro dia, geralmente instáveis, podem ser descartadas, sendo consideradas as médias dos dias seguintes (Mancia et al., 2023). Esta técnica transmite maior fiabilidade de resultados, em comparação a medições isoladas em consultório, nas quais os valores podem ser influenciados pela ansiedade (Rabi et al., 2020).

4.5. Modificação dos estilos de vida

Uma gestão eficaz da HTA, nos utentes com DRC, deve assentar em seis pilares fundamentais: monitorização da PA, controlo da alimentação (essencialmente na restrição do consumo de sódio), prática regular de atividade física, gestão do peso corporal, cessação tabágica e moderação do consumo de álcool. Outros fatores, como técnicas de gestão do *stress*, mostram-se promissores, ainda que haja menos evidências (Liddell et al., 2024; Mancia et al., 2023).

O enfermeiro desempenha um papel determinante em cada um destes domínios, através da implementação de estratégias de educação para a saúde, desenvolvendo um planeamento individualizado e garantindo um acompanhamento contínuo (Liddell et al., 2024).

Apesar dos benefícios amplamente reconhecidos, a adesão às alterações no estilo de vida continua a ser um desafio, frequentemente comprometida por fatores económicos, sociais e ocupacionais. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde implementem programas de seguimento estruturados, avaliando regularmente a adesão às intervenções prescritas e a eficácia no controlo tensional, evitando períodos prolongados de HTA não controlada (Mancia et al., 2023). Nas fases iniciais da DRC, a abordagem dirigida aos comportamentos de saúde do utente, deve ser realizada num ambiente acolhedor, de preferência no seu ambiente diário, de modo a atingir mudanças de comportamento que contribuam para a gestão da sua doença (Olaya, 2024).

4.5.1. Literacia alimentar

As recomendações dietéticas têm como objetivo evitar a sobrecarga renal, limitar a quantidade de nutrientes ingeridos que, ao acumularem-se, atingem níveis tóxicos (Silva, 2021). Palmer et al. (2017) refere que, os utentes com DRC, devem receber aconselhamento e informação dietética, através de um programa educativo adaptado às suas necessidades. Este plano deve orientar o utente para uma menor ingestão de sódio, proteínas, fósforo e potássio e para um controlo da ingestão de fluídos.

a) Redução do consumo de sódio

As diretrizes internacionais, incluindo as da OMS, recomendam uma ingestão diária de sal inferior a 5g para a população geral, sendo de extrema importância reforçar essa medida nos utentes com DRC e insuficiência cardíaca, dada a relação comprovada entre a redução do sódio e diminuição da PA (Suckling & Swift, 2015).

Relativamente à ingestão de sódio, a sua ingestão excessiva contribui para a retenção de líquidos e, conseqüentemente, para o aumento da PA e manutenção da HTA, exacerbando a sobrecarga renal. Está demonstrado que um consumo de sódio inferior a 5,8 g por dia, conduz a reduções de cerca de 5 mmHg na PAS e de 2 mmHg na PAD, reforçando a importância da intervenção dietética não farmacológica, na prevenção de complicações crónicas (Mancia et al., 2023). Nesse sentido, o enfermeiro desempenha um papel essencial na educação para a saúde centrada nos hábitos alimentares saudáveis, especialmente no que toca ao controlo da ingestão de sódio.

Esta atuação deve ir além da simples transmissão de informação, promovendo literacia em saúde alimentar e incentivando mudanças comportamentais sustentadas (Suckling & Swift, 2015). De modo a atingir esta meta, o enfermeiro pode ensinar estratégias como a leitura de rótulos alimentares, a escolha de alimentos frescos em vez de processados e a substituição do sal por ervas aromáticas e especiarias (Liddell et al., 2024). No entanto, a utilização dos substitutos do sal, deve ser realizada com precaução e devidamente avaliada, uma vez que podem conter elevadas quantidades de potássio (Brand et al., 2022).

Outra abordagem importante é a realização de um historial alimentar detalhado, que permite identificar padrões de consumo excessivo de sódio, apoiar o utente na identificação de alternativas alimentares acessíveis, ajudando-o a fazer escolhas mais saudáveis e adaptadas à sua realidade socioeconómica (Suckling & Swift, 2015). Quando necessário, o enfermeiro pode colaborar com a equipa de saúde para solicitar a medição da excreção de sódio na urina de 24 horas, considerada o método mais preciso para estimar a ingestão diária de sal (Suckling & Swift, 2015). Para além destas intervenções, um estudo realizado concluiu que, para os homens, a única intervenção que possibilita a redução do consumo de sódio, é o aumento do número de sessões educativas. Desse modo, pode afirmar-se que um aconselhamento contínuo é benéfico para as modificações do estilo de vida, assim como para a manutenção da gestão da DRC a longo prazo (Monash Health Library, 2025).

b) Controlo da ingestão de proteínas

A ingestão de proteínas recomendada para adultos saudáveis, é cerca de 0,8 g/kg/dia, sendo que para utentes com doença renal varia entre 0,6 a 0,8 g/kg/dia, com pelo menos 50% de proteína de alto valor biológico. Em casos mais avançados da doença, pode ser recomendada uma dieta muito baixa em proteína, com cerca de 0,3 g/kg/dia, suplementada com aminoácidos essenciais ou análogos (como cetoácidos) (Kovesdy et al., 2013). Desse modo, o enfermeiro deve adequar os ensinamentos do consumo de proteínas, de acordo com o estágio da DRC (Silva, 2021).

Estudos confirmam que a restrição proteica na DRC, é uma intervenção que consegue retardar a progressão desta patologia, no entanto, existem poucas evidências que sustentem a eficácia e segurança desta estratégia dietética, dado que esta ingestão de proteínas nestes utentes é cerca de 25% inferior à recomendada para adultos saudáveis, existindo a preocupação com o risco de desnutrição a longo prazo (Kovesdy et al., 2013; Palmer et al., 2017).

Por outro lado, outros autores referem que deve-se dar maior importância não à quantidade de proteína ingerida, mas sim à fonte/ qualidade da mesma. Estudos realizados demonstraram que a ingestão de proteínas de origem vegetal reduziu o risco de incidência e diminuíram a progressão da DRC. Estes estudos evidenciaram também que, os utentes vegetarianos apresentam valores inferiores de PA, comparativamente aos não vegetarianos (Liebman et al., 2025; Silva, 2021).

c) Redução da ingestão de fósforo

A dieta vegetariana é pobre em fósforo, sendo que os utentes vegetarianos apresentam valores séricos de fósforo mais baixos e uma diminuição da excreção de fósforo pela urina ao longo de 24 horas. Assim, o enfermeiro deve recomendar uma dieta à base de vegetais, dado que contribui para a homeostasia do fósforo e diminui o risco de mortalidade nos utentes com DRC (Silva, 2021).

Outra intervenção do enfermeiro é restringir o consumo de aditivos alimentares, visto que estes são outra fonte de fósforo, pelo que o seu consumo deve ser

evitado, dando sempre preferência aos alimentos frescos e naturais, em vez dos processados (Silva, 2021).

d) Controlo da ingestão de potássio

Nos utentes com DRC existe um risco aumentado de hipercalemia associado à diminuição da capacidade renal em excretar potássio. A hipercalemia é uma complicação potencialmente grave, podendo originar arritmias cardíacas e, conseqüentemente, provocar paragem cardíaca (Brand et al., 2022).

A hipercalemia nos utentes com DRC, pode estar associada ao elevado consumo de frutas e legumes (Silva, 2021). Dietas à base de alimentos integrais e vegetais são benéficas para o controlo da HTA na população em geral, no entanto, não existem estudos suficientes para serem aplicadas as mesmas conclusões ao utente com DRC (Liebman et al., 2025).

Por sua vez, os substitutos do sal, também apresentam elevado risco para o utente com DRC, uma vez que são enriquecidos em potássio, devendo ser evitados (Brand et al., 2022).

e) Adequação da ingestão de fluídos

A ingestão de fluídos é crucial no controlo da HTA nos utentes com DRC. A retenção de líquidos é frequente nestes utentes, devido à diminuição da função renal, podendo provocar sobrecarga de volume e, conseqüentemente, o aumento da PA. O controlo rigoroso da ingestão hídrica previne o aparecimento de edemas, dispneia e descompensação cardiovascular (Cheung et al., 2021).

As intervenções de enfermagem incluem: avaliar e monitorizar o balanço hídrico (ingestão e eliminação); pesar o utente diariamente; identificar sinais de sobrecarga hídrica (edemas, PA elevada, ruídos respiratórios adventícios); educar sobre a ingestão hídrica adequada e orientar sobre os alimentos ricos em água. Também é essencial reforçar a importância da adesão ao plano de restrição hídrica, de acordo com a fase da DRC e com orientação médica.

Relativamente à ingestão hídrica em utentes com DRC, um estudo de Wu et al. (2022) demonstrou que a implementação de uma intervenção de enfermagem intensiva, centrada na restrição e monitorização da ingestão de líquidos e sal, foi eficaz na redução da sobrecarga hídrica. A intervenção incluiu educação individualizada, pesagem regular, avaliação semanal da ingestão e eliminação de líquidos, bem como orientação ativa sobre o consumo adequado de água, ajustado à função renal residual. Os resultados mostraram melhorias significativas na PA, no equilíbrio hídrico e na adesão ao plano terapêutico, comprovando que a gestão rigorosa da ingestão hídrica, com acompanhamento de enfermagem, pode ter impacto positivo na estabilidade clínica do utente com DRC (Wu et al., 2022).

4.5.2. Prática de exercício físico e controlo do peso

Outro elemento essencial na abordagem não farmacológica do enfermeiro ao utente com HTA e DRC, é a promoção da prática de exercício físico, sendo que o

recomendado é a prática de atividade física com uma duração de, pelo menos, 30 minutos, 5 vezes por semana (Palmer et al., 2017).

A prática regular de atividade física (de intensidade moderada) é uma intervenção importante no controlo da HTA, resultando numa redução da PAS em 5-8 mmHg, na prevenção de doenças cardiovasculares e na diminuição de fatores de riscos das mesmas (DM, dislipidemia e obesidade). Além do seu benefício a nível físico, esta prática também melhorar a saúde mental e a qualidade de vida (Mancia et al., 2023).

Perante os seus benefícios, o enfermeiro deve esclarecer o utente sobre a importância de estimular a redução do comportamento sedentário e incentivar a integração de movimentos no quotidiano, de acordo com o tipo de exercício mais adequado à condição do mesmo (Stevens et al., 2024).

Ao longo deste processo, deve ser realizado um acompanhamento contínuo por parte do enfermeiro, monitorizando regularmente a evolução da PA, peso, frequência cardíaca e sinais de complicações, de modo a avaliar o impacto do exercício e ajustar as atividades conforme necessário. O enfermeiro deve questionar sobre sinais de hipotensão pós-exercício e eventual sintomatologia relacionada, como tonturas ou fraqueza muscular, especialmente nos utentes com HTA severa ou com comorbidades (Mancia et al., 2023).

É essencial combinar a prática de exercício físico com intervenções dietéticas, uma vez que, em conjunto, reduzem o peso e massa corporal, resultando numa consequente diminuição da PA e dos lípidos sanguíneos (Palmer et al., 2017). Os utentes com perfil normolipídico (associado ao consumo de vegetais) como o caso dos vegetarianos, apresentam um índice de massa corporal (IMC) inferior (Silva, 2021). Promover a obtenção e manutenção de um IMC adequado, deve ser encorajado nos utentes com excesso de peso ou obesidade (Stevens et al., 2024). A evidência científica demonstra que a perda de peso está diretamente relacionada com reduções significativas da PA, sendo que, por cada quilograma de peso corporal perdido, verifica-se uma diminuição de aproximadamente 1 mmHg na PAS e PAD (Mancia et al., 2023). Neste contexto, compete ao enfermeiro estabelecer objetivos realistas de perda de peso, motivando sempre o utente e realçando os benefícios cardiovasculares e renais associados (Liddell et al., 2024).

4.5.3. Cessação tabágica

Relativamente à cessação tabágica, está comprovado que o consumo tabágico aumenta, significativamente, o risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Os utentes fumadores tendem a apresentar valores mais inconstantes de PA no consultório, ao contrário dos não fumadores. Ao fumar um cigarro, o sistema nervoso simpático é ativado, provocando um aumento prolongado da PA (por 30 minutos), podendo também reduzir o efeito de alguns medicamentos anti-hipertensivos (Mancia et al., 2023).

Nos últimos tempos, os cigarros eletrónicos têm vindo a substituir os cigarros tradicionais, o que atraiu novos consumidores. Apesar destas alternativas serem consideradas “mais seguras”, estas aumentam na mesma a PA, a frequência cardíaca e conseqüentemente o risco de doenças cardiovasculares. A verdade é que dos poucos estudos disponíveis, nenhum demonstra uma diferença clara na incidência de doenças cardiovasculares entre os fumadores de cigarros eletrónicos e os fumadores de tabaco tradicional. O enfermeiro tem, por isso, o papel de informar os utentes acerca dos riscos do consumo tabágico, independentemente da sua tipologia (Mancia et al., 2023).

Enquanto profissional de saúde, é de extrema importância avaliar o histórico de uso de tabaco, assim como implementar medidas que encorajem e aconselhem os fumadores sobre a cessação tabágica. A combinação do apoio comportamental com a farmacoterapia, aumenta a chance de sucesso da cessação tabágica, assim como o aumento da intensidade do apoio comportamental, através do número de contactos, duração de cada um e duração do programa (Mancia et al., 2023). A articulação com outros profissionais de saúde, como psicólogos, fisioterapeutas ou farmacêuticos, deve ser considerada sempre que assim se justificar, assegurando uma intervenção multidisciplinar e adaptada aos recursos disponíveis (Stevens et al., 2024).

4.5.4. Moderação do consumo de álcool

Os utentes com DRC devem moderar o consumo de álcool, visto estar comprovado que, se a ingestão diária de álcool for de pelo menos, uma a duas doses (10–20 g de álcool) por dia, os valores da PA são influenciados, existindo um aumento do risco de HTA descontrolada. A redução do álcool para perto da abstinência, em pessoas que consumiam em média 2 a 3 doses diárias, foi associada a uma redução de 3,3/2,0 mmHg na PAS/PAD, enquanto que, em pessoas que consumiam 6 doses/dia, se reduzissem a ingestão de álcool para metade, reduziam a PAS/PAD em aproximadamente 5,5/4,0 mmHg. (Mancia et al., 2023).

Não existe um consenso quanto aos limites máximos para o consumo de álcool diário, no entanto, o enfermeiro deve avaliar o consumo do mesmo e aconselhar à sua moderação (Mancia et al., 2023).

4.6. Gestão farmacológica

Tal como referido anteriormente, o controlo da PA é imprescindível para retardar a progressão da doença renal e reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Embora a modificação dos estilos de vida contribua, significativamente, para a redução da PA, a maioria dos utentes hipertensos requerem tratamento farmacológico anti-hipertensivo (Mancia et al., 2023).

Existe uma complexidade de medicamentos anti-hipertensivos que podem ser utilizados nos utentes com DRC de modo a atingir os níveis-alvo de PA, sendo que, em todos os utentes que realizam terapêutica anti-hipertensiva, o enfermeiro deve

monitorizar de forma rigorosa a PA, a função renal e os níveis de eletrólitos, garantindo o controlo ideal e permitindo ajustar a terapêutica, quando necessário. O enfermeiro deve educar os utentes sobre a sua medicação, vigiar reações adversas e otimizar a gestão/ adesão farmacológica (Liddell et al., 2024).

A adesão farmacológica representa um grande desafio na prática clínica, visto que uma adesão inadequada está associada à redução dos benefícios terapêuticos, prejudica o alcance dos resultados terapêuticos e, conseqüentemente, promove a progressão da DRC (Mancia et al., 2023; Moreira et al., 2008). Existem vários fatores que podem afetar a adesão ao tratamento, nomeadamente a presença de efeitos secundários, complexidade do regime terapêutico, fatores socioeconómicos e cognitivos (Kohlmann et al., 2010).

Perante o contexto da não adesão terapêutica, o enfermeiro deve tentar identificar e compreender barreiras que dificultem a adesão, adequar a educação terapêutica às necessidades do utente, reforçar a literacia em saúde e acompanhar regularmente os resultados das estratégias implementadas (Rabi et al., 2020).

Existem diversas técnicas comportamentais, que o enfermeiro pode ensinar, de modo a promover a adesão medicamentosa do utente como, por exemplo, ensinar sobre a utilização de lembretes de medicamentos (organizadores de pílulas, aplicações de medicamentos, sistemas de alarme, lembretes personalizados), realizar educação terapêutica e simplificar o plano de medicação (Kohlmann et al., 2010; Liddell et al., 2024).

4.7. Promoção da adesão terapêutica

A adesão terapêutica caracteriza-se pela relação do indivíduo face aos comportamentos da toma de medicação, do seguimento da dieta e da modificação dos hábitos de vida. Envolve todas as recomendações acordadas com o profissional de saúde, assim como a obtenção de resultados que demonstrem o ajuste e a inclusão destas mudanças, posto isto, pode-se afirmar que melhorar a adesão terapêutica é um fator decisivo para a gestão eficaz da HTA no utente com DRC (Olaya, 2024).

Algumas das intervenções que o enfermeiro pode adotar de modo a promover a adesão terapêutica do utente são: pesquisar e partilhar informação, priorizar etapas na educação para a saúde, trabalhar em equipa, englobar a família do utente, estimular o seu autocuidado, incentivar o seu empoderamento e estimular o utente a adotar hábitos de vida saudáveis e incentivar à adesão terapêutica (Santos, 2015). Para além disso, o enfermeiro deve promover uma relação de confiança e empatia com o utente/ família, na qual seja possível existir negociação entre o plano terapêutico e as preferências do utente (Silva, 2021).

Para promover esta adesão são necessárias intervenções comportamentais. Existem diversas técnicas comportamentais que permitem explorar as crenças, preocupações e barreiras dos utentes perante a adesão terapêutica. Uma dessas técnicas é a entrevista motivacional, que permite entender melhor a perspetiva

individual do utente. Neste contexto, o enfermeiro aborda erros ou medos do utente perante a adesão terapêutica, permitindo resolver problemas de forma prática e colaborativa e contribuir, significativamente, para a adesão terapêutica, garantindo a implementação das intervenções mais adequadas, consoante as necessidades do mesmo (Liddell et al., 2024).

Os sistemas de apoio social também desempenham um papel crucial na adesão à medicação. O enfermeiro deve envolver os familiares e/ou cuidadores, de modo a fornecer motivação e responsabilidades adicionais, deve também incentivar os utentes, juntamente com a sua rede de apoio, a discutir o regime de medicação, desafios da adesão terapêutica, promovendo a compreensão e favorecendo a sua adesão (Liddell et al., 2024).

Outra estratégia que contribui para a adesão terapêutica, é a elaboração de planos de tratamento individualizados. Esta técnica, deve ser utilizada pelos profissionais de saúde na abordagem ao utente com DRC, dado que valoriza as necessidades e características únicas de cada utente. Estes planos consideram fatores como o estágio da DRC do utente (reconhecendo a DRC como doença dinâmica), condições médicas coexistentes (por exemplo, HTA, DM ou doença cardiovascular), idade, tolerância à medicação e estilos de vida (Liddell et al., 2024).

Para além das técnicas, o enfermeiro pode avaliar a adesão terapêutica do utente através de instrumentos de avaliação, tal como a Escala de Adesão à Medicação de *Morisky*, que avalia os parâmetros da dieta, exercício físico e adesão à medicação (Friedberg et al., 2015).

4.8. Suporte emocional e psicológico

A DRC é considerada um grande problema de saúde pública pois, para além de representar elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, tem grande impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde mental (Sousa, 2017).

A avaliação da saúde mental deve ser uma prática do enfermeiro, uma vez que constitui a abordagem holística e multidisciplinar. Esta avaliação, pode ser realizada através da observação e da comunicação, sempre sem utilizar juízos de valor. O enfermeiro deve identificar sinais e sintomas de alterações da saúde mental, avaliando a sua gravidade e impacto na vida diária do utente (Liddell et al., 2024). É importante proporcionar momentos de escuta ativa que permitam a partilha de emoções, preocupações/medos, gestão de emoções, expectativas e preocupações do utente e da sua família. Para além disso, é fundamental compreender se existe apoio e suporte emocional pela família/ cuidador informal, identificar dificuldades, perceber as dinâmicas familiares e ajustar expectativas relativamente à progressão da DRC (Silva, 2021).

É fundamental adaptar os planos de tratamento às necessidades individuais, incluindo educar os utentes sobre a relação bidirecional entre HTA e a saúde mental, capacitá-los e garantir a colaboração com especialistas em saúde mental, garantindo uma melhoria dos resultados dos cuidados prestados. A gestão da HTA

em utentes com DRC, que têm comorbidades de saúde mental, apresenta um desafio acrescido, sendo que, condições como ansiedade, depressão e transtorno bipolar podem influenciar a adesão terapêutica, modificações no estilo de vida e o autocuidado geral (Liddell et al., 2024).

Nos utentes com DRC, destacam-se elevados níveis de *stress*, ansiedade, depressão e dor (Sousa, 2017). Por sua vez, o *stress* e a ansiedade aumentam o risco de HTA e, conseqüentemente, de eventos cardiovasculares. Os utentes sujeitos a constante sofrimento emocional, têm maior risco de desenvolver um aumento repentino da PA, que pode normalizar com a resolução do fator desencadeante. Para além destes fatores, estudos demonstram que a exposição a eventos de vida traumáticos, também estão relacionados com o aumento do risco de desenvolver HTA (Mancia et al., 2023).

Desse modo, o enfermeiro deve incentivar à utilização de técnicas para reduzir o *stress*, as oscilações de humor e a agressividade, tais como a meditação e exercícios respiratórios, como é exemplo do yoga, que reduz tanto o *stress* psicológico quanto os níveis de PAS e PAD (Mancia et al., 2023).

Outro fator que contribui para a redução do *stress*, da dor, dos níveis de depressão e de ansiedade é a utilização do humor. O humor apresenta inúmeros benefícios, a nível individual este promove o bem-estar físico e psicológico, melhora a perceção em saúde, promove a felicidade, satisfação com a vida, alivia tensões e fortalece o sistema imunitário (Sousa, 2017).

Nos cuidados de enfermagem, o humor pode ser expresso através de atitudes otimistas, realistas, construtivas e positivas, que permitem o autodesenvolvimento. O humor assume uma elevada importância na relação terapêutica, podendo ser definido como uma intervenção de enfermagem, permitindo ao enfermeiro "ajudar a pessoa a perceber, apreciar e expressar o que sente, de forma a estabelecer relações, aliviar a tensão, facilitar a aprendizagem e lidar com sentimentos dolorosos" (Sousa, 2017).

Sendo uma intervenção de enfermagem, é necessário aplicar o humor com uma intencionalidade. Desse modo, é necessário planejar previamente a sua utilização. Para além disso, cabe ao enfermeiro ter a sensibilidade de perceber quando é que o humor deve ser usado e utilizá-lo com precaução (Sousa, 2017).

4.9. Necessidades culturais e espirituais

A HTA afeta indivíduos de todas as origens raciais e étnicas, mas existem disparidades na prevalência, consciencialização, tratamento e controlo nos indivíduos negros, hispânicos e nativos americanos. Desse modo, cabe ao enfermeiro desenvolver competências culturais e intervenções personalizadas de modo a fornecer cuidados equitativos, adaptados a cada cultura (Liddell et al., 2024).

A existência de programas baseados na comunidade e iniciativas de extensões que englobem as populações que enfrentam disparidades de saúde,

desempenham um papel fundamental para a equidade do utente culturalmente sensível (Liddell et al., 2024).

A cultura pode influenciar a gestão do tratamento, nomeadamente na dieta. Estudos demonstram que, em Portugal, as mulheres investem mais tempo do que os homens nas tarefas domésticas (incluindo a cozinha). Este fator, faz com que os homens não saibam informações detalhadas sobre a sua dieta e que seja necessário englobar quem cozinha na educação para a saúde (Silva, 2021).

Conclusão

O enfermeiro desempenha um papel central na gestão da HTA em utentes com DRC, assume funções que vão desde a educação para a saúde, até à monitorização contínua da PA e gestão terapêutica. Nesta revisão, foram identificadas intervenções de enfermagem eficazes, como a promoção da literacia em saúde, a capacitação para o autocuidado, o apoio à adesão terapêutica, o incentivo a estilos de vida saudáveis e o acompanhamento farmacológico. Foi evidenciado que estas ações contribuem para o controlo eficaz da PA, prevenindo complicações, retardando a progressão da DRC e melhorando, significativamente, a qualidade de vida do utente.

Contudo, face à especificidade do tema e em articulação com a equipa de enfermagem da USF, entendemos a necessidade reforçar a formação dos profissionais de saúde sobre intervenções não farmacológicas e estratégias educativas eficazes, capazes de promover a autonomia e o empoderamento do utente sobre o controlo da HTA associada à DRC. Embora a educação sobre a HTA fosse frequente, faltava uma abordagem direcionada a esta condição, com materiais que fossem claros e acessíveis aos utentes.

Por isso, definimos como objetivo realizar uma sessão informativa para os enfermeiros do contexto comunitário e criar um folheto educativo para fornecer aos utentes, de forma a colmatar esta falha e melhorar a compreensão e adesão às medidas de controlo. Desse modo, foi realizada uma sessão informativa aos profissionais de saúde, no contexto comunitário, sobre “O papel do enfermeiro no controlo da hipertensão no utente com doença renal crónica” (Apêndice I). Como identificámos que o utente beneficia com uma abordagem sistematizada, elaborámos um folheto informativo (Apêndice II) com o intuito de colmatar a falta e informação disponível sobre a temática.

Assim, podemos afirmar que os objetivos da presente revisão narrativa da literatura foram atingidos.

No entanto, evidenciámos a falta de estudos longitudinais que avaliem a eficácia e o impacto das intervenções de enfermagem nos diferentes contextos da prática clínica, sendo um tema essencial a abordar em investigações futuras. Denotámos também que, apesar da existência de recomendações claras e baseadas na evidência científica, a sua aplicação prática nem sempre é exequível, devido à existência de certas limitações. Todavia, acreditamos ser essencial a abordagem educativa centrada no utente, na qual o enfermeiro tem um papel ativo para a prevenção da progressão da DRC e para promover a qualidade de vida dos utentes.

Ao integrar conhecimentos clínicos, competências comunicacionais e uma abordagem humanizada, o enfermeiro, está numa posição privilegiada para influenciar positivamente o percurso dos utentes com DRC e HTA. A abordagem holística e centrada na pessoa é essencial, uma vez que considera aspetos clínicos,

psicossociais e contextuais, sendo que, todos eles influenciam a gestão da doença. O enfermeiro é uma peça-chave neste processo, contribuindo para um acompanhamento a longo prazo do utente, tanto em contexto hospitalar, como comunitário. Revela-se igualmente importante na identificação precoce de sinais de agravamento e na articulação com outros profissionais de saúde.

A realização deste trabalho foi uma experiência particularmente enriquecedora, permitindo-nos consolidar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo da formação em enfermagem. Ambas temos um interesse especial pela área da educação para a saúde, reconhecendo-a como uma ferramenta fundamental para promover a autonomia e a literacia em saúde dos utentes. Trabalhar esta temática, permitiu-nos aprofundar o nosso conhecimento sobre o papel ativo do enfermeiro na promoção da autogestão da doença, sobretudo em patologias crónicas, como a DRC, onde a intervenção educativa tem um impacto direto na qualidade de vida. Além disso, sentimos uma forte identificação com a dimensão relacional e próxima dos cuidados de enfermagem, especialmente em contextos comunitários, onde é possível criar vínculos terapêuticos e desenvolver intervenções centradas na pessoa e na família. Este processo reforçou o nosso compromisso com uma prática de cuidados humanizada, crítica e baseada na evidência.

Investir na nossa capacitação e valorização individual, e dos enfermeiros no geral, constitui uma estratégia essencial para melhorar os resultados em saúde, promover a autogestão e garantir cuidados de qualidade, sustentáveis, centrados na pessoa. Enquanto futuras enfermeiras, pretendemos continuar a contribuir ativamente para esta valorização profissional, tendo sempre como princípio orientador a promoção do bem-estar e o benefício do utente.

Referências bibliográficas

- Amaral, M., Reijneveld, S., Almansa, J., Navis, G., & de Winter, A. F. (2021). Do uncontrolled hypertension, diabetes, dyslipidemia, and obesity mediate the relationship between health literacy and chronic kidney disease complications? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5235. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105235/S1>
- Andrade, A. F. S. M. de, Lima, S. R. F. C., Santos, K. da C., Teles, W. de S., Silva, M. C. da, Torres, R. C., Vinícius Cunha Azevedo, M., Barros, A. M. M. S., Rodrigues, S. M. da S. S., Silva, M. H. S., Hora, A. B., Santos Junior, P. C. C., & Calasans, T. A. S. (2021). A atuação do enfermeiro na prevenção da Insuficiência Renal Crônica em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. *Research, Society and Development*, 10(15), e234101523044. <https://doi.org/10.33448/RSD-V10I15.23044>
- Batista, A. (2020). Consulta de enfermagem: O papel do enfermeiro na prevenção de progressão da doença renal crónica (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/45607>
- Brand, A., Visser, M. E., Schoonees, A., & Naude, C. E. (2022). Replacing salt with low-sodium salt substitutes (LSSS) for cardiovascular health in adults, children and pregnant women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(8), CD015207. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015207>
- Cheung, A. K., Chang, T. I., Cushman, W. C., Furth, S. L., Hou, F. F., Ix, J. H., Knoll, G. A., Muntner, P., Pecoits-Filho, R., Sarnak, M. J., Tobe, S. W., Tomson, C. R. V., & Mann, J. F. E. (2021). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 99(3), S1–S87. PMID: 33637192. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>
- Coelho, J. B., Lima, V. M. S., & Santos, E. P. de P. (2023). O Papel da Enfermagem no Cuidado de Portadores de Doença Renal Crônica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(10), 155–170. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.11688>
- Firmiano, P. H. S., Barbosa, J. S., & Souza, A. M. de. (2023). Elaboração de Manual Orientativo para Paciente com Doença Renal Crônica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(9), 1356–1387. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i9.11297>
- Friedberg, J. P., Rodriguez, M. A., Watsula, M. E., Lin, I., Wylie-Rosett, J., Allegrante, J. P., Lipsitz, S. R., & Natarajan, S. (2015). Effectiveness of a tailored behavioral intervention to improve hypertension control: Primary outcomes of a randomized controlled trial. *Hypertension*, 65(2), 440–446. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.03483>
- Golafshan, F., & Shafieyoon, M. (2024). Hypertension and chronic kidney disease; a mutual relationship. *Journal of Renal Injury Prevention*, 13(3), e32277. <https://doi.org/10.34172/jrip.2024.32277>
- Hanaputra, A., Suryantoro, S., & Mustika, A. (2023). Interplay of Hypertension and Chronic Kidney Disease: A Comprehensive Review on Pathophysiology, Risk Factors, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Management Strategies. *International Journal of Research Publications*, 140(1), 2708–3578. <https://doi.org/10.47119/ijrp1001401120245914>
- Kalra, P. A., & Bhailis, Á. (2022). Hypertension and the kidneys. *British Journal of Hospital Medicine*, 83(5), 1759–7390. <https://doi.org/10.12968/hmed.2021.0440>
- Kohlmann, O., Gus, M., Ribeiro, A. B., Vianna, D., Coelho, E. B., Barbosa, E., Almeida, F. A., Feitosa, G., Moreno, H., Guimarães, J. I., Ribeiro, J. P., Ramirez, J. A. F., Martins, J. F. V., Santos, R. A. S. (2010). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Tratamento medicamentoso. *Brazilian Journal of Nephrology*, 32, 29–43. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000500008>
- Kovesdy, C. P., Kopple, J. D., & Kalantar-Zadeh, K. (2013). Management of protein-energy wasting in non-dialysis-dependent chronic kidney disease: reconciling low protein intake with nutritional

therapy1. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), 1163. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.036418>

Liddell, T. S., Henry-Okafor, Q., & Umeukeje, E. M. (2024). Hypertension management in chronic kidney disease: A guide for NPs. *Nurse Practitioner*, 49(7), 13–20. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.000000000000201>

Liebman, S. E., Baran, A., Barnett, T. D., Campbell, T. M., Chen, L., Friedman, S. M., Hasan, S., Le, T. H., Monk, R. D., Sabescumar, J., Wixom, N., Zhang, A., & Campbell, E. K. (2025). The Effects of a Whole-Food Plant-Based Nutrition Education Program on Blood Pressure and Potassium in Chronic Kidney Disease: A Proof-of-Concept Study. *Nutrients*, 17(5), 779. <https://doi.org/10.3390/NU17050779>

Malheiro, J., Birne, R., Biscaia, A., Almeida, E., Nobre, J., Capela, N., Azinheira, J., Nunes Oliveira, J., Lebre, L., Cirne Carvalho, M., Albuquerque, M., José De Sousa, M., Paixão, P., Freitas, P., Ribeiro, R., Pinto, R., Ramalho, C., & Caçada, E. (2025). Diagnosis of Chronic Kidney Disease in Adults in Portugal: Practical Recommendations from National Clinical and Laboratory Experts. *Acta Medica Portuguesa*, 38(2), 119–124. <https://doi.org/10.20344/amp.22557>

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., ... Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>

Masters, K. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing: Dorothea Orem. *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice* (2^a ed., pp.153-164). Jones & Bartlett Publishers. https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=sd0-BAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA153&dq=dorothea+orem+self+care+theory&ots=4qFHm5Z-BX&sig=ewrIDtTo2P9Fje4H814CERRqg_Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., Gøtzsche, P. C., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097>

Monash Health Library. (2025). Education programs for patients with kidney disease. https://repository.monashhealth.org/monashhealthjspui/bitstream/1/53055/1/Education%20program%20for%20patients%20with%20kidney%20disease%20-%20Evidence%20report%20-%2020250115_watermark.pdf

Moraes, K. L., Brasil, V. V., Oliveira, G. F. de, Cordeiro, J. A. B. L., Silva, A. M. T. C., Boaventura, R. P., Munari, D. B., & Ribeiro Canhestro, M. (2017). Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 155–162. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel (1^a ed.).

Olaya, J. (2024). Efectividad de la intervención de enfermería CDK-SMS para adultos con enfermedad renal crónica (Tese de doutoramento). Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/86193>

Organização Mundial de Saúde. (2021). Diretriz para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em adultos. <https://doi.org/10.37774/9789275726266>

Palmer, S. C., Maggo, J. K., Campbell, K. L., Craig, J. C., Johnson, D. W., Sutanto, B., Ruospo, M., Tong, A., & Strippoli, G. F. M. (2017). Dietary interventions for adults with chronic kidney disease.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(4), CD011998.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011998.pub2>

Peralta, C. A., Frigaard, M., Rolon, L., Seal, K., Tuot, D., Senyak, J., Lo, L., Powe, N., Scherzer, R., Chao, S., Chiao, P., Lui, K., Shlipak, M. G., & Rubinsky, A. D. (2020). Screening for CKD to improve processes of care among nondiabetic veterans with hypertension a pragmatic cluster-randomized trial. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 15(2), 174–181.
<https://doi.org/10.2215/CJN.05050419/-DCSUPPLEMENTAL>

Pugh, D., Gallacher, P. J., & Dhaun, · Neeraj. (2019). Management of Hypertension in Chronic Kidney Disease. *Drugs*, 79, 365–379. <https://doi.org/10.1007/s40265-019-1064-1>

Rabi, D. M., McBrien, K. A., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S. B., Dumanski, S. M., Butalia, S., Leung, A. A., Harris, K. C., Cloutier, L., Zarnke, K. B., Ruzicka, M., Hiremath, S., Feldman, R. D., Tobe, S. W., Campbell, T. S., Bacon, S. L., Nerenberg, K. A., Dresser, G. K., ... Daskalopoulou, S. S. (2020). Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology*, 36(5), 596–624.
<https://doi.org/10.1016/J.CJCA.2020.02.086/ATTACHMENT/AE66F1DE-F1C1-4030-B2D4-34E112F0947E/MMC1.DOCX>

Ribeiro, A. R., Coelho, P., Pires, J., & Barbas, F. J. (2024). Prevalência da Hipertensão Arterial No Concelho de Vila Velha de Ródão. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 99, 22–32. <https://doi.org/10.58043/rphrc.114>

Santos, B. (2015). Prevenção da Doença Renal no Paciente Hipertenso- Situando o Enfermeiro no modelo Assistencial Ambulatorial (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. <https://pesquisa.bvsalud.org/portugal/resource/pt/biblio-983401>

Santos, T. A. S. L. P., Ferreira, A. C., & Santiago, L. M. (2023). Hipertensão Arterial em Portugal – O Custo do Controlo. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 90, 20–28. <https://doi.org/10.58043/rphrc.51>

Silva, J. (2021). A dieta vegetariana na pessoa com doença renal crónica (Relatório de estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/985690cc-e7f9-4da5-9123-790c8c2e920c/download>

Sousa, L. (2017). Ganhos Em Saúde Com A Intervenção “Humor” Em Pessoas Com Doença Renal Crónica (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/324517707_Ganhos_em_saude_com_a_intervencao_Humor_em_pessoas_com_doenca_renal_cronica/Gains_in_health_with_Humor_intervention_in_people_with_chronic_kidney_disease/links/5c0bc849a6fdcc494fe32b46/Ganhos-em-saude-com-a-intervencao-Humor-em-pessoas-com-doenca-renal-cronica-Gains-in-health-with-Humor-intervention-in-people-with-chronic-kidney-disease.pdf

Stevens, E., Ahmed, B., Carrero, J., Foster, B., Francis, A., Hall, K., Herrington, G., Hill, G., Inker, L. A., Kazancioğlu, R., Lamb, E., Lin, P., Madero, M., McIntyre, N., Morrow, K., Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., Shlipak, M., ... Levin, A. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 105(4), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/J.KINT.2023.10.018/ASSET/210CFA23-1B32-495D-BD2B-45CB202E6E90/MAIN.ASSETS/GR10.JPG>

Suckling, R. J., & Swift, P. A. (2015). The health impacts of dietary sodium and a low-salt diet. *Clinical Medicine*, 15(6), 585–588. <https://doi.org/10.7861/CLINMEDICINE.15-6-585>

Tkachuk, O. (2019). Fisiopatologia da Hipertensão Arterial na Doença Renal Crónica (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89738>

Tuot, D. S., Zhu, Y., Velasquez, A., Espinoza, J., Damaris Mendez, C., Banerjee, T., Hsu, C. Y., & Powe, N. R. (2016). Variation in patients' awareness of CKD according to how they are asked. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(9), 1566–1573. <https://doi.org/10.2215/CJN.00490116>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S., Kreutz, R., Laurent, S., ... Brady, A. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/EURHEARTJ/EHY339>

Wu, L., Ma, W., Zhang, H., Yang, T., Sun, M., Yang, Z., & Guo, X. (2025). Effect of intensive water-salt diet nursing intervention on blood pressure and volume load in patients with chronic renal failure. *Renal Failure*, 47(1), 2474854. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2025.2474854>

Apêndices

Apêndice I

Sessão informativa aos profissionais de saúde no contexto comunitário

Papel do Enfermeiro no controlo da Hipertensão Arterial no Doente Renal Crónico

Apresentação realizada pelas discentes de 4º ano do CLE:
Mariana Faisca
Mariana Jorge

Doença Renal Crónica

Uma condição complexa, na qual existe uma lesão renal progressiva e irreversível (presente por mais de três meses), onde existe uma redução da capacidade funcional dos rins (glomerular, tubular e endócrina), provocando incapacidade em eliminar toxinas.
(Firmiano et al., 2023)

Neste contexto é fundamental que o utente: **Adote estratégias para seguir um plano terapêutico e um estilo de vida saudável.**

- Alimentação equilibrada.
- Gestão do stress;
- Prática regular de exercício físico
- Monitorização precisa da TA
- Cessação de hábitos nocivos como o tabagismo e consumo de álcool
- Adesão farmacológica

Fatores de Risco

- Ambientais,
- Sociodemográficos
- Biológicos (genética, défice nutricional e existência de comorbilidades)

⚠

- Diabetes Mellitus
- Hipertensão Arterial

(Firmiano et al., 2023)

Valores:

Normais:
PAS: 120 - 129 mmHg
PAD: 80 - 84 mmHg

HTA:
PAS ≥ 140 mmHg
e/ou
PAD ≥ 90 mmHg

(Williams et al., 2018)

Hipertensão Arterial

Pressão Arterial é descrita como a pressão que o sangue exerce sobre as paredes internas das artérias, relacionando-se com o ciclo cardíaco. São por isso obtidos, 2 valores distintos:

Pressão Arterial Sistólica (PAS) - pressão exercida nas artérias pelo coração para a ejeção do sangue (quando este se contrai);

Pressão Arterial Diastólica (PAD) - pressão do sangue nas artérias com o coração em repouso (quando ocorre o esvaziamento do coração);

HTA é uma doença crónica, na qual existe um aumento atípico da pressão sanguínea na parede das artérias.
(Ribeiro et al., 2024)

Hipertensão Arterial

Primária

Fatores genéticos e ambientais, idade, obesidade, antecedentes familiares, sedentarismo, dieta rica em sal, consumo excessivo de álcool, raça negra e a redução do número de nefrônios, que afetam negativamente a função e a estrutura cardiovascular e renal.

Secundária

Causas específicas e potencialmente reversíveis. As suas principais etiologias incluem a utilização de certos fármacos, o consumo de drogas ilícitas, doenças renais primárias e patologias endócrinas. Hipertensão renovascular está associada à displasia fibromuscular, em indivíduos jovens, e à aterosclerose, em pessoas idosas.



Papel do Enfermeiro perante o utente hipertenso com DRC



1 Avaliação e monitorização da função renal



Deve-se realizar uma avaliação anual de todos os utentes com DRC através de exames simples, como:

Análises sanguíneas para:

- Detecção de **creatinina sérica**
- Determinação da **taxa de filtração glomerular (TFG)**
- Cálculo da proporção de **albumina urinária para creatinina**.

Análises à urina para:

- Detetar **proteinúria** (marcador da função renal), que podem ser controlados em contexto comunitário.



Os resultados das análises devem ser interpretados de modo a identificar a DRC e estratificar o seu estadió, que estão relacionados com o grau de perda da função renal.

(Peralta et al., 2017)



2 Monitorização da tensão arterial

Na consulta inicial, a TA deve ser avaliada em **ambos os braços** (e se possível com 2 dispositivos em simultâneo). Caso exista uma diferença de PAS >10 mmHg entre os dois braços, deve repetir-se a avaliação.

Diferenças superiores a **15 a 20 mmHg de PAS** entre os braços pode ser devido à presença de aterosclerose ou sinónimo de alguma doença arterial.

A TA deve ser avaliada sempre no braço que indicou a PAS mais elevada, nesta medição inicial.



A sala onde se realiza a avaliação deve ser silenciosa e com uma temperatura confortável para o utente. Nos 30 minutos anteriores à medição, o utente não deve consumir cafeína, fumar ou realizar atividade física



(Mancia et al., 2023)



3 Promoção da gestão não farmacológica da HTA no utente com DRC

Evidências indicam que indivíduos com estilos de vida saudáveis apresentam níveis de PA inferiores em 4 a 5 mmHg, independentemente da predisposição genética.

Os quatro pilares essenciais numa gestão eficaz da HTA nos utentes com DRC:

- Gestão do peso
- Restrição de sal
- Prática de atividade física
- Monitorização da TA

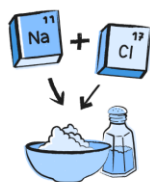
(Liddell et al., 2024)

Estas intervenções potenciam, ainda, os efeitos dos fármacos anti-hipertensores, podendo inclusive reduzir a necessidade de múltiplas terapêuticas.

(Mancia et al., 2023).

3.1 Alimentação

Restrição da ingestão de sódio



Evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados e meta-análises demonstram que a **redução de consumo de sódio** para aproximadamente **5,8 g de sal**, conduz a reduções médias de cerca de **5 mmHg na PAS** e **2 mmHg na PAD**

Redução do consumo de sódio de **3,6 g** para **2,7 g** por dia associa-se a uma **diminuição de 18% a 26% nos eventos cardiovasculares**

O enfermeiro deve:

- Proceder à recolha detalhada da história alimentar
- Identificar fontes de sódio na dieta
- Promover estratégias de redução, como a substituição do sal por ervas aromáticas e especiarias

Os substitutos do sal com baixo teor de sódio, frequentemente enriquecidos com potássio, têm emergido como uma opção eficaz para diminuir a ingestão de sódio, com evidências de redução significativa da PA

(Mancia et al., 2023)

3.3 Avaliação do consumo de álcool



O risco de hipertensão aumenta se a ingestão diária de álcool for de pelo menos uma a duas doses (10–20 g) por dia.

A redução do álcool, em cerca de 50%, foi associado a uma redução TA:

- Em pessoas que consumiam **3 doses/dia**, deu-se uma redução de **3,3/2,0 mmHg** na PAS/PAD;
- Em pessoas que consumiam cerca de **6 doses/dia**: redução de PAS/PAD em aproximadamente **5,5/4,0 mmHg**

(Mancia et al., 2023).

3.4 Promover a cessação do tabagismo



Ao fumar um **cigarro** o sistema nervoso simpático é ativado, provocando um aumento prolongado da TA (por 30 minutos). Para além de aumentar a TA, fumar pode inclusive **reduzir o efeito de alguns medicamentos anti-hipertensivos**.



O enfermeiro deve:

- Avaliar o histórico de uso de tabaco;
- Implementar medidas que encorajem e aconselhem os fumadores sobre a cessação tabágica;
- Sugerir combinação do apoio comportamental com a farmacoterapia, aumentando a chance de sucesso da cessação tabágica

(Mancia et al., 2023).

3.5 Incentivar gestão do stress

Os utentes sujeitos a constante **sofrimento emocional** e que estão expostos a **eventos de vida traumáticos**, têm **maior risco** de desenvolver um **aumento repentino da TA**

(Mancia et al., 2023).



É importante proporcionar momentos de **escuta ativa** que permitam a **partilha de emoções**, preocupações/medos, gestão de emoções, expectativas e preocupações do utente e da sua família. Para além disso, é fundamental compreender se existe **apoio e suporte emocional pela família/ cuidador informal**, identificar dificuldades, perceber as dinâmicas familiares e ajustar expectativas relativamente à **progressão da DRC**.

(Silva, 2021).



O enfermeiro deve incentivar à utilização de **técnicas para reduzir o stress**, as oscilações de humor e a agressividade, tais como a **meditação e exercícios respiratórios**

(Mancia et al., 2023).

4 Promover a gestão farmacológica da HTA no utente com DRC



Concomitantemente à toma de **terapêuticas anti-hipertensivas** é necessário monitorizar de forma rigorosa a TA, a função renal e os níveis de eletrólitos, de modo a garantir o controlo ideal e permitir o ajuste de terapêutica se necessário.

O enfermeiro deve educar os utentes sobre a sua medicação, vigiar reações adversas e otimizar a gestão farmacológica

(Liddell et al., 2024)

As principais classes de fármacos utilizados no tratamento da HTA são: **diuréticos**, **betabloqueadores**, **inibidores da enzima convertora da angiotensina (IECA)**, **antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA)** e **antagonistas dos canais de cálcio (ACC)**, embora, no final, exista maioritariamente um uso de **associação de antihipertensivos**.

(Kohlmann et al., 2010)



Segundo a Direção-Geral da Saúde (2013), os principais fármacos utilizados no tratamento da hipertensão de baixo ou moderado são os IECA, ARA de baixo custo, diuréticos, ACC com ação prolongada, associação de diurético com IECA ou ARA, em baixa dose e custo.



4 Promover a gestão farmacológica da HTA no utente com DRC

Relativamente à HTA elevada são utilizadas combinações de fármacos com ação complementar, de que são exemplo o diurético tiazídico ou análogo com IECA ou ARA de baixo custo e ACC com IECA ou ARA de baixo custo.

- **IECA**, como o **enalapril** e **ramipril**, reduzem a produção de angiotensina II promovendo vasodilatação e reduzindo a pressão arterial e têm efeito nefroprotetor devido à redução da proteinúria. Estes fármacos apresentam alguns efeitos secundários como a tosse e hipercaliémia o que pode comprometer a adesão farmacológica dos utentes.
- **ARA** como o **losartan** e **valsartan** apresentam mecanismo semelhante aos IECA, com menor risco de tosse, sendo úteis em doentes intolerantes.
- **Diuréticos tiazídicos** (hidroclorotiazida) e de **ansa** (furosemida) ajudam a controlar o volume extracelular, sendo os de ansa mais indicados em fases avançadas da DRC, apesar do risco de alterações eletrolíticas.
- **ACC** como a **amlodipina** relaxam a musculatura vascular, reduzindo a resistência periférica e **betabloqueadores**, como o **bisoprolol**, que reduzem o débito cardíaco.

(Kohlmann et al., 2010)



5 Desenvolver estratégias que promovam a adesão terapêutica

A **adesão ao tratamento** pode ser **dificultada** pela **presença de efeitos secundários**, pela **ausência de sintomas evidentes da HTA**, pela **complexidade do regime terapêutico** e por **fatores socioeconómicos e cognitivos**.



Planos terapêuticos individualizados, adaptados ao estágio da DRC, à tolerância à medicação e ao estilo de vida do utente, são essenciais. A **monitorização regular da função renal e da tensão arterial** permite ajustar o regime terapêutico, sendo por vezes necessário o encaminhamento para nefrologia em situações de agravamento clínico

(Liddell et al., 2024).

Por fim, a avaliação da adesão pode ser feita com instrumentos como a **Escala de Adesão à Medicação de Morisky**, que avalia a medicação, a dieta e o exercício físico

(Friedberg et al., 2015).



Intervenções de enfermagem:

- Educação terapêutica,
- Simplificação do plano de medicação,
- Uso de lembretes
- Envolvimento dos cuidadores

Alguma dúvida?

Referências



Apêndice II

Folheto informativo

COMO CONTROLAR A HTA NA DRC

PERDER PESO

Por cada quilograma (Kg) que se perde, verifica-se uma diminuição de 1 mmHg na TA.

O utente deve praticar atividade física regular.

EVITAR CONSUMOS NOCIVOS

ÁLCOOL

O risco de hipertensão aumenta se a ingestão diária de álcool for de pelo menos uma a duas doses por dia (10–20 g de álcool).

TABACO

Ao fumar um cigarro, existe um aumento da TA por 30 minutos. Para além disso, fumar pode reduzir o efeito de alguns medicamentos anti-hipertensivos.



COMO CONTROLAR A HTA NA DRC

REDUZIR O STRESS

- Meditação;
- Exercícios respiratórios.



CUMPRIR A TERAPÊUTICA

- Utilizar lembretes;
- Envolver o cuidador;
- Informar a equipa de saúde no caso de efeitos adversos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Realizado pelas alunas de 4º ano:
Mariana Faísca
Mariana Jorge



HIPERTENSÃO E DOENÇA RENAL CRÓNICA



CONHEÇA A SUA DOENÇA E COMO A CONTROLAR

O QUE É A DOENÇA RENAL CRÓNICA?



A **Doença Renal Crónica (DRC)** surge quando existe uma lesão renal progressiva e irreversível (presente por mais de três meses). Esta doença provoca uma diminuição da função dos rins, fazendo com que não seja possível eliminar os produtos tóxicos do nosso corpo.

Esta doença **não tem cura**. Desse modo, é necessário controlá-la, para que não evolua para doença renal terminal e para garantir a qualidade de vida.

CAUSAS

As principais causas de DRC são a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.



O QUE É A HIPERTENSÃO?

A **Hipertensão Arterial (HTA)** é uma doença crónica, na qual existe um aumento da pressão exercida pelo sangue nas artérias.

Quando a TA não está controlada pode reduzir a esperança de vida em 10-20 anos.

COMPLICAÇÕES

Doenças cardíacas (insuficiência cardíaca congestiva); acidente vascular cerebral (AVC); problemas de visão e doenças renais.

COMO CONTROLAR A HTA NA DRC

AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL (TA)

QUANDO?

Os valores da TA devem ser registados durante **7 dias antes das consultas** ou sempre que houver **sintomas clínicos** de alterações da TA.

Avaliar:



De manhã (antes da ingestão do medicamento).



À noite.

COMO?

- Esperar 30 minutos se comeu, se ingeriu café ou se realizou atividade física;
- Colocar a braçadeira no braço despido ou no pulso (dependendo do material de avaliação);
- Antes da avaliação, relaxar e manter-se calmo entre 3 a 5 minutos;
- Sentar-se com as costas encostadas na cadeira;
- Permanecer com o braço apoiado em cima da mesa ao nível do coração;
- Não cruzar as pernas e não falar durante ou entre as avaliações;
- Avaliar a TA duas vezes (com intervalos de 1 minuto).

COMO CONTROLAR A HTA NA DRC

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO

RESTRINGIR O SÓDIO (SAL)

- Identificar as fontes de sódio (sal) na dieta;
- Reduzir o consumo de sódio (sal) para 2,7 g por dia (diminui cerca de 18% a 26% dos eventos cardiovasculares);
- Substituir o sal por outras especiarias (pimenta, ervas aromáticas, etc).

CONTROLAR O POTÁSSIO

Controlar o consumo dos alimentos ricos em potássio: bananas, laranjas, espinafre, batata, laticínios magros, peixes, nozes e produtos de soja.

ADEQUAR AS PROTEÍNAS

Os doentes renais devem consumir cerca de:

0,6 a 0,8 g/kg/dia de proteína

CONTROLAR A INGESTÃO DE FLUÍDOS

De acordo com a fase da DRC, deve existir um plano de restrição hídrica.

Reportar à equipa de saúde se apresenta:

- Inchaço;
- Aumento da Tensão Arterial;
- Ruidos Respiratórios.

